

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»
Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
ФГБНУ НЦПЗ

Союз охраны психического здоровья
УО «Гродненский государственный медицинский университет» (Беларусь)
Латвийская федерация профессиональных психологов (Латвия)

К 120-летию со дня рождения
Блюмы Вульфовны Зейгарник



Зейгарниковские чтения

Диагностика и психологическая помощь
в современной клинической психологии:
проблема научных и этических оснований

Материалы международной
научно-практической конференции
Москва, 18-19 ноября 2020 года

**ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»
Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»
ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»
ФГБНУ НЦПЗ**

**Союз охраны психического здоровья
УО «Гродненский государственный медицинский университет» (Беларусь)
Латвийская федерация профессиональных психологов (Латвия)**

**К 120-летию со дня рождения
Блюмы Вульфовны Зейгарник**



Зейгарниковские чтения

**Диагностика и психологическая помощь
в современной клинической психологии:
проблема научных и этических оснований**

**Материалы международной
научно-практической конференции**

Москва, 18–19 ноября 2020 года

**Москва
2020**

ББК 88.8
УДК 159.9
3-12

Редакционная коллегия:

Холмогорова А.Б., доктор психологических наук, профессор (отв. редактор)
Пуговкина О.Д., кандидат психологических наук (отв. секретарь)
Зверева Н.В., кандидат психологических наук, доцент
Рощина И.Ф., кандидат психологических наук, доцент
Рычкова О.В., доктор психологических наук, профессор
Сирота Н.А., доктор медицинских наук, профессор

3-12 Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований: Материалы международной научно-практической конференции. Москва, 18–19 ноября 2020 г. / Под ред. Холмогоровой А.Б., Пуговкиной О.Д., Зверевой Н.В., Рощиной И.Ф., Рычковой О.В., Сирота Н.А. – М. ФГБОУ ВО МГППУ, 2020. – 866 с.

ISBN 978-5-94051-226-4

Сборник сформирован по материалам первой международной научно-практической конференции «Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований», которая состоялась 18–19 ноября 2020 г., – в год 120-летия со дня рождения Блюмы Вульфовны Зейгарник, ближайшей соратницы Л.С. Выготского, основательницы культурно-исторического направления в клинической психологии.

Разнообразие тем и направлений, широкая география учреждений образования, здравоохранения и социальной сферы, которые представляют авторы, свидетельствуют о важном значении конференции для профессионального сообщества.

Для медицинских (клинических) психологов, психотерапевтов, врачей, дефектологов, социальных педагогов, социальных работников, практикующих психологов, преподавателей высших учебных заведений, аспирантов, магистрантов, студентов.

ББК 88.8
УДК 159.9

ISBN 978-5-94051-226-4

© ФГБОУ ВО МГППУ, 2020.

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1

Последствия пандемии COVID-19 для психического здоровья и практики оказания психологической помощи

<i>Холмогорова А.Б.</i> Предисловие научного редактора.....	25
<i>Алкеева-Костычева Е.А.</i> Оказание медико-психологической помощи населению по телефону «Горячая линия» в условиях пандемии COVID-19	27
<i>Артюхова Т.Ю.</i> Особенности психологического благополучия студентов в период пандемии.....	30
<i>Баранова В.А., Савина О.О.</i> Проблемы студенческой молодежи в связи с самоизоляцией в ситуации пандемии COVID-19.....	34
<i>Блох М.Е., Аникина В.О., Савеньшева С.С.</i> Стресс и беременность в условиях пандемии COVID-19.....	37
<i>Бойко О.М., Медведева Т.Ю., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., Логинова И.О., Петрова А.И.</i> Психопатологические факторы нарушения сна в пандемию COVID-19.....	41
<i>Бойко О.М., Медведева Т.Ю., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., Логинова И.О., Петрова А.И.</i> Психопатологические факторы поиска информации о коронавирусе в интернет-пространстве	44
<i>Воробьева К.А., Сафронов В.В.</i> Исследование копинг-стратегий различных категорий населения в ситуации, связанной с пандемией	47
<i>Губина С.Т.</i> Влияние самоизоляции в пандемию COVID–19 на персонализацию среды и личностное пространство в семейном взаимодействии.....	52
<i>Давтян С.Э., Давтян Е.Н.</i> Психические расстройства в эпоху пандемии: клиническая реальность и ее отражение в умах экспертов	56
<i>Егорова О.И.</i> Развитие жизнестойкости как способ преодоления психологического кризиса в ситуации пандемии.....	60

<i>Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Бойко О.М., Олейчик И.В.</i> Депрессивная симптоматика и суицидальные идеи во время COVID-19	63
<i>Казаринова Е.Ю., Холмогорова А.Б.</i> Психическое здоровье населения и особенности использования интернета в период пандемии.....	66
<i>Карнелович М.М.</i> Связь психосоматических симптомов и копинг-стратегий личности в период пандемии COVID-19 (на примере жителей Республики Беларусь).....	69
<i>Кежун Е.Р.</i> Связь профессионального самоотношения и эмоционального выгорания у медицинских работников	73
<i>Коваль-Зайцев А.А.</i> Проведение патопсихологического обследования и психологического консультирования детей и подростков в условиях пандемии COVID-19 при помощи современных дистанционных платформ	76
<i>Кокоренко В.Л.</i> Динамика психических состояний взрослого населения в связи с социальными изменениями в период пандемии коронавируса	79
<i>Королев П.М.</i> Влияние карантинных мер, связанных с ситуацией пандемии COVID-19, на психическое здоровье студентов-медиков	83
<i>Короткова И.С., Еремина Д.А., Щелкова О.Ю.</i> Особенности психологического реагирования и механизмы адаптации к стрессу, вызванному пандемией COVID-19: программа исследования и предварительные результаты ...	86
<i>Крайнюков С.В., Бондарева М.О., Гусева Н.А., Новикова И.А.</i> Влияние ранних дезадаптивных схем на отношение к пандемии коронавирусной инфекции COVID-19.....	90
<i>Куфтяк Е.В.</i> Совладание со стрессом в период пандемии COVID-19.....	93
<i>Лесин А.М., Соболева П.И.</i> Ответственность и личностная тревожность молодых людей, соблюдавших и не соблюдавших режим самоизоляции в период пандемии коронавируса.....	96
<i>Люознова Е.В.</i> Коммуникативная зрелость как фактор проживания пандемии	99

<i>Магомед-Эминов М.Ш.</i> Трансформация личности в экстремальной ситуации пандемии COVID-19	102
<i>Матанцева Т.Н.</i> Экзистенциальный кризис как психологический феномен пандемии ..	105
<i>Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Станкевич М.А., Воронцова О.Ю.</i> Лексический анализ высказываний о COVID-19 людей с высокой тревогой.....	108
<i>Мусийчук М.В.</i> Юмор в интернет как копинг–стратегия в условиях самоизоляции и пандемии	112
<i>Олейников С., Бузина Т.С.</i> Роль психологической профилактики возникновения осложнений у пациентов с сахарным диабетом в ситуации пандемии COVID-19 ..	115
<i>Панкова Д.П.</i> Психологические аспекты качества жизни матерей, находящихся в условиях социальной изоляции	118
<i>Рой А.П., Суроегина А.Ю., Холмогорова А.Б.</i> Психосоциальные факторы и методы профилактики профессионального выгорания медицинских работников.....	120
<i>Селицкий О.Н.</i> Тип личности в ситуации пандемии.....	124
<i>Семенова Н.Д., Качаева М.А., Крюков В.В., Понизовский П.А., Шпорт С.В.</i> Психическое здоровье жертв бытового насилия в условиях карантинных мер, связанных с пандемией COVID-19: клинико-психологический аспект проблемы	127
<i>Сидоренко О.А.</i> Проблема нарушения идентичности у молодых лиц на психотерапевтическом приеме	130
<i>Сиснева М.Е.</i> Воздействие вспышки COVID-19 на пациентов психиатрических медико-реабилитационных центров и психоневрологических интернатов в Италии и России	133
<i>Соловьева С.Л.</i> Субъективная психическая реальность в условиях режима ограничений, вызванного пандемией (на примере Санкт-Петербурга)...	136
<i>Сысоева О.В., Корнеева Н.В.</i> Проблема сохранения личностных ресурсов студентов-медиков в условиях онлайн-обучения.....	139

<i>Титова В.В.</i> Психическое здоровье и эмоциональное выгорание врачей в условиях пандемии COVID-19.....	142
<i>Тихомирова Е.В.</i> Конструирование системы вызовов, угроз и потерь современной семьи в контексте пандемии.....	145
<i>Уварова О.Н.</i> Эмоциональная саморегуляция поведения педагогических работников интегрированного (инклюзивного) образования как составляющая их психического здоровья.....	149
<i>Утемисова Г.У., Саммерс Д.Г., Васягина Н.Н.</i> Кибербуллинг во время COVID-19: к вопросу о безопасности в интернет-пространстве	151
<i>Федотова С.А.</i> Инфантильная травма как фактор дезадаптации в ситуации пандемии	155
<i>Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина, Микита О.Ю., Рой А.П.</i> Проблема профессионального выгорания и психического здоровья медицинских работников во время пандемии COVID-19.....	158
<i>Чистопольская К.А., Садовнича В.С., Ениколопов С.Н., Николаев Е.Л., Дровосеков С.Э., Галикер И.</i> Эпидемия коронавируса и суицидальность: зона риска	161
<i>Шмигановская А.Ю.</i> Применение групповой арт-терапии в дистанционной среде в эпоху COVID-19	165
<i>Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В., Абросимов И.Н.</i> Аддикции во время COVID-19	168
<i>Яроцук И.В.</i> Проблема одиночества, тревоги и другие последствия самоизоляции, а также риски и возможности оказания психологической помощи в период пандемии.....	171

Раздел 2

Подготовка и организация деятельности клинических психологов

<i>Холмогорова А.Б., Зверева Н.В.</i> Предисловие научного редактора.....	174
--	-----

<i>Александрович М., Кардас-Грозицкая Э.</i> Современная практика психологической помощи в работе клинических психологов в Польше.....	175
<i>Бердичевский А.А.</i> Интервью как метод поддержки специалистов, помогающих наркозависимым в РПЦ в условиях пандемии.....	180
<i>Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И.</i> О значении феноменологического и герменевтического анализа в организации патопсихологического исследования и в обучении патопсихологов.....	183
<i>Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И.</i> О формате патопсихологической диагностики на основе культурно-исторической детской патопсихологии.....	187
<i>Еремина Е.К., Прибылова Т.Н.</i> О статусе медицинского психолога, работающего в системе здравоохранения.....	191
<i>Жукова-Луцко Е.</i> Оказание психологической помощи во Франции в частном порядке.....	195
<i>Зябкина И.В.</i> К вопросу о применении научного наследия Б.В. Зейгарник в высшем образовании.....	199
<i>Ковшова О.С.</i> Значение супервизии в профессиональной подготовке клинических психологов	202
<i>Королева Е.Г.</i> Роль психолога в психосоматической медицине.....	205
<i>Макаренко С.Л.</i> Практическая деятельность медицинского психолога в психиатрической больнице	208
<i>Меркурьева А.А.</i> Введение курса «Основы конфликтологии» в преддипломное обучение студентов медицинского ВУЗа как метод первичной психопрофилактики будущих врачей	212
<i>Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.</i> Место клинического психолога в функциональной диагностике в психиатрии и общей медицине.....	214
<i>Олешкевич В.И., Печникова Л.С.</i> Формирование профессиональной культуры патопсихологического исследования в детской психиатрической клинике	217

<i>Погосов А.В., Богущевская Ю.В.</i> Участие студентов факультета клинической психологии в оказании психиатрической помощи	221
<i>Рыжов А.Л.</i> Подход к оценке патопсихологических заключений	225
<i>Сафонова Т.В., Широокрад И.И., Аслаева Р.Г., Денискина В.З.</i> К вопросу о применении научного наследия Б.В. Зейгарник в высшем образовании.....	228
<i>Слоневский Ю.А.</i> Феномен личности Зейгарник Б.В. и ее уникального проекта-патопсихологии. Возрождение интереса к нему, как неизбежный этап развития современной психологической науки.....	232
<i>Сысоева О.В., Фомина А.О.</i> Динамика смыслообразующих компонентов комплаентности врача в понятиях «стыд» и «совесть» (на примере студентов-медиков)	237
<i>Сысоева О.В., Петрова А.И.</i> Особенности смысложизненного кризиса у специалистов социономических профессий на этапе обучения в вузе.....	240
<i>Тарасова С.Ю.</i> Исследовательское обучение в курсе «Патопсихология»: от традиций к современности	243

Раздел 3

Научные и этические основания современной психотерапии

<i>Холмогорова А.Б.</i> Предисловие научного редактора.....	247
<i>Аверченкова М.С., Круцких М.Ю.</i> Динамика аффективно-поведенческих комплексов у детей с нарушениями психического развития при дельфинотерапии.....	249
<i>Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н.</i> Диагностика черт чужаковатости на российской клинической выборке.....	252
<i>Вышинская Е.С.</i> «В этой жизни умирать не ново». Этические и методологические проблемы диагностики суицидального риска у лиц пожилого возраста.....	254

<i>Горнушенков И.Д.</i> Возможности применения теста Роршаха в формате экспресс-диагностики для оценки патологии мышления в клинике психических расстройств	257
<i>Гребень Н.Ф.</i> Картина мира пациентов с психическими расстройствами.....	260
<i>Гутько А.Г., Некрашевич А.И.</i> Этические аспекты практической психологии в эпоху телемедицинского консультирования	264
<i>Довженко Т.В., Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю.</i> Роль негативной социальной мотивации общения в снижении адаптации и качества жизни больных биполярным аффективным расстройством.....	266
<i>Жукова Д.И.</i> Системный подход в изучении перфекционизма.....	269
<i>Иванов Д.И.</i> Смыслообразующее пространство отношений в семье	273
<i>Инояттов А.А.</i> Психотерапия суицидального поведения у подростков	276
<i>Исхакова Д.Р., Тагильцева А.В.</i> Рефлексивные аспекты самосознания и совладающее поведение лиц с чертами нарциссического типа личности	279
<i>Клипинина Н.В., Никольская Н.С., Хаин А.Е., Рябова Т.В.</i> Модификация опросного листа Шкалы дистресса для выявления трудностей в разных сферах жизни у детей/подростков с онкологическими/гематологическими заболеваниями и сопровождающих их близких на разных этапах лечения	282
<i>Кузнецова С.О., Строгова С.Е.</i> Изучение эффективности арт-терапевтических занятий в работе с подростками, имеющими психические расстройства	285
<i>Кумченко С.К.</i> Стандартизированная модификация методики на самооценку Дембо-Рубинштейн на примере исследования транссексуалов на разных этапах коррекции пола	288
<i>Левковская О.Б., Шевченко Ю.С.</i> Влияние идей Б.В. Зейгарник на современную модель психотерапии подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра.....	292
<i>Мандрусова Э.С., Тетерина М.Н.</i> Взаимосвязь экспериментально-диагностических исследований и психотерапии в клинической психологии	297

<i>Маргошина И.Ю.</i> Онлайн консультирование в дискурсе этики психолога-консультанта.....	301
<i>Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е., Пансуев О.О., Пуговкина О.Д.</i> Метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией.....	304
<i>Николаевская И.А.</i> Личностные факторы трудностей в обучении и помощь в их преодолении: анализ случая.....	307
<i>Поляков А.М.</i> Типы нарушений деятельности человека.....	312
<i>Попова В.В., Бурина Е.А.</i> Особенности психического здоровья и временной перспективы секс работников: дизайн исследования.....	316
<i>Рахманина А.А., Холмогорова А.Б.</i> Апробация модифицированной методики воспринимаемого социокультурного давления.....	319
<i>Рыжгинская Н.И.</i> Особенности эмоциональной регуляции и использование социальных сетей у пациентов с аффективными расстройствами	322
<i>Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В.</i> Методологические проблемы психологического вмешательства при слуховых галлюцинациях в свете идей Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн	325
<i>Сарайкин Д.М.</i> Уровень притязаний при невротических и личностных расстройствах	328
<i>Севастьянова У.Ю., Авдеева Т.Н.</i> Взаимосвязь личностных качеств и вариантов совладающего поведения у мужчин разного возраста	330
<i>Сорокин В.М., Колосова Т.А., Кац. Е.Э.</i> Общие вопросы психологической помощи семьям, воспитывающим детей с психическим недоразвитием.....	333
<i>Субботич М.И., Холмогорова А.Б.</i> Социодемографические и интерперсональные факторы хронического суицидального поведения	336
<i>Сыроквашина А.Д., Пуговкина О.Д.</i> Диагностика риска аффективных расстройств у лиц старшего возраста с сердечно-сосудистой патологией	340

<i>Тучина О.Д., Д'Аргембо А., Холмогорова А.Б., Шустов Д.И., Агибалова Т.В.</i>	
Обратная сторона сознательного планирования: прайминг самоопределяющих проекций будущего	342
<i>Узлов Н.Д., Семенова М.Н.</i>	
Патопсихология здоровых: к постановке проблемы	346
<i>Фанталова Е.Б.</i>	
Самосознание у больных, страдающих тревожным расстройством.....	350
<i>Хазова С.А., Шипова Н.С.</i>	
Применение проективных методик для исследования образа семьи взрослых с интеллектуальными нарушениями.....	353
<i>Хохлова О.Ю., Виноградова М.Г.</i>	
Особенности в выражении чувства вины у лиц с депрессивными проявлениями в группе условной нормы.....	356
<i>Чепелюк А.А., Виноградова М.Г.</i>	
Патопсихологический анализ нарушений когнитивных процессов при шизотипических расстройствах	359
<i>Черная Ю.С., Матюшкина А.А.</i>	
Модификация методики «Классификация предметов / Детский вариант», пилотажное исследование	363
<i>Larionov P.M.</i>	
Alexithymia as a multidimensional construct and its relationship with cognitive emotion regulation, flexibility of coping with stress and psycho-emotional disorders.....	366

Раздел 4

Психическое здоровье детей, подростков и молодежи в информационную эпоху

<i>Зверева Н.В.</i>	
Предисловие научного редактора	369
<i>Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.</i>	
Особенности суицидальных тенденций у подростков	371
<i>Абрамов К.В., Астафьева А.С., Ермакова М.В.</i>	
Успех работы полипрофессиональной команды в реабилитации детей с особенностями ментальной сферы	374
<i>Абрамова А.А., Кузнецова С.О., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г.</i>	
Влияние насилия в детском возрасте на формирование аутоагрессивного поведения	377

<i>Авакян Т.В., Воликова С.В.</i> Привязанность и способность к ментализации у подростков-сирот	381
<i>Александрова О.В., Петрасова Е.Г.</i> Эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия матерей с детьми дошкольного возраста, с учетом объективных и субъективных составляющих жизненной ситуации.....	385
<i>Аникина В.О.</i> Оценка эмоционального состояния и отношения к ребенку у женщины во время беременности и после его рождения как способ раннего выявления риска нарушений психического здоровья	389
<i>Баканова А.А., Новикова С.В.</i> Отношение к болезни девушек с анорексией на ранних этапах ремиссии	392
<i>Барбакова Л.М.</i> Сравнительный анализ удовлетворенности качеством жизни студентов Кировского ГМУ с учетом влияния полового фактора	396
<i>Басанова Е.Е.</i> Проявление перфекционизма у студентов-педагогов	399
<i>Белоусов А.А., Горячева Т.Г.</i> Особенности произвольного внимания детей с СДВГ, учащихся начальных классов.....	403
<i>Беляева С.И., Дребезгина И.В.</i> Специфика логического мышления современных дошкольников с ЗПР	406
<i>Васина А.Н., Климашева Т.Д.</i> Особенности детско-родительских отношений в семьях с подростком, больным бронхиальной астмой.....	409
<i>Воликова С.В., Данилова Е.К., Снегирева Т.В.</i> Влияние дисфункциональных семейных коммуникаций на запрет на выражение чувств у молодежи	413
<i>Дианова А.А., Сергиенко А.А.</i> Особенности структуры темперамента у детей с трудностями обучения (опыт применения опросника структуры темперамента ОСТ-77)	416
<i>Долныкова А.А., Коренькова П.А.</i> Установки студентов разных специальностей по отношению к работе психолога-консультанта	419
<i>Екимчик О.А., Рулева Е.С., Крюкова Т.Л.</i> О взаимосвязи личностных черт и фаббинга у молодежи	421

<i>Зверева М.В., Казачкова М.А.</i> Прямая и непрямая самооценка у подростков с шизотипическим расстройством и расстройством личности	425
<i>Зверева Н.В., Балакирева Е.Е.</i> Дифференциальная диагностика когнитивного дизонтогенеза у детей и подростков при шизофрении: диагноз и ведущий синдром ...	429
<i>Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Суркова К.Л., Зверева М.В.</i> Оценка когнитивного развития детей и подростков, зачатых с помощью ЭКО: клинико-психологический и психометрический подходы	433
<i>Иванова И.А., Султанова А.С.</i> Влияние родительских установок на коррекционный процесс у детей с аутистическими расстройствами	437
<i>Илларионова-Шелковская М.С.</i> Исследование внутренней картины дефекта подростков с нарушением интеллекта: постановка проблемы.....	440
<i>Кладкова К.Н., Сергиенко А.А.</i> Особенности пространственного восприятия у подростков с шизотипическим расстройством личности	443
<i>Коблик Е.Г., Садовникова Т.А., Сотникова Ю.А.</i> Своевременное выявление и сопровождение обучающихся с поврежденным или искаженным вариантом развития в связи с нарушениями мышления	446
<i>Костюхина Е.Д., Холмогорова А.Б.</i> Виртуальная коммуникация о депрессии и суициде с использованием интернет-мемов.....	453
<i>Лепешева С.О., Холмогорова А.Б.</i> Участие в фитнес-блогах и неудовлетворенность своим телом у девушек.....	456
<i>Лещинская С.Б., Стоянова И. Я., Бохан Т.Г., Терехина О.В., Силаева А.В.</i> Физическое и психическое развитие детей, зачатых посредством ЭКО: динамика на протяжении первых полутора лет жизни	461
<i>Михайлова И.В.</i> Когнитивный стиль и суицидальный риск обучающихся.....	464
<i>Набиулина А.С., Матюхина И.В.</i> Особенности зрительного восприятия у детей дошкольного возраста с трудностями гнозиса (из опыта работы)	467

<i>Никулина А.А.</i> Особенности влияния образовательной среды на формирование жизненных ориентиров студенческой молодёжи, проживающей в экстремальной социогенной ситуации	470
<i>Новикова Г.Р.</i> Возможности и ограничения клинико-психологической диагностики обратимых форм психической ретардации в практике психолого-медико-педагогической комиссии	473
<i>Ординарцева Е.В., Сергиенко А.А.</i> Особенности исполнительных функций у детей дошкольного и младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья	476
<i>Польская Н.А.</i> Страх негативной оценки внешности и неудовлетворенность телом в юношеском возрасте.....	479
<i>Пустовая А.В., Пустовая Е.Н., Гуткевич Е.В.</i> Сравнительный анализ уровня развития социальных навыков у детей с разной степенью тяжести аутистических проявлений.....	482
<i>Рется С.Э., Луковцева З.В.</i> Опыт диагностики переживания гендерного насилия подростком с шизотипическим расстройством личности (анализ случая).....	485
<i>Рой А.П., Холмогорова А.Б.</i> Опыт гомонасилия и социальная тревожность у лиц с гомосексуальными предпочтениями в Российской выборке	488
<i>Слепович Е.С., Поляков А.М.</i> Проблема целостности психологического диагноза при выявлении отклонений в психическом развитии ребенка	491
<i>Солдатова Г.У., Чигарькова С.В.</i> Причины, содержание и формы киберагрессии у подростков, молодежи и взрослых	495
<i>Солдатова Г.У., Чигарькова С.В.</i> Стратегии родительской медиации цифровой социализации подростков.....	499
<i>Степанова В.А., Седова Е.О.</i> Особенности формирования реакции несогласия у детей раннего возраста с синдромом Дауна	503
<i>Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.</i> Семья как фактор интернет зависимого поведения у подростков	506

<i>Суркова К.Л.</i> К вопросу о диагностике когнитивного и речевого развития у детей 3-4 лет, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий.....	509
<i>Суханова А.В., Холмогорова А.Б.</i> Семейные факторы нарушений пищевого поведения у детей и подростков	512
<i>Терехова В.Р., Воротыло Н.В.</i> Индивидуальные особенности родителей и детско-родительские отношения в семьях детей с ЗПР	516
<i>Трушкина С.В.</i> Смена стереотипов родительско-детского взаимодействия и психическое здоровье детей раннего возраста	520
<i>Уласень Т.В.</i> Анализ совладающего поведения у подростков в ситуациях депривационного опыта.....	523
<i>Хозиев В.Б., Долженко А.Н.</i> Динамика квазипотребности в ходе психологической работы с родителями детей с РАС	527
<i>Храмцова О.В.</i> Выявление рисков суицидального поведения подростков через смысловой контекст.....	533
<i>Чупров Л.Ф.</i> Патопсихологический подход к диагностике причин неуспеваемости младших школьников.....	536
<i>Шарипова Ф.К., Сулейманов Ш.Р.</i> Семейные детерминанты интернет аддикции у подростков	539
<i>Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В.</i> Взаимосвязь факторов раннего развития речи и параметров продуктивной речи у подростков при эндогенной психической патологии	542

Раздел 5

Психосоциальная реабилитация в психиатрии и наркологии: опыт реформ

<i>Рычкова О.В.</i> Предисловие научного редактора.....	546
--	-----

<i>Березина А.А., Гвоздецкий А.Н., Климанова С.Г., Трусова А.В.</i> Р300 как показатель сдвига внимания на связанные с алкоголем стимулы у лиц с зависимостью от алкоголя.....	548
<i>Блинова С.В.</i> Комплексный подход к реабилитации наркологических больных в Удмуртской Республике	551
<i>Брагин Д.А.</i> Особенности диагностики нарушений социального и эмоционального интеллекта больных шизофренией на ранней стадии течения заболевания	555
<i>Грачева Ю.В., Бердичевский А.А., Лазарев А.В.</i> Взаимосвязь симптомов ПТСР и психологического благополучия у наркозависимых	558
<i>Гуревич Г.Л., Агибалова Т.В., Рычкова О.В., Бузик О.Ж.</i> Влияние психотерапии на проявления депрессии и патологического влечения к алкоголю у больных с биполярным аффективным расстройством и коморбидной зависимостью от алкоголя.....	561
<i>Гуткевич Е.В.</i> Домашняя среда как фактор сохранения психического здоровья личности.....	565
<i>Давыдова Е.В.</i> Взаимосвязь детского травматического опыта, ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией	568
<i>Дмитриева Н.Г., Шуненков Д.А., Ениколопов С.Н.</i> Особенности ольфакторных процессов у пациентов шизофренического спектра	572
<i>Жданова Н.В., Дёмина М.В., Данильчук В.В.</i> Психологическое сопровождение лиц с наркологическими расстройствами в процессе реабилитации.....	576
<i>Запесоцкая И.В.</i> Фиксированный мотив как механизм трансформации состояния зависимости	579
<i>Копытов Д.А., Быченко И.В., Копытов А.В.</i> Особенности кратковременной слухоречевой памяти у пациентов с алкогольной зависимостью на фоне лечения синдрома отмены алкоголя методами кислородотерапии	582

<i>Ларин А.В.</i> Схема-терапевтический подход к психологической коррекции зависимых от синтетических наркотиков	586
<i>Нечаева А.И., Шишкова А.М., Бочаров В.В., Илюк Р.Д., Громыко Д.И.</i> Взаимосвязь социально-демографических и клинических характеристик с проявлениями эмоционального выгорания у родственников больных патологической склонностью к азартным играм	589
<i>Палин А.В.</i> Оценка эффективности ранних психосоциальных вмешательств для реабилитации больных шизофренией	593
<i>Палин А.В., Козлов М.Ю., Пожарская А.Ф.</i> Опыт применения современных психореабилитационных программ для пациентов с биполярным аффективным расстройством	596
<i>Пеккер М.В., Щелкова О.Ю.</i> Когнитивные корреляты критичности у больных параноидной шизофренией	599
<i>Пенявская А.В.</i> Психологическое сопровождение как неотъемлемая часть психосоциальной реабилитации больных шизофренией, совершивших общественно опасное деяние	602
<i>Польманн А.Г.</i> Международный опыт психологической помощи людям, страдающим химической зависимостью (Германия)	605
<i>Рецер Р.А., Соловьева И.Г., Сарычева Ю.В., Патрикеева О.Н.</i> Личностные особенности зависимых от сочетания наркотиков и алкоголя	609
<i>Рогачева Т.В.</i> Содержание социокультурной реабилитации (абилитации): к постановке проблемы	612
<i>Рычкова О.В., Агibalова Т.В., Пустовалова А.В.</i> Новая модель потребления психоактивных веществ российскими студентами	615
<i>Селезнева М.Н.</i> Взаимосвязь социальной адаптации психически больных пациентов с особенностями совладающего поведения и отношения к болезни	619

<i>Сиснева М.Е.</i> Оценка степени самостоятельности и необходимого сопровождения лиц с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью	622
<i>Строгова С.Е.</i> Арт-терапевтическая и групповая работа в стационаре с пациентами при различных видах психической патологии.....	624
<i>Суворова И.Ю., Ефремова Д.Н., Глебов В.В.</i> Тренировка памяти как способ улучшения качества жизни людей пожилого возраста с деменцией	627
<i>Таккуева Е.В., Холмогорова А.Б.</i> Психосоциальная реабилитация больных шизофренией посредством мотивационного тренинга в условиях психоневрологического стационара и в условиях ПНИ	631
<i>Турок А.А.</i> Особенности переживания чувства удовольствия лицами, употребляющими алкоголь и табак	634
<i>Тучина О.Д., Холмогорова А.Б., Агибалова Т.В., Шустов Д.И.</i> Бессознательная «память будущего» пациентов с синдромом зависимости от алкоголя: связь с тяжестью зависимости.....	637
<i>Федорова Е.М., Тагильцева А.В.</i> Репродуктивные установки больных параноидной шизофренией в связи с переживанием стигматизации и самостигматизации	641
<i>Шилко Н.С., Ениколопов С.Н.</i> Анализ особенностей визуализации внутренних образов у людей с психическими расстройствами	645
<i>Шустов А.Д., Клименко Т.В.</i> Эффективность провитального психотерапевтического интервью по повышению приверженности долгосрочному лечению у пациентов с алкогольной зависимостью	648
<i>Шустов Д.И., Тучина О.Д.</i> Выздоровление аддиктивного пациента	651

Раздел 6

Психологическая помощь и психо- социальная реабилитация при тяжелых формах соматической патологии

<i>Сирота Н.А.</i> Предисловие научного редактора.....	654
---	-----

<i>Абдуллаева В.К., Сафарбаев Б.Б.</i> Психотерапия депрессивных расстройств у пациентов кардиологического профиля.....	656
<i>Абрамовская О.Р., Змеева А.С., Циринг Д.А.</i> Эмоциональный компонент личностной беспомощности и жизнестойкость у женщин с диагнозом рак молочной железы в период зрелости	660
<i>Абросимов И.Н.</i> Восприятие болезни и копинг-поведение пациентов с ревматическими болезнями	663
<i>Алигаева Н.Н.</i> Роль клинической психологии при реабилитации осужденных-инвалидов.....	666
<i>Баранова А.В., Яковлева Н.В.</i> Связь саморегуляции и субъективного восприятия времени у пациентов с дегенеративно- дистрофическими заболеваниями позвоночника.....	669
<i>Батяева А.С., Зверева Н.В.</i> Особенности самоотношения больных сахарным диабетом второго типа в пожилом возрасте на фоне декомпенсации	672
<i>Бурина Е.А., Абабков В.А., Пазарацкас Е.А., Капранова С.В.</i> Психологическая коррекция беременных женщин с выраженным уровнем дистресса	675
<i>Василенко Т.Д., Селин А.В.</i> Психосоматический симптом в контексте социального стресса и экзистенциальной исполненности	678
<i>Великанова Л.В.</i> Психогенные неэпилептические приступы: проблема диагностики и терапии	681
<i>Власова Н.В.</i> Уровень стигматизации и самостигматизации в системе психологических ресурсов пациентов с нарушением сердечно-сосудистой системы	684
<i>Горбунова А.В.</i> Особенности отношений к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы	688
<i>Дейнека Н.В.</i> Психодиагностика и психологическая помощь пациентам с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника	691

<i>Ильмузина А.В.</i> Реабилитационный потенциал женщин с острым коронарным синдромом	694
<i>Калантарова М.В., Рахманина А.А., Холмогорова А.Б., Завалий Л.Б.</i> Проблема эмоциональной дезадаптации при невралгии лицевого нерва	697
<i>Кольцова О.В.</i> Значение медицинской психологии в оказании комплексной клиничко-диагностической и терапевтической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам	700
<i>Котельникова А.В. Тихонова А.С., Кукушина А.А.</i> Приверженность к лечению у больных, перенесших инсульт: этап реабилитации	703
<i>Кошанская А.Г.</i> Особенности использования механизмов психологической защиты больными сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения	706
<i>Маликова Л.А., Яковлева Н.В.</i> Модель здоровьесберегающего поведения профессиональных спортсменов с травмами конечностей	709
<i>Меркулова В.А., Покровская С.В.</i> Использование техники интервью в процессе мотивационного тренинга, направленного на формирование здоровьесберегающего поведения	712
<i>Микита О.Ю.</i> Психологическое сопровождение и реабилитация пациентов с хронической болезнью почек до и после трансплантации	715
<i>Панфилова М.А.</i> Отношение к болезни и здоровью детей с различными соматическими заболеваниями	718
<i>Пономарева И.В., Пахомова Я.Н.</i> Психическое здоровье женщин, больных раком молочной железы, проживающих в промышленном мегаполисе и сельской местности	722
<i>Ратникова Ю.А.</i> Психолого-педагогическая реабилитация лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в раннем периоде заболевания	725

<i>Романова В.В.</i> Социализация телесности у детей с хроническим соматическим заболеванием (на примере бронхиальной астмы).....	728
<i>Русина Н.А., Нечаева Е.М., Швецова С.В.</i> Сравнительное исследование особенностей проявления виктимного поведения женщин с диагнозом рак молочной железы и заключенных женщин	732
<i>Русина Н.А., Скобелева Д.А., Филатова Ю.С.</i> Исследование внутренней картины болезни пациентов с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких и пациентов с синдромом перекреста бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких...	736
<i>Сафарбаев Б.Б.</i> Исследование уровня тревожности у пациентов кардиологического профиля.....	740
<i>Сирота Н.А., Ялтонский В.М., Шарифова А.А., Огарев В.В.</i> Восприятие болезни и стратегии совладания пациентов с раком желудка.....	743
<i>Соснина В.Г., Сарайкин Д.М.</i> Особенности системы отношений женщин, больных эпилепсией	745
<i>Хихол В.А., Якуть А.В., Сурмач Е.М., Малкин М.Г.</i> Влияние семейного положения и возраста на уровень тревоги и депрессии у пациентов травматологического профиля	748
<i>Черная Ю.С., Шишкова А.М., Бочаров В.В.</i> Соотношение эмоционального выгорания и выраженности жалоб на психопатологическую симптоматику у матерей и отцов, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья..	751
<i>Шишкова А.М., Бочаров В.В.</i> Психологические последствия хронической болезни близкого для опекающих его родственников: рост или дисфункциональность личности.....	754
<i>Шумская Н.А.</i> Совладающее поведение матерей, воспитывающих детей с тяжелыми множественными нарушениями развития	757

Раздел 7

Роль нейропсихологии в современной медицине

<i>Рощина И.Ф.</i>	
Предисловие научного редактора.....	760
<i>Абдуллина Е.Г., Савина М.А., Рупчев Г.Е., Шешенин В.С., Паникратова Я.Р., Почуева В.В.</i>	
Преимущества использования шкалы MoCA перед MMSE при проведении скрининговой диагностики когнитивных функций у пациентов с поздней шизофренией.....	762
<i>Балашова Е.Ю.</i>	
Категория психической нормы в нейропсихологии старения	765
<i>Белоусова Н.В., Каримулина Е.Г.</i>	
Нейропсихологические особенности младших школьников с высокими показателями тревожности	768
<i>Борщ Д.В., Колесников Д.А., Свинарева И.В., Кондуфор О.В.</i>	
Нарушение речевой беглости при шизофрении в сочетании с органическим повреждением головного мозга и инсомнией	772
<i>Будька Е.В.</i>	
Нейропсихологический анализ индивидуального здоровья.....	774
<i>Воронин Н.А., Трегубов С.С.</i>	
Взаимосвязь особенностей регуляции вегетативной нервной системы, тревожности и зрительно-пространственного внимания человека.....	777
<i>Дерюганова О.А., Рощина И.Ф.</i>	
Динамика психических функций после когнитивного тренинга у пациентов с болезнью Альцгеймера.....	780
<i>Елианский С.П.</i>	
Изменения внимания при компримирующих воздействиях на левое и правое полушария головного мозга	784
<i>Каверина М.Ю., Гаврилова Е.В., Кроткова О.А., Ениколопова Е.В.</i>	
Изменения внимания при компримирующих воздействиях на левое и правое полушария головного мозга	787
<i>Колесников Д.А., Туренко С.А., Дегтярь Е.С., Кондуфор О.В.</i>	
Нарушение исполнительной функции в структуре нейрокогнитивных расстройств у пациентов с параноидной шизофренией при негативных изменениях личности уровня аутизации с эмоциональным обеднением.....	791

<i>Курбатова Е.Г., Макарова Е.В.</i> Нейропсихологические особенности здоровых лиц молодого возраста с трудностями топографической ориентации	794
<i>Морозова А.В., Сергиенко А.А.</i> Исследование мозговых механизмов процесса распознавания эмоций по выражению лица у детей 5-11 лет: методика “Chimeric faces test” и опыт её применения	797
<i>Никитаева Е.В.</i> Специфика нейропсихологической диагностики и реабилитации пациентов с синдромом неглекта в первичных неврологических отделениях	801
<i>Пичиков А.А., Иванов А.Б., Саломатина Т.А.</i> Подходы к нейрокогнитивной реабилитации у пациенток с нервной анорексией	805
<i>Рощина И.Ф., Рощина И.Ф., Дерюганова О.А., Калантарова М.В., Шведовская А.А., Хромов А.И.</i> Профилактика когнитивных дефицитов в позднем возрасте: первичная адаптация программы «Cognitive Stimulation Therapy» (CST) в России	808
<i>Рощина И.Ф., Селезнева Н.Д.</i> Клинико-нейропсихологическая оценка динамики психической деятельности у кровных родственников пациентов с болезнью Альцгеймера	811
<i>Солдатов Г.У., Вишнева А.Е.</i> Нейрокогнитивные функции у детей и подростков с разной цифровой активностью и увлеченностью видеоиграми	815
<i>Султанова А.С.</i> Проблемы развития нейропсихологической помощи детям с нарушениями психического онтогенеза	819
<i>Султанова А.С., Корнеев М. Б., Сонгулия Я. В.</i> Нейропсихологическая коррекция детей раннего возраста с нарушениями психического развития	823
<i>Фатеев Ю.С., Плужников И.В., Омельченко М.А.</i> Нейрокогнитивное функционирование пациентов с высоким риском шизофрении и доминированием позитивных расстройств мышления	827
<i>Фатеев Ю.С., Плужников И.В., Омельченко М.А.</i> Нейрокогнитивное функционирование пациентов с негативными расстройствами мышления	830

<i>Хохлов Н.А.</i>	
Знание названий пальцев как диагностический признак при проведении нейропсихологического обследования детей и подростков.....	833
<i>Шипкова К.М.</i>	
Роль сенсорнообогащенной среды в реабилитации афазических расстройств	836

Раздел 8

Криминальное поведение и судебная психолого-психиатрическая экспертиза

<i>Дозорцева Е.Г.</i>	
Предисловие научного редактора.....	839
<i>Васильченко А.С.</i>	
Нарушения психической регуляции поведения у лиц с психическими расстройствами и психически здоровых на примере водителей транспортных средств категории В	841
<i>Григорьева А.А., Усова Л.Е.</i>	
Риски употребления психоактивных веществ и склонность к виктимному поведению у лиц подросткового возраста	845
<i>Морозова М.В., Савина О.Ф.</i>	
Проблемные зоны дифференциальной диагностики умственной отсталости и органической патологии	848
<i>Русина Н.А., Швецова С.В.</i>	
Исследование уровня рискогенности социально-психологических условий, формирующих у подростков психологическую готовность к аддиктивному поведению	851
<i>Сафуанов Ф.С.</i>	
Комплексная судебно-психиатрическая экспертиза: проблемы и перспективы.....	855
<i>Солдатова Г.У., Чигарькова С.В.</i>	
Причины, содержание и формы киберагрессии у подростков, молодежи и взрослых	859
<i>Спаская М.А.</i>	
Партнерское насилие: культурно- исторический контекст и важность объединения усилий помогающих практиков	863

РАЗДЕЛ 1

ПОСЛЕДСТВИЯ ПАНДЕМИИ COVID-19 ДЛЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ПРАКТИКИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Наша конференция посвящена памяти Блюмы Вульфовны Зейгарник, которая была продолжательницей культурно-исторической психологии Л.С.Выготского в клинической психологии. Учет культурно-исторического контекста при анализе всех форм психической патологии – это один из самых важных принципов данной традиции. Не удивительно, что данный раздел сборника тезисов оказался одним из самых объемных. Специалисты в области психического здоровья и их исследования востребованы сейчас всем международным сообществом как никогда. Пандемия коснулась всех сфер нашей жизни, начиная с самых близких семейных отношений и кончая международными отношениями, обмена опыта между специалистами из разных стран и регионов. В особой группе риска оказались специалисты помогающих профессий, и, прежде всего, медики и учителя.

Работу медиков в условиях пандемии можно назвать настоящим героизмом, не стесняясь громких слов. При том, что и до пандемии медицинские работники характеризовались самыми высокими показателями профессионального выгорания. Серьезная угроза для психического здоровья медицинских работников связана, в частности, с тем, что усталость и неизбежные перегрузки в условиях пандемии сами по себе являются фактором риска по депрессии. К этому надо добавить повышенный риск заражения себя и близких, высокую неопределенность в выборе методов лечения больных COVID-19, огромное бремя ожиданий больных и их родственников, всего общества от работы медиков. Исходя из этого, научным комитетом конференции было решено организовать специальный круглый стол, посвященный профессиональному выгоранию медицинских работников. Известно, что важным фактором-протектором профессионального выгорания служит психологическая компетентность, которая включает коммуникативные навыки общения, способность к эмоциональной саморегуляции, снижению уровня стресса. Именно сейчас особенно важно обратить внимание на психологическую составляющую в образовании медицинских работников и идти по пути ее совершенствования. Хочется выразить надежду, что на круглом столе «Профессиональное выгорание медицинских работников в период пандемии COVID-19 и задачи повышения психологи-

ческой компетентности медицинского персонала» мы сможем обсудить все эти острые вопросы. Секция организуется совместно с НИИ Скорой помощи им.Н.В.Склифосовского ДЗМ г.Москвы, сотрудники которого совместно с факультетом консультативной и клинической психологии МГППУ провели первые исследования профессионального выгорания российских медицинских работников в период пандемии.

Не столь явно и драматически как ситуация в медицине выглядит ситуация в системе образования, которая, тем не менее, переживает острейший кризис в связи с введением дистанционного обучения. Высокий уровень стресса переживают все – и семьи, и учащиеся, и учителя. Еще только предстоит оценить риски для развития и для здоровья, связанные с доминированием цифровых форм обучения. Это пока относительно белая страница нашей науки, которая только начинает заполняться первыми данными. Специалистами МГППУ совместно с Федерацией психологов России образования была проведена серия вебинаров, направленная на организации помощи всем указанным категориям с учетом разных возрастных групп учащихся. Крайне важно обсудить региональный опыт и психологические исследования факторов риска, которые могут послужить основой для оказания помощи и нормализации образовательного процесса, насколько это возможно. Такое обсуждение предполагается в рамках секции «Организация психологической поддержки учащимся, семьям и учителям в период пандемии COVID-19».

Наконец, в рамках специальной секции «Последствия пандемии COVID-19 для психического здоровья и практики оказания психологической помощи» планируется обсудить разнообразные данные, полученные специалистами при изучении факторов риска и вытекающие из них мишени психологической помощи и специфические формы ее оказания в период пандемии.

Очень важно и отрадно сознавать, что наше профессиональное сообщество активно откликнулось на запрос общества в этот острый и кризисный период, о чем свидетельствуют многочисленные работы, присланные на нашу конференцию и заявки на выступления.

*Холмогорова Алла Борисовна, д.псих.н, профессор
декан факультета консультативной и клинической психологии
ФГБОУ ВО МГППУ, главный научный сотрудник МНИИ
психиатрии (филиал ФБГУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского),
вице-президент Российского психотерапевтического общества,
член правления Российского общества психиатров*

Оказание медико-психологической помощи населению по телефону «Горячая линия» в условиях пандемии COVID-19

Алкеева-Костычева Е.А.
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»
Минздрава России, Москва, Россия
alkeevakostycheva.e@serbsky.ru

Ключевые слова: горячая линия, краткосрочная психотерапевтическая помощь, психологическая помощь в условиях самоизоляции, анонимность, конфиденциальность

Providing the population with medical and psychological assistance through hotline services during the COVID-19 pandemic

Alkeeva-Kostycheva E.A.
V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Keywords: hotline, short-term psychotherapeutic assistance, psychological assistance in self-isolation, anonymity, confidentiality

Введение. Служба медико-психологической помощи по телефону «Горячая линия» входит в структуру Отделения неотложной психиатрической и психологической помощи при ЧС. Оказывается экстренная анонимная психологическая и психотерапевтическая помощь обратившимся по телефону в круглосуточном режиме. Вне ЧС «Горячая линия» функционирует как круглосуточная анонимная служба медико-психологической поддержки населения. Информация о работе телефона «Горячая линия» размещается в средствах массовой информации, на официальном сайте и информационных стендах Центра. Ведется автоматическая аудиозапись всех входящих звонков без определения номера (идентификации личности) звонящего в соответствии с техническими функциями системы, обязательное автоматическое сообщение о производящейся аудиозаписи обратившимся на «Горячую линию» перед началом беседы. Полученная информация является конфиденциальной. Особенности оказания психотерапевтической помощи по телефону: анонимность, конфиденциальность, возможность прервать разговор (для пациента).

Цель работы. На примере организации медико-психологической помощи населению по телефону «Горячая линия» ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России в условиях пандемии COVID-19 продемонстрировать структуру обращений в условиях пандемии и систе-

му оказания медико-психологической помощи, необходимую для преодоления психических последствий пандемии.

Материал и методы. Телефон «Горячая линия» при ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России функционирует с 2002 г. Звонки поступают от жителей Москвы и других субъектов Российской Федерации. Высокая потребность в психолого-психиатрической помощи по телефону подтверждается многолетней практикой работы этой «Горячей линии». Начиная с 2008 г количество обращений на линию с каждым годом увеличивалось (2008 г-4895 звонков, 2009 г. – 5438 звонков, 2010 г. – 8933 звонка, 2011 г. – 7169 звонков, 2012 г. – 7782 звонка, 2013 г. – 9557 звонков, 2014 г. – 9601, 2015 г. – 9068 звонков, 2016 г. – 9106 звонков, 2017 г. – 9248 звонков, 2018 г. – 12634 звонка, 2019 г. – 14120 звонков). Среднее количество звонков в сутки увеличилось с 13 в сутки (2008 г.) до 38 в сутки (2019 г.).

До 21.03.2020 г. звонков по ситуации, связанной с эпидемиологической ситуацией по коронавирусу, не поступало. Начиная с 21.03.2020 г. на линию стали поступать звонки, связанные с эпидемиологической ситуацией по коронавирусу. За период с 21.03 по 31.08.2020 г. принято 7526 звонков от жителей Москвы и других субъектов Российской Федерации, из них 1422 звонков (18,9 %) по вопросам, связанным с эпидемиологической ситуацией COVID – 19.

Результаты. Среднее количество звонков в сутки в период пандемии выросло с 38 до 68. Число звонков по ситуации с коронавирусом увеличивалось с 4,0 % в марте март 2020 до 63,0 % в апреле 2020 от общего количества обращений на линию. Пик числа обращений на «Горячую линию» наблюдался в апреле 2020 г. (до 114 обращений в сутки). После окончания периода строгих ограничительных мер (вторая половина июня), а также в июле и в августе, количество обращений, непосредственно связанных с коронавирусной инфекцией, уменьшилось (в среднем до 10 %), но увеличилось количество обращений, опосредовано связанных с пандемией (обратившихся с тревогой и суицидальными тенденциями по поводу разорения, потери работы, тяжелой экономической ситуации, увеличилось количество обращений от больных с соматическими расстройствами, высказывающие тревогу по поводу обострения и лечения соматических заболеваний и тревогой по поводу необходимой плановой госпитализации, высказывающие тревогу по поводу лечения в соматических стационарах и страхом заражения коронавирусом в них).

За период пандемии COVID-19 в структуре обращений, напрямую не связанных с коронавирусной инфекцией, наблюдаются следующие тенденции. Увеличилось количество обращений с выраженными тревожными реакциями в виде панических приступов и других симптомов, наблюдалось усиление тревожной и депрессивной симптоматики у пациентов с различными непсихотическими расстройствами (от 15 до 20 %). Увеличение числа обращений с межличностными конфликтами, отношений внутри семьи, от-

ношений с родственниками, значимыми потерями, с проблемами буллинга в соцсетях, с проблемами детей и подростков. Также наблюдалось увеличение обращений больных с психотической симптоматикой и их родственников (от 5 до 7%). Количество обращений от пациентов с суицидальными тенденциями составило примерно такой же процент, как и до пандемии (4%).

В целом, за все время пандемии по вопросам, связанным с COVID-19, можно выделить следующие темы обращений:

- тревожные реакции по поводу заражения коронавирусом при наличии симптомов ОРВИ, тревожные реакции по поводу заражения коронавирусом при отсутствии симптомов ОРВИ;
- выраженные тревожные реакции по поводу заражения коронавирусом, в т.ч. в виде панических приступов и других симптомов;
- психосоматические реакции, усиление/возобновление имеющейся невротической симптоматики у пограничных пациентов;
- реакции эндогенных пациентов на ситуацию, психотические реакции;
- обратившиеся за помощью по соматической патологии, по поводу проведения теста на коронавирус, вопросы карантинных мероприятий и самоизоляции, трудности пребывания в самоизоляции;
- обращения, связанные с широким кругом социальных и других вопросов: по поводу профилактических мер, обработки подъездов, улиц, наличия масок в аптечной сети, средств дезинфекции, предложения участия в волонтерском движении, доставки лекарств и продуктов, оформления электронных пропусков и штрафов, высказывания недовольства мерами для «борьбы» с коронавирусом, оформления пенсий и пособий, получение сведений о состоянии госпитализированных родственников, а также вопросы, связанные с потерей работы, трудностями дистанционного обучения и работы.

Выводы. В настоящее время, в условиях пандемии COVID-19, учитывая чрезвычайную ситуацию и необходимость оказания квалифицированной разносторонней специализированной помощи населению, можно прогнозировать дальнейшее увеличение количества обращений на телефон «Горячая линия». Во время пандемии структура обращений на телефон «Горячая линия» изменилась, анализ обращений на линию способствует разработке технических подходов оказания экстренной психологической помощи и совершенствование психотерапевтической помощи по телефону по телефону во время пандемии, связанной с коронавирусной инфекцией.

Работу службы медико – психологической помощи по телефону в условиях пандемии можно рассматривать как одно из звеньев оказания медицинской помощи, направленной на активизацию ранней обращаемости населения к специалистам, оптимизацию лечебной, профилактической работы и повышение уровня информированности, осведомленности населения в вопросах психического здоровья в условиях пандемии, а также как профилактическую работу по предотвращению кризисных состояний и суицидальных тенденций.

Особенности психологического благополучия студентов в период пандемии

Артюхова Т.Ю.

Сибирский федеральный университет, Красноярск, Россия

tartjuchova@mail.ru

Ключевые слова: психологическое благополучие, пандемия, студенты

Аннотация: представлены результаты эмпирического исследования, в котором показано, что в результате перехода на дистанционное обучение у обучающихся происходят изменения в составляющих психологического благополучия: возрастают показатели нервно-психической неустойчивости, личностной тревожности, учебного стресса.

Features of psychological well-being of students during the pandemic

Artyukhova T. Yu.

Siberian Federal University, Krasnoyarsk, Russia

Keywords: psychological well-being, pandemic, students

Abstract: the results of an empirical study are presented, which shows that as a result of the transition to distance learning, students experience changes in the components of psychological well-being: indicators of neuropsychic instability, personal anxiety, and educational stress increase.

Введение. Студенческий возраст относится к такому периоду жизни, когда смена ситуации развития, новая по содержанию и организации учебная – учебно-профессиональная деятельность – могут способствовать возникновению психологического неблагополучия. В монографии Я.И. Павлоцкой описаны различные точки зрения по вопросу психологического благополучия. Автор понимает под психологическим благополучием такое социально-психологическое образование, которое выступает детерминантой развития и становления личности, обуславливающее степень ее самореализации и самоактуализации [2, С.27].

Коллектив авторов Н.А. Батурин, С.А. Башкатов и Н.В. Гафарова на основе теоретико-эмпирического предложили структурно-уровневую модель психологического благополучия, внутри которой осуществля-

ется соподчиненность четырех уровней факторов: субъективно-личностных, межличностных, психологических и внешних внеличных [1, С.10–11]. Обращает на себя внимание соединение как внутри-, так и внеличных характеристик.

Обобщая имеющиеся точки зрения, С.В. Яремчук делает обобщение позиций, указывая, что субъективное благополучие рассматривается и как «интегральная обобщенная оценка соответствия жизни личности ее основным смысловым ориентирам», и как «компонент системы саморегуляции согласованности личностных целей и ценностей с возможностью их реализации». В ходе эмпирического исследования доказано, что нарушение субъективного благополучия выступает пусковым механизмом смысловой системы личности. С одной стороны может усиливаться мотивация к изменению, а с другой – условием сохранения при незначительных рассогласованиях между реальным и желаемым в значимых жизненных сферах [3].

Для нас представляет интерес рассмотрение психологического благополучия с позиции учебного стресса, т.к. с одной стороны он может способствовать удержанию учебной деятельности в оптимальном состоянии, а с другой, может стать разрушающей силой. Возникшая пандемическая ситуация обострила некоторые эмоциональные составляющие учебного процесса. Данная проблема, безусловно, требует к себе внимания, т.к. воздействие стресса может отрицательно сказаться не только на процессе обучения, но и на состоянии психологического здоровья студентов, индикатором которого, в частности, выступает психологическое благополучие.

Материал и методы. Проанализировав теоретические аспекты психологического благополучия, мы определили цель эксперимента – изучение особенностей компонентов психологического благополучия обучающихся в период пандемии. Основные методы исследования: методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге; тест на учебный стресс (Ю.В. Щербатых); шкала нервно-психического напряжения (Т.А. Немчин); методика Ч.Д. Спилбергера на выявление личностной и ситуативной тревожности (адаптирована Ю.Л. Ханиным); методы количественной и качественной обработки результатов. Выборка исследования представлена 40 студентами. Возрастной диапазон испытуемых – от 19 до 24 лет. Участие в исследовании исключительно на добровольной основе. Все методики проводились дистанционно, в режиме онлайн, с использованием сервиса Google Формы.

Результаты. Оценивая способность стрессоустойчивости и социальной адаптации по Холмсу и Раге, нами получены данные, подтверждающие, что для 60 % студентов свойственна низкая сопротивляемость стрессу, для 20 % отмечена пороговая степень, и только 20 % свойственна способность удерживать психологическое благополучие. При

анализе причин стресса выделяется следующий кластер: большая учебная нагрузка, строгие преподаватели и страх перед будущим.

Показатели уровня постоянного стресса за последние три месяца учебы в дистанционном режиме значительно увеличился для 40 % респондентов, незначительно возрос у 20 %, для остальных участников эксперимента психологическое благополучие не ухудшилось. При рассмотрении индикаторов проявления стресса выделяются в основном такие, как повышенная отвлекаемость, плохая концентрация внимания, спешка и ощущение постоянной нехватки времени. Средний уровень экзаменационного волнения среди респондентов составляет 7,4 б., что соответствует уровню выше нормы.

Анализируя данные по шкале нервно-психического напряжения, отметим выраженное напряжение у 35 % испытуемых, при этом для 92 % респондентов свойственна личностная тревожность, выступающая в структуре психологического благополучия дезорганизирующим фактором.

Выводы.

1. Психологическое благополучие необходимо рассматривать системно, через понимание взаимосвязи физических, психологических, социально-культурных факторов.
2. Психологическое благополучие отражает восприятие и оценку человеком своей самореализации с точки зрения потенциальных возможностей.
3. В ходе экспериментального исследования получены данные, подтверждающие, что 60 % участников имеют низкую сопротивляемость стрессу, ранимость; 35 % – значительно выраженное нервно-психическое напряжение; 92 % респондентов имеют высокую степень личностной тревожности.
4. Для большинства студентов причиной возникновения психологического неблагополучия в учебной деятельности выступает большая нагрузка, строгие преподаватели, а также страх перед будущим.
5. Уровень постоянного стресса за последние три месяца (совпал с периодом дистанционного обучения) значительно увеличился, это также подтверждает возросший уровень экзаменационного волнения в группе.
6. Повышенная тревожность мы связываем со сложившейся ситуацией в мире, а именно самоизоляцией и карантином: среди опрошенных 12 % считают их причинами стресса, как следствие, психологического неблагополучия.

Литература

1. Батури́н Н.А. Теоретическая модель личностного благополучия / Н.А. Батури́н, С.А. Башкатов, Н.В. Гафарова // Вестник Южно-Уральского государственного университета. – 2013. – Т. 6. – № 4. – С. 4–14.
2. Павлоцкая Я.И. Психологическое благополучие и социально-психологические характеристики личности: монография / Я.И. Павлоцкая;

- Волгоградский институт управления – филиал ФГБОУ ВО РАН-ХиГС. – Волгоград: Издательство Волгоградского института управления – филиала РАНХиГС, 2016. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – Систем. требования: IBM PC с процессором 486; ОЗУ 64 Мб; CD-ROM дисковод; Adobe Reader 6.0. – Загл. с экрана.
3. *Яремчук С.В.* Субъективное благополучие как компонент ценностно-смысловой сферы личности / С.В. Яремчук // Психологический журнал. – 2013. – № 5. – Т. 34. – С. 85–95.

Проблемы студенческой молодежи в связи с самоизоляцией в ситуации пандемии COVID-19

Баранова В.А., Савина О.О.

МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

bva@mail.ru, savindm2006@gmail.com

Ключевые слова: Пандемия COVID-19, самоизоляция, стрессоры, преодоление негативных последствий, дистанционное обучение, самочувствие

Problems of student youth in connection with self-isolation in the situation of the COVID-19 pandemic

Baranova V.A., Savina O.O.

Lomonosov Moscow state University, Moscow, Russia

Keywords: COVID-19 pandemic, self-isolation, stressors, overcoming negative consequences, distance learning, well-being

Введение. Предваряя обсуждение указанной темы, хотелось бы подчеркнуть значение для современной психологической практики идеи Б.В.Зейгарник о том, что всякое экспериментально-психологическое исследование требует анализа взаимодействия человека и окружающей ситуации – «реального человека» в «реальной жизненной ситуации» [1]. Современные реалии жизни тесным образом связаны с мировой ситуацией пандемии COVID-19. Для защиты от коронавирусной инфекции правительствами многих стран были установлены ограничения в виде карантина, социального дистанцирования, социальной изоляции, имеющей черты как принудительной изоляции (поскольку инициатива ограничений и контроль за их выполнением осуществлялся государственными органами), так и добровольной (само) изоляции. Речь шла не только о физической, пространственной изоляции и дистанцировании, но и о целом комплексе социальных, психологических аспектов: люди должны в своей жизни изолироваться от привычного окружения и социокультурных практик [2]. Протективное поведение, с одной стороны, связано с личной ответственностью, личностным смыслом данных мер; с другой стороны, с тревогой, страхом быть зараженным, порождающим замкнутость, недоверие в социальных контактах [3]. Исследования людей, изолированных в течение продолжительного времени (от нескольких недель и более) в случае эпидемий, карантинных, нахождения

в специализированных учреждениях, в особых условиях жизни и деятельности, показали, что социальная изоляция является фактором риска смерти, нарушений сна, переживания одиночества, эмоциональных нарушений, депрессивных расстройств и сниженного чувства благополучия, что находит свое подтверждение и в условиях текущей пандемии [4,5]. Экстраполяция данных о последствиях социальной изоляции, которые были получены ранее при эпидемии лихорадки Эбола и других, позволяют ожидать кумулятивный и многоаспектный характер пост-стресса, включающий экономическую, социальную, психологическую составляющие [3]. В тоже время ряд исследователей экстремального опыта человека акцентируют внимание на проявление стойкости, мужества, развитие личности, работу человека над собой, практику заботы [2]. Весной 2020 г. в РФ были введены ограничительные меры для предотвращения распространения коронавирусной инфекции, защиты людей от инфицирования и заболевания COVID-19, которые тем или иным образом затронули всех граждан страны, в том числе, московских студентов, экстренно переведенных на режим дистанционного обучения и самоизоляции.

Наше исследование было направлено на выявление психологических реакций молодых людей на начальном этапе адаптации к изменившимся условиям жизни.

Методы: тематический анализ письменных дискурсов юношей и девушек 20–23 лет ($n=40$, из них мужчин 8 %, женщин – 92 %), учащихся 2 и 5 курсов университета об образе жизни в связи с самоизоляцией; 2) шкалы (10-балльные) для самооценки активности, настроения, самочувствия, фрустрированности, удовлетворенности социальными контактами и дистанционным обучением.

Результаты. Исследование носило поисковый характер, выявляя общую картину жизни респондентов в режиме самоизоляции и социального дистанцирования. Выявлено, что самооценки по шкалам активности, настроения, самочувствия превышают 5 баллов практически по всей выборке. Для студентов в первый месяц введения дистанционного обучения характерны средне-высокие показатели удовлетворенности учебой и социальными контактами, что свидетельствует о сравнительно благополучном эмоциональном и физическом состоянии. Оценка фрустрированности находится на среднем уровне, отражает переживаемые ограничения, беспокойство, тревогу и напряжение. Однако у нескольких участников исследования зафиксировано выраженное состояние неудовлетворенности, проявившееся в низких оценках самочувствия, настроения, высокой фрустрированности, неудовлетворенности учебой и контактами. Контент-анализ дискурсов показал, что наибольшее число высказываний относится к социальной (контакты, общение) и учебной сферам, что демонстрирует высокую значимость их в актуальной жизненной ситуации студентов. 3 и 4 место по частоте упоминаний

занимают темы заботы о себе и других людях, здоровье, переживаниях, потребностях, интенциях. Далее следуют бытовая сфера, куда были включены и протективные действия в связи с пандемией COVID-19 (мытьё рук, обработка продуктов и т.д.). Отмечается незначительное проявление негативных эмоциональных состояний (страхов, тревоги и депрессивных признаков, а также травматических тенденций), превалируют высказывания, свидетельствующие об осмыслении изменений в сферах семейных отношений, телесной, душевной жизни (включающей эмоциональные, когнитивные и поведенческие компоненты). Выделены проблемы, с которыми столкнулись респонденты в информационно-технической, бытовой сферах и проведении досуга. Проанализированы положительные, нейтральные/амбивалентные, отрицательные аспекты отношения к явлению пандемии в жизни студента.

Выводы. Адаптационный период дистанционного обучения и самоизоляции демонстрирует в целом паритет между негативными и позитивными оценками, характеризуется средним уровнем проявления тревоги и фрустрации, средневысоким уровнем самочувствия, активности и настроения. Средние показатели фрустрированности являются предиктором нарастания стресса. Выявлена направленность личности на решение жизненных задач, преодоление негативных состояний, вызванных социальными, пространственными ограничениями, а также стремление перейти от семейной напряженности к взаимопомощи и поддержке.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Основы патопсихологии. М.: Издательство Московского университета, 1986.
2. *Магомед-Эминов М.Ш.* Психологические рекомендации в ситуации пандемии COVID-19 [www.msu.ru]
3. *Харламенкова Н.Е., Быховец Ю.В., Дан М.В., Никитина Д.А.* Переживание неопределенности, тревоги, беспокойства в условиях COVID-19 [www.ipras.ru/cntnt/rus/institut_p/covid-19/kommentarii-eksp/har-1.html#]
4. *Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., et al.* (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: Rapid review of the evidence. *The Lancet*, Volume 395, Issue 10227, 912–920.
5. *Cao W., Fang Z., Hou G., Han M., Xu X., Dong J., Zheng J.* The psychological impact of the COVID-19 epidemic on college students in China // *Psychiatry Research*, 2020. V. 287:112934. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112934>

Стресс и беременность в условиях пандемии COVID-19*

Блох М.Е.

*ФГБНУ Научно-исследовательский институт
акушерства, гинекологии и репродуктологии
им. Д.О. Отта, Санкт-Петербург, Россия
blohme@list.ru*

Аникина В.О., Савенышева С.С.

*Санкт-Петербургский государственный университет, Россия
v.anikina@spbu.ru, owlsveta@mail.ru*

Ключевые слова: беременность, COVID-19, стресс, беспокойство

Stress and pregnancy in pandemic COVID-19

Blokh M.E.

*D.O. Ott Federal State Scientific Research
Institute of Obstetrics, Gynecology and
Reproduction, Saint-Petersburg, Russia*

Anikina V.O., Savenysheva S.S.

*Saint-Petersburg State University, Russia
Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia*

Keywords: pregnancy, COVID-19, stress, anxiety

Введение. В настоящее время весь мир оказался в беспрецедентной по широте охвата стрессовой ситуации – распространение вируса COVID-19 внесло коррективы практически во все сферы жизнедеятельности людей. Сложившаяся эпидемическая ситуация привела к воздействию различных стрессовых факторов для беременных женщин – страха инфицирования в отношении себя и своих близких, страха тератогенного воздействия на плод, сокращения числа запланированных родовых посещений специалистов, сопровождающих беременность, закрытия некоторых роддомов, в связи с чем могут нарушиться планы где и с кем рожать, вынужденной самоизоляции с ограничением или отсутствием физической активности, а также возможных финансовых проблем. Все это может сопровождаться не только беспокойством, но и

* Исследование выполнено при поддержке фонда РФФИ гранта «Вирусы» № 20–04–60386 «Влияние стресса, связанного с пандемией, на эмоциональное состояние и психологическое функционирование женщины в период беременности и после рождения ребенка, особенности родов и развитие младенца».

клинически выраженными тревожными и депрессивными состояниями, что, в свою очередь, может оказать значительное влияние на здоровье матери, особенности протекания беременности и родов, а также дальнейшее взаимодействие с ребенком и его физическое и психическое здоровье и развитие.

Материалы и методы. Нами был разработан научно-исследовательский лонгитюдный проект, целью которого является изучение особенностей психологического функционирования беременной женщины, в том числе симптомов ПТСР, связанных с пандемией, внешних и внутренних ресурсов и их роли в совладании со стрессом; отношения к беременности и ребенку, а также характеристик эмоционального состояния, таких как тревожность и депрессивность; особенностей родов; состояния здоровья ребенка, его психического развития и характера отношений матери с ребенком после рождения. Мы представляем некоторые начальные результаты, полученные на первом этапе проекта в период май-июль 2020 года в режиме он-лайн. Цель данного исследования – изучение особенностей переживания стресса у беременных женщин в период пандемии.

Выборка: 83 беременные женщины в возрасте 20–45 лет, из них находятся на третьем триместре беременности 51 (61 %) женщина, на втором – 28 (34 %).

Методики: Шкала личностной тревожности и реактивной тревоги Спилбергера-Ханина, Шкала оценки влияния травматического события, а также анкета, направленная на выявление степени влияния стрессоров, связанных с пандемией.

Результаты. В исследуемой группе при самооценке выраженности общего уровня стресса в связи с пандемией 21 (25 %) беременная женщина отмечает значительный или сильный стресс, 31 (37 %) – умеренный стресс, остальные женщины (38 %) отмечают легкую степень стресса. При этом по результатам Шкалы реактивной тревоги Спилбергера-Ханина высокую ситуативную тревогу демонстрируют 18 (21,6 %) женщин, умеренную тревогу – 23 (28 %).

Также получены данные о распределении стрессоров в нашей выборке: наибольшую обеспокоенность вызывают изменения в системе здравоохранения в связи с пандемией – у 38 (46 %) женщин, тревожатся по поводу политической ситуации в стране 32 (38,5 %) женщины, беспокоятся за здоровье своих близких – 26 (31 %), по поводу изменения финансовой ситуации в семье – 25 (30 %), за состояние здоровья своего ребенка – 14 (16,8 %) женщин и наименьшее количество высказывает беспокойство по поводу собственного здоровья – 10 (12 %). Обращает на себя внимание, что беспокойства по поводу собственного здоровья и здоровья ребенка на фоне пандемии вирусного заболевания высказывает совсем небольшое количество женщин, и это при том, что абсолют-

ное большинство женщин – 75 (90 %) в анкете отметили наличие у них во время беременности различных болезненных состояний (токсикоз, угроза прерывания беременности, анемия, инфекционные заболевания).

Удовлетворенность своим материальным состоянием до пандемии была оценена беременными женщинами в среднем по группе на 6,8 баллов из 10 максимальных, а в период самоизоляции – 5,4 балла из 10, при этом, если до начала пандемии свое материальное положение как плохое (до 3 баллов) оценивали 5 (6 %) женщин, то на момент проведения исследования их было 17 (20,4 %). Также значимым стрессором оказался сам режим самоизоляции: 32 (38,5 %) женщины считают, что их образ жизни значительно изменился, а 7 (8,4 %) пришлось полностью перестроиться, только 3 (3,6 %) женщины сообщили, что образ их жизни практически не изменился с момента объявления режима самоизоляции.

Нами также получены данные по Шкале оценки влияния травматического события, где среди симптомокомплексов наиболее выраженным оказался процесс избегания, включающий попытки смягчения или избегания переживаний, связанных с травматическим событием (среднее значение в группе $7,83 \pm 5,79$); на втором месте по выраженности – признаки физиологической возбудимости/гиперреактивности (среднее значение $6,91 \pm 5,24$), затем симптомокомплекс вторжения, отражающий повторные и/или навязчивые переживания травматических событий (среднее значение в группе $5,86 \pm 4,61$). Признаки высокого риска ПТСР (более 40 баллов) показали 10 % женщин из нашей выборки.

При выборе мер профилактики в ситуации пандемии COVID-19 в нашей выборке беременные в большинстве своем (47 женщин, что составило 56,6 %) опираются на собственное понимание того, что является для них безопасным, на информацию, предоставляемую ВОЗ – 24 (28,9 %), на указания правительства РФ и губернатора – 8 (9,6 %), на опыт других стран 3 (3,6 %), на мнения друзей и знакомых 1 (1,2 %). Кроме того, в нашей выборке 23 (27 %) женщины полностью исключили для себя получение информации о вирусе, 48 (57,8 %) женщин ограничивают получение негативной информации, уменьшая просмотр новостей и сводок, и только 12 (14 %) ведут поиск информации, отражающей критический взгляд на ситуацию.

Выводы.

1. Полученные нами данные о переживании стресса по поводу пандемии и режима самоизоляции беременными женщинами свидетельствуют о выраженных опасениях в отношении внешних обстоятельств (изменения в системе здравоохранения, политическая ситуация и финансовая безопасность) и значительно меньшем беспокойстве по поводу здоровья как собственного, так и будущего ребенка. При этом более половины беременных женщин отмечают низкий уровень ситуативной тревоги.

2. Наиболее выраженными симптомокомплексами ПТСР в нашей выборке являются признаки отрицания и избегания травмирующих ситуаций. Около 10 % женщин демонстрируют клинически выраженные признаки ПТСР.
3. В нашем исследовании женщины при выборе мер профилактики значительно меньше доверяют информации из внешних источников, а опираются на собственное понимание того, что является для них безопасным.

Психопатологические факторы нарушения сна в пандемию COVID-19

Бойко О.М., Медведева Т.Ю.,

Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю.

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Логонова И.О.

КрасГМУ им.В.Ф. Войно-Ясенского, Красноярск, Россия

Петрова А.И.

КГБУЗ ККБ№ 2, Хабаровск, Россия

Ключевые слова: нарушение сна, COVID-19, SCL-90-R, SARS-CoV-2

Psychopathological factors of sleep disturbance during the COVID-19 pandemic

Boyko O.M., Medvedeva T.I., Enikolopov S.N.,

Vorontsova O.U., Kazmina O.U.

FSBSI "Mental Health Research Center", Moscow, Russia

Loginova I.O.

KrasSMU, Krasnoyarsk, Russia

Petrova A.I.

RSBIPH RCH№ 2, Khabarovsk, Russia

Keywords: sleep disturbance, COVID-19, SCL-90-R, SARS-CoV-2

Актуальность исследования. Качество сна оказывает существенное влияние на самочувствие человека, его работоспособность, психическое состояние. Известно, что снижение качества сна является одним из симптомов психических заболеваний и расстройств адаптации. Одновременно с этим, нарушения сна сами по себе способствуют усилению дезадаптации человека и усугублению тяжести его психического состояния. [4] Пандемия COVID-19 – пролонгированное событие катастрофического характера, генерирующее высокий уровень стресса. [1] Выявление психопатологических факторов нарушения сна важно как для профилактики дезадаптации на фоне длительной психотравмирующей ситуации, так и в психотерапевтической работе по коррекции уже развившегося психопатологического состояния.

Материалы и методы. Материалом исследования стали данные полученные с применением интернет-опроса, проведенного с использованием google-forms с 22 марта 2020 года по 22 июня 2020 года. Всего приняли участие 1251 человек. Опрос включал в себя общий блок,

в рамках которого предъявлялся вопрос «Оцените, пожалуйста, качество своего сна сейчас», а также опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R [3]. Обязательным являлось заполнение первого блока опроса, поэтому опросник SCL-90-R был заполнен не всеми людьми, принявшими участие в опросе, а 908 респондентами. Вопрос про качество сна позволял выбор по шкале Лайкерта от 0 до 10 (где 10 – «прекрасно сплю»). В соответствии с ответом на него вся выборка была разделена на 2 группы. Респонденты, оценившие качество своего сна от 0 до 5 баллов, составили группу «с нарушениями сна»: всего 162 человека со средним возрастом $39,9 \pm 12,7$, из них 119 человек ответили на вопросы опросника SCL-90-R. Респонденты, оценившие качество своего сна от 6 до 10 баллов, составили группу сравнения: всего 1089 человек со средним возрастом $40,24 \pm 11,4$, из них 787 человек ответили на опросник SCL-90-R. Группы статистически не различались по социодемографическим показателям. Для статистического анализа использовалась программа SPSS, для сравнения гомогенных групп – метод ANOVA, так же использовался критерий Краскала – Уоллеса, а для параметров, выраженных в дихотомической шкале, критерий Хи-квадрат, для выявления корреляций использовался коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Динамические наблюдения свидетельствуют об ухудшении сна по мере развития пандемии. Если до введения эпидемиологических ограничений (22 марта – 30 марта) о нарушениях сна сообщает 10,2 % респондентов, то в период действия строгих карантинных мер (31 марта – 12 мая) отмечается рост до 12,3 %, а во время постепенного смягчения ограничений (12 мая – 22 июня) процент людей, не довольных качеством своего сна, увеличивается до 17,3 %. Обнаружены отрицательные корреляции между уровнем удовлетворенности сном и общим индексом тяжести (GSI) $-0,366$ при $p < 0,0001$, что подтверждает классические представления о негативном влиянии психического неблагополучия на качество сна. Выделены следующие психопатологические характеристики, связанные со снижением качества сна в период пандемии: соматизация (нарушения сна $0,70 \pm 0,55$, группа сравнения $0,52 \pm 0,49$, $p = 0,000$), обсессивно-компульсивная симптоматика (нарушения сна $0,99 \pm 0,78$, группа сравнения $0,67 \pm 0,57$, $p = 0,000$), межличностная чувствительность (нарушения сна $0,85 \pm 0,70$, группа сравнения $0,62 \pm 0,58$, $p = 0,000$), депрессивная симптоматика (нарушения сна $1,20 \pm 0,88$, группа сравнения $0,76 \pm 0,67$, $p = 0,000$), тревожность (нарушения сна $0,87 \pm 0,75$, группа сравнения $0,55 \pm 0,61$, $p = 0,000$), враждебность (нарушения сна $0,75 \pm 0,69$, группа сравнения $0,53 \pm 0,54$, $p = 0,000$), фобическая симптоматика (нарушения сна $0,39 \pm 0,49$, группа сравнения $0,56 \pm 0,71$, $p = 0,001$), паранойяльная симптоматика (нарушения сна $0,65 \pm 0,59$, группа сравнения $0,44 \pm 0,48$, $p = 0,000$), психотическая симптоматика (нарушения сна $0,27 \pm 0,33$, группа сравнения $0,27 \pm 0,33$, $p = 0,000$). Столь большое число параметров, по которым отмечаются отличия между сравниваемыми группами, может говорить как об общей выраженности психопатологической

симптоматики при снижении качества сна на фоне стресса, так и о разнородности исследуемой группы, что требует дальнейшего более подробного изучения. Значимые различия между группами также были обнаружены в значениях интегральных показателей, таких, как GSI – общий индекс тяжести (нарушения сна $0,84 \pm 0,56$, группа сравнения $0,55 \pm 0,43$, $p=0,000$), PDSI – индекс тяжести наличного дистресса (нарушения сна $1,73 \pm 0,54$, группа сравнения $1,42 \pm 0,42$, $p=0,000$) и PSI – общее число беспокоящих симптомов (нарушения сна $40,39 \pm 17,82$, группа сравнения $31,33 \pm 17,69$, $p=0,000$).

При этом ряд полученных показателей совпадает со значениями в клинической выборке. Например, показатели параметра «враждебность» у женщин, госпитализированных в психиатрический стационар с депрессией, составляют $0,729 \pm 0,700$ [2]. Обращение к показателям, полученным при популяционных исследованиях (уровень депрессии у соматоформных больных $1,29 \pm 0,75$, у ветеранов Афганистана с ПТСР $1,15 \pm 0,65$) [3], также показывает, что показатели психопатологической симптоматики у респондентов, сообщивших о низком качестве сна, являются сходными с таковыми у групп с установленным психологическим неблагополучием. С одной стороны, это может объясняться объемом выборки, позволяющим увидеть реалистичный процент встречаемости нарушений сна, ассоциированных с депрессивными состояниями, в популяции. С другой стороны, рост процента нарушений сна в динамике свидетельствует о том, что продолжительность пребывания в стрессовой ситуации может играть важную роль в снижении качества сна. Этот факт требует внимания специалистов, так как без своевременной помощи нарушения сна имеют тенденцию к фиксации, что приводит к существенному снижению качества жизни. [4]

Выводы. Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что нарушение качества сна является не единичной психической реакцией, а симптомом комплексного психологического неблагополучия в ответ на продолжительное пребывание в ситуации стресса. Это указывает на значимость повышения доступности психологической помощи уже сейчас, а также проведения работы по психологическому просвещению населения.

Литература

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Шукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991.
2. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. Психологические особенности женщин с депрессией и самоповреждающим поведением. Психологические исследования, 2020, 13(69). <http://psystudy.ru>
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса: СПб.: Питер, 2001.
4. Юматов Е.А., Глазачев О.С., Быкова Е.В., Потапова О.В., Дудник Е.Н., Перцов С.С. Взаимосвязь эмоционального стресса и сна. // Журнал международной академии наук. Русская секция. 2016, № 1, с 5–14.

Психопатологические факторы поиска информации о коронавирусе в интернет-пространстве

*Бойко О.М., Медведева Т.Ю., Ениколопов С.Н.,
Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю.*

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

Логина И.О.

КрасГМУ им.В.Ф. Войно-Ясенского, Красноярск, Россия

Петрова А.И.

КГБУЗ ККБ№ 2, Хабаровск, Россия

Ключевые слова: интернет, информация, COVID-19, SCL-90-R

Psychopathological factors information of the COVID-19 on the internet

Boyko O.M., Medvedeva T.I., Enikolopov S.N.,

Vorontsova O.U., Kazmina O.U.

FSBSI "Mental Health Research Center", Moscow, Russia

Loginova I.O.

KrasSMU, Krasnoyarsk, Russia

Petrova A.I.

RSBIPH RCH№ 2, Khabarovsk, Russia

Keywords: internet, information, COVID-19, SCL-90-R

Характер субъективного восприятия стрессового воздействия является одним из важных факторов, определяющих тяжесть психических последствий. [2] Важную роль в предотвращении усугубления и хронификации психической дезадаптации в ответ на действие чрезвычайно сильного стресса играют особенности информации о стрессовом факторе [1]. Известно, что попытки разобраться в ситуации, с одной стороны, представляют собой конструктивный способ совладания с переживанием неопределенности и опасности. При любом катастрофическом событии отмечается резкое увеличение востребованности информации о нём. [4] С другой стороны, на волне спроса, резко увеличивается число материалов, предлагающих часто нереалистичные версии происходящего и продвигающих способы совладания с ситуацией, которые зачастую представляют опасность для физического и психического здоровья человека, что уже отмечается экспертами ВОЗ [5]. Поэтому, представляется важным учет психологических факторов, способствующих усиленному поиску информации.

Материалы и методы. Материалом для исследования стали данные, полученные в период с 22 марта по 7 июля с помощью интернет-опроса (с использованием гугл-форм). Для выявления характера использования интернета в период пандемии был включен вопрос: «отметьте, пожалуйста, как вы сейчас используете интернет» с 8 вариантами ответов, среди которых «читаю новости о распространении коронавируса», «читаю мнения экспертов по поводу коронавируса», «использую интернет для работы». Для исследования уровня психопатологической симптоматики применялся опросник SCL-90-R [3]. Всего приняло участие 918 человек. Статистическая обработка данных проходила в статпакете SPSS с использованием коэффициента корреляции Спирмена.

Результаты и их обсуждение. Были выявлены положительные корреляции между использованием интернета для поиска новостей и чтения экспертов про коронавирус с такими показателями как соматизация (0,107**; 0,135**), обсессивно-компульсивная симптоматика (,152**; ,157**), межличностная сенситивность (0,095**; 0,065*), депрессия (0,155**; 0,144**), враждебность (0,120**; 0,124**), фобическая тревожность (0,182**; 0,147**), психотизм (0,125**; 0,082*), общий индекс тяжести GSI (0,172**; 0,162**), Индекс тяжести наличного дистресса PDSI (0,146**; 0,116**), число утвердительных ответов PSI (число беспокоящих симптомов) (0,165**; 0,168**). При этом для людей, отметивших, что используют интернет для работы, по большинству этих пунктов корреляции были обратные: обсессивно-компульсивная симптоматика (-0,06), межличностная сенситивность (-0,086**), депрессивная симптоматика (-0,093**), враждебность (-0,068*), паранойальная симптоматика (-0,06), психотизм (-0,074*), GSI (-0,084*), PDSI (-0,097**), PSI (-0,079*). Сопоставление корреляционных связей состояния членов этих групп между собой демонстрирует, что использование интернета для поиска информации и мнений экспертов о коронавирусной инфекции коррелирует со значимо более высоким уровнем психопатологической симптоматики, в то время как использование интернета именно для работы коррелирует со снижением уровня большинства из измеряемых параметров. Наблюдаемая ситуация может быть связана как с тем, что изначальный более высокий уровень психопатологической симптоматики толкает человека на поиск дополнительной информации, так и быть следствием этого поиска. Так как речь идет об информации о новом, совсем недавно появившемся в жизни человечества заболевании, то она, даже в научных журналах, разнообразна и полна противоречий. Это в свою очередь может повышать уровень недоверия окружающим, что и отражают показатели враждебности и межличностной сенситивности. Увеличение объема противоречащих друг другу знаний о разнообразии симптоматики нового потенциально смертельного заболевания может в свою очередь повышать уровень соматизации (за счет постоян-

ного прислушивания к своему состоянию в попытках выяснить, нет ли уже болезни), а также уровень обсессивно-компульсивной симптоматики (при контроле за соблюдением всех рекомендуемых правил). Фобическая тревожность при этом может повышаться за счет повышения страха заразиться, а уровень депрессии – из-за увеличения уровня неопределенности и противоречивости информации. Обратная ситуация у людей, использующих интернет для работы, может быть связана как с наличием большего спокойствия, за счет возможности продолжать работу несмотря на противоэпидемические меры, так и с меньшей эмоциональной вовлеченностью погруженностью в тревожащую ситуацию.

Таким образом, можно рекомендовать людям, ощущающим беспокойство в связи с ситуацией, ограничить информационный поток о коронавирусной инфекции. Например, выделив отдельное время для изучения новой информации, не растягивая это занятие на весь день, а также сократив число источников.

Другим важным выводом из полученной информации может быть рекомендация для людей обращать внимание на собственное состояние в то время когда есть ощущение, что нужна новая информация. Так как поиск информации является обычно конструктивной стратегией совладания, то её самоограничение в текущей ситуации возможно именно при сознательном контроле человека и поиске новых способов совладания с испытываемым эмоциональным состоянием.

Ограничениями данной работы является невозможность выделения причинно-следственных связей, что является дальнейшим направлением исследований. Кроме того, так как исследование проводилось среди пользователей интернета, то нужно с осторожностью распространять его результаты на всю генеральную совокупность.

Литература

1. Александровский Ю.А., Лобастов О.С., Спивак Л.И., Шукин Б.П. Психогении в экстремальных условиях. М.: Медицина, 1991.
2. Дворянчиков Н.В., Стариченко Н.В., Ениколопов С.Н. Особенности восприятия и переживания “невидимого” стресса военнослужащими, работающими с источниками ионизирующих излучений // Журнал практического психолога. 2005. № 1., с. 49–54.
3. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса: СПб.: Питер, 2001.
4. Шойгу Ю.С., Пыжьянова Л.Г., Портнова Ю.М. Особенности организации и оказания экстренной психологической помощи в чрезвычайной ситуации (на примере работы психологов при ликвидации пожара в торговом центре «Адмирал» г. Казань). // Национальный психологический журнал. – 2015. – № 3(19). – С. 67–73.
5. Бороться с инфодемией вместе. <https://www.euro.who.int/ru/health-topics/Health-systems/e-health/news/news/2020/6/working-together-to-tackle-the-infodemic> [Электронный ресурс] (дата обращения 20.08.2020)

Исследование копинг-стратегий различных категорий населения в ситуации, связанной с пандемией

Воробьева К.А., Сафронов В.В.

Актуальность. Ситуация, связанная с пандемией коронавируса, оказалась уникальной для всего человечества. Впервые в современной истории появилась глобальная угроза, которая с огромной скоростью распространилась по всей планете. Решение многих государств применить такую меру борьбы с пандемией, как изоляция, во многом дало положительные результаты. COVID-19 и его последствия оказались достаточно неизученными, чтобы быстро его локализовать. Осложняло положение отсутствие лекарств, вакцин и высокий процент смертности. Каждый человек, оказавшийся невольным участником и заложником ситуации с самоизоляцией из-за коронавируса, вынужден адаптироваться к новым условиям, условиям нарастающего стресса и неопределенности. Поэтому копинг-стратегии, используемые человеком для преодоления стресса и совладания с ним, являются крайне интересными для изучения и анализа с целью профилактики социально-психологических последствий самоизоляции.

Цель работы. Изучение специфики выбора копинг-стратегии в ситуации, связанной с пандемией и самоизоляцией.

Гипотезы:

1. Будут обнаружены значимые различия между полом, возрастом, местом проживания, семейным положением и наличием детей при выборе копинг-стратегий в ситуации, связанной с коронавирусом.
2. Существует взаимосвязь между уровнем общего эмоционального интеллекта, толерантности и интолерантности к неопределенности и выбором копинг-стратегий в ситуации, связанной с коронавирусом.
3. Существует взаимосвязь личностных особенностей и выбором копинг-стратегий в ситуации, связанной с коронавирусом: чем выше уровень экстраверсии, самоконтроля, привязанности, экспрессивности и эмоциональной устойчивости, тем больше вероятность использования копинга, нацеленного на решение; чем выше уровень эмоциональной неустойчивости, импульсивности, интроверсии, обособленности, практичности, тем больше вероятность использования эмоционального копинга и копинга-избегание.

Описание выборки:

Опрос респондентов проводился в период пандемии и самоизоляции с 15 мая 2020 г. по 15 июня 2020 г. с помощью google-форм по следующим методикам:

- Опросник эмоционального интеллекта Д. В. Люсина;
- Шкала толерантности и интолерантности к неопределенности Баднера (под редакцией Т. В. Корниловой и М. А. Чумаковой от 2014 г.);
- Копинг-поведение в стрессовых ситуациях (С. Норман, Д. Ф. Эндлер, Д. А. Джеймс, М. И. Паркер, адаптированный вариант Т. А. Крюковой);
- Пятифакторный опросник личности (сост. Хийджиро Теуйн) в адаптации А. Б. Хромова.

Для статистической обработки данных использовался U-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Для обработки статистических данных использовалась программа SPSS Statistics.

В опросе приняли участие 161 респондент, в возрасте от 16 до 76 лет. Из них 134 женщины и 27 мужчин. 12 респондентов проживают в иностранных регионах. 149 респондентов на территории России. Из них 126 в крупных городах с населением более миллиона жителей и 35 – в городах с населением менее миллиона жителей. 104 респондента находятся в браке, 57 холостые. 113 респондентов имеют детей и 48 – без детей.

Обсуждение результатов. Нами были рассчитаны средние показатели полученных значений по всем методикам по категориям: пол, поколения, регионы по численности населения, регионы по странам, семейное положение, наличие или отсутствие детей.

Анализ результатов опросника эмоционального интеллекта Д. В. Люсина показал, что в средних значениях таких категорий как: пол, поколение, регионы по численности, регионы по странам, семейное положение существенных отличий не выявлено. При этом есть отличия средних значений в категории наличие детей. Респонденты с детьми имеют более высокий уровень общего эмоционального интеллекта (87 баллов), чем респонденты без детей (81,7 балла). Данные различия мы проверили при помощи U критерия Манна-Уитни и получили подтверждение.

Мы полагаем, что такие различия могут быть связаны с необходимостью и умением родителей понимать свои эмоции и эмоции своих детей для выстраивания ими детско-родительских отношений. Особенно навыки распознавания своих и чужих эмоций становятся актуальными в период самоизоляции, когда дети и взрослые постоянно находятся дома в замкнутом пространстве. В условиях ограниченной активности, выбора занятий, отсутствия привычной для ребенка игровой и учебной деятельности и необходимости перестраивать распорядок дня всех членов семьи и недостаточной развитости навыков совладания со стрессовыми ситуациями, ответственность за психологическую адаптацию к ситуации самоизоляции ложится на родителей.

При помощи корреляции Спирмена мы обнаружили прямую связь уровня общего эмоционального интеллекта с копинг-стратегиями, нацеленными на решение ($r_s=0.33$ корреляция значима на уровне 0,01

(двусторонняя) 0,00016) и избегание ($r_s=0.188$ корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя) 0,018) и обратную связь с копинг-стратегией, нацеленной на эмоции ($r_{s=}$ -0.519 корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя) 0,00016). Анализ результатов опросника «Шкала толерантности и интолерантности к неопределенности Баднера (под редакцией Т. В. Корниловой и М. А. Чумаковой) показал, что есть значимые различия между выборками в категориях «поколение».

Старшее поколение, в среднем, имеет более высокий уровень толерантности к неопределенности. И как следствие, более высокую готовность к принятию новой ситуации и адаптации к ней. Это может быть связано с наличием большого жизненного опыта и сформированных навыков совладания с ситуациями неопределенности. Старшее поколение понимает, что пандемия реальна, и теперь действовать придется в новых условиях, учитывая фактор пандемии и самоизоляции. Старшее поколение берет на себя ответственность за решение данной проблемы, осознавая, что именно они находятся в зоне риска.

Корреляция Спирмена показала, что есть прямая связь между толерантностью к неопределенности и копинг-стратегией, нацеленной на решение ($r_s=0.309$ корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя) 0,00016). И прямая слабая связь ($r_s=0.197$ корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя) 0,012) с копингом, нацеленным на эмоции. Среди других категорий связей не выявлено.

По шкале интолерантности выявлены значимые различия в выборках по критерию «поколение» и «наличие детей». В среднем, старшее поколение имеет более высокий уровень толерантности, что может говорить о понимании тяжести последствий стрессовой ситуации, необходимости поиска дополнительных ресурсов для совладания с пандемией самоизоляцией. И, как следствие, стремлению как можно быстрее все упорядочить и вернуть к прежним, привычным условиям. Наличие детей и наличие ответственности за их здоровье и безопасность повышает уровень стресса в и без того непростой ситуации. Для родителей важно, чтобы дети гармонично развивались и как можно быстрее организовали учебную деятельность, несмотря на меняющиеся условия; родители стараются придерживаться плана и режима дня, которые были до пандемии.

Также была выявлена корреляция интолерантности и эмоционального копинга ($r_s=0.302$ корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя) 0,00016). У молодого поколения средние значения ниже.

Анализ результатов опросника «копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (С. Норман, Д. Ф. Эндлер, Д. А. Джеймс, М. И. Паркер, адаптированный вариант Т. А. Крюковой) показал, что есть различия в средних значениях в категории «пол» и копинг-стратегиях, нацеленных на эмоции и избегание: копинг-эмоции у женщин – 42,6, а у мужчин – 37,6 балла; копинг-избегание у женщин – 46,8, у мужчин – 43,5 балла. Проверка при

помощи U-критерия Манна Уитни подтвердила значимые различия между выборками в категории «пол» и копинг-стратегиях, нацеленных на решение и избегание по другим категориям различий не выявлено.

Можно предположить, что разница в категории «пол» и выборе копинг-стратегий продиктована физиологическими и социальными факторами. Женщины могут испытывать большую тревогу в виду своей социальной незащищенности, например, мать в декрете с ребенком. Также женщины, в среднем, могут испытывать большую ответственность за своего ребенка, чем мужчины и также испытывать большую тревогу из-за этого. Мы полагаем, что в целом наличие социального неравенства между мужчиной и женщиной, специфики социальных ролей мужчины и женщины и родительского функционала в нашем обществе может приводить к подобным результатам.

Анализ результатов пятифакторного опросника личности (Хийджио Теуйн) в адаптации А. Б. Хромова показал, что есть разброс в средних значениях по категории «пол» в таком факторе личности как «эмоциональная неустойчивость/эмоциональная устойчивость»: женщины – 49 единиц, мужчины – 39,3 единицы. Более высокий уровень эмоциональной неустойчивости наблюдается у женщин по сравнению с мужчинами. U критерий Манна Уитни подтвердил наше предположение. Показатель по данному критерию составил 0,000 балла. По другим категориям различий не выявлено.

Можно предположить, что эта разница больше продиктована физиологическими особенностями женщин.

Корреляция Спирмена показала, что есть связь между особенностями личности и копинг-стратегиями: обнаружена наиболее выраженная прямая связь между фактором «эмоциональная неустойчивость/эмоциональная устойчивость» и копинг-стратегией, направленной на эмоции ($r_s=0,344$, корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя) 0,00016).

Выборки по фактору «экстраверсия/интроверсия» по категории «поколение» имеет показатель Манна-Уитни 0,048 балла. По данной выборке среди старшего поколения, в среднем, больше интровертов, а среди молодого поколения экстравертов. Мы полагаем, что с возрастом люди больше стремятся к уединению и пассивному отдыху в силу высоких нагрузок и снижению активности и ресурсов организма. Нервная система требует больше времени для восстановления и, как следствие, требуется больше пассивного отдыха, не предполагающего активного общения. Также происходят переосмысление жизненных ценностей, выстраивание приоритетов в сторону сохранения ресурсов соматического и психического здоровья. В условиях пандемии и самоизоляции требуется больше усилий для успешной адаптации.

Фактор «экстраверсия/интроверсия» коррелирует с копингами: решение ($r_s=0,183$ корреляция значима на уровне 0,05 (двусторонняя) 0,021);

эмоции ($r_s = -0,251$ корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя) 0,001); избегание ($r_s = 0,222$ корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя) 0,005). Фактор «самоконтроль–импульсивность» коррелирует с копингами: решение ($r_s = 0,282$ корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя) 0,00016); эмоции ($r_s = -0,204$ корреляция значима на уровне 0,01 (двусторонняя) 0,009). По остальным факторам корреляции не выявлено.

Выводы.

В результате нашего эмпирического исследования специфики копинг-стратегий разных категорий населения, связанных с пандемией и ситуацией самоизоляции нам удалось определить, с чем может быть связан выбор той или иной копинг-стратегии.

Мы доказали, что разница в таких категориях как пол, поколение, наличие или отсутствие детей могут быть существенными и значимыми для выбора той или иной копинг-стратегии в стрессовой ситуации. Так, женщины больше склонны к эмоциональной копинг-стратегии и стратегии избегания, среди женщин более выражен фактор эмоциональной неустойчивости, как личностной особенности.

У респондентов с детьми выбор стратегии связан с уровнем общего эмоционального интеллекта и с уровнем интолерантности к неопределенности.

Респонденты с более высоким уровнем общего эмоционального интеллекта больше склонны к копинг-стратегии, нацеленной на решение. При этом те респонденты, кто обладает высоким уровнем интолерантности, больше склонны к стратегии эмоционального копинга.

В категории «поколение» мы обнаружили значимые различия в показателях толерантности и интолерантности к неопределенности: старшее поколение оказалось в среднем более интолерантным, и, как следствие, может прибегать к эмоциональной стратегии.

Мы обнаружили значимую разницу между поколениями в факторе «экстраверсия–интроверсия». Среди старшего поколения больше респондентов склонных к интроверсии, и, как следствие, склонных к эмоциональной копинг-стратегии.

Заключение. Понимание специфики выбора копинг-стратегий у различных категорий населения в период пандемии и самоизоляции позволит разработать профилактическую программу для предотвращения проявлений психологической дезадаптации, а изучение копинг-стратегий респондентов с определенными личностными особенностями позволит выявить группу риска и организовать психологическое сопровождение и программу совладающего поведения для населения.

Влияние самоизоляции в пандемию COVID-19 на персонализацию среды и личностное пространство в семейном взаимодействии

Губина С.Т.

ФГБОУ ВО «Вятский

государственный университет», г. Киров

svetgubina@gmail.com

Ключевые слова: самоизоляция, личностное пространство, семья

The impact of self-isolation during the COVID-19 pandemic on the personalization of the environment and personal space in family interactions

Gubina S.T.

Vyatka State University, Kirov, Russian Federation

Keywords: self-isolation, personal space, family

Введение. Сложившаяся ситуация, связанная с распространением коронавирусной инфекции, способствовала возникновению изменений во многих сферах жизни людей. Самоизоляция, связанная с взаимодействием с людьми, которые долговременно (без возможности свободного передвижения) находятся в одном помещении (квартиры, дома, подъезда и др.), способствовала обострению проблемы нарушения границ личностного пространства. Речь идёт о сфере вокруг тела человека, внедрение в которую, приводит к переживанию дискомфорта. В связи с повышением закрытости внешних границ, у членов семей акцентировалось («замкнулось») внимание друг на друга, где продолжение внешних контактов с возможностью непосредственного взаимодействия с другими людьми стало практически невозможным. Возникла парадоксальная ситуация, соответственно которой люди, следуя общественному призыву – «оставайтесь дома», с целью поддержания безопасности, столкнулись с острыми проблемами, связанными с проявлением безнаказанности, злоупотребления власти, отсутствия этики и уважения к личностному пространству других членов семей [4]. Отмечено, что в период пандемии произошло резкое увеличение количества бытовых конфликтов и проявления насилия [2]. Отсюда, актуальным является исследование влияние длительного нахождения в замкнутом пространстве в ситуации карантина на суверенность границ личности с

учётом особенностей в семейном взаимодействии.

Материалы и методы. Под личностным (жизненным) пространством понимается сформированная субъектом система значимых объектов и явлений (включая его самого), находящихся в специфических связях и отношениях друг с другом и выполняющих определённые функции и роли. Ключевым качеством личностного пространства представляется стремление к суверенности (самопринадлежности), где субъект стремится персонализировать окружающую среду: включить некоторые места и объекты в сферу своего «Я», тем самым презентуя себя другим людям, наделяя символическими маркерами факт собственного владения тем или иным местом (объектом) [1]. Средствами адаптации выступают различные личностно-значимые предметы и события (игрушки, книги, а также конкретные занятия и ритуальные действия), облегчающие приспособление к среде. Отмечено, что уединённое прослушивание музыки в наушниках может выступать средством произвольной регуляции эмоционального состояния, являясь субъектифицированным компонентом внутренней среды [3].

В период с марта по июнь 2020 года, нами было проведено практическое исследование, в котором приняли участие члены семей, находящиеся на самоизоляции в связи с пандемией COVID-19 в количестве 120 человек: 48 женщин и 36 мужчин в возрасте от 24 до 58 лет; 36 подростков в возрасте от 12 до 16 лет. Цель исследования заключалась в изучении суверенности личностных границ у членов семей в период сниженной социальной активности при длительном нахождении в замкнутом пространстве домашних условий городской квартиры. С участниками исследования проводилось онлайн-тестирование, в котором применялись: методика «Шкала семейного окружения» (Family Environmental Scale, FES) адаптированная С.Ю. Куприяновым, методика «Суверенность психологического пространства – 2010» (автор С.К. Нартова-Бочавер). Для изучения связи между метрическими переменными применялся коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты. Как показало исследование, степень положительного отношения членов семьи друг к другу связана с ощущением безопасности в установлении границ между личной и не личной территорией в семейном взаимодействии. Поскольку, показатель «сплочённость» имеет значимую прямую связь с «суверенностью территории» (0,289) и обратную связь с проявлением «суверенности ценностей» (-0,439) при уровне статистической значимости $F_{кр} = 0,178$ при $p \leq 0,05$ при $n=120$. Однако, акцентированное внимание (в виде давления и др.) на вопросе семейного единения может отрицательно влиять на возможность открытого проявления индивидуальной жизненной позиции отдельных членов семьи. Также, исследование показало, что самоидентификация субъекта через восприятие собственного физического тела (показатель

«суверенность физического тела») связана с осуществлением контроля и рисками конфликтных отношений в семье: показатели «контроль» (0,349), «конфликт» (0,321). Полученный результат обусловлен тем, что фрустрация потребности в любви и понимании близких людей может являться причиной внутриличностного конфликта, в следствие чего, субъект начинает проявлять непринятие собственной телесности и внешнего облика и др. Далее, параметр «суверенность привычек» имеет корреляционную связь с показателями семейного окружения, такими как: «организация» (0,490) и «контроль» (0,181). Другими словами, процесс распределения выполнения коллективных задач между членами семьи и контроль за ними соотнесены с поддержанием и соблюдением привычного распорядка жизни. Отсюда, возникновение по каким-то обстоятельствам временных ограничений на выполнение привычных действий, которые член семьи считает «своими», способствует фрустрации, связанной с невозможностью их осуществления. Поскольку для субъекта является значимым привычный цикл начала и завершения того или иного действия с соблюдением процесса выполнения всех элементов от начала до конца. Например, люди могут испытывать сильный дискомфорт и раздражение, когда происходит нарушение привычного времени для завтрака и посещения ванны, ритуала утренней пробежки, возможности отдыха после рабочего дня и др. Также, мы видим, что существует корреляционная связь между показателем «контроль» и «суверенность вещей» (0,190), поскольку вещи являются средством самопрезентации, например, личная чашка того или иного члена семьи, стоящая на столе в момент его отсутствия, может выполнять функцию контроля и управления средой, символизируя место и пространство её «хозяина» и др.

Заключение. Сложившаяся ситуация с пандемией COVID–19 способствовала активизации у людей лиминальных (пороговых) переживаний, связанных с переходом от одного фрагмента жизни к другому, соответственно границы разделения: «до карантина» и «в карантине», где речь идёт о психических состояниях, сопряженных с понятиями: «преодоление» и «не преодоление». В семьях, с изначально дисфункциональными отношениями, ещё до ситуации распространения коронавируса, усилились взаимный контроль и конфликтность. Отсюда, наиболее уязвимые члены семьи стали испытывать острое чувство одиночества и неподтвержденности в среде. Исследование показало, что на сегодняшний день, наиболее востребованными являются методы и средства оказания психологической помощи, благодаря которым возникающая ситуация неопределённости будет способствовать избавлению от ограничивающих, не актуальных для субъекта на данный момент, жизненных паттернов. Переживания, связанные с предвкушением новизны, начала («чистого листа») будут являться показателем активизации внутренних эмоционально-когнитивных ресурсов личности.

Литература

1. Березина Т.Н. Многомерная психика. Внутренний мир личности. – М.: ПЕР СЭ, 2012.- 319 с.
2. Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы // Психологические исследования. 2020. Т. 13. № 70. С. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2020v13n70/1731-boyko70.html>
3. Губина С.Т. Диагностика и коррекция личности с помощью музыкальных средств воздействия, монография. – М.: БИБЛИО-ГЛОБУС, 2018. – 316 с.
4. Caroline Brandbury-Jones RN, Louise Isham. The pandemic paradox: The consequences of COVID–19 on domestic violence. *Journal Clinical Nursing*. Vol.29, Issue13–14. July 2020. P. 2047–2049. <https://doi.org/10.1111/jocn.15296>

Психические расстройства в эпоху пандемии: клиническая реальность и ее отражение в умах экспертов

Давтян С.Э.

*ФГБОУ ВПО Санкт-Петербургский государственный университет, Медицинский Центр «Династия», Санкт-Петербург
stepandavtian@gmail.com*

Давтян Е.Н.

*ФГБОУ ВПО Российский государственный педагогический университет им. А.И.Герцена, СПб ГБУЗ ПНД № 5
elena.davtian@gmail.com*

Ключевые слова: Covid-19, тревога, депрессия

Mental disorders in the age of the pandemic: clinical reality and its reflection in the minds of experts

Davtian S.E.

*St.-Petersburg State University,
Medical Center “Dynasty”, Saint Petersburg,*

Davtian E.N.

*Russian State Pedagogical University
named after A.I. Herzen, St.-Petersburg
City Psycho-Neurology Dispensary № 5*

Keywords: Covid-19, anxiety, depression

Введение. 13 мая 2020 г. ВОЗ выпустила аналитическую записку, в которой подвела предварительные итоги того, что происходит с психическим здоровьем населения в условиях пандемии Covid-19. Согласно результатам скрининговых опросов, от 35 % до 60 % населения разных стран испытывали дистресс во время пандемии. Так, например, в Эфиопии за время эпидемии по данным ВОЗ процент депрессивных расстройств возрос втрое по сравнению с аналогичными периодами прошлых лет [1]. В Италии (конец марта – начало апреля 2020г, опрос 18000 человек) ПТСР зарегистрирован у 37 % респондентов, тревога у 20,8 %, а депрессия у 17,3 % опрошенных [2]. В необычной ситуации пандемии резко возросла исследовательская активность. Если на начало мая в Medline на поисковый запрос «covid + тревога» появлялось менее

двухсот публикаций, то уже через месяц число публикаций приближалось к двум с половиной тысячам. Аналогичная ситуация была и с поисковым запросом «сovid + депрессия»: 100 статей на начало мая, 1859 – к началу июня. Не отставали от зарубежных авторов и отечественные исследователи. Уже в мае 2020 года была опубликована статья петербургских психиатров с анализом данных, полученных от почти 2000 респондентов, согласно которой у 99,8 % опрошенных имелось сочетание нескольких типов тревожных переживаний о Covid-19 [3]. Складывается впечатление, что эпидемия оказывает серьезное влияние на психическое здоровье населения. Мы провели собственное исследование, результаты которого приводятся ниже.

Цель исследования. Сравнить и выявить различия в структуре психических расстройств в разгар пандемии весной 2020 года с аналогичным периодом прошлого года.

Материал. Материалом исследования послужили данные консультативного приема врача-психиатра (один из авторов статьи) в медицинском центре «Династия» в Санкт-Петербурге. Всего было проанализировано 465 обращений к психиатру: 225 человек весной (март, апрель, май) 2019 г. и 240 человек – за тот же период 2020 г. Соотношение мужчин к женщинам в 2019 г. составило 1 к 1,55, в 2020 г. – 1 к 2,05. Средний возраст в сравниваемых группах не отличался и составил $31,6 \pm 4,2$ лет.

Результаты. Из всех обратившихся количество первичных пациентов колебалось в диапазоне от 25 до 28,5 % на протяжении обоих сравниваемых периодов. Иначе говоря, количество первичных пациентов оставалось стабильным вне зависимости от того, есть пандемия или нет. Существенные различия в количестве обращений были выявлены только в одной группе пациентов – с невротическими расстройствами (НР) F4. Далее анализировалась именно эта группа пациентов.

Прирост обращений пациентов с НР в 2020 году по сравнению с 2019 годом составил 156 % (64 пациента против 25, $p < 0,001$). Весь этот прирост обеспечили повторно (наблюдавшиеся ещё до начала пандемии) обратившиеся за помощью женщины, количество которых более чем в 2 раза превысило число обратившихся за помощью мужчин. Число мужчин в 2020 году оказалось даже меньше аналогичного периода прошлого года (78 в 2020 против 88 в 2019).

Распределение пациентов с НР в сравниваемые месяцы весны 2020 и 2019 гг.: паническое расстройство – 8 против 5 обращений; обсессивно-компульсивное расстройство – 13 против 7; смешанное тревожное и депрессивное расстройство – 12 против 2; генерализованное тревожное расстройство – 4 против 4; расстройства адаптации – 16 против 3; другие НР – 11 против 12 обращений. Таким образом, наиболее значимые различия были выявлены в группах пациентов, страдающих расстройствами адаптации и тревожно-депрессивными расстройствами ($p < 0,01$).

Выявлены синдромы, ассоциированные с Covid-19: психотические – 0; сверхценные – 1; обсессивный – 1; фобический – 2; ипохондрический – 1; тревожно-депрессивный – 8. Всего – 13 из 240, что составило 5,4 % от общего числа обращений весной 2020 года. В остальных 95,6 % случаев обращений тема пандемии в переживаниях пациентов критериям К. Ясперса для психогенных расстройств не соответствовала.

Факторы, непосредственно связанные с Covid-19, повлиявшие на психическое состояние пациентов (N=240), обратившихся за помощью психиатра весной 2020 года: заражение Covid-19–0; заражение члена семьи Covid-19–1; страх заражения Covid-19–3. Всего – 4 из 240, что составило 1,7 % от общего числа обращений весной 2020 года.

Факторы, сопряженные с борьбой с пандемией, отразившиеся в переживаниях пациентов (N=240), обратившихся за помощью психиатра весной 2020 года (в фигурных скобках указаны случаи, соответствующие критериям К. Ясперса для психогенных расстройств): изоляция (гиподинамия, прибавка веса – все мужчины!): 4 {0}; изоляция (скученность, конфликты в семье): 2 {1}; изоляция (вскрылась измена супруга): 2 {2}; изоляция (нарушение порядка в квартире): 1 {1}; работа (снижение зарплаты, угроза потери работы): 2 {1}; работа (увеличение рабочей нагрузки): 1 {1}; работа (потеря работы супругом): 1 {0}; медицинская депривация (недоступность медпомощи): 2 {0}. Всего 15 из 240, что составило 6,25 % от общего числа обращений весной 2020 года. При этом лишь у 2,5 % (у 6 из 240) указанные факторы сыграли патогенетическую роль в ухудшении состояния больных.

Выводы.

1. Не так страшна сама пандемия, как борьба с ней.
2. Существует огромная (>90 %) консервативная часть психически больных, полностью «игнорирующих» (в клиническом смысле) как пандемию, так и сопряженные с пандемией стрессогенные факторы (СПСФ).
3. Наиболее чувствительными к СПСФ оказались лица, страдающие НР.
4. В группе НР с большим отрывом «лидируют» а) Расстройство адаптации и б) Смешанное тревожное и депрессивное расстройство.
5. Женщины оказались в 2 раза более уязвимы к СПСФ, чем мужчины.
6. Число первичных обращений пациентов с НР почти вдвое превышает число первичных обращений с другими расстройствами во все времена.
7. Доля первичных пациентов с НР весной 2020 года оказалась меньше (!) в сравнении с весной 2019 года. Основной прирост обращений во всех группах больных обеспечили ранее болевшие женщины.
8. Скрининговые опросы (вероятно) не отражают реальную картину дистресса у населения, равно как и частоту, структуру и выраженность психических расстройств, рисуя куда более драматическую картину, чем это есть в действительности.

9. Прибавка веса – мужской, наиболее частый и наименее травмирующий побочный эффект изоляции при карантине.

Литература

1. Policy Brief: COVID-19 and the Need for action on Mental Health, 13 May 2020, WHO – <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/covid-19>
2. Rossi, R., Socci, V. et al. COVID-19 Pandemic and Lockdown Measures Impact on Mental Health Among the General Population in Italy // *Front Psychiatry*, 2020 Aug 7;11:790. doi: 10.3389/fpsy.2020.00790. eCollection 2020.
3. Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д. и др. Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением COVID-19: данные онлайн-опроса. *Вестник РГМУ*. 2020; (3): –. DOI: 10.24075/vrgmu.2020.030

Развитие жизнестойкости как способ преодоления психологического кризиса в ситуации пандемии

Егорова О.И.

ОГАУСО «Геронтологический центр

“ЗАБОТА”», Ульяновск, Россия

olga58791@mail.ru

Ключевые слова: суицид, суицидальное поведение, жизнестойкость, превенция суицида.

Development of hardiness as a way to overcome the psychological crisis in a pandemic situation

Egorova O.I.

Russia, Ulyanovsk, Gerontological center

Keywords: suicide, suicide behavior, suicide prevention, hardiness

Сложившая в этом году ситуация пандемии внесла значительные коррективы в жизнь современного общества. Такие сопутствующие факторы как долгая самоизоляция и ежедневные тревожные новости сказались не самым благополучным образом на психологическом состоянии людей, провоцируя возникновение психологического кризиса. При упоминании о психологическом кризисе часто «имеется в виду острое эмоциональное состояние, возникающее в определенной рискованной ситуации – в ситуации столкновения личности с препятствием на пути удовлетворения ее важнейших жизненных потребностей, препятствием, которое не может быть устранено способами решения проблемы, известными личности из ее прошлого жизненного опыта» [1, с. 40]. Одним из неблагоприятных способов преодоления подобного рода кризисов является суицид.

Объективных статистических данных по суицидальной активности населения в период пандемии пока нет, вместе с тем в интернет-источниках все чаще появляются статьи о повышении суицидальной готовности в данных условиях, что, несомненно, предполагает изучение способов, позволяющих справиться с тяжелыми жизненными ситуациями.

Одним из личностных качеств, способствующих преодолению психологического кризиса, является жизнестойкость. Как таковое, само понятие жизнестойкость (от англ «hardiness» – выносливый, стойкий),

в научный обиход ввел С. Мадди. Он определял ее как личностную характеристику, которая является общей мерой психического здоровья личности и отражает три жизненные установки: вовлеченность, уверенность в возможности контроля над событиями, а также готовность к риску [5].

Анализ результатов проведенного нами исследования жизнестойкости у лиц, совершавших попытку суицида, и не имевших в анамнезе таких попыток, свидетельствует о том, что жизнестойкость суицидентов значительно ниже, нежели у лиц, не совершавших суицидальных попыток ($U=58$ при $p \leq 0,01$). При более детальном анализе особенностей выраженности компонентов жизнестойкости у испытуемых сравниваемых групп можно заметить, что все ее показатели различаются, то есть критерии вовлеченности, контроля и принятия риска также более выражены у лиц без суицидальных попыток в анамнезе нежели у суицидентов ($U=60,5$ при $p \leq 0,01$ для показателей вовлеченности; $U=90,5$ при $p \leq 0,01$ для показателей контроля; $U=77,5$ при $p \leq 0,01$ для показателей принятия риска). Низкие показатели этих трех компонентов, исходя из проанализированных нами теорий (Г. Сейр, Д.А. Леонтьев, С. Мадди, А.Н. Фомина и др.) [3], свидетельствуют о наличии состояния или чувства невовлеченности в происходящее, чувства собственного бессилия в решении проблемы, стремлении к комфортной, безопасной жизни, отказе от принятия ответственности за собственное поведение, нежелании рисковать.

Результаты исследования депрессии показывают, что самый высокий уровень депрессии обнаружен в группах суицидентов ($U_{\text{эмп}}=21$ при $p \leq 0,01$ – для суицидентов и соматически здоровых лиц).

Корреляционный анализ данных, отражающих степень жизнестойкости и результатов по шкале депрессивности, выявил значимые отрицательные корреляции показателей по шкалам жизнестойкости у суицидентов ($R=-0,914$ при $p \leq 0,05$). Подобный анализ проводился еще в исследованиях Д.А. Леонтьева, который, изучив данные 64 здоровых испытуемых, совместно со своими соавторами выяснил, что показатели жизнестойкости отрицательно коррелирует с показателями депрессивности [2].

Полученные нами в ходе интерпретации ответов испытуемых результаты имеют, прежде всего, практическую направленность. Очевидно, что суицидальное поведение определяется группой факторов, его вызывающих, которые можно назвать стрессовыми для личности.

Ситуация пандемии по праву может считаться стрессовой. Поэтому одним из теоретико-эмпирических исследований может стать изучение уровня жизнестойкости у лиц, оказавшихся в ней. Знание особенностей личности и стилей ее реагирования может позволить с некоторой долей вероятности спрогнозировать возможные варианты действий человека в кризисной ситуации, а, следовательно, появится возможность избежать негативных последствий.

В качестве практического применения полученных данных можно рассматривать разработку мероприятий психологической направленности, которые можно осуществлять в интернет-пространстве. На данный момент уже есть разработанные тренинги жизнестойкости, основополагающим из которых стал тренинг С. Мадди [4]. Его основными целями стало: достижение понимания механизмов стрессовой ситуации и способов реагирования в ней; работа с обратной связью, за счет которой изменяется восприятие самого себя, а также таких компонентов жизнестойкости как вовлеченность, контроль и принятие риска. Автор предложил 3 основные техники, которые показали свою эффективность при работе с группой:

Реконструкция ситуации – ситуация рассматривается с разных позиций, анализируются варианты действия в худшем и лучшем случаях ее развития;

Фокусирование – работа с эмоциями;

Компенсаторное самосовершенствование – акцент на обстоятельствах, которые человек способен изменить [4].

В настоящее время подобные тренинги проводятся в основном для работы с персоналом, но исследования, подобные нашим, могут привести к новому применению таких техник и разработке новых программ работы с людьми, находящимися в тяжелой жизненной ситуации. Кроме того, эти программы могут быть адаптированы для он-лайн работы.

Немаловажной также нам видится просветительская работа, направленная на повышение уровня осведомленности об особенностях и способах реагирования человека в ситуации кризиса, а также о возможных его преодоления.

Литература

1. *Амбрумова А.Г.* Непатологические ситуационные реакции в суицидологической практике // Научные и организационные проблемы суицидологии: Сб. науч. трудов / Отв. ред. В.В. Ковалев. М., 1983. С.40–52.
2. *Берестнева О.Г.* Моделирование копинг-стратегий студентов технического университета/О.Г. Берестнева, Е.А. Муратова // Известия Томского политехнического университета. 2005. № 6. с. 175–179.
3. *Жизнестойкость личности: теория, исследования, психологическая практика* : коллективная монография / О.И. Егорова [и др.] ; под общ. ред. А.Н. Фоминовой. Ульяновск : УлГУ, 2019. 231 с.
4. *Леонтьев Д.А.* Тест жизнестойкости / Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова. М. : Смысл, 2006. 63 с.
5. *Фоминова А.Н.* Жизнестойкость личности / А.Н. Фоминова М.: МГПУ, 2012. 152 с.

Депрессивная симптоматика и суицидальные идеи во время COVID-19*

*Ениколопов С.Н., Медведева Т.И.,
Бойко О.М., Олейчик И.В.*
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
medvedeva.ti@gmail.com

Ключевые слова: COVID-19, депрессия, суицидальные идеи, COPE

Depressive symptoms and suicidal ideation during COVID-19

*Enikolopov S.N., Medvedeva T.I.,
Boyko O.M., Oleichik I.V.*
FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: COVID-19, depressive symptoms, suicidal ideation, COPE

Пандемия COVID-19 может оказать существенное влияние на психическое здоровье [1; 2]. У людей, уже страдающих психическими расстройствами, может ухудшиться их психическое состояние, у ранее здоровых лиц могут впервые развиваться депрессия, тревога и посттравматическое стрессовое расстройство (все эти нарушения связаны с повышенным риском суицида). Самоубийства и акты аутоагрессии могут стать проблемой по мере распространения пандемии и иметь долгосрочные последствия как для населения (особенно для уязвимых групп) [3], так и для экономики. Неблагоприятные последствия пандемии могут усугубляться влиянием самоизоляции [4], которая может оказаться особенно сложной для людей, которым трудно переживать одиночество. Возможные в период пандемии потеря работы и финансового благополучия также являются общепризнанными факторами повышения суицидального риска [5].

Целью исследования было оценить факторы риска роста депрессивной симптоматики и суицидальных идей во время пандемии COVID-19

Материалы и методы. Материалом для исследования стали данные интернет опроса, проведенного 22.03.20–22.06.20. Помимо социодемографических вопросов задавался вопрос «бывают ли у вас мысли о том, чтобы покончить с собой», (выбор по шкале Лайкерта от 0 до 4). Использовался опросник SCL-90-R, русскоязычная версия опросника COPE.

Результаты. Были выделены 3 периода времени, связанные с изменением мер противодействия пандемии в России: до принятия официальных мер борьбы с пандемией 22.03.20–30.03.20 (220 человек, средний

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ 20–013–00129.

возраст $40,4 \pm 11,3$); период ограничения передвижений, режим самоизоляции, закрытие предприятий 31.03.20–12.05.20 (495 человек, средний возраст $41,3 \pm 12,2$); период ослабления и постепенной отмены ограничений 12 мая – 22 июня (193 человека, средний возраст $40,8 \pm 11,6$).

Анализ показал высокую корреляцию между выраженностью суицидальных мыслей и психопатологической симптоматики в SCL-90. Самый высокий коэффициент корреляции с депрессивной симптоматикой (коэффициент Спирмена $0,450$, $p < 0,001$). Однако если депрессивная симптоматика статистически значимо растет на всем протяжении опроса ($0,75 \pm 0,70$ в начале опроса, $0,81 \pm 0,66$ в середине и $0,93 \pm 0,81$ в конце опроса), то рост суицидальных мыслей наблюдается только в последний период времени, при этом статистически значимо растет не частота положительных ответов о суицидальных мыслях, а их интенсивность (в начале опроса частота положительных ответов 13% , в середине $11,7\%$, в конце $16,5\%$), средние значения интенсивности: $0,20$ в начале опроса, $0,19$ в середине, $0,30$ в конце.

Корреляционный анализ показал, что более высокие показатели и депрессии, и мыслей о суициде, у более молодых (коэффициенты корреляции $-0,220^{**}$ и $-0,170^{**}$ для «депрессии» и «мыслей о суициде» соответственно), у респондентов без семьи и без детей. Депрессия была более выражена у женщин.

Выраженность депрессии растет с появлением вируса в городе, с появлением заболевших среди знакомых, с увеличением страхов заболеть и умереть, страхов смерти других. Выраженность депрессии также связана с наличием различных соматических заболеваний (или подозрений в их наличии) и с отнесением себя к группе риска по заражению коронавирусом. Чем выше показатель депрессии, тем больше используется способов защиты от заражения.

Не выявлено связи степени выраженности суицидальных мыслей с полом, со страхами заражения себя и близких, с появлением больных в городе и среди знакомых, с наличием соматических заболеваний.

Более высокие показатели и депрессии, и выраженности суицидальных мыслей связаны с более высокими показателями мысленного ухода в опроснике COPE (коэффициенты корреляции $,384^{**}$ и $,122^*$ для «депрессии» и «мыслей о суициде» соответственно), концентрации на эмоциях ($,442^{**}$ и $,167^*$), отрицания ($,253^{**}$ и $,159^{**}$), поведенческого ухода от проблемы, приемом успокоительных, и со снижением положительного переформулирования, активного совладания ($-,184^{**}$ и $-,176^{**}$), использования юмора.

При повышении выраженности депрессии отмечался более высокий уровень поиска поддержки – использование инструментальной поддержки ($,174^{**}$), эмоциональной социальной поддержки ($,151^{**}$). При наличии суицидальных мыслей связи с использованием поддержки нет. При росте мыслей о суициде снижается принятие и планирование (коэффициенты корреляции $-,116^*$ и $-,202^{**}$ соответственно), для депрессии такой зависимости не выявлено.

Обсуждение. Рост депрессивной симптоматики, отмечаемый на протяжении всего исследования, связан со страхами – ощущением близости угрозы (появлением больных коронавирусом в ближнем окружении), со страхами заболеть и умереть, с наличием (или подозрением в наличии) соматических заболеваний.

Увеличение интенсивности мыслей о суициде отстает от роста депрессивной симптоматики. Выраженность суицидальных мыслей не связана с ощущением близости угрозы и страхами за свою жизнь, а скорее связана с общей ситуацией – невозможностью вести привычный образ жизни, с ограничением социальных контактов, финансовыми проблемами, и ощущением одиночества. Вероятно, суицидальные мысли усиливаются на фоне пандемии у людей, которые и до пандемии были в группе риска, но во время пандемии выраженность этих мыслей возросла. Усиление выраженности суицидальных мыслей, как и увеличение депрессивной симптоматики, связано с неконструктивными копингами (мысленным уходом, концентрацией на эмоциях, отрицанием и др.), но в отличие от депрессивных нарушений, коррелирует со сниженной способностью к принятию и планированию на фоне пандемии.

Помимо неконструктивных копингов, при росте депрессивной симптоматики наблюдается рост копингов, связанных с поиском поддержки, при суицидальных мыслях не выявлено таких способов совладания как поиск поддержки (социальной эмоциональной или инструментальной).

Выводы. Во время пандемии рост депрессивной симптоматики и суицидальных мыслей обусловлены разными факторами.

Рост депрессивной симптоматики связан с различными страхами и опосредован неконструктивными способами совладания со стрессом. Однако присутствуют и конструктивные копинги – поиск поддержки.

Выраженность мыслей о суициде не зависит от непосредственной угрозы и страхов, а связана с общей ситуацией – невозможностью вести привычный образ жизни, с ограничением социальных контактов, и отличается от роста интенсивности депрессивной симптоматики тем, что связана со сниженной способностью к принятию, планированию.

Литература

1. *Holmes E.A., O'Connor R.C., Perry V.H.* et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry*, 2020, 7(6), 547–560.
2. *Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И.* и др. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19. Психолого-педагогические исследования, 2020, 12(2), 108–126.
3. *Gunnell D., Appleby L., Arensman E.* et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*, 2020, 7(6), 468–471.
4. *Yao H., Chen J.H., Xu Y.F.* Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. *Lancet Psychiatry*, 2020, 7(4), e21.
5. *Stuckler D., Basu S., Suhrcke M.* et al. The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *Lancet*, 2009, 374(9686), 315–23.

Психическое здоровье населения и особенности использования интернета в период пандемии

Казаринова Е.Ю., Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва, Россия

Ключевые слова: пандемия, коронавирус, психическое здоровье, интернет

Mental health of the population and the peculiarities of using the Internet during a pandemic

Kazarinova E. Yu., Kholmogorova A. B.

Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia

Keywords: pandemic, coronavirus, mental health, internet.

Введение. Развитие и распространение нового типа коронавирусной инфекции и последовавшее за этим введение ограничительных мер повлияло на физическое и психическое состояние многих людей.

По данным китайского исследования страх заражения коронавирусом вызвал среди населения панические, тревожные и депрессивные состояния, от которых не получается отвлечься в условиях локдауна [2].

Результаты проведённого в Китае в феврале 2020 года интернет-опроса более 7000 респондентов показали, что признаки генерализованного тревожного расстройства выявились у 35,1 %, а депрессии – у 20,1 % участников [1]. Другой масштабный интернет-опрос продемонстрировал, что умеренные и выраженные признаки депрессии были зафиксированы у 16,5 %, а тревоги – у 28,8 % респондентов [1].

У участников отечественного исследования были выявлены повышенные уровни психологического стресса и тревожных переживаний, причём наиболее беспокоящими темами стали возможное отсутствие лекарств для ежедневного приёма и риск изоляции [2].

Однако к уже описанным изменениям в психическом состоянии людей добавляются и другие: например, более частое использование интернета и социальных сетей ввиду ограниченных возможностей периода изоляции. В качестве гипотезы нашего исследования было выдвинуто предположение о том, что вынужденный локдаун повлиял на использование видов интернет-контента и психическое благополучие респондентов.

Материал и методы. В исследовании применялись следующие методики: «Шкала проблемного использования интернета» (А.А. Герасимова, А.Б. Холмогорова, 2018), авторский «Опросник предпочитаемого интернет-контента», «Шкала социального избегания и дистресса» (Social avoidance and distress scale, SADS) (Watson, Friend, 1969; адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011), «Краткая шкала страха негативной социальной оценки» (Brief Fear of Negative Evaluation scale, BFNE) (Leary, 1983), «Шкала депрессии» Бека (1961), «Опросник перфекционизма» (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, 2018), «Тест эмпатии» М. Дэвиса (адаптация Т.Д. Карягиной, 2016), «Методика для оценки уровня самооффективности личности» Маддукса и Шеера.

Респонденты были поделены на две группы: первая группа – до начала пандемии (226 человек, из них 110 юношей и 116 девушек), вторая группа – после начала пандемии: данные собирались в мае-июне 2020 года (186 человек, из них 92 юноши и 94 девушки). Возраст участников – 13–24 года, средний возраст – 18 лет.

Полученные данные обрабатывались при помощи пакета статистических программ SPSS Statistics 23.0 for Windows.

Результаты. На основании проведённого статистического анализа с применением Т-критерия Стьюдента для независимых выборок по ряду параметров были выявлены значимые различия.

Группа «до» продемонстрировала более высокие средние показатели по уровню использования интернета для выражения себя, поиска информации о событиях в мире и об известных людях, по уровню проблемного использования интернета, предпочтения онлайн-общения, использования Сети для регуляции настроения, по выраженности депрессии, общего перфекционизма, озабоченности оценками со стороны других, негативного селектирования (восприятию информации о собственных неудачах), по шкале сопереживания другим и эмпатическому дистрессу (сосредоточенности на своих переживаниях) (по всем $p < 0,01$).

В группе «после» средние баллы выше по уровню использования интернета с целью развлечения, поиска познавательной информации, «убийства времени», проявления негативных последствий от пользования Сетью, высоких стандартов (воспринимают окружающих как предъявляющих к ним повышенные требования и ожидания), по показателям общей самооффективности и самооффективности в сфере предметной деятельности (по всем $p < 0,01$, для «убийства времени» $p < 0,05$).

Выводы. Полученные данные позволяют заключить, что между группой «до» начала пандемии и группой «после» существуют значимые различия по ряду показателей.

Выборка, проходящая режим изоляции, показала более благоприятные результаты по уровню выраженности депрессии и перфекционизма. В ней снизились показатели предпочтения онлайн-общения и об-

щего уровня проблемного использования Сети. Участилось использование интернета для развлечения, поиска познавательной информации и «убийства времени», а также значительно выросли показатели общей самоэффективности и самоэффективности в сфере предметной деятельности, что можно объяснить увеличением продолжительности свободного времени у людей.

Однако стоит заметить, что такой результат был выявлен именно в группе подростков и молодежи. Полученные данные не совпадают с выводами зарубежных и отечественных коллег, что требует объяснения. Вероятно, различия могут быть вызваны ломкой стереотипов (в том числе и стереотипа компульсивного использования) и выходом в рефлексивную позицию в связи с полным изменением жизненной ситуации.

Таким образом, основная гипотеза подтверждается: вынужденная самоизоляция оказала влияние на использование видов контента и психическое благополучие респондентов.

Литература

1. *Алехин А.Н., Дубинина Е.А.* Пандемия: клинико-психологический аспект [Электронный ресурс] // Артериальная Гипертензия. 2020. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/pandemiya-kliniko-psiologicheskiiy-aspekt> (дата обращения: 30.06.2020).
2. *Сорокин М.Ю., Касьянов Е.Д., Рукавишников Г.В., Макаревич О.В., Незнанов Н.Г., Лутова Н.Б., Мазо Г.Э.* Структура тревожных переживаний, ассоциированных с распространением COVID-19: данные онлайн-опроса [Электронный ресурс] // Вестник РГМУ. 2020. № 3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-trevozhnyh-perezhivaniy-assotsiirovannyh-s-rasprostraneniem-sovid-19-dannye-online-oprosa> (дата обращения: 30.06.2020).

Связь психосоматических симптомов и копинг-стратегий личности в период пандемии COVID-19 (на примере жителей Республики Беларусь)

Карнелович М.М.

*УО «Гродненский государственный
университет имени Янки Купалы»,
Гродно, Республика Беларусь
karnyalovich_mm@mail.ru*

Ключевые слова: копинг, психосоматические симптомы, пандемия

Correlation relationships between psychosomatic symptoms and coping strategies of the individual during the pandemic COVID-19 (on a sample of Belarus)

Karnialovich M.

Grodno State University of Yanka Kupala

Keywords: coping, psychosomatic symptoms, pandemic

Актуальность исследования. Текущая глобальная пандемия коронавирусной инфекции COVID-19 стала серьезным вызовом планетарного масштаба. В Республике Беларусь первые случаи инфекции были зарегистрированы в конце февраля 2020 года. В мае-июне 2020 года наблюдался интенсивный рост заболеваемости COVID-19. Если 1 июня 2020 года было выявлено 43034 случая заболевания, то 10 июня – 51 066; число инфицированных и рост заболеваемости был наиболее высоким в Минске и Минской области и наименьшим среди пяти областей – в Гродненской. Власти страны не вводили карантин, аргументировав принятое решение рисками для экономической безопасности граждан; информирование населения осуществлялось посредством официальных интернет-ресурсов. Учреждения образования в мае 2020 года работали преимущественно в режиме дистанционных форм обучения, до 80 % учащихся находились дома по письменным заявлениям родителей. При наличии рекомендаций властей сократить число массовых мероприятий администрация учреждений образования, спорта и культуры самостоятельно принимала решения о проведении, переносе или отмене спортивных, религиозных, политических и культурных мероприятий республиканского и регионального масштаба.

Необходимость жестких профилактических мер медицинского характера, социальное дистанцирование (обязательное или рекомендуемое), мониторинг заболеваемости, самоизоляция, закрытие объектов, временная или хроническая безработица – явные признаки трудной жизненной ситуации, приобретающей характер продолжительного стресса и требующей от субъекта жизнедеятельности активизации физиологических, психических и психологических ресурсов.

Условия противоречивости информации, поступающей из официальных и неофициальных источников, необходимость самостоятельно принимать решения в отношении соблюдения мер по самоизоляции, дистанцированию личности от контактов с родными, близкими, друзьями, коллегами, наличие случаев среднего и тяжелого течения заболевания у близких родственников, трудности экономического характера повышают риск возникновения у субъекта симптомов психосоматического характера.

Методика и методы исследования. Была выдвинута гипотеза: наличие-отсутствие и специфика клинических симптомов могут быть связаны со стратегиями копинга, используемыми субъектами совладания с трудной жизненной ситуацией, обусловленной COVID-19. Сбор психодиагностических данных проводился в сроки с 1 по 14 июня 2020 года с применением информационно-коммуникативных технологий; в пилотажном исследовании приняли добровольное анонимное участие 433 испытуемых от 18 до 63 лет, из них 278 женщин и 155 мужчин; выборка представлена жителями Гродненской (190 респондентов), Минской (173), Брестской (70) областей Республики Беларусь.

Для диагностики испытуемых использовались: опросник совладания со стрессом (COPE) Е.И. Рассказовой, Т.О. Гордеевой, Е.Н. Осина и опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-L) в адаптации Н.В. Тарабриной. В соответствии с задачами исследования респондентам предлагалось ответить на утверждения первой методики, описывающие их поведение в апреле-июне 2020 года применительно к ситуации риска распространения и заражения COVID-19, а также оценить степень их дискомфорта или встревоженности в связи со сложной эпидемиологической ситуацией в мире и стране в течении последних трех месяцев (вторая методика). Обработка данных диагностики респондентов с целью эмпирической проверки выдвинутой гипотезы осуществлялась с помощью процедуры корреляционного анализа данных по Спирмену.

Результаты. Выявлены многочисленные прямые (положительные) корреляционные связи между стратегиями копинга и психосоматическими симптомами у респондентов. Данные связи колеблются от слабых ($0,10 < r < 0,29$) до умеренных ($0,30 < r < 0,49$) по силе при уровне $p < 0,01$. Рассмотрим корреляции, имеющие величину коэффициента

Спирмена не менее 0,30 (умеренная связь) и высокую статистическую значимость ($p < 0,0001$).

Выявлены прямые умеренные связи между стратегией копинга «Концентрация на эмоциях и их активное выражение» и психосоматическими симптомами «Тревожность», «Депрессия», «Психотизм», «Соматизация» при $p < 0,0001$. Это доказывает, что чем более субъект совладания фокусируется на негативных эмоциях, тем в большей степени у него проявляются признаки психологического неблагополучия, и наоборот. Эти данные противоположны ранее полученным нами фактам о положительной связи эмоционально-фокусированного копинга, нередко сопровождающегося бурным возмущением и протестом по отношению к обстоятельствам, с позитивным самочувствием и настроением у субъектов, находящихся под воздействием длительного стресса [1]. Вероятно, в ситуации пандемии данная стратегия копинга менее адаптивна.

Существуют прямые умеренные корреляции ($p < 0,0001$) между стратегией копинга «Использование эмоциональной социальной поддержки» и симптомами «Соматизация», «Обсессивно-компульсивные расстройства», «Межличностная сензитивность», «Паранояльные симптомы», «Тревожность», «Депрессия», «Психотизм», «Враждебность». Это означает, что оба исследуемых психологических параметра изменяются прямо пропорционально друг другу: чем более субъект стремится совладать со стрессом, вызванным пандемией, путем активного поиска эмоционального сопереживания и сочувствия у других людей (как близких, так и малознакомых), тем в большей мере это свидетельствует о наличии у него показателей пограничной психологической симптоматики.

Стратегия «Использование «успокоительных» коррелирует напрямую умеренными связями (во всех случаях $p < 0,0001$) со шкалами «Психотизм», «Паранояльные симптомы», «Депрессия», «Тревожность», «Враждебность», Соматизация». Чем в большей мере субъект совладания склонен прибегать к приему алкоголя, лекарственных или слабых наркотических средств как улучшения самочувствия, тем выше риск выраженности у него психосоматических проблем, и наоборот, чем более выражены симптомы, тем чаще субъект пробует справиться со стрессом, вызванным пандемией, с помощью психоактивных и психотропных веществ.

Выводы. Результаты пилотажного исследования убедительно доказывают неадаптивность отдельных стратегий копинга, повышающих риск развития психосоматических симптомов в условиях сложной эпидемиологической ситуации. Целесообразным может быть выявление социально-демографической специфики взаимосвязи исследуемых феноменов. Интересными и требующими дальнейшего изучения и научного осмысления представляются факты об отсутствии каких-либо достоверных взаимосвязей (например, отрицательных)

между используемыми субъектом в ситуации пандемии стратегиями «Позитивное переформулирование и личностный рост», «Активное совладание», «Юмор», «Обращение к религии», «Принятие» и выраженностью психосоматических симптомов.

Литература

1. *Карнелович М.М.* Статистическая оценка предикторов самочувствия и совладающего поведения матерей, воспитывающих детей с особенностями психофизического развития / М.М. Карнелович, В.Н. Хильманович // *Веснік Брэсцкага ўніверсітэта. Сер. 3, Філалогія. Педагогіка. Псіхалогія.* 2016. № 2. С. 184–190.

Связь профессионального самоотношения и эмоционального выгорания у медицинских работников

Кежун Е.Р.

*УО «Гродненский государственный университет
имени Я.Купалы», г. Гродно, Беларусь
katya.kezhun.99@inbox.ru*

Ключевые слова: эмоциональное выгорание, профессиональное самоотношение, медицинские работники

Relationship between professional self-attitude and emotional burnout in health workers

Kezhun E.R.

*EE «Yanka Kupala State University
of Grodno», Grodno, Belarus*

Keywords: emotional burnout, professional self-attitude, health workers

Введение. В процессе профессиональной деятельности специалист может столкнуться с проблемой эмоционального выгорания. Исследователи феномена выгорания в деятельности полагают, что медицинские работники наиболее часто подвержены синдрому эмоционального выгорания, что обусловлено особенностями профессиональной деятельности, заключающейся в оказании помощи другим людям, высокой ответственности за их здоровье и жизнь [1]. Множество факторов влияет на формирование синдрома выгорания, такие как: физиологическое состояние медика, график работы, наличие промежуточного отдыха, социальный контакт с семьёй и друзьями, удовлетворенность выбранной специальностью, желание и стремление профессионального роста и др. Эмоциональное выгорание – выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на избранные психотравмирующие воздействия.

Эмоциональное выгорание представляет собой приобретенный стереотип эмоционального, чаще всего профессионального поведения. «Выгорание» является отчасти функциональным стереотипом, так как позволяет человеку дозировать и экономно расходовать энергетические ресурсы. Но могут возникать и его дисфункциональные следствия, когда «выгорание» отрицательно сказывается на исполнении профессиональной деятельности и отношениях с партнерами как в профессиональной деятель-

ности, так и в семейной и других сферах жизнедеятельности субъекта. Эмоциональное выгорание возникает поэтапно, в полном соответствии с механизмом развития стресса, когда есть все три фазы стресса: нервное напряжение, резистенция (сопротивление) и истощение.

В формировании профессионального «Я» будущего специалиста и его эмоционального фона значимую роль играют факторы самоотношения – самоуверенность, самоуправоводство, самооценка личностного роста [2]. Исследователями установлена конфликтность профессионального самоотношения у врачей и медсестер [3]. На основе анализа научной литературы и обзора существующих исследований нами была выдвинута гипотеза о связи факторов профессионального самоотношения и симптомов эмоционального выгорания у медицинских работников.

Материал и методы. Базой исследования выступил УО «Гродненский государственный медицинский университет» (г. Гродно, Республика Беларусь). В тестировании приняли участие 100 врачей (мужчины и женщины), являющиеся на момент исследования слушателями курсов переподготовки и повышения квалификации. Для сбора эмпирических данных использовались: методика диагностики уровня эмоционального выгорания В.В.Бойко, опросник профессионального самоотношения личности К.В. Карпинского, А.М. Кольшко .

С помощью процедуры корреляционного анализа (по Спирмену) были выявлены связи между показателями профессионального самоотношения личности и показателями эмоционального выгорания у врачей.

Результаты. Показатель внутренней конфликтности профессионального самоотношения имеет прямую корреляционную связь со следующими показателями эмоционального выгорания: переживание психотравмирующих обстоятельств ($R=0,26$), неудовлетворенность собой ($R=0,4$), «загнанность в клетку» ($R=0,37$), тревога и депрессия ($R=0,4$), расширение сферы экономии эмоций ($R=0,4$), редукция профессиональных обязанностей ($R=0,25$), эмоциональный дефицит ($R=0,23$), личностная отстраненность (деперсонализация) ($R=0,44$), психосоматические и психовегетативные нарушения ($R=0,43$). Можно предположить, чем сильнее выражена внутренняя конфликтность профессионального самоотношения, тем выше будут все вышеперечисленные показатели, диагностируемые у врачей.

Показатель самоуверенности в профессии имеет обратную корреляционную связь с показателями эмоционального выгорания. Следовательно, чем выше самоуверенность в профессии, тем ниже переживание психотравмирующих обстоятельств ($R=-0,24$), неудовлетворенность собой ($R=-0,20$), «загнанность в клетку» ($R=-0,31$), показатель тревожности и депрессивности ($R=-0,3$), а также эмоциональный дефицит ($R=-0,32$).

Самопривязанность в профессии имеет обратную корреляционную связь с показателями эмоционального выгорания. Как видно из данных,

чем выше самопривязанность в профессии, тем ниже выраженность показателей эмоционального выгорания таких, как переживание психотравмирующих обстоятельств ($R=-0,22$), неудовлетворенность собой ($R=-0,27$), «загнанность в клетку» ($R=-0,43$), показатель тревожности и депрессивности ($R=-0,3$), редукция профессиональных обязанностей ($R=-0,21$), эмоциональный дефицит ($R=0,22$), личностная отстраненность ($R=-0,3$), психосоматические и психовегетативные нарушения ($R=-0,25$).

Показатель самооценки личностного роста в профессиональной деятельности имеет обратную корреляционную связь с такими показателями эмоционального выгорания как: неудовлетворенность собой ($R=-0,21$), «загнанность в клетку» ($R=-0,31$), показатель тревожности и депрессивности ($R=-0,35$), редукция профессиональных обязанностей ($R=-0,27$), эмоциональный дефицит ($R=-0,4$), личностная отстраненность (деперсонализация) ($R=-0,33$). Полученные данные говорят о том, что самооценка у человека в его профессиональной деятельности играет одну из главных ролей в формировании личностного роста. Чем она выше, тем ниже показатели эмоционального выгорания у врачей.

Выводы. Таким образом, выдвинутая гипотеза о связи между факторами профессионального самоотношения и показателями эмоционального выгорания у врачей получила свое эмпирическое подтверждение. Полученные результаты позволяют углубить понимание индивидуально-личностных факторов эмоционального выгорания, а также могут служить основанием для разработки мер по его предупреждению у медицинских работников в форме индивидуальных и групповых консультаций, программ психокоррекции.

Литература

1. *Карнелович М.М.* Совладание медицинских работников с профессиональным стрессом / М.М. Карнелович, С.В. Купраш // Актуальные вопросы психологии и медицины : материалы науч.-практ. конф., Гродно, 26–27 янв. 2017 г. / Гродн. гос. мед. ун-т; редкол. : М.А. Асанович [и др.]. Гродно, 2017. С. 40–43.
2. *Карнелович М.М.* Противоречия в формировании профессионального самоотношения будущих специалистов сфер образования и здравоохранения/ М.М. Карнелович // Высшая школа: опыт, проблемы, перспективы. В 2 ч. Ч. 2 : материалы XII Междунар. науч.-практ. конф., Москва, 28–29 марта 2019 г./ рос. ун-т дружбы народов; М. : РУДН, 2019. С.46–50.
3. *Карнелович М.М.* Профессиональные смыслы «Я» будущих педагогов, врачей и психологов / М.М. Карнелович // Научные труды Республиканского института высшей школы. 2019. С.127–136.

Проведение патопсихологического обследования и психологического консультирования детей и подростков в условиях пандемии COVID-19 при помощи современных дистанционных платформ

Коваль-Зайцев А.А.

ФГБНУ «Научный центр

психического здоровья», Москва, Россия

koval-zaytsev@yandex.ru

Ключевые слова: дети, подростки, современные дистанционные технологии, патопсихологическая диагностика

Pathopsychological and psychological counseling for children and adolescents in the context of a pandemic COVID-19 by modern internet applications

Koval-Zaytsev A.A.

FBSI «Mental Health

Research Centre», Moscow, Russia

Keywords: children, teenagers, modern remote technologies, pathopsychological diagnostics.

Аннотация: рассматриваются ключевые задачи и принципы, необходимые для успешной реализации дистанционного патопсихологического обследования, особое внимание уделяется модификации методического инструментария, используемого клиническим психологом для дистанционной оценки состояния психических функций пациента, описания патопсихологического регистр-синдрома и квалификации вида когнитивного дизонтогенеза у детей и подростков с нарушениями психического развития. Отмечается значимость психологической квалификации выраженности и вида когнитивного дизонтогенеза в разработке персонализированного подхода, необходимого для дальнейшей успешной реабилитации консультируемых детей и подростков.

Цель: представить нюансы планирования, реализации и проведения дистанционного патопсихологического обследования и психологического консультирования детей и подростков в условиях пандемии covid-19.

Задачи проведения дистанционной патопсихологической диагностики и психологического консультирования детей и подростков, возникли весной 2020 года во время пандемии covid-19. Данные события требовали пересмотра ряда привычных схем и моделей проведения стандартного патопсихологического обследования, разработки и внедрения в практику нового дистанционного подхода к проведению обследования. Необходимо подчеркнуть, что в отечественных традициях проведения патопсихологического обследования (Б.В. Зейгарник, С.Я.Рубинштейн), клинические психологи опираются на системный подход и качественно-количественный анализ полученных результатов. При реализации дистанционного обследования данные принципы учитывались в первую очередь, что позволило в полной мере действовать в рамках новой модели здравоохранения, строящейся на выделении и соблюдении четырех ключевых моментов: персонализации, предикативности, превентивности и партисипативности. При планировании обследования и дальнейшего дистанционного клинико-психологического консультирования, направленного на реабилитацию детей и подростков с нарушениями психического развития, используется индивидуальный подход к пациенту, возможное выявление предрасположенностей возникновения психической патологии (как мультидисциплинарный клинико-биологический аспект). Превентивность позволяет предотвратить, максимально снизить риск развития заболевания. Партисипативность – вовлеченность родственников и больного в процесс лечения, несомненно, также важна для успешной реабилитации детей и подростков с нарушенным психическим развитием.

С опорой на данный подход и учетом новых реалий, была построена индивидуальная модель дистанционной клинико-психологической работы с пациентами с выделением следующих аспектов:

1. Проведение дистанционной клинико-психологической диагностики, по возможности включающей оценку различных сфер психической деятельности (когнитивной, эмоционально-личностной, мотивационно-потребностной и т.п.). По результатам психологической диагностики проводилась оценка состояния психических функций пациента, описание патопсихологического регистр-синдрома.
2. Дистанционная оценка динамики состояния когнитивной, эмоционально-личностной и мотивационной сфер в ходе продолжающейся терапии пациента.
3. Разработка и дистанционное проведение индивидуальных психокоррекционных занятий с психологом.
4. Дистанционная работа с родственниками пациентов, их вовлеченность, как уже говорилось – один из важных принципов медицины будущего, согласно которому необходимо сделать так, чтобы родственники ребенка, страдающего нарушением психического развития, в комплаенсе с клиническим психологом принимали активное

участие в реабилитации и не боялись болезни. Таким путем можно гораздо быстрее достичь успеха.

Дистанционная работа проводилась с использованием современных коммуникативных дистанционных платформ – Skype и Zoom, позволяющих реализовывать видеоконференции, онлайн-встречи, чат и мобильную совместную работу. Диагностическая и клинико-динамическая задачи решались посредством моделирования известных методик под специфику дистанционной работы.

Так, для оценки слухоречевого и ассоциативного запоминания использовались методики «заучивание двух групп по 3 слова», «10 слов», «парные ассоциации». Для оценки различных аспектов мышления использовались методики «малая предметная классификация», «конструирование объекта», «пересечение классов», «4 лишний вербальный вариант» и «сравнение понятий». Внимание оценивалось при помощи теста Струпа и методики Виттенборна, реализация поиска чисел по таблицам Шульте требовала наличия у испытуемого планшета с интерактивным экраном. Предметно-содержательный компонент зрительного восприятия оценивался при помощи методики «фигуры Липера», операционный компонент при помощи методики «идентификация формы». Особенности социальной перцепции выявлялись при помощи введения в дистанционную патопсихологическую диагностику методик «распознавание эмоционально-выразительных движений, поз и жестов», «смайлы». Также использовались графические пробы (рисунок себя, рисунок человека, рисунок семьи, рисунок несуществующего животного, рисунок человека под дождем).

Данный подход позволил как выявлять диагностические патопсихологические маркеры, характерные для той или иной нозологии, так и квалифицировать их в рамках различных видов когнитивного дизонтогенеза, что в дальнейшей работе определяло поиск, планирование и построение дальнейшего индивидуального психокоррекционного и образовательного маршрута ребенка, его адаптации в социуме, траекторию будущих профессиональных возможностей и т.п.

Опыт использования и продолжение внедрения новых современных дистанционных технологий в работу клинического психолога представляется чрезвычайно актуальным, что позволяет осуществлять необходимую адресную помощь детям и подросткам с нарушениями психического развития.

Динамика психических состояний взрослого населения в связи с социальными изменениями в период пандемии коронавируса

Кокоренко В.Л.

*ФГБОУ ВО «Северо-Западный медицинский
университет им. И.И. Мечникова Минздрава России»,
Санкт-Петербург, Россия
vkokorenko@yandex.ru*

Ключевые слова: психическое состояние, эмоции, информаци-
онная пандемия

Dynamics of mental states of the adult population in connection with social changes during the coronavirus pandemic

Kokorenko V.L.

*North-Western medical University named after
I.I. Mechnikov of the Ministry of health of Russia,
Saint Petersburg, Russia*

Keywords: mental state, emotions, information pandemic

Для России наиболее активный период «коронавирусного времени» – это прошедшие полгода (март – август 2020), период, достаточный для фиксации и осмысления динамики психических состояний в ситуации стресса (как конкретного человека, так и социальных групп, на примере которых можно составить некое обобщенное представление о доминирующих состояниях населения).

По определению Н.Д. Левитова «психическое состояние» – это целостная характеристика психической деятельности и поведения за некоторый период времени, показывающая своеобразие протекания психических процессов в зависимости от отражаемых предметов и явлений действительности, предшествующего состояния и психических свойств личности [1]. Психические состояния многомерны, в них отражается взаимодействие человека с жизненной средой, поэтому любые существенные изменения внешней среды, изменения во внутреннем мире личности, в организме вызывают определенный отклик в человеке как целостности, влекут за собой переход в новое психическое состояние, меняют уровень активности субъекта, характер переживаний. Психическое состояние – это самостоятельное проявление человеческой психики, всегда сопрово-

ждающееся внешними признаками, имеющими преходящий, динамический характер, ...выражающееся чаще всего в эмоциях, окрашивающее всю психическую деятельность человека и связанное с познавательной деятельностью, с волевой сферой и личностью в целом.

Какие же изменения во внешней среде стали происходить в связи с распространением коронавируса?

Март 2020. Тема «коронавирус» стала центральной для обсуждения в СМИ, социальных сетях, рабочих и учебных коллективах, в разговорах частных собеседников (членов семьи, друзей, знакомых, соседей); увеличилось количество «свидетельств» (фото, видео, интервью, демонстрация карты очагов заражения по всему миру и цифр статистики, демонстрация средств медицинской защиты врачей и населения, социально-наблюдаемые последствия пандемии); лавинообразные отмены и переносы массовых мероприятий; обращения глав государств и политических лидеров к гражданам; перевод в дистанционную форму процессов обучения и работы; усиление мер противоэпидемической активности, касающихся больших групп населения (увеличение количества ограничений и запретов за короткое время 7–10 дней с заявлениями представителей государственной власти конкретно-угрожающего характера и распоряжений в случае неподчинения населения); массовые изменения потребительского поведения («панические атаки покупателей» санитарно-гигиенических средств и продуктов питания); «информационная пандемия», проявляющаяся в нарастании информационных воздействий: общего количества (в том числе за счет тиражирования одних и тех же сообщений по разным каналам передачи информации, а также за счет освещения одного события разными источниками, что приводит человека к субъективному ощущению «много») и увеличения в информационных потоках эмоциональной насыщенности (с четко-наблюдаемой динамикой – от шутливо-поверхностного настроения через сбалансированный промежуток серьезного и оптимистичного к напряженно-серьезному со сдерживаемыми тревожно-эмоциональными реакциями, периодически сбрасывающими напряжение волнообразными процессами в виде шуток, мемов, анекдотов).

Доминирующие психические состояния больших групп населения (конец марта – апрель 2020). Стресс (субстресс), так как были нарушены сложившиеся привычные упорядоченные формы жизнедеятельности; нарастание информационных перегрузок и эмоциональной напряженности; состояния тревоги из-за масштабной неопределенности, несогласованности, путаницы, противоречивых предписаний и действий; опасения и страх из-за угрозы базовому чувству безопасности (личной, семейной, групповой, общественной).

Изменения во внешней среде на первую декаду июня 2020. Ослабление/снятие мер противоэпидемических ограничений для населения; для

работающих – выход на работу из дистанционного режима (полностью или частично); нарастание процессов сокращения/увольнения работников; рост цен на товары и услуги при сокращении доходов населения; разрывание мер государственной поддержки (отдельных категорий граждан, предприятий, учреждений, организаций); разрывание и стабилизация мер оказания медицинской помощи при сохранении ограничений привычных форм медицинского обслуживания (ОМС); снижение информационных нагрузок по теме «коронавирус» в СМИ; остаются закрытыми непродовольственные магазины, кафе, фитнес-центры, бассейны, салоны красоты и др.; признаки «определенности» социальных процессов.

Доминирующие психические состояния на первую декаду июня 2020. Состояния усталости и психического истощения; возрастание общей социальной напряженности, конфликтов и проявлений агрессивного характера; привыкание к изменениям (адаптация); переход от проявлений активности во внешнюю среду к погруженности в свои проблемы; общее проявление неустойчивости психоэмоционального состояния людей (в массе – неравномерное: от активности и настроения на преодоление трудностей до равнодушия, усталости и апатии); состояния тревоги (в большинстве своем – регулируемой) из-за сохраняющейся высокой меры неопределенности; пессимизм в оценке прогнозов на относительно ближайшее будущее (главным образом, из-за развития экономической ситуации); состояния «безработности» (вплоть до «пофигизма») как результат включения механизмов психологической защиты (компенсации, вытеснения, отрицания, рационализации), адаптации и изменений во внешней среде.

Наиболее значимыми изменениями в социальном пространстве на начало сентября 2020 можно считать поэтапное (но не полное и не повсеместное) снятие ограничений на работу объектов социальной инфраструктуры (учреждений медицины, образования и культуры), частичное восстановление авиаперелетов и других видов сообщений внутри страны и за ее пределами. В психических состояниях людей отмечается снижение напряжения. Во-первых, связи с летним периодом, с тем, что огромное число людей чувствовали острую необходимость в отдыхе и как средстве сбросить с себя стресс переживаний, ограничений и запретов предыдущих месяцев пандемии, и как «передышке» перед прогнозируемой второй волной, использовали любые возможности для того, чтобы переключиться и набраться сил. Во-вторых, из-за стабилизации социальной ситуации и хотя бы частичного возвращения к привычным «допандемическим» формам жизнедеятельности, которые являются системообразующими факторами для уровня психического функционирования в рамках нормы. Очень значимым является состояние – мобилизационной готовности в случае заболевания с верификацией covid-19. Это состояние может быть классифицировано

как когнитивно-волевое, базирующееся на знании (что происходит, что делать, куда обращаться), относительно спокойной готовности среагировать («в случае чего»). Немаловажно, что к настоящему моменту у многих уже есть опосредованный опыт столкновения с заболеванием (коллеги по работе, соседи, родственники, друзья), у людей меньше страха и эмоционально-дезорганизирующих форм реагирования, и больше уверенности, что заболевшие получают лечение и большинство благополучно выздоравливает. В отношении ближайшего будущего – второй волны, возврата к запретам и ограничениям, работы и учебы в дистанционном формате – доминируют состояния сдержанных опасений с настроем пережить и справиться (с минимизацией эмоциональной включенности, «градуса переживания»), явно указывающие не только на развернутые процессы адаптации к изменениям, но и на экономию физических сил и психических ресурсов, что в ситуации пандемии исключительно целесообразно и разумно.

Литература

1. Психические состояния / Сост. и общая редакция Л.В. Куликова. – СПб.: Издательство «Питер», 2000–512 с.

Влияние карантинных мер, связанных с ситуацией пандемии COVID-19, на психическое здоровье студентов-медиков

Королёв П.М.

*Гродненский государственный
медицинский университет, Гродно, Беларусь
peterkrlv@yahoo.com*

Ключевые слова: пандемия COVID-19, психическое здоровье, студенты-медики

The impact of COVID-19 pandemic quarantine measures on the mental health of medical students

Korolev P.M.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Keywords: COVID-19 pandemic, mental health, medical students

Введение. Пандемия коронавируса COVID-19 наносит большой вред здоровью населения. Во всем мире многие страны ввели карантинную политику, чтобы минимизировать распространение этой очень опасной болезни. Использование метода карантина оказывает существенное влияние на состояние психического здоровья, в том числе и студентов-медиков, которые во многих случаях сотрудничают с медицинскими работниками для оказания помощи пациентам в условиях пандемии COVID-19 и разделяют многие факторы риска с медицинским персоналом. В такой ситуации студенты-медики сталкиваются с психическими и эмоциональными проблемами, включая стресс, беспокойство и страх, а также испытывают дискомфорт в связи с непреднамеренной паузой в своем образовании из-за закрытия университетов по всему миру из-за опасений COVID-19 [1].

Целью настоящего исследования было изучить влияние карантинных мер, связанных с ситуацией пандемии COVID-19, на психическое здоровье студентов-медиков.

Материал и методы. Для выявления публикаций по теме исследования был проведен систематический поиск литературы, включая препринты, в электронной текстовой базе данных медицинских и биологических публикаций PubMed за период с января по август 2020 года.

Результаты. В результате проведенного поиска в указанной базе данных выявлено 35 цитируемых публикаций по проблеме исследования. В связи с ограниченным объемом настоящего исследования, ниже приво-

дятся сведения из 5 отобранных публикаций с наибольшим количеством наблюдений. Остальные публикации можно просмотреть на официальном сайте PubMed по указанным выше ключевым словам для поиска.

В работе исследователей из Китая приводятся результаты онлайн-опроса для изучения влияния эпидемии COVID-19 на состояние психического здоровья студентов медицинского колледжа в провинции Хубэй. В опросе приняли участие 217 студентов. У 36 % опрошенных студентов выявлена депрессия, у 22 % – состояние тревоги. Кроме того, авторы исследования подчёркивают, что изучению психического здоровья студентов-медиков уделяется мало внимания. Медицинским университетам и колледжам рекомендуется принимать меры по предотвращению, выявлению и решению проблем психического здоровья у студентов во время эпидемии COVID-19 [2].

В работе Sultan Ayoub Meo и соавторов [3] приводятся результаты анкетирования 530 студентов-медиков с использованием опросника Лайкерта, позволяющего оценить психологическое благополучие, учебное поведение и уровень стресса в условиях карантина, связанного с пандемией COVID-19. У 44 % испытуемых было выявлено чувство эмоциональной оторванности от семьи, друзей и сокурсников, у 24 % – чувство разочарования, 56,2 % от общего числа студентов чувствовали сокращение времени, затрачиваемого на обучение, а также заметное снижение общей производительности труда. Кроме того, четвертая часть студентов-медиков, которые участвовали в этом исследовании, отметили возможность дальнейшего ухудшения психологического и учебного поведения вследствие долгосрочного карантина, связанного с пандемией COVID-19.

Результаты исследования психического здоровья 1442 студентов-медиков Сычуаньского университета (Китай) свидетельствуют о том, что в начальном периоде развития пандемии COVID-19 у 27 % испытуемых были выявлены значимые психологические расстройства, более чем у 11 % – симптомы острой стрессовой реакции и риск дистресса. Авторы заостряют внимание на необходимости расширения психологической поддержки уязвимых лиц [4].

Результаты проведенного в Китае общенационального перекрестного обследования студентов медицинских колледжей (4–12 февраля 2020 года) отражают осведомленность студентов о COVID-19 и оценку их психического состояния и поведения в условиях пандемии. Распространенность тревожных расстройств составила 17,1 %, депрессии – 25,3 %. У многих студентов отмечались негативные мысли или действия, чувство подавленности. Несмотря на осведомленность студентов-медиков о контроле и профилактике заболеваний, их жизнь сильно пострадала от введённых карантинных мер, особенно в эпицентре Ухань. Даже хорошо информированные студенты нуждались в психологической поддержке в это чрезвычайно напряженное время [5].

Выводы. Приведенная выше информация со всей очевидностью подтверждает, что карантинные меры, связанные с пандемией коронавирусной болезни COVID-19, оказали негативное влияние на психическом здоровье студентов-медиков, о чём свидетельствуют увеличение случаев тревожных состояний, более высокие уровни стресса, депрессии и суицидальных мыслей. Следовательно, в указанный период времени необходимо реализовывать эффективные стратегии для поддержания их психического здоровья, а также физического, образовательного и профессионального благополучия.

Литература

1. *Sonal Chandratre*. Medical Students and COVID-19: Challenges and Supportive Strategies / J. Med. Educ. Curric. Dev. – v.7; Jan-Dec 2020 [Eltctronic resours] – Mode of access: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315659/>. – Date of access: 20.08.2020.
2. *Jia Liu* et al. Online Mental Health Survey in a Medical College in China During the COVID-19 Outbreak / Front. Psychiatry, 13 May 2020 [Eltctronic resours] – Mode of access: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00459>. – Date of access: 18.08.2020.
3. *Sultan Ayoub Meo* et al. COVID-19 Pandemic: Impact of Quarantine on Medical Students' Mental Wellbeing and Learning Behaviors / Pak. J. Med. Sci. 2020 May; 36 (COVID19-S4): S43–S48/. [Eltctronic resours] – Mode of access: doi: 10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2809. – Date of access: 20.08.2020.
4. *Yuchen Li* et al. Psychological distress among health professional students during the COVID-19 outbreak / Psychol Med. 2020 May 11 : 1–3. [Eltctronic resours] – Mode of access: doi : <https://doi.org/10.1017/S0033291720001555>. – Date of access: 19.08.2020.
5. *Huidi Xiao* et al. Social Distancing among Medical Students during the 2019 Coronavirus Disease Pandemic in China: Disease Awareness, Anxiety Disorder, Depression, and Behavioral Activities / Int J Environ Res Public Health 2020 Jul 14;17(14):E5047 [Eltctronic resours] – Mode of access: doi: 10.3390/ijerph17145047. – Date of access: 15.08.2020.

Особенности психологического реагирования и механизмы адаптации к стрессу, вызванному пандемией COVID-19: программа исследования и предварительные результаты

Короткова И.С., Еремина Д.А., Щелкова О.Ю.

Санкт-Петербургский Государственный Университет, Россия

remphix@mail.ru, daria.a.eremina@gmail.com

olga.psy.pu@mail.ru

Ключевые слова: пандемия COVID-19, адаптация, стресс, тревога

Psychological response and mechanisms of adaptation to stress caused by pandemic COVID-19: preliminary results and research program

Korotkova I.S., Eremina D.A., Shchelkova O.Yu.

St. Petersburg State University, Russia,

Keywords: COVID-19 pandemic, adaptation, stress, anxiety

Введение. Пандемия коронавирусной инфекции 2019 года (COVID-19) оказала глубокое влияние на все аспекты жизни общества, включая психическое здоровье. Около 2,6 миллиарда человек – треть населения мира – оказались в условиях изоляции или карантина (по данным Agence France-Presse). К настоящему моменту в Российской Федерации зарегистрировано 985 тыс. случаев заболевания и 17025 летальных исходов. У большинства заболевших COVID-19 наблюдаются легкие или умеренные симптомы, выздоровление происходит без специфического лечения. Однако подобные эпидемии, и связанные с ними ограничительные меры, оказывают значительное влияние на психологическое состояние населения. Можно предположить, что основным неблагоприятным последствием пандемии COVID-19, вероятно, станет усиление социальной изоляции и одиночества, сопряженные с развитием тревожных и депрессивных симптомов [1,2]. В связи с этим существует острая необходимость исследования психологического состояния людей в условиях пандемии и, соответственно, разработка системы мероприятий, направленных на реабилитацию психологического состояния граждан и совладание со стрессом.

Целью настоящего исследования является изучение влияния пандемии на психологическое благополучие и выявление факторов, которые могут способствовать эффективной психологической адаптации. Ис-

следование направлено на изучение широкого спектра демографических и социально-экономических характеристик участников и их личностных черт, а также на анализ их эмоционального состояния (уровень тревожности и депрессии), психологических стратегий совладания со стрессом, уровня воспринимаемого стресса, индекса заботы о здоровье и изменения поведенческих стратегий в период пандемии и после прекращения пандемии COVID-19.

Материал и методы. В исследовании приняло участие 614 человек, средний возраст 40,33 года (возрастной диапазон от 18 до 67 лет), из них – 21,7 % мужчин и 78,3 % женщин. Среди опрошенных лиц 50,5 % находились в браке, 22,9 % не состояли в браке, 12,8 % состояли в незарегистрированных отношениях. 84,9 % опрошенных имели высшее образование, 3,8 % среднее, 11,3 % неоконченное высшее. У 83 % опрошенных были родственники старше 65 лет. На момент проведения исследования 72,9 % опрошенных работали, 18,7 % не работали, 8,4 % учащиеся. 54,7 % респондентов перешли на дистанционную форму работы, в связи с эпидемиологической обстановкой, 13,7 % потеряли работу.

Исследование различных аспектов психологического состояния респондентов проводилось через интернет с помощью специально разработанного структурированного интервью, направленного на выявление информации о поле респондентов, их возрасте, хронических заболеваниях, семейном положении, уровне образования, наличии детей и их возрасте, наличии родственников старше 65 лет, рабочем статусе и особенностях условий труда, доходе и его изменении в связи с пандемией. Кроме того оценивалось поведение потребителей, самооценка риска заражения и опасности COVID-19, отношение к информации из СМИ и статистике и отношение к психологической помощи. В исследовании также использовались следующие психометрические методы:

1. 16-факторный личностный опросник Кеттелла (16PF, сокращенная версия, форма С) – для изучения личностных качеств, тревожности, адаптации, эмоциональной стабильности и поведенческих проблем.
2. Шкала воспринимаемого стресса (ШВС) – для измерения восприятия стресса (степени, в которой ситуации в жизни оцениваются как стрессовые).
3. Шкала тревоги Спилбергера (STAI) – для изучения личностной тревоги и ситуационной тревожности.
4. Госпитальная Шкала Тревоги и Депрессии (HADS) – для определения уровней тревожности и депрессии.
5. Опросник «Способы совладающего поведения» – для определения копинг-механизмов, т.е. способов преодоления трудностей в различных сферах психической деятельности, копинг-стратегий.

Результаты. Клинико-психологическое исследование включало в себя изучение субъективной оценки состояния здоровья респондентов,

а также отношения к различным аспектам эпидемии и предотвращения распространения коронавирусной инфекции (COVID-19). Так, 93,5 % респондентов заявили об отсутствии у них хронических заболеваний, у 6,5 % имелись хронические заболевания. 44,9 % опрошенных оценили общее состояние своего здоровья как среднее, 55,1 % как хорошее. 49,5 % опрошенных оценивали риск заражения как средний, 37,4 % как низкий, 9,3 % как очень низкий и 3,8 % как высокий. 70,1 % респондентов заявили, что вероятность заболеть в некоторой степени зависит от их собственного поведения, 25,2 % полагали, что вероятность заболеть полностью зависит от их поведения, 4,7 % считали, что вероятность заболеть никак не связана с их поведением.

В рамках изучения субъективной оценки взаимосвязи индивидуального поведения и вероятности заболеть COVID-19 были получены следующие результаты: 40,2 % опрошенных отметили, что их покупательское поведение не изменилось в связи с эпидемиологической обстановкой, 28 % закупили продовольствия впрок, на случай карантина, 27,1 % стали совершать более рациональные покупки, 4,7 % стали совершать больше импульсивных покупок.

Изучение изменения привычного поведения опрошенных в связи с эпидемиологической обстановкой показало, что 74,5 % респондентов сознательно сократили количество людей, с которыми встречаются, 74,5 % стали чаще мыть руки с мылом и водой, 50,9 % отказались от общественного транспорта, 46,4 % избегали больниц и плановых медицинских осмотров, 43,6 % стали чаще дезинфицировать вещи, к которым прикасались и 31,8 % носили медицинскую маску для лица в общественных местах.

Согласно психологическому тестированию (Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS), у 67,9 % опрошенных лиц отсутствовали признаки тревоги, у – 16,5 % присутствовала субклинически выраженная тревога, у 13,8 % клинически выраженная тревога, требующая психологического вмешательства. У 93 % респондентов на момент обследования наблюдалось отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии, 3,7 % испытывали депрессивные переживания и подавленность субклинического характера, у 1 % лиц выявлено состояние депрессии, требующее обращения за медицинской помощью.

По методике «Шкала тревоги Спилбергера» уровень личностной тревоги опрошенных лиц составил 48,9 баллов, уровень ситуативной тревожности – 45,5 баллов, что соответствует высокому уровню выраженности обоих показателей.

На основании полученных данных с помощью методов математической статистики планируется, используя математические алгоритмы, составить прогностическую модель поведения респондентов в подобных ситуациях, связанных с изоляцией и высоким уровнем стресса. Пре-

дикторами выделенных поведенческих паттернов предположительно могут служить личностные особенности респондентов, используемые копинг-стратегии, а также некоторые психологические и социально-демографические характеристики.

Выводы

1. Изучение изменения привычного поведения опрошенных в связи с эпидемиологической обстановкой показало, что большинство респондентов сознательно сократили количество контактов с другими людьми, стали чаще мыть руки с мылом и водой и отказались от общественного транспорта.
2. Изучение выраженности тревожной и депрессивной симптоматики показало, что у 30,3 % опрошенных лиц наблюдалась тревога, у 4,7 % – депрессивные переживания, требующие психологического вмешательства.
3. Полученные данные о высокой выраженности тревожной симптоматики и значительном изменении поведения респондентов свидетельствуют о необходимости психологической помощи и поддержки населения в ситуации пандемии и изоляции. На основании планируемой прогностической модели будут определены наиболее актуальные мишени для осуществления психопрофилактических мероприятий.

Литература

1. *Elovainio M, Hakulinen C, Pulkki-Råback L, et al.* Contribution of risk factors to excess mortality in isolated and lonely individuals: an analysis of data from the UK Biobank cohort study. *Lancet Public Health* 2017; 2: 260–66.
2. *Matthews T, Danese A, Caspi A, et al.* Lonely young adults in modern Britain: findings from an epidemiological cohort study. *Psychol Med* 2019; 49: 268–77.

Влияние ранних дезадаптивных схем на отношение к пандемии коронавирусной инфекции COVID-19

Крайнюков С.В., Бондарева М.О.,

Гусева Н.А., Новикова И.А.,

Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, Россия

sv_krayn@mail.ru, bond.mariya@gmail.com,

gusevoj@yandex.ru, mantiko@list.ru

Ключевые слова: коронавирусная инфекция, COVID-19, схема-терапия, ранние дезадаптивные схемы

The influence of early maladaptive schemas on attitudes towards the coronavirus infection COVID-19 pandemic

Krainyukov S.V., Bondareva M.O.,

Guseva N.A., Novikova I.A.

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, Russia

Keywords: coronavirus infection, COVID-19, schema-therapy, early maladaptive schemas

Введение. Ситуация пандемии новой коронавирусной инфекции COVID-19 оказывает негативное влияние на психическое состояние, межличностные и семейные отношения, психическое здоровье населения. Большинство появившихся в связи с пандемией психологических исследований сосредоточено на изучении особенностей переживания людьми актуальной стрессовой ситуации распространения коронавирусной инфекции, приоритет в исследованиях отдается актуальному психическому состоянию, тревожно-депрессивной симптоматике и стратегиям преодоления стресса. Лишь единичное количество исследований ориентировано на учёт личностных детерминант состояния и отношения к пандемии.

Целью настоящего исследования является изучение влияния ранних дезадаптивных схем (РДС) на формирование отношения к пандемии COVID-19. РДС являются внутренним ответом на фрустрированные психологические потребности ребёнка и включают негативные паттерны убеждений, эмоций, телесных ощущений. Понятие введено в рамках

схема-терапии, разработанной Дж. Янгом (1995). Трудная жизненная ситуация, соотносимая с РДС, будет их активировать, способствовать повторному возникновению негативных эмоций и закрепившихся стратегий совладания. Исследование влияния РДС на отношение к пандемии важно для разработки стратегий психологической помощи, ориентированных не столько на симптоматическую сторону, сколько на психологическую работу с личностными особенностями человека, лежащими в основе механизмов преодоления трудных жизненных ситуаций, регуляции психических состояний.

Материал и методы. Процедура исследования была реализована дистанционно в интернете посредством электронных форм методик. Сбор данных проводился с середины апреля до конца августа 2020 г. К участию приглашались все желающие. Выборку исследования составили 300 респондентов – 250 женского пола и 50 мужского (средний возраст – 30 ± 8 лет).

В качестве методик исследования применялись:

Авторская анкета, направленная на изучение социально-демографических характеристик населения в период пандемии коронавирусной инфекции, а также субъективного отношения к ней;

Схемный опросник – краткая форма (Young Schema Questionnaire Short Form Revised, J.E. Young, 2005; в адаптации П.М. Касьяника, Е.В. Романовой, 2016).

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью корреляционного анализа с применением t -критерия К. Пирсона.

Результаты. Между ответами на 5 вопросов анкеты, отражающими отношение к пандемии, и 18-ю РДС было выявлено 44 прямые корреляционные связи, из которых 32 соответствуют уровню значимости $p \leq 0,01$.

Оценка опасности общей ситуации пандемии наиболее сильно связана ($p \leq 0,01$) со схемами покинутости, уязвимости, негативизма, пунитивности, и несколько менее ($p \leq 0,05$) – со схемами недоверия, спутанности, самопожертвования, жёстких стандартов.

Оценка тяжести перенесения ситуации пандемии обнаруживает сильные связи со схемами покинутости, дефективности, неуспешности, уязвимости, покорности, и средние – со схемами подавления эмоций, негативизма, пунитивности.

Беспокойство за близких в связи с пандемией в большей степени определяется схемами покинутости, уязвимости, самопожертвования, жёстких стандартов, негативизма, пунитивности, и в несколько меньшей – схемами недоверия, спутанности, покорности.

Оценка интенсивности изменений в жизни вследствие пандемии наиболее сильно связана со схемой покинутости, и несколько меньше – со схемами уязвимости и покорности.

Прогнозирование ухудшения финансового положения обнаруживает сильные связи со всеми схемами, кроме привилегированности. То

есть риск финансовых потерь вызывает у населения наибольшие переживания, ассоциируемые с негативным прошлым опытом.

В наибольшей степени чувствительное отношение к ситуации пандемии связано с хронической фрустрацией потребностей в автономии, компетентности и чувстве идентичности (домен 2), а также спонтанности, творчестве, удовольствии и игре (домен 5). Иными словами, недостаточный опыт уважения, поддержки и поощрения в сочетании со сверхконтролем и подавлением эмоций в наибольшей степени обуславливает личностную уязвимость к ситуации пандемии.

Схемы покинутости и уязвимости более других определяют чувствительное отношение к пандемии. Эти схемы связаны с отсутствием стабильной заботы и защиты в раннем опыте, что негативно влияет на самооценку и навыки самоподдержки в будущем. Второе место занимают схемы негативизма и пунитивности, которые складываются в опыте под влиянием пессимистичной картины мира окружающих и их фиксации на ошибках, что впоследствии закрепляется в личности ребёнка.

Примечательно, что схема привилегированности не обнаружила ни одной связи с отношением к пандемии. При наличии этой схемы человек переживает свою особость, сконцентрирован на своих желаниях, воспринимает себя над ситуацией и общими правилами. Такие люди могут считать, что они имеют особое положение и потому пандемия их не затронет, что может снижать восприятие опасности, провоцировать рискованное поведение.

Выводы.

1. Ранние дезадаптивные схемы значимо определяют отношение к ситуации пандемии COVID-19. Главным образом это схемы из категорий нарушения автономии и непризнания достижений, а также сверхконтроля и подавления эмоций. В наибольшей степени чувствительное отношение к пандемии определяется схемами покинутости, уязвимости, негативизма, пунитивности.
2. Учёт ранних дезадаптивных схем важен для разработки каузальных личностно-ориентированных стратегий психологической помощи населению.

Совладание со стрессом в период пандемии COVID-19

Куфтяк Е.В.

Российская академия народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Москва, Россия
elena.kuftyak@inbox.ru

Ключевые слова: пандемия COVID-19, стресс, совладание с трудностями, реактивный копинг, проактивный копинг

Coping with stress during the COVID-19 pandemic

Kuftyak E.V.

The Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia

Keywords: COVID-19 pandemic, stress, coping with difficulties, reactive coping, proactive coping

Введение. Пандемия COVID-19 внесла кардинальные изменения в повседневную жизнь большинства населения планеты, которые еще в начале 2020 года невозможно было себе представить. На государственном уровне правительства стран мира ввели значительные социальные ограничения в попытке смягчить распространение и воздействие болезни на своих граждан и системы здравоохранения. Введенные ограничительные меры против коронавируса в значительной степени неизвестны в России в современное мирное время. Влияние этих изменений на психологическое здоровье и благополучие населения является значительным. По данным исследований, осуществленных в разных странах, более двух трети населения обеспокоены влиянием COVID-19 на их жизнь, треть участников сообщали о высоком уровне тревоги и каждый пятый заявил о потребности в психологической помощи [1; 5]. Можно полагать, что люди, потерявшие нормальный уклад повседневной жизни, столкнувшиеся с ограничительными мерами и социальной дистанцированностью, переживающие снижение материального положения испытывают стресс и возможно их совладание со стрессом не является продуктивным. Согласно многочисленным данным известно, что использование отстраненных и негибких психологических, эмоциональных или поведенческих стратегий ведет к несовладанию и нарушению психологического и эмоционального здоровья [2; 3; 4].

Материал и методы. В исследовании участвовало 259 человек, которые были опрошены с использованием Google Forms, ссылка на которую была размещена в сети интернет, однако пригодными для дальнейшего подсчета данных оказались ответы 248 (95,7 %) респондентов, из которых женщин 202 (81,5 %) и 46 (18,5 %) мужчин. Возраст варьировал от 18 лет до 48 лет. По возрастному признаку респонденты были разделены на 2 группы: 18–25 лет – ранняя взрослость группа (82,6 %) и зрелые взрослые (17,3 %).

Выраженность стресса оценивалась с использованием опросника «Шкала воспринимаемого стресса-10» (ШВС-10; адаптация В.А. Абабков, К. Барышникова, О.В. Воронцова-Венгер, И.А. Горбунов и др., 2016). Стратегии проактивного совладания изучались с использованием методики «Опросник проактивного копинга» (E. Greenglass, R. Schwarzer, S. Taubert, 1999; адаптация Е.П. Белинской, 2018). Изучение используемых человеком способов совладания с актуальной трудной ситуацией проводилось с помощью «Опросник способов копинга» (S. Folkman, R. Lazarus, 1985; адаптация Е.В. Битюцкой, 2015).

Результаты. Анализ данных, полученных с помощью методики ШВС-10, выявил, что почти 70 % респондентов выражен стресс (выше 26 баллов). Далее выборка была разделена на две подгруппы с высоким и низким показателями по общему показателю уровня воспринимаемого стресса.

В последующем анализе использовался дисперсионный анализ со следующими факторами – возраст, пол, уровень стресса и временной показатель (период проведения исследования; исследование проводилось с 27 марта по 30 мая 2020 г.). Критерий однородности дисперсии Левина показал, что дисперсии выборок являются гомогенными по шкалам обращение за поддержкой к социальному окружению, положительная переоценка ситуации, противостояние, самоконтроль, самообвинение, фантазирование и надежда на внешние силы, уход от ситуации, проактивное совладание, поиск эмоциональной поддержки ($p > 0,05$).

В результате дисперсионного анализа копинг-стратегий с фактором «уровень стресса» было установлено, что при высоком уровне стресса взрослые чаще выбирают стратегии «самообвинение» ($F=12,03$, $p=0,001$), «фантазирование и надежда на внешние силы» ($F=20,17$, $p=0,0001$), «уход» ($F=7,34$, $p=0,007$), при низком уровне стресса чаще обращаются к стратегиям «самоконтроль» ($F=3,93$, $p=0,04$), «позитивная переоценка» ($F=10,05$, $p=0,002$) и «проактивного совладания» ($F=21,21$, $p=0,0001$). Изоляция и введенные ограничения, связанные с пандемией, накладывают свой отпечаток на использование репертуара способов совладания: люди не могут успешно использовать свой обычный арсенал копинг-стратегий и прибегают к поведению, которое ослабляет стресс в краткосрочной перспективе.

Дисперсионный анализ с фактором «временной показатель» показал, что к концу ограничительных мероприятий (исследование проводилось до 30 мая; ограничительные меры для населения начали сниматься с 1 июня) люди чаще обращались к стратегии «поиск эмоциональной поддержки» ($F=3,14$, $p=0,04$) и «противостояние» ($F=3,44$, $p=0,03$). Стратегия «поиск эмоциональной поддержки» направлена на регуляцию эмоционального состояния посредством коммуникации с другими людьми, что становится важным в условиях изоляции. Контакты, пусть и удаленные в условиях самоизоляции, с одной стороны, помогают регулировать свое состояние, с другой, восполняют дефицит общения в условиях изоляции.

Интересные получены данные о более частом выборе в длительной условиях изоляции стратегии «противостояние». Стратегия предполагает активные усилия по противодействию и сопротивлению ситуации, по сути, борьбу с ней. Вероятно, мощный информационный поток в условиях пандемии приводит к нарастанию сопротивления к возникшим обстоятельствам. В целом, данная стратегия рассматривается как неконструктивная, обладающая агрессивными тенденциями.

Выводы. Таким образом, в незнакомых и сложных условиях изоляции участники исследования чаще стремятся на когнитивном и поведенческом уровне к отвлечению и избеганию проблемы. Установлено, что уровень стресса и период нахождения в самоизоляции оказали существенное влияние на выбор стратегий совладания. Требуется дальнейшее изучение для управления текущими и долгосрочными психологическими последствиями пандемии COVID-19.

Литература

1. *Бойко О.М., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю.* Психологическое состояние людей в период пандемии COVID-19 и мишени психологической работы // Психологические исследования. 2020. Т. 13, № 70, С. 1. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 20.08.2020).
2. *Куфтяк Е.В.* Совладающее поведение в период взросления: соотношение механизмов психологических защит, реактивного и проактивного совладания // Методология, теория, история психологии личности / Отв. ред. А.Л. Журавлев, Е.А. Никитина, Н.Е. Харламенкова. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2019. С. 680–689.
3. *Куфтяк Е.В.* Концепция семейного совладания: основные положения [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 5 (16). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 24.08.2020).
4. *Нартова-Бочавер С.К.* «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18, № 5. С. 20–30.
5. *Dawson D.L., Golijani-Moghaddam N.* COVID-19: Psychological flexibility, coping, mental health, and wellbeing in the UK during the pandemic // Journal of Contextual Behavioral Science. 2020. Vol. 17. P. 126–134.

Ответственность и личностная тревожность молодых людей, соблюдавших и не соблюдавших режим самоизоляции в период пандемии коронавируса

Лесин А.М., Соболева П.И.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

am1709@mail.ru, poly78888@gmail.com

Ключевые слова: личность, ответственность, тревожность, само-изоляция, пандемия

Responsibility and personal anxiety of young people who complied and did not comply with the self-isolation regime during the coronavirus pandemic

Lesin A.M., Soboleva P.I.

FSBEI HE RyazSMU MOH Russia, Ryazan, Russia

Keywords: personality, responsibility, anxiety, self-isolation, pandemic

Введение. Изучение личности и проблем ее адаптации к постоянно изменяющимся реалиям современности всегда остается важной задачей в рамках психологической науки. 2020 год ознаменован массовыми и скоротечными изменениями в социальной среде, вызванными всемирной пандемией. Стало очевидно, что подобная ситуация возможна в будущем, и в такие моменты на первый план выходят различные качества и свойства каждой личности в отдельности, которые обуславливают эффективность противодействия таким угрозам общества в целом [1]. Актуальность изучения психологических особенностей людей, которые соблюдают и не соблюдают режим ограничений, не вызывает сомнения, поскольку это может снизить масштаб дезадаптации населения в результате необходимости самоизоляции.

Материал и методы. Нами было проведено исследование психологических особенностей ответственности и личностной и ситуативной тревожности 60 молодых людей (18–22 лет) в период пандемии в мае 2020 года в городе Рязани, среди которых 30 человек (16 женщин и 14 мужчин) строго соблюдали режим самоизоляции по их собственному утверждению и 30 человек (15 женщин и 15 мужчин) его не соблюдали, с помощью бланкового теста «Ответственность» (А.И. Крупнов) и шкалы

оценки уровня реактивной и личностной тревожности (Ч.Д. Спилберг, Ю.Л. Ханин). Исследование проводилось с использованием дистанционных средств, но с обязательной связью с помощью микрофона и камеры.

Результаты. По итогам исследования нами были получены результаты, которые указывали на то, что психологическая структура ответственности и особенности личностной тревожности имели некоторые отличия в обеих группах.

У группы соблюдавших режим самоизоляции был значимо выше уровень интернальности при проявлении ответственности, который указывает на то, что эти респонденты более склонны искать причины своих удач и неудач при осуществлении этого свойства внутри собственной личности, не полагаясь на случай или стечение обстоятельств. Они склонны во всем ориентироваться и полагаться на себя [2]. Вероятно, что эта особенность обуславливала их добровольное желание оставаться дома, а не полагаться на случай и подвергать себя и своих близких опасности заражения.

У группы тех, кто не соблюдал режим самоизоляции, в их психологической структуре ответственности преобладал уровень аэнергичности, который определяет неустойчивость в их стремлении формировать и проявлять это свойство. Их добровольный выбор в пользу отказа от соблюдения режима самоизоляции был следствием их неспособности проявлять ответственность в различных ситуациях, потому что они не привыкли задумываться о возможных последствиях, которые могут касаться их или их близких, и склонны поддаваться внешним импульсам. К тому же это может указывать на сложности, связанные с тем, что этим людям сложно оставаться один на один со своим Я в силу более низкой интернальности по сравнению с первой группой.

Это подтверждается и более высоким уровнем операциональных трудностей, связанных с проявлением ответственности у группы не соблюдавших режим самоизоляции. Это говорит о том, что эти люди не умеют брать на себя ответственность как за свою жизнь, так и за жизнь тех, кто находится рядом. Они не обладают достаточным запасом инструментальных личностных средств, которые помогают реализовать это свойство. В случаях неопределенности, которыми характеризовался период пандемии, и необходимости быть постоянно рядом со своими близкими им было еще сложнее быть ответственными, потому что они могли испытывать пресс дополнительной опеки со стороны других людей и нехватку силы воли [3].

У тех исследуемых молодых людей, кто соблюдал режим самоизоляции, был значимо выше уровень ситуативной и личностной тревожности. Данный факт указывает на то, что эти люди достаточно восприимчивы к различным заявлениям со стороны СМИ и властей об опасности внешних контактов во время пандемии. Люди, у которых более высокая тре-

возможность является их личностной особенностью, стремятся обезопасить себя различными способами, при этом они волнуются не только за свое здоровье, но и чувствуют ответственность за общество в целом. Вполне очевидно, что ситуация, с которой столкнулся мир была совершенно нестандартной, что вызвало и повышение уровня ситуативной тревожности у данных лиц, как ответную реакцию на всеобщую обеспокоенность. В данном случае, можно предположить, что их тревожность являлась ресурсом, который помогал справиться с ситуацией изоляции.

Резюме. Трудно предположить, какие последствия могут иметь подобные периоды изоляции в обществе и в личности каждого человека в отдельности. Но, очевидно, что раз такие случаи могут быть неизбежными, нам необходимо готовиться к ним и стремиться к тому, чтобы периоды самоизоляции переносились человеком легче и имели минимум негативных последствий. По итогам нашего исследования мы можем предположить, что ответственность и тревожность являются важными характеристиками, которые обуславливают готовность или неготовность людей соблюдать режим самоизоляции и, вероятно, проще преодолевать эти последствия. Для этого необходимо психологам, педагогам, тьютерам и другим людям, работающим с молодежью, а также самим молодым людям развивать такое качество и свойство личности как ответственность, повышать стремление и готовность проявлять и формировать его, развивать интернальный тип саморегуляции и ориентироваться в своих поступках на себя, а не «плыть по течению». Кроме того, очевидна необходимость регуляции рационального уровня тревожности, который должен быть ресурсом для развития ответственности, а не блокировать ее проявление и приводить к дезадаптации человека и общества в целом.

Литература

1. *Касьянов В.В., Гафиатулина Н.Х., Самыгин С.И.* Особенности и проблемы социального поведения в условиях режима самоизоляции российского населения // Гуманитарий Юга России. 2020. Том. 9. № 2. – С. 51–63.
2. *Лесин, А.М., Леонова Т.И.* Некоторые особенности ценностных ориентаций студентов медицинского вуза // Материалы VII Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития (чтения памяти Л.Ф. Обуховой) «Возможности и риски цифровой среды» (12–13 декабря 2019 г.). – М.: ФГБОУ ВО МГППУ, Т.2, 2019. – С. 93–96.
3. *Фомина Н.А., Лесин, А.М.* К 80-летию А.И. Крупнова – основателя системно-функционального подхода к изучению свойств личности // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие: сетевой журн. 2019. Т.7, № 3 (26). – С. 446–458. Доступно по ссылке: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=386>. Ссылка активна на 02.10.2019. doi: 10.23888/humJ20193446–458.

Коммуникативная зрелость как фактор проживания пандемии

Лиознова Е.В.

*Информационно-методический центр
Выборгского района СПб, Россия
toana@yandex.ru*

Ключевые слова: источники зрелости, коммуникативная зрелость, свойства субъекта общения, пандемия

Communicative maturity as a factor in the rate of the pandemic

Lioznova E.V.

*Information and methodological center of
Vyborg district of Saint Petersburg, Russia*

Keywords: sources of maturity, communicative maturity, properties of the subject of communication, pandemic

В силу субъективности психического отражения любое событие не несет в себе объективного оценочного значения. Смысл и отношение к событию формирует конкретный человек, его установки и убеждения. Это относится и к пандемии 2020 года [1]. Анализ содержания обращений к психологу показывает, что люди существенно различно ее воспринимают: для одних она оказывается интересным приключением, для других – тяжелым испытанием.

Одним из факторов, повлиявших на восприятие и совладание с пандемией, явилась коммуникативная зрелость человека. Рассмотрим ситуацию с этой точки зрения, оговорившись, что мы оставляем за рамками обсуждения случаи отягощенного переживания эпидемии: смерть или тяжелое протекание болезни самого человека или его близких – здесь накладываются традиционные трудности проживания утраты.

Под коммуникативной зрелостью мы понимаем качественное своеобразие ряда психических функций (личностных, когнитивных, эмоционально-регулятивных), обеспечивающих успешное взаимодействие человека с другими людьми и самим собой (как объектом управления) в максимально широком диапазоне условий (ситуаций и партнеров) [2].

В зрелость психических функций вносят свой вклад, по крайней мере, два источника: созревание мозговых структур (соответствующего уровня этого аспекта зрелости достигают, как правило, все психически здоровые люди на определенном этапе возрастного развития) и зрелость, проистекающая из интериоризации оптимальных социально-

психологических технологий, выработанных культурой. Примером реализации первого источника может служить формирование способности к рефлексии, которое в той или иной степени наступает у всех здоровых людей, но не раньше конца дошкольного детства, в связи с физиологической незрелостью мозга. Одним из примеров реализации второго источника может служить усвоение специфичных для данной культуры форм вежливого обращения (вербальных и невербальных), как коммуникативной технологии.

Поскольку созревание мозга является спонтанным, произвольным процессом, мы остановимся на проявлениях второго источника психической зрелости, зависящего от самого клиента.

Коммуникативная зрелость – атрибут развитого субъекта общения, у которого можно выделить два уровня свойств: видовые, характерные только для субъекта коммуникации, и родовые – присущие развитым субъектам разных форм человеческой активности: субъектам как общения, так познания и деятельности [3].

Сначала рассмотрим проявления в условиях пандемии коронавируса трех видовых свойств субъекта общения.

Одной из характеристик развитого коммуникативного субъекта является интернальность – принятие на себя ответственности за происходящее. В период пандемии можно увидеть разнообразие реакций людей, различающихся по этому параметру. Так экстерналы склонны направлять свою активность на поиск виноватых и в самой эпидемии, и в особенностях ее протекания в стране (политиков, ученых, страны). Для них характерно поддержание мифов о всемирном заговоре с целью чипирования, «сбежавшем» из лабораторий вирусе и т.п. Интерналы исходят из идеи: «Я нахожусь в пандемии, какие мои действия могут облегчить ее проживание». Для них важно осознанное и последовательное соблюдение рекомендаций специалистов.

Второй характеристикой развитого субъекта общения является безусловное самопринятие – осознание своей ценности как уникальной индивидуальности. Различие реакций людей на пандемию по этому показателю проявляется, в частности, в том, что респонденты с низким самопринятием в новых условиях могут ставить себе завышенные цели (например, работать дистанционно сразу также эффективно, как и обычно, не учитывая изменение условий; проявить себя как «правильный» партнер – супруг, родитель; резко начать внедрять одновременно все компоненты здорового образа жизни и т.п.). Постановка нереальных целей (без учета особых условий эпидемии) быстро приводит к разочарованию, упадническим, депрессивным, паническим мыслям, психосоматическим проявлениям. Люди же с высоким самопринятием относятся к своему неоптимальному поведению терпимо. Они понимают, что, если, оказавшись всей семьей в непрерывном длительном контакте, они не могут быстро наладить свой быт – это нормальное следствие новой ситуации, а не очередное проявление их «несовершенства».

Третья характеристика развитого субъекта общения – отношение к партнеру как к ценности. Это уважительное, терпимое отношение к самобытности других у людей, достигших зрелости по этому показателю. Люди с низкой развитостью в этом аспекте при ситуации стресса проявляют особую нетерпимость и агрессивность к поведению партнеров, также зачастую усугубленному стрессом.

В ходе пандемии можно было наблюдать и проявления родовых свойств.

Одна из таких родовых характеристик субъекта – умение все более глубоко анализировать информацию. В пандемию ярко проявился такой аспект этой когнитивной способности как критичность. Люди с низкой критичностью, не дифференцируя экспертность источников информации, закономерно больше поддавались паническим настроениям или испытывали тревожные чувства в связи с несформированностью собственной взвешенной позиции по различным аспектам поведения в новых условиях.

Другая ярко проявившаяся при «нашествии коронавируса» родовая характеристика относится к эмоциональным процессам. Развитые субъекты характеризуются пониманием того, что их эмоции (по любому поводу) – зона их ответственности (как с точки зрения происхождения переживания, так и с позиции его переработки). Такой взгляд позволяет поддерживать спокойное гармоничное состояние вне зависимости от внешних факторов, в данном случае – пандемии. Клиенты с относительно низким «эмоциональным интеллектом» источник своего эмоционального дисбаланса видят во вне и не владеют социально – приемлемыми способами управления своими и чужими эмоциями, они особенно подвержены эмоциональному заражению. Все это негативно сказывается на их психическом здоровье.

Третья родовая черта субъекта – осознанность, в данном контексте – это способность и тенденция к рефлексии, анализу причин и последствий своих действий в момент напряженной ситуации. Она позволяет достигать адекватно намеченных целей, несмотря на существенное изменение внешних условий при эпидемии.

В целом можно сказать, что одним из видов профилактики нарушений психического здоровья в экстремальных ситуациях, подобных пандемии, является развитие коммуникативной зрелости субъекта, в чем психологи могут помочь людям и в относительно спокойное время.

Литература

1. *Гриценко В.В.* и др. Страх перед коронавирусом заболеванием (COVID-19) и базисные убеждения личности // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9, № 2. С. 99–118.
2. *Лиознова Е.В.* Успешность общения // Вестник СПбГУ. 2006. Сер. 6, № 1. С. 101–106.
3. *Лиознова Е.В.* Структура субъекта общения в свете идей Б.Г. Ананьева о субъекте // Вестник СПбГУ. 2008. Сер. 12, вып. 1. С. 39–45.

Трансформация личности в экстремальной ситуации пандемии COVID-19

Магомед-Эминов М.Ш.

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

Ключевые слова: экстремальность, трансформация личности, L- и D-смыслы

Беспрецедентный вызов, брошенный человечеству пандемией COVID-19, которая охватила весь земной шар планетарным событием, и тотальный ответ человечества на этот вызов, отправивший каждого гражданина земного шара домой в самоизоляцию, в практику социального дистанцирования и протективного поведения, а также взаимодействие вызова и ответа, порождающее последствия и новые вызовы (экономические, политические и др.), привели к тому, что человек и человечество оказались на грани, на пределе своего бытия [5]. В экстремальной ситуации существование человека выходит за пределы обычной, повседневной реальности, нарушая привычный уклад жизни, в новую реальность с высокой угрозой здоровью и жизни человека, его окружения и общества. В ситуации перехода от повседневного к неповседневному, предельному бытию перед каждым человеком встаёт фундаментальная экзистенциальная задача на жизнь, на бытие, требующая трансформации личности, субъекта, ресоциализации – пересмотра ценностно-смысловых отношений к миру и трансформации образа жизни. Эта трансформация происходит не автоматически, но опосредствована работой личности над собой. Тогда личность, субъект, мы трактуем как особую работу над собой. В испытании пандемией человек решает задачи на жизнь, на бытие [2].

В теоретическом и практическом отношении выделяется два подхода к пандемии: 1) стимульно-объектный, традиционный; 2) событийно-эвентуальный, нетрадиционный [3]. В психологическом (и медико-психологическом) плане экстремальные факторы (или стрессоры), связанные с COVID-19, воздействуют на индивида, который испытывает переживания опасности, угрозы – вреда (в переживаниях страха, тревоги, стресса, травматического опыта, опыта нарушения адаптации, опыта утраты и других кризисных состояний, связанных с нарушением отношений, социального функционирования и смысловых проблем). Данные переживания выражаются (ситуативно, реактивно, интерактивно, транзактно, в экзистенциально-деятельностном плане) в дистрессовых, травматических, тревожных расстройствах, расстройствах адаптации, аномальных – или незавершенных, реакциях утраты. Само переживание, первичные и вторичные нарушения – когнитивно-поведенческие, эмоциональные, объясняются

в моделях – ситуативных, реактивных, интерактивных, транзактных, в экзистенциально-деятельностном плане. Следует отметить, что в данном подходе переживания и реакции чаще всего трактуются стадийно. И психологическая работа с людьми ведется, исходя из этой концепции, и она нацелена на совладание со стрессом и с переживанием опыта. Акцент делается на внутреннее и внешнее поведение, а также необходимость учета факторов среды и индивидуальных различий, главным образом посредством корреляционных исследований и номотетического подхода. В научном плане человек, который испытывает воздействие, рассматривается как предмет определенного подхода, то есть как частичный объект. Таким образом, стимульно-предметный подход ограничен.

Второй подход – событийно-эвентуальный акцентирует внимание на том, что пандемия как событие имеет пространственные, темпоральные и содержательно-смысловые планы. В соответствии с пространственно-темпоральным разворачиванием глобального события, в локальном индивидуальном событии человека меняется содержание, фактичность, способ и форма жизни и смысл фактичности жизни. Возникают новые задачи на смысл – на жизнь, на бытие. И в повседневной, и в неповседневной, и в транзитной ситуации человек оказывается не только в негативном опыте, как традиционно мыслят в психологии, но и в опыте, который создается в диалектике негативного и позитивного. И этот опыт раскрывается в синтетической триаде «страдание – расстройство; стойкость – мужество; просветление – рост личности», требующей трансформации личности, осуществления работы над собой и другим, практики заботы[3]. Существование человека в неповседневной пандемической реальности COVID-19, в которой протективное поведение (самосохранение – сохранение само, то есть забота о себе и забота о другом) является необходимой частью продолжения жизнедеятельности, независимо от того, насколько человек осознает и принимает это как собственную проприативную реальность. И пост-самоизоляция продолжает быть неповседневной реальностью, а не возвращает человека к повседневности до-пандемического мира. Практика осуществления онтологической безопасности (самосохранение как забота о себе и забота о Другом, раскрывающаяся в заботе о бытии себя и Другого) становится необходимым условием осуществления своего единичного события жизни – бытия, в со-бытии с другими.

Реакция выхода из самоизоляции, однако, требует ресоциализации личности, предполагающей трансформацию смысловой сферы личности, поведенческих паттернов, образа жизни. Отношение к миру возвращения определяется ещё тем, что в свете пережитого опыта и измерившихся смыслов восприятие и отношение может измениться. Мы выделяем специальный вид стресса возвращения, который определяется экзистенциальной транзитностью, перепадами прежнего и последу-

ющего, стыками и складками [3]. Вопрос повторной ресоциализации остро встает в ситуации возвращения. В этой двойной ресоциализации возникает вопрос сохранения ценного опыта и возобновления того, что находилось на паузе. Таким образом, между ситуацией существования человека в условиях пандемии и возвращения его в жизненную ситуацию, в которой исчезает угроза COVID-19, пролегает на наш взгляд период, который мы называем транзитной ситуацией COVID-19. В этой противоречивой ситуации суть транзитного существования состоит в осуществлении превентивного поведения в процессе последовательного восстановления жизнедеятельности и решения новых жизненных задач. Оно осуществляется в практике работы над собой, осуществляя практику заботы о себе и о другом, которую человек реализует в ответственном сознательном поведении. Соответственно, превентивная практика и дистанцирование сохраняются, и основой их является не самоизоляция, а ответственное, сознательное поведение личности, осуществляющей заботу о себе [4] и заботу о Другом [3]. Человек в действительности руководствуется не мотивацией физического самосохранения [1], а духовной необходимостью решения задачи на смысл, раскрываемой из решения задачи на жизнь, на бытие [2]. Следовательно, осуществление онтологических задач человека, решение им своих жизненных задач происходит в условиях реализации онтологической безопасности – сохранения бытия, сохранения способности быть.

Литература

1. *Братусь Б.С.* Леонтьевские основания смысловых концепций личности. Сб. Психологическая теория деятельности вчера, сегодня, завтра. – М.: Смысл, 2006.
2. *Леонтьев А.Н.* Деятельность. Сознание. Личность. / Алексей Николаевич Леонтьев. – 2-е изд., стер.-М.: Смысл, 2005–352 с.
3. *Магомед-Эминов М.Ш.* Феномен экстремальности. М.: Психоаналитическая Ассоциация, 2008. 218 с.
4. *Фуко М.* Мужество истины. Управление собой и другими II. Курс лекций, прочитанных в Коллеж де Франс в 1983–1984 учебном году. СПб.: Наука, 2014
5. *Хайдеггер М.* Бытие и время. М.: Академический проект, 2011–460 с.

Экзистенциальный кризис как психологический феномен пандемии

Матанцева Т.Н.

Московская служба психологической помощи населению, Москва, Россия
reabi@msph.ru

Ключевые слова: экзистенциальный кризис, пограничная ситуация, ценностно-смысловые потребности, дестабилизация психоэмоционального состояния, восстановительно-реабилитационный процесс

Existential crisis as a psychological phenomenon of a pandemic

Matantseva T.N.

Moscow service of psychological assistance to the population, Moscow, Russia

Keywords: existential crisis, borderline situation, value-semantic needs, destabilization of the psychoemotional state, recovery and rehabilitation process

Понятие «экзистенциальный кризис» впервые ввёл датский философ XIX века С. Кьеркегор, определив его как осознание внутреннего бытия человека в мире [1]. К. Ясперс считал, что это осознание наиболее остро приходит в особой, «пограничной» ситуации – такой, как угроза жизни [2]. Именно период пандемии, сопряжённый с чувством беззащитности перед волей случая стал стимулом для развития смысло-жизненных кризисных состояний у многих представителей современного социума.

Анализ запросов о помощи в МСППН за период самоизоляции показал рост кризисных случаев на 35 %, а после снятия ограничений на 45 %, что свидетельствует о пролонгации «экзистенциального вакуума», когда человек продолжает чувствовать себя оторванным от традиционных ценностей, ощущает себя теряющим опору.

Психологическая оценка проявлений экзистенциального кризиса, спровоцированного пандемией, показывает, что большой вклад в развитие симптоматики вносит неопределённость. Она проявляется во многом, начиная от необычности воздействия вируса на организм и заканчивая дестабилизацией жизни. Неясность в отношении происходящего и пессимистичные прогнозы – это то, что вызывает тревогу. Личность не понимает, какие шаги предпринимать и чувствует в связи с этим не-

защищенность. Другой аспект, связанный с пандемией, который провоцирует кризисное состояние это непривычность происходящего, что в сочетании с неопределенностью усиливает тревожность.

Анализ симптоматики смысложизненного кризиса свидетельствует о нарушениях психической деятельности, которые характеризуют следующие признаки: растерянность, симптомы «психомоторной бури» или двигательной заторможенности, явления дезорганизации мышления, эмоциональные нарушения, проявляющиеся тревогой, страхом. Обратившиеся за помощью дают во многом типичные характеристики этому состоянию: «Понимаю бренность жизни, не могу это преодолеть. Чувствую одиночество, страх, тревогу. Волнение и паника преследуют меня. Не могу спать, есть, работать».

Кризис во многом имеет деперсонализационный характер и развивается следующим образом: внезапно возникает тревога по типу панической атаки, осознание тотальной угрозы психической сущности, жизни, что сопровождается страхом психической катастрофы, утратой самоконтроля. На этом фоне доминируют мысли о бесполезности жизни, что приводит к значительному суицидальному риску.

Психологической травмой является утрата ценности человеческой жизни. Оценивая свою жизнь, личность вдруг понимает, что человеческое существование не имеет ни заданного предназначения, ни объективного смысла. Такое открытие на фоне пандемии у многих вызвало глубокую депрессию и повлекло за собой радикальные изменения в жизни. Так 10 % обратившихся уже после снятия ограничений оставили работу, 15 % начали процесс развода. По нашим наблюдениям наиболее подвержены кризисным проявлениям женщины в возрасте от 27 до 35 лет.

Первым этапом помощи является определение уровня дестабилизации общего психоэмоционального состояния, от которого зависит необходимый объем восстановительно-реабилитационных мероприятий. Именно на этапе дестабилизации общего психоэмоционального состояния возникает суицидальный риск или суицидальные попытки.

Лицам с высоким уровнем дестабилизации психоэмоционального состояния характерно восприятие пандемии как рокового стечения обстоятельств. Эмоциональное реагирование на ситуации, связанные с пандемией проявляются в форме фрустрации, которая несет информацию о кризисном состоянии человека. В переживании экзистенциальной «исполненности» отсутствует ощущение личной «включенности» в жизнь. Человек как-бы застывает в позиции ожидания. Экзистенциальная «вовлеченность» переживается как неготовность действовать, брать на себя ответственность и противостоять тревоге, связанной с рисками пандемии, возникает обесценивание жизни.

Лица со средним уровнем дестабилизации психоэмоционального состояния обнаружили умеренный уровень эмоциональности, понимание значимости происходящих событий, их смысла в своей жизни. В переживании экзистенциальной «включенности» присутствует жизнестойкость, включающая

способность к контролю собственной активности. Но их оценке продуктивности и собственной реализации свойственна высокая неопределенность, присутствует страх перед неизвестным, а также тревога за будущее.

Лица с низким уровнем дестабилизации психоэмоционального состояния отличает последовательное отношение к жизни. Жизненные ситуации и события, связанные с пандемией воспринимаются ими как необходимые. Представители этой группы адаптированы к сложившейся ситуации, у них преобладают положительные эмоции и общее ощущение защищенности. Экзистенциальная «исполненность» характеризуется аутентичным пандемии поведением и чувством долга. Имеется четкое, связанное с собственным решением, деятельное отношение к сложившейся ситуации. Экзистенциальная «включенность» характеризуется жизнестойкостью, но выражена тревога, сопровождающая реагирование в ситуации неизвестности.

Таким образом, уровень дестабилизации общего психоэмоционального состояния зависит от глубины экзистенциального кризиса. Чем выше уровень дестабилизации психоэмоционального состояния, тем более комплексной и длительной должна быть восстановительно-реабилитационная помощь, включающая все виды психологического воздействия, а также современные формы помощи, ориентированные на дистанционную работу.

Психотерапевтический процесс решает задачи реконструкции смысложизненных ориентаций. Психологическое консультирование направлено на анализ жизненных ценностей и осознанное принятие определенного отношения к обстоятельствам, которые невозможно изменить. Психологическая реабилитация способствует регуляции психоэмоционального состояния, снятию нервно-психического напряжения и гармонизации деятельности нервной системы. Комплексная помощь способствует нахождению новых ресурсов, внешних или внутренних, актуализирует заново возможности, которые, казалось, были разрушены в период пандемии. Кризис заканчивается восстановлением, когда человек начинает адекватно относиться к внешним обстоятельствам, ориентироваться на себя и на свой уникальный внутренний опыт, выстраивает определённую мировоззренческую систему и стремится самостоятельно принимать решения в жизненно важных вопросах.

Представленные результаты и практический опыт работы могут быть полезны для организации психологического восстановительного процесса в условиях социально-экономических катаклизмов, поскольку раскрывают более целостно понимание индивидуальных, ценностно-смысловых и духовных потребностей общества в период пандемии.

Литература

1. *Гайдено П.П.* Экзистенциализм // Новая философская энциклопедия. – М.: Мысль, 2010.
2. *К. Ясперс.* Духовная ситуация времени. – Москва.: АСТ Neoclassik, 2013.

Лексический анализ высказываний о COVID-19 людей с высокой тревогой*

*Медведева Т.И, Ениколопов С.Н,
Бойко О.М, Станкевич М.А, Воронцова О.Ю.*
ФГБНУ НЦПЗ, ФИЦ ИУ РАН, Москва, Россия
medvedeva.ti@gmail.com

Ключевые слова: COVID-19, лексический анализ, тревога, СТИ

Lexical analysis of COVID-19 messages from people with increased anxiety

*Medvedeva T.I, Enikolopov S.N, Boyko O.M,
Stankevich M.A, Vorontsova O.Yu.*
FSBSI MHRC, FRC CSC RAS, Moscow, Russia

Keywords: COVID-19, lexical analysis, anxiety, СТИ

Пандемия SARS-CoV-2 оказывает существенное негативное влияние на психическое здоровье людей [1]. Психологическое неблагополучие может проявляться в лексических особенностях текстов [2], что уже отмечается в исследованиях [3]. **Целью исследования** был лексический анализ высказываний о COVID-19, полученных в ходе интернет опроса.

Материалы и методы. Материал исследования получен с 22.03.20 по 15.06.20. В интернет опросе предлагалось оценить свой уровень тревоги по 10-бальной шкале Лайкерта, использовался Опросник конструктивного мышления (СТИ), предлагалось в свободной форме высказать свое мнение о происходящем.

Были применены методы компьютерного анализа текстов: частотного лексического анализа PLATIn, позволяющего оценивать выраженность в тексте лексики, принадлежащей к тематическим группам слов с семантикой различных психологических состояний и личностных установок; использовалась также программа Linguistic Inquiry and Word Count (LIWC) [4] для подсчета в тексте доли слов, обозначающих психологические процессы, эмоции, когнитивные операции и т.д. На основе ответа на вопрос про тревогу тексты были разделены на группы – с высоким (>6) и низким уровнем тревоги. Была оценена частотность встречаемости лексики в этих двух массивах текстов. Кроме того, высказывания оценивались экспертами – психологами как «эмоциональные или рациональные».

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 17–29–02305

Результаты. Всего получено 550 свободных высказываний о пандемии (109 мужчин и 441 женщина). Группу высокой тревоги составили 176 человек, группу низкой 374 человека. Высокая тревога была у тех, кто старше ($39,72 \pm 12,23$ и $41,15 \pm 10,23$ средний возраст для низкой и высокой тревоги), в группу с высокой тревогой попали 20,0 % всех мужчин и 34,7 % женщин), люди с высоким уровнем тревоги считали свое материальное положение менее благополучным, и чаще считали, что их материальное положение ухудшилось.

Высказывания были оценены экспертами как «эмоциональный ответ» (примеры: «мне очень страшно», «катастрофа») или «рациональный ответ» (примеры: «хорошо, если большинство видов работ переведут на удаленку, тогда можно больше путешествовать и работать из любого места», «Всё сложно, но я верю в здравый смысл»). В группе с высокой тревогой было статистически значимо меньше рациональных ответов (19,9 % против 28,6 % при низкой тревоге); значимо больше эмоциональных ответов (47,7 % против 30,5 %).

Корреляционный анализ показал статистически значимые связи между высоким уровнем тревоги и особенностями мышления (СТП): отрицательную корреляцию с конструктивным мышлением ($-,346^{**}$), с эмоциональным ($-,373^{**}$) и поведенческим совладанием ($-,103^*$); положительную корреляцию с категорическим ($,229^{**}$) и личностно суеверным мышлением ($,140^{**}$).

Компьютерный лексический анализ показал различия в частоте использования лексики из разных категорий (ниже приведены категории, по которым различие составляло не менее 30 %). При высокой тревоге: увеличена лексика страдания; увеличены негатив, беспокойство, гнев; увеличена тематика социального неравенства и несправедливости; снижена лексика «сопротивления», мотивации, деятельности; увеличена общенная лексика; чаще используется лексика, имеющая отношение к семье, деньгам, религии; чаще обращаются к темам тела, здоровья и смерти.

Обсуждение. Выявленная экспертами эмоциональность текстов людей с высоким уровнем тревоги находит подтверждение в результатах компьютерного лексического анализа – много отрицательных эмоций, увеличена лексика негатива, беспокойства, гнева лексика страдания. лексика несправедливости. Что может быть обусловлено снижением способности к эмоциональному совладанию, что показал опросник СТП.

Снижение лексики «согласия» показывает, что в группе с высокой тревогой нет согласия с ситуацией и/или с принимаемыми мерами, но нет и высказывания идей преодоления, которые могли бы выразиться в словах из словарей лексики сопротивления и протеста. Что может отражать с одной стороны недовольство ситуацией, и такие особенности мышление как категоричность (СТП) – склонность людей видеть мир только как «черный или белый» без различения деталей. Но при этом

люди с высокой тревожностью чаще занимают пассивную позицию по отношению как к ситуации, так и своей жизни, что отражается в снижении частоты лексики сопротивления и протеста, с может быть связано с такими особенностями мышление как личностно-суеверное мышление, которое повышено в группе с высокой тревогой. Личностно-суеверное мышление позволяет избежать слишком сильного расстройства из-за неудач благодаря уничтожению всяческих надежд и энтузиазма. Люди с высоким баллом по данной шкале больше ориентированы на избежание неудач, нежели на достижение успеха.

В группе с высокой тревогой снижена лексика «перцепции», чувствования, видения. Вероятно, это связано с трудностями описывать свое состояние, и, возможно, с проявлениями алекситимии.

Частое использование темы тела, здоровья и смерти отражают связь высокой тревоги с текущей ситуацией пандемии, со страхами заболеть или умереть, корреляция степени выраженности тревоги со страхами за свою жизнь и здоровье также получена в нашем исследовании.

Более частое использование тем семьи, религии и денег может отражать текущие потребности и способы справиться с тревогой. Так, тема семьи может быть связана с тем, что респонденты из группы высокой тревоги были старше, чаще имели детей, и были больше озабочены своим материальным положением.

Можно было бы предположить, что более частое использование темы религии у людей с высоким уровнем тревоги может быть связано с обращением к религии для совладания с ситуацией, однако в нашем исследовании показано, что в группе с высокой тревогой преобладает личностно-суеверное мышление, которое определяет насколько люди склонны к личным суевериям типа «если случится что-то хорошее, вслед за ним непременно произойдет что-то плохое». Более частое обращение к религиозным темам и личностно-суеверное мышление может иметь в своей основе общие факторы, связанные с внешним локусом контроля, это может быть направлением дальнейших исследований.

Выводы. Лексический анализ высказываний о пандемии позволил выделить лексику, характерную для состояния высокой тревоги. Это в первую очередь повышенная эмоциональность с преобладанием отрицательных эмоций негатива, беспокойства, гнева страдания, несправедливости. Также выявлено более частое использования тем тела, здоровья и смерти, которые связаны с высоким уровнем страха за свою жизнь и здоровье. Результаты могут быть полезны для скрининговых исследований психологического неблагополучия, анализа состояния по высказываниям в соцсетях, для интерпретации результатов, полученных методами искусственного интеллекта, выявляющих психологические состояния по текстам.

Литература

1. *Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Медведева Т.И.* et al. Динамика психологических реакций на начальном этапе пандемии COVID-19. Психолого-педагогические исследования, 2020, 12(2), 108–126
2. *Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю.* Оценка текстов, написанных больными эндогенными психическими заболеваниями. Психиатрия, 2019, 17(1(81)), 56–64.
3. *Li S., Wang Y., Xue J.* et al. The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users. Int J Environ Res Public Health, 2020, 17(6). doi: 10.3390/ijerph17062032.
4. *Pennebaker J.W., Boyd R.L., Jordan K.* et al. The development and psychometric properties of LIWC2015. Austin, TX: University of Texas at Austin, 2015.

Юмор в интернет как копинг–стратегия в условиях самоизоляции и пандемии

Мусийчук М.В.

*Магнитогорский государственный
технический университет им. Г.И. Носова,
г. Магнитогорск, Россия
mv-muss@mail.ru*

Ключевые слова: юмор, приемы остроумия, копинг-стратегия, самоизоляция

Humor on the Internet as a coping strategy in the context of self-exclusion and pandemics

Musiichuk M.V.

*Nosov Magnitogorsk State Technical
University. Magnitogorsk. Russia*

Keywords: humor, wit techniques, coping strategy, self-isolation

Введение. Актуальность исследования копинг-стратегий в условиях самоизоляции и пандемии, вызванной коронавирусной инфекцией (COVID-19) вызвала у многих людей повышенный стресс, тревожность и депрессивные состояния. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признала 11 марта 2020 вспышку коронавирусной инфекции – пандемией. На брифинге в Женеве 28 августа генеральный директор ВОЗ Тедрос Аданом Гебрейесус заявил о том, что «COVID-19 повлиял на психическое здоровье миллионов в том, что касается вызванной им тревоги и страха, а также нарушения работы служб по поддержке психического здоровья». Так же глава ВОЗ отметил «глубокое воздействие», которое оказывает на психику «отсутствие социального взаимодействия вследствие пандемии». Важность решения проблемы психического здоровья обозначена Т.А. Гебрейесусом. Гендиректор ВОЗ подчеркнул, что о психическое здоровье и до пандемии было «забытым вопросом в глобальном здравоохранении». Сошлемся так же на мнение Директора Европейского регионального бюро ВОЗ Ханса Клюге, сделавшего заявление о том, что победа над коронавирусом произойдет не тогда, когда будет произведена массовая вакцинация, а когда мы научимся жить с вирусом.

Однозначной точки зрения о механизмах протекания совладающего поведения на настоящий момент в психологии не выработана. Присоединимся к мнению Р.М. Грановской и И.М. Никольской (1998) о том, что общей чертой механизмов защиты является их независимость от

сознательных желаний и намерений наблюдаемая во внешних проявлениях. Отмечается, что поведение субъекта, детерминируется такими факторами как: диспозиционные (личностные), динамические (ситуационные), социокультурные (экологические) и регулятивные (Т.Л. Крюкова, 2008). В связи с различными стилями совладания индивидуальные различия чувства юмора исследовались Y. Rim (1988) [3]. В исследованиях R.A. Martin выявлены корреляции чувства юмора с чертами личности, повышающими адаптивность (стрессоустойчивостью, уверенностью в себе и др.). Также юмор анализируется как средство преодоления дистресса, повышения самооценки и психологического благополучия в работе А.Р. Мартина, А.Н. Койпера, Л.И. Олинже, К.А. Дэнка [5]. Размышляя над проблемой юмора М.В. Мусийчук пишет, что юмор изучается в различных психологических и психотерапевтических парадигмах: когнитивной, психоаналитической, индивидуальной, поведенческой и др. Опыт осмысления психотерапевтических парадигм находит воплощение в сборниках анекдотов и юмористических историй [1]. Аксиологический механизм юмора, в индивидуальном и общественном сознании обусловлен нерасторжимостью знаковости и социальности в юморе, и проявляется в сконцентрированных тенденциях, определяющих собой направление необходимого изменения мира, через латентную организацию, на основе юмористических фрагментов произведений мировой художественной литературы и фольклора, выражающих отношение народа к событию, явлению, факту, как наиболее широкий и глубокий способ установления связи между внешним миром и субъективным опытом личности, посредством решения задач оценочного характера, с целью выяснения значения и смысла для сегодняшнего бытия [2].

Материалы и методы. Материалом исследования выступают остроумные тексты самобытного творчества (не стимулированного извне) в языковой форме и в форме креализованных текстов в сети Internet в период пандемии и самоизоляции. Метод исследования: контент-анализ приемов остроумия, реализованных при создании юмористических высказываний. Новизна подхода автора состоит в анализе психологических аспектов совладания в решение некоторых психологических проблем, вызванных и усиленных пандемией на основе юмора. С этой целью может быть рассмотрен юмор как эффективный копинг-ресурс поведения субъекта в социальном контексте Интернета, в условиях пандемии и самоизоляции.

Обсуждение результатов. «Наиболее полным определением терапевтического юмора из предложенных к настоящему времени, с нашей точки зрения, следует признать определение ААТН (Association for Applied and Therapeutic Humor): это любое вмешательство, улучшающее самочувствие личности через стимулирование средствами юмора открытия и оценки нелепостей или несоответствий ситуаций жизни. Вмешательство подобного рода, как подчеркивается в миссии ассоциации, повышает ин-

терес к более высокому уровню разрешения проблемы, улучшает самочувствие, а также физическое, эмоциональное здоровье, познавательный потенциал, духовную практику» [1]. Реакция на новые социальные явления в период пандемии и самоизоляции на основе юмора в сети Internet представлена преимущественно в форме приемов остроумия: абсурд, игра слов или смыслов (каламбур), парадокс, ирония, ложное противопоставление, намек, метафора. Приведем примеры. Прием остроумия «ирония» в форме миловидного притворства (харигентизм): «Кто знает уже можно в душ?! Или дальше моем только руки?!» Прием остроумия «намек» в форме перенесение общеизвестного фрагмента в новый контекст реализован на основе известной детской считалочки и популярного мультфильма «Ежик в тумане» (1975): «Вышел ёжик из тумана / Вынул маску из кармана / И стоит совсем один, / Потому что карантин». Ретрансляция в сети юмора на темы связанные с коронавирусом: идиотов (соблюдение и не соблюдение различных требований в период пандемии и самоизоляции); масок; гречки; туалетной бумаги; антисептика; собак; котиков и Наташи; бровей; печенегов и половцев; абсурдных действий; очищения природы и улицы, опустевшие по причине коронавируса и др. протекает активно в следствии того, что юмор вызывает положительно окрашенные эмоции в связи с пробелами привнесенными пандемией. Наблюдается сходство проблем в отраженных в тематике языковых шуток, неологизмов, мемов и креализованных текстов.

Выводы. Юмор, эффективная стратегия совладения на самоизоляции в период пандемии обусловлена снижением психоэмоционального напряжения, оптимизации процесса саморганизации поведения и регуляции эмоциональной сферы в ситуации риска и неопределенности. Юмор в сети Internet является эффективным средством снижения эмоционального напряжения и психогигиены личности.

Литература

1. *Мусийчук М.В.* Юмор в психотерапии и консультировании: проблемы и решения в современных парадигмах // Медицинская психология в России. 2017. Т. 9. № 3 (44). С. 9.
2. *Мусийчук М.В.* Социальные основания аксиологического механизма комического // Мир науки. Социология, филология, культурология. 2015. Т. 6. № 4. С. 2.
3. *Rim Y.* Sense of humor and coping styles // Personality if Individual Differences. 1988. Vol. 9. № 3. P. 559–564.
4. *Martin R.A.* Humor and the mastery of living: Using humor to cope with the daily stresses of growing up // Humor and children's development: A guide to practical applications / edit. by P.E. McGhee. New York: Haworth Press. 1989. P. 135–154.
5. Humor, coping with stress, self-concept, and psychological well-being / R.A. Martin, N.A. Kuiper, L.J. Olinger [et al.] // Humor: International Journal of Humor Research. 1993. Vol. 5, № 1. P. 89–104.

Роль психологической профилактики возникновения осложнений у пациентов с сахарным диабетом в ситуации пандемии COVID-19

*Олейников С., Бузина Т.С.
ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова МЗ России*

Ключевые слова: сахарный диабет, профилактика сахарного диабета, COVID-19

The role of psychological prevention of complications in patients with diabetes mellitus in the COVID-19 pandemic situation

*Oleynikov S., Buzina Tatiana S.
Moscow state medical and dental
University named after A.I. Evdokimov
of the Ministry of health of Russia*

Keywords: diabetes mellitus, prevention of diabetes mellitus, COVID-19

Введение. На протяжении последних десятилетий, специалисты в области медицины и психологии по всему миру пытаются изучить проблему сахарного диабета с целью повысить эффективность лечения и улучшить качество жизни пациентов. По данным всемирной организации здравоохранения, смертность от сахарного диабета и сопутствующих ему осложнений превысила 1.6 млн. человек в год по всему миру. По прогнозам аналитиков, к 2030 году сахарный диабет станет 7-й по распространенности причиной смертности [5].

Литературный обзор. В наше время, проблема сахарного диабета стала наиболее актуальна в связи с разразившейся в мире пандемией COVID-19. Согласно недавнему исследованию, проведенного профессором Ян Цзинь и его коллегами в больницах Уханя, аномально высокий уровень сахара в крови связан с повышением риска возникновения серьезных осложнений и риска смерти от вируса COVID-19 в 2.3 раза, по сравнению с другими пациентами [3]. Так, наиболее уязвимы в период эпидемии, люди с не диагностированным сахарным диабетом и те пациенты, диагноз которым был поставлен недавно. Лечение сахарного диабета во многом подразумевает личную ответственность пациента за прием необходимых лекарственных средств и регулярный контроль уровня глюкозы в крови. Однако, на ранних этапах лечения, у большин-

ства пациентов не формируется адекватного образа болезни, а, следовательно, и достаточного уровня приверженности лечению [1,2]. Это связано со многим факторами, такими как [1,2]: недостаточность информирования о болезни и возможных осложнениях; отсутствие явных симптомов заболевания и болевых ощущений; недостаточной, либо избыточной тревогой за свое состояние; несформированная комплаентность; перекладывание ответственности за свое состояние на врача или близких; низкий уровень самоэффективности в отношении лечения собственного заболевания.

Полное или частичное несоблюдение предписанного лечения так же ведет к возникновению острых осложнений, таких как гипогликемические, гипергликемические (Кетоацидоз и диабетические комы), несущих прямую угрозу жизни человека. При регулярном пропуске приема препаратов и отсутствии наблюдения врачей, часто возникают серьезные хронические осложнения, затрагивающих сердечно-сосудистую, нервную, опорно-двигательную и выделительную систему. Возникающие осложнения ведут к снижению качества жизни пациентов, потери мобильности и самостоятельности [3].

На сегодняшний день во всем мире не существует эффективной системы профилактики осложнений сахарного диабета, учитывающей стаж заболевания, психологические особенности, связанные с наличием сахарного диабета и индивидуальные особенности пациентов. Существующие исследования указывают на несущественное повышение уровня приверженности лечения при использовании стандартных мер профилактики и вмешательства только на стадии постановки диагноза пациенту.

Следует разделять понятия «комплаентность» и «приверженность к лечению» говоря о возможных способах профилактики возникновения осложнений при сахарном диабете. COMPLAENTность подразумевает под собой прием лекарственных препаратов, в то время как приверженность лечению включает полный комплекс мер, направленных на контроль здоровья пациента. В подавляющем большинстве исследований измеряется только COMPLAENTность, которая оценивается с помощью самостоятельных отчетов пациентов, статистикой обращений за лекарствами или электронной системой контроля приема лекарств. По статистике, COMPLAENTность по отношению к ПСП (пероральным сахароснижающим препаратам) варьируется от 35–37 % до 90 %, к инсулину 60–63 % . Высокий уровень компетентности имеют лишь 15 % всех больных [1]. Метаанализ 21 рандомизированного контролируемого исследования, включающий 46 847 пациентов с различными соматическими заболеваниями, показал, что хорошая приверженность к приему препаратов статистически достоверно сопровождалась снижением общей смертности [4].

Цель исследования: исследовать психологические факторы отношения к болезни у больных сахарным диабетом второго типа;

Эмпирическую базу исследования составили 50 больных сахарным диабетом 2 типа, находящихся на плановом лечении в эндокринологическом отделении № 7 Московского клинического научного центра;

Результаты исследования: у пациентов, имеющих тенденцию возлагать ответственность на других, чаще возникает интенсивное беспокойство о возможности прогрессирования заболевания; пациенты с локусом, направленным на других, чаще имеют низкую самоэффективность в отношении лечения – это может привести к снижению качества и эффективности самого лечения; люди, страдающие сахарным диабетом второго типа, в среднем, имеют нормальный уровень всех компонентов приверженности лечению собственного заболевания, уровень общей комплаентности соответствует нижним значениям нормы; приверженность лечению на прямую зависит от стажа заболевания и уровня тревоги пациента.

Вывод. Таким образом, создание единой эффективной профилактики возникновения осложнений сахарного диабета, позволит не только снизить уровень смертности от данного заболевания в первые годы после постановки диагноза, но и снизит частоту возникновения серьезных осложнений сахарного диабета в будущем. Из-за угрожающей всему миру пандемии, от которой пока не существует эффективного лечения, люди, страдающие сахарным диабетом, наиболее уязвимы не только в физическом, но и психологическом плане. Страх заразиться инфекцией и постоянная тревога могут быть фактором риска возникновения психосоматических и психических расстройств, что, бесспорно, требует внимания специалистов сферы здравоохранения.

Литература

1. *Лиходей Н.В. Калашикова М.Ф.* Анализ факторов, препятствующих формированию приверженности лечению среди больных сахарным диабетом, и стратегий, способствующих ее повышению [Журнал]. – [б.м.]: Сахарный диабет, 2018.
2. *Майорова О.В. Хрущева Т.С.* Оценка зависимости частоты поздних осложнений от приверженности к лечению у больных сахарным диабетом 1-го типа [Журнал]. – Смоленск: Смоленский медицинский альманах, 2018.
3. Diabetologia, Study links abnormally high blood sugar with higher risk of death in COVID-19 patients not previously diagnosed with diabetes / 2020 – p. 1–3.
4. *Simpson S.H., Eurich D.T., Majumdar S.R.* A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. Br. Med. J. 2006;
5. World Health Organization, [Global report on diabetes] / 2016 – p.4.

Психологические аспекты качества жизни матерей, находящихся в условиях социальной изоляции

Панкова Д.П.

Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова, Москва, Россия
Kldarya13@mail.ru

Ключевые слова: качество жизни, жизнестойкость, социальная изоляция

Health-related quality of life of mothers in conditions of social isolation

Pankova D.

Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

Keywords: health-related quality of life, hardiness, social isolation

Введение: Социальная жизнь, общение являются важными составляющими жизнедеятельности человека. Ощущение неопределенности и потеря привычного образа жизни ведет к возрастанию напряжения, повышению тревоги. Продолжительная социальная изоляция оказывает сильное влияние на поведение и эмоциональное состояние, а также на качество жизни.

Материалы и методы: Исследование проведено на женщинах от 25 до 49 лет, имеющие как минимум одного ребенка. В целом количество испытуемых составило 49 человек. Исследование проводилось в период социальной изоляции (карантина). Методики для исследования: опросник качества жизни ВОЗ (ВОЗКЖ-26) был разработан Всемирной организацией здравоохранения для оценки качества жизни; тест жизнестойкости/Hardiness Survey С. Мадди в адаптации Д.А. Леонтьевым, Е.И. Рассказовой для выявления жизнестойкости и её компонентов (вовлеченность, контроль, принятие риска); шкала субъективного благополучия была разработана французскими психологами Ferrudent-Badox, Mendelsohn и Chiche (адаптация методики к русской выборке проведена в НПЦ «Психодиагностика» Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова).

Результаты: в данной работе исследуются соотношение качества жизни и жизнестойкости матерей, находящихся в условиях социаль-

ной изоляции. У матерей, работающих дистанционно показатели физического благополучия ниже, чем у матерей, работающих с выездом из дома в условиях социальной изоляции. На психологические аспекты качества жизни матерей также влияет форма работы супруга: очная и дистанционная. Корреляционный анализ показал – при высоких значениях жизнестойкости повышаются отдельные параметры качества жизни и снижаются показатели субъективного благополучия.

Выводы: изменение привычного образа жизни и неопределенность в жизнедеятельности матерей снижают их показатели качества жизни. В ситуации социальной изоляции у матерей повышаются показатели жизнестойкости, что отражается на их ощущении субъективного благополучия.

Психосоциальные факторы и методы профилактики профессионального выгорания медицинских работников

Рой А.П.

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,

Москва, Россия

Anita010101@yandex.ru

Суроегина А.Ю.

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»,

Москва, Россия

suroegina@gmail.com

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, ГБУЗ «НИИ СП

им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

Kholmogorova-2007@yandex.ru

Ключевые слова: профессиональное выгорание, психообразование, эмоциональная дезадаптация, медицинские работники

Psychosocial factors and methods of prevention of professional burnout of medical workers

Roy Anita P.

N.V Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine

Suroyegina A.Yu.

N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine

Kholmogorova A.B.

Moscow State University of Psychology and Education

N.V Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine

Ключевые слова: профессиональное выгорание, психообразование, эмоциональная дезадаптация, медицинские работники

Среди специальностей с высоким риском профессионального выгорания, одно из ключевых мест занимает профессия медицинского работника. Отмечается, что распространенность выгорания среди данного профессионального сегмента выше популяционных значений. Так, в опросе 2013 года 8 из 10 работников медицинской отрасли заключили, что именно симптомы, характерные для состояния выгорания повлияли на их личную и профессиональную жизнь [A. Taher et al, 2018].

Высокий риск профессионального выгорания среди медицинского персонала обусловлен спецификой их деятельности [T. Rongińska,

2011]. Так, для работников данной сферы характерно наличие интенсивной психической нагрузки, связанной с восприятием и переживанием страданий пациентов, а также наличием высоких требований к уровню эмпатии для облегчения этих страданий. Вместе с тем, отмечается высокий уровень ответственности за результаты своей работы ввиду ее специфики (здоровье человека) и высокий риск отождествления с проблемами пациентов и их семей. Все это вкуче с осознанием недостаточного влияния на исход процесса лечения в силу множества не поддающихся контролю и изменению факторов – приводит к тяжелым последствиям для психического и физического здоровья у медицинских работников.

Особенно высок риск манифестации депрессии, тревожных расстройств и алкоголизации среди работников, оказывающих экстренную помощь [J. Strote et al, 2011]. Это связано с дополнительными источниками стресса у этой категории медиков, такими, как: нарушение циркадных ритмов ввиду наличия работы в ночное время высокой загрузки на рабочем месте и более высокого риска гибели пациента.

Таким образом, основными факторами выгорания медицинских работников являются:

1. Профессиональные факторы: высокий уровень ответственности за жизнь, здоровье пациентов, работа с выраженными эмоциональными состояниями;
2. Психологические факторы: самокритичность, непродуктивные копинг-стратегии, дисбаланс между работой и жизнью, а также негармоничная система поддержки вне рабочей среды;
3. Организационные факторы: негативное отношение руководства, наличие непрогнозируемой нагрузки, наличие работы в ночное время, недостаточные вознаграждение и карьерный рост, отсутствие межличностного сотрудничества и социальной поддержки;
4. Социальные факторы: высокие ожидания от медиков в обществе, риск стигматизации в состоянии выгорания (что затрудняет их обращение за помощью) и отсутствие системы эффективной поддержки.

Признание выгорания медицинским диагнозом необходимо для дальнейшего углубленного изучения клинических симптомов и принятия мер для его уменьшения у врачей, что обеспечит улучшение медицинского обслуживания пациентов и, в конечном счете, здоровья населения в целом. Необходимо привлечение более пристального внимания к данной проблеме в отечественной медицине: проведение соответствующих исследований, а также разработка и внедрение мер профилактики.

В конце 2019 года в ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ» в рамках проблемы профилактики профессионального выгорания врачей и среднего медицинского персонала психологической службой института была проведена серия пилотных тренингов психологических навыков. Темы тренинга были составлены на осно-

ве предварительного опроса 86 сотрудников. Так, было выявлено, что наиболее приоритетными темами для дальнейшего разбора являлись: «способы выхода из конфликтных ситуаций» (77 и 94 % у врачей и медсестер соответственно); «принципы и навыки общения с людьми с различными психическими расстройствами» (73 % и 91 %), а также «навыки снижения стресса» (67 % и 85 %). Программа тренинга включала в себя теоретический и практический блоки. В ходе лекционной части разбирались выдвинутые темы, вместе с анализом приоритетности модели сотрудничества (над консервативной моделью патернализма) как способа большей мотивированности и включенности пациента в ход лечения и, как следствие, одного из способов профилактики эмоционального выгорания работника. В практической части лично и в группе отработывались конкретные упражнения, направленные на отработку навыков, соответствующих выдвинутым темам. Участие в тренинге было добровольным, группы собирались на основе поступивших заявок. Было проведено четыре пробных разовых занятия для 36 сотрудников. В ходе проведения были выделены дополнительные актуальные темы для дальнейших занятий, например: «навыки общения с коллегами и начальством в стрессовой ситуации». Подобные данные согласуются с результатами зарубежных исследований, выявивших влияние на риск профессионального выгорания не только опыта общения с пациентами и их родственниками, но и с коллегами в такой же ситуации [J. Strote et al, 2011]. В результате тренинга была получена обратная связь от участников о продуктивности проведенного занятия (2/3 опрошенных), что подтвердило целесообразность данного способа профилактики выгорания. В 2020 году планируется дальнейшее проведение уже подготовленных программ и подготовка новых (с учетом выдвинутых в ходе работы тем).

В публикациях ведущих международных журналах активно обсуждается значение психологической компетентности врачей [R. Pedersen, 2020].

Актуальность профилактики профессионального выгорания подтверждается в исследованиях эмоциональной дезадаптации российских специалистов, работающих в медицинских учреждениях, проведенных психологической службой НИИ им. Н.В. Склифосовского до и в период пандемии, связанной с вирусом COVID-19, в 2020 году [С.С. Петриков, А.Б. Холмогорова., А.Ю. Суроегина и соавт., 2020].

Литература

1. *Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А.* Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19// Консультативная психология и психотерапия 2020. Т. 28. № 2. С. 8–45 DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202>

1. Academic emergency physicians' experiences with patient death / Strote J., Schroeder E., Lemos J. [et al.]// *Academic Emergency Medicine*, 2011. Vol. 18. P. 255–260.
2. *Pedersen R.* Empathy development in medical education—a critical review// *Med Teach* 2010;32(7):593–600. doi: 10.3109/01421590903544702.
3. Position Statement on Resident / Taher A., Crawford S., Kocerginski J. [et al.]// *CAEP position statement déclaration de l'acmu*, 2018. Vol. 20. № 5.
4. *Rongińska T.* The prevention of the managers' professional burnout syndrome // *Management*, 2011. Vol. 15. № 1. P. 101–114.

Тип личности в ситуации пандемии

Селицкий О.Н.

Учреждение здравоохранения

«Городской клинический психиатрический диспансер»

Минск, Республика Беларусь

sten330q@mail.ru

Ключевые слова: психотип, пандемия, гипертим, паранояльный, истероид

Personality type in a pandemic situation

Sialitski A.

*Health Care Institution Minsk city clinical
psychiatric Dispensary Minsk, Republic of Belarus*

Keywords: psychotype, pandemic, hyperthymic, paranoid, hysteroid

Человечество столкнулось с новой угрозой, появился вирус, убивающий до 10 процентов зараженных. Попробуем оценить поведение людей в условиях пандемии COVID-19. Очевидно, что хорошо сработало прогнозирование поведения типов личности.

Крайне важно отметить, что ранее в истории человечества не было подобной угрозы. Эпидемии периодически сопровождали войны, но сегодняшняя ситуация новая. Новая по масштабу и новая по принципу реагирования. Практически все угрозы ранее требовали от человечества активности и сплочения. Вирусная пандемия наоборот, требует самоизоляции и замедления темпов социальных взаимодействий.

Психотипологически к такой ситуации хуже всего были готовы 2 типа людей. Гипертимы и истероиды. Для первых всегда сложно принять само понятие ограничения рамок и правил. Поведение гипертимов видимо стало литературным примером для пролов в романе Д. Оруэлла «1984». Человека такого типа не уязвим для информационного всплеска. А если какая-то информация и доходит, то тут же вытесняется особенности организации психотипа. Данные наблюдений совпадают с оценкой распространения гипертимного психотипа. Так мэр Собянин заявил о 20 процентах нарушения карантина:

«Даже по Москве мы видим, около 20 процентов граждан прохладно восприняли эти меры, поэтому после консультаций с руководством страны нами были приняты дополнительные решения по переводу на домашний режим и самоизоляцию не только групп риска, таких как пожилые люди или кто приехал из-за границы, но и всех граждан, которые не задействованы в производстве или работе органов власти, других учреждений» [4].

Такой же примерно процент даёт кандидат психологических наук А.П. Егидес оценивая распространение гипертимных людей в обществе: «Гипертимов достаточно много – процентов пятнадцать. Женщин и мужчин приблизительно поровну» [2].

Для истероидов противодействию заражению прошло легче. Изначально многим истероидам происходящее понравилось. Одев оригинальную маску, можно было привлечь внимание окружающих. Потом появились маски с вышивкой, рисунками и принтами. Однако скрывать лицо постоянно было для истероидов непреодолимо и после десятка селфи в масках оказалось, что это не столь привлекательно.

Наступил режим изоляции, и были задеты адаптационные механизмы гипертимов и истероидов. А.П. Егидес так описывает отношения истероида с обществом:

«Истероид вращается во множестве мест и преимущественно старается общаться с людьми интересными, знающими, от них он нахватывается разных сведений, цитат, подробностей биографий разных интересных людей. И создается впечатление, что он очень много знает. Когда он рассказал все, что сам знает, и все взял из «этой» компании, он переходит в другую, там снова все рассказывает и берет все, что можно, там. И так повторяется вновь и вновь» [2].

И тем, и другим необходимо общение и контакт, влияние на окружающих. Так уже в апреле в Англии зафиксированное первое самоубийство из-за режима самоизоляции:

«Житель пригорода английского Портсмута, графство Гэмпшир, покончил с собой, так как чувствовал себя слишком одиноким во время введенного в стране из-за угрозы распространения коронавируса режима строгой изоляции. Об этом сообщает The Sun» [3].

Социально опасными показали себя люди паранойяльного психотипа. В сети можно было встретить фотофиксацию диалогов с руководителями, которые в нарушение указа президента РФ, угрожали подчиненным увольнением. Подобное было и в США. Так капитана авианосца «Теодор Рузвельт» отстранили от командования за сообщения о коронавирусе. Так же были высказаны и решения ряда руководителей государств, ставящие свою целеустремленность к развитию государства выше опасности от коронавируса. Среди которых Б. Джонсон, Д. Трамп руководители Швеции, Республики Бразилии и Республики Беларусь. И снова обратимся к мнению А.П. Егидеса:

«Если паранойяльный испытал инсайт, озарение, то всему конец: с позиции усмотренной им истины все другие противоречащие ей мысли отменяются как ложные, вредные для человечества. Он считает безукоризненной свою систему и все другие системы неправильными. Для него гениальность его доктрины самоясна, так же как его паранойяльным противникам ясна ее вздорность» [2].

Можно отметить слова бывшего руководителя Комитета Госконтроля РБ Леонида Анфимова как пример такой целеустремленности:

«Вот мы обсуждаем эту тему (коронавируса. – Прим. Onliner) вчера, может быть, даже кулуарно. А сколько на самом деле зараженных? Если бы, скажем, Минздрав взял и сказал, скажем, 1000 человек у нас заражено. Это что, всех устроит» [1].

Эпилептоиды и астеники, склонные исполнять распоряжения руководителей, так же имели шанс перенести карантин легко, ведь в большинстве стран приказ о самоизоляции был отдан. Увы, такая нечеткая информация от властей РБ об угрозе коронавируса могла стать причиной увеличения смертности. Только за июнь месяц 2020 года смертность в РБ возросла на 3753 человека по данным ООН.

Предсказуемо хорошо чувствовали себя в самоизоляции шизоиды, количество которых не столь значительно.

Литература

1. Глава КГК про коронавирус: «Если бы Минздрав взял и сказал, скажем, 1000 человек у нас заражено, это что, всех бы устроило?» URL: <https://people.onliner.by/2020/04/02/anfimov> (дата обращения 05.09.20)
2. *Егидес А.П.* Как научиться разбираться в людях. URL: http://www.lib.ru/DPEOPLE/EGIDES/egides.txt_with-big-pictures.html#6 (дата обращения 05.09.20)
3. Мужчина в самоизоляции покончил с собой из-за одиночества URL: <https://lenta.ru/news/2020/04/06/suicide/> (дата обращения 05.09.20)
4. Собянин: Около 20 % жителей Москвы игнорируют призывы к самоизоляции. URL: <https://rg.ru/2020/03/30/reg-cfo/sobianin-okolo-20-zhitelej-moskvy-ignoriruiut-prizyvy-k-samoizolicii.html> (дата обращения 04.09.20)

Психическое здоровье жертв бытового насилия в условиях карантинных мер, связанных с пандемией COVID-19: клинико-психологический аспект проблемы

*Семенова Н.Д., Качаева М.А.,
Крюков В.В., Понизовский П.А., Шпорт С.В.
Московский НИИ психиатрии – филиал Национального
медицинского исследовательского центра психиатрии и
наркологии им. В.П. Сербского, г. Москва, Россия
niyami2020@gmail.com*

Ключевые слова: бытовое насилие, психическое здоровье, женщины, пандемия COVID-19

Domestic violence victims' mental health under quarantine measures related to the COVID-19 pandemic: a clinical and psychological aspect of the problem

*N.D. Semenova, M.A. Kachaeva,
V.V. Kryukov, P.A. Ponizovskiy, S.V. Shport
Moscow Research Institute of Psychiatry –
a branch of V. Serbsky National Medical Research
Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia*

Keywords: domestic violence, mental health, women, COVID-19 pandemic

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), домашнее насилие является глобальной проблемой здравоохранения и соблюдения прав человека во всём мире [4]. Насилие в отношении женщин пагубно сказывается на физическом, психическом, сексуальном и репродуктивном здоровье женщины, и в ряде случаев приводит к смерти [4]. Вместе с тем, потребности женщин – жертв насилия, обращающихся за помощью к медицинским работникам, часто не признаются и не удовлетворяются [3]. Отсюда – настоятельная необходимость в распознавании жертв насилия и оказании им медицинской и психологической помощи. Этому посвящено Информационное письмо, одно из прочих, составленных в Московском научно-исследовательском институте психиатрии – филиале ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского»

Минздрава России, в связи с COVID-19, и содержащих информацию для врачей общей практики, терапевтов, психиатров, психотерапевтов, психиатров-наркологов, врачей других специальностей, психологов, социальных работников, участвующих в оказании первичной медицинской или специализированной медицинской помощи; в данном случае – речь идет о помощи жертвам бытового насилия. Мы остановимся лишь на тех материалах, что легли в основу информационного письма [1–5].

Обстановка, обусловленная ограничивающими карантинными мероприятиями, связанными с пандемией COVID-19, может быть отнесена к кризисной, провоцирующей частоту и уровень проявлений форм бытового и семейного насилия. Всесторонне анализируя данную проблему, ВОЗ опирается на ряд научных концепций, объединенных в рамках так называемой «экологической модели» [1, 2]. Насилие рассматривается как результат сложного взаимодействия индивидуальных, межличностных, социальных, культурных и экологических факторов, влияющих на поведение. Понимание того, как эти факторы связаны с насилием, и является основой подхода к его предотвращению.

Уровень индивида включает личностные характеристики, усиливающие вероятность оказаться жертвой либо совершить насильственные действия. Это факторы биологической и личной истории, влияющие на поведение (импульсивность, низкий уровень образования, злоупотребление психоактивными веществами, предшествующая история агрессии и насилия). Уровень взаимоотношений рассматривает близкое окружение, отношения в семье, когда в самом стиле общения актуализируются факторы, увеличивающие риск совершения насилия (угрозы совершения насилия, акты физической агрессии, сексуальное насилие, психологическое насилие, контролирующее поведение). Уровень общества включает более широкий контекст, в который встроены социальные отношения (школа, микрорайон и т.п.); определенные характеристики этого контекста (плотность проживания, бедность, безработица, экологическое неблагополучие, отсутствие социальной связности и т.п.) способствуют актам насилия. Социальный уровень включает власть и контроль, обычно со стороны патриархальных обществ, и рассматривает уже глобальные социальные факторы, определяющие уровень насилия (культурные нормы, поддерживающие насилие в качестве приемлемого способа разрешения конфликтов; нормы, закрепляющие мужское доминирование над женщинами и детьми; социальные институты, узаконивающие насилие в отношении женщин).

Экологическая модель [2], если рассматривать ее в контексте развития ситуации с COVID-19, претерпевает определенные изменения по каждому из уровней, утяжеляя факторы риска и снижая порог реализации насилия. Так, например, на социальном уровне государство в целом может восприниматься как ограничивающая внешнюю свободу сила. На уровне

взаимоотношений создается особая ситуация: факторы, подготавливающие почву к острому побуждению совершить агрессивные действия, – усиливаются, тогда как сдерживающие факторы, попытки противостоять этому побуждению, – ослабевают. Хотя речь идет о насилии в отношении женщин, в группе риска находятся и мужчины. Понимание всех этих обстоятельств и должно составить основу рекомендаций по работе с пострадавшими от насилия, а также с лицами, совершившими насилие.

Насилие в отношении женщин является значимым фактором психической травматизации и формирования психических расстройств. Оказание помощи жертвам бытового насилия – сложный процесс, состоящий из взаимосвязанного комплекса диагностических, медико-социальных, терапевтических, психотерапевтических и юридических мер. Первый шаг в данном случае – это оценка наличия факта бытового насилия и оказание поддержки. Как рекомендует клиническое руководство ВОЗ по семейному насилию [Цит. по 5], следует придерживаться правила LIVES, представляющего акроним глаголов – Слушать (Listen) заинтересованно и безоценочно, Спрашивать (Inquire) о потребностях и проблемах (эмоциональных, физических, социальных и бытовых, Подтверждать (Validate), показывать, что вы верите жертве и понимаете её состояние и проблемы, с которыми она столкнулась, Повышать уровень безопасности (Enhance safety) – обсудить способы и возможности предотвращения дальнейшего насилия, Поддерживать (англ. Support) – помочь связаться с соответствующими службами и установить связь со службами социальной поддержки.

На данный момент в Центре психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского ведется активная разработка методов социально-психологической реабилитации жертв насилия. Это программы с привлечением психологов и ведущих сотрудников профильных медицинских организаций. Предложенные мероприятия относятся к широкому кругу задач и реализуются как на региональном, так и на уровне федерального центра – с использованием возможностей технологий мобильного здравоохранения и телемедицины.

Литература

1. Буклет ВОЗ: «COVID-19 и насилие в отношении женщин». <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331699/WHO-SRH-20.04-rus.pdf>
2. Heise L., Ellsberg M., Gottmoeller M. Ending violence against women // Population reports. – 1999. – Т. 27. – №. 4. – С. 1–1.
3. Kurt E. et al. Domestic violence among women attending to psychiatric outpatient clinic // Archives of Neuropsychiatry. – 2018. – Т. 55. – №. 1. – С. 22.
4. World Health Organization Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines. WHO, Geneva. 2013.
5. WPA Position Paper on Intimate Partner Violence and Sexual Violence Against Women 2017. <http://www.wpanet.org/copy-of-medical-students?lang=it>

Проблема нарушения идентичности у молодых лиц на психотерапевтическом приеме

Сидоренко О.А.

Психолого-дефектологический центр

«Мир семьи», Новосибирск, Россия

olga9139039593@mail.ru

Ключевые слова: личностная идентичность, диффузная идентичность, пандемия COVID-19, самоизоляция, социальное дистанцирование

The problem of identity violation in young people on a psychotherapy reception

Sidorenko O.A.

Psychological and Defectological Center

“World of family”, Novosibirsk Russia

Keywords: personal identity, identity diffusion, pandemic COVID-19, self-isolation, social distancing

Введение. Изменения, происходящие в современном постмодернистском обществе (изменения системы ценностей, ломка социальных стереотипов, размывание социально-ролевой структуры общества) способствуют росту состояний, связанных с трансформацией идентичности. Эти процессы вызывают изменения личности человека, приводят к нарушениям его поведения и социальной адаптации [1]. Ситуация неопределенности – является культуральным механизмом развития диффузной идентичности и нарциссически-грандиозной личности [2].

По мнению, С.Л. Соловьевой [3], идентичность проявляется в чувстве психической адекватности и владении личностью собственным «Я» независимо от ситуации; в способности личности к эффективному решению задач, возникающих на каждом этапе ее развития. Основная функция идентичности при этом состоит в обеспечении приспособления к новым социальным условиям, сохранении определенности и целостности.

В условиях самоизоляции, связанной с пандемией COVID-19 сохранение психической целостности затруднено, особенно, у лиц, не сумевших приобрести личностную идентичность и синтезировать собственный стиль на основе такового у авторитетных лиц, так как взросление современной молодежи проходило в условиях кризиса ценностей российского общества.

Результаты. Нами проведен анализ обращений за психологической помощью 19 клиентов в возрасте от 19 до 27 лет (средний возраст 23,8 года) с несформированностью представлений о себе. Из них 10 (52,6 %) мужчин и 9 (47,4 %) женщин. Основными запросами на психотерапию были жалобы на непонимание себя, своего места в этом мире, невозможности сформировать свои желания. Они не могут понять чего хотят, к чему им надо стремиться, какие задачи ставить себе для развития личности, профессионального самоопределения. Искажено представление о нормах, перевернуто представление о системе ценностей. Формально это успешные люди – 10 человек (52,6 %) имеют высшее образование, 1 человек (5,3 %) средне-техническое образование, 5 человек (26,3 %) являются студентами, 14 человек (73,7 %) работают. Все обратившиеся финансово стабильны, сохраняющие семейные, приятельские и дружеские связи.

Однако, несформированность представлений о себе, о своем месте в мире, при внешнем благополучии, дает ощущение внутренней пустоты у 12 человек (63,2 %), ненаполненности у 12 человек (63,2 %), некомпетентности своего существования у 13 человек (68,4 %). Как следствие проживания этих переживаний чаще выбор места работы это только финансовая мотивация, без необходимости получения удовольствия от результатов труда, что еще больше усиливает внутреннюю пустоту и неосознаваемую тревогу. Два человека (10,5 %) немотивированно отказались от продолжения учебы, один человек, несмотря на успехи во время обучения в школе, не мог объяснить почему не торопиться далее продолжать учебу. Формально отказ от учебы объяснялся неважностью высшего образования, непониманием для чего надо прилагать усилия.

Пытаясь уравновесить психическое состояние и как-то объяснить себе создавшееся положение вещей, клиенты вынуждены создавать себе искусственные ценности, приоритеты, привычки, объясняя свой выбор креативностью (10 человек 52,6 %), особой отличительностью от других (14 человек, 73,7 %), гениальностью (4 человека, 21,1 %). Отказ от создания брака (11 человек 57,9 %) оправдывается правом на свободу; страх возможного деторождения (10 человек 52,6 %) – независимостью. Формируются ложные идеологии, где понятия «родина», «долг», «уважения к своему роду», «культуре и религии предков», уважение к браку и семье нивелированы, выброшены как лишнее на первый план выходит иждивенческая позиция, приспособленческое видение своего будущего, что в ряде случаев близко к экстремистскому миропониманию.

Однако и этот созданный искусственно перевертыш ценностей не дает равновесия и не приносит улучшения психического состояния – у клиентов нарастает чувство внутренней пустоты (12 человек, 63,2 %), тревоги (у 16 человек, 84,2 %) , порой доходящей до панических атак (у 12 человек, 63,2 %), наблюдается апатия (9 человек, 47,4 %) , снижение побудительной активности (15 человек, 78,9 %). В ряде случаев,

диффузная идентичность приводит к появлению симптомов гиперчувствительности (10 человек 52,6 %), гипочувствительности (7 человек, 36,8 %) доходящей (5 человек, 26,3 %) до объективно ни чем не подтвержденного болевого синдрома, что и является причиной обращения к психотерапевту.

Для коррекции и трансформации идентичности нами применялся метод личностно ориентированной терапии, психотерапия, фокусирующая на переносе, когнитивное моделирование самоконцепции, системная семейная терапия.

Выводы: В условиях непостоянства и условностей постмодернистского общества, происходит отчуждение человека от системы традиционных ценностей и, в конечном итоге, от самого себя, что способствует развитию диффузной идентичности. На фоне пандемии COVID-19 в условиях карантинных мер, социальное дистанцирование способствовало усилению щемящего чувства одиночества, незащищенности, усилилась тревожность. Вынужденная самоизоляция значительно снизила адаптивность, особенно, у лиц с диффузной идентичностью.

Литература

1. Идентичность в норме и патологии. Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева, Е.Н. Загоруйко. Новосибирск, НГПУ, 2000.- 256 с.
2. *Соколова Е.Т.* Культурально-историческая и клиничко-психологическая перспектива исследования феноменов субъективной неопределенности// Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 2012. № 2. С.37–48.
3. *Соловьева С.Л.* Идентичность как ресурс выживания// Медицинская психология в России. 2018. Т. 10, № 1. С. 5.

Воздействие вспышки COVID-19 на пациентов психиатрических медико-реабилитационных центров и психоневрологических интернатов в Италии и России

Сиснёва М.Е.

*клинический психолог, член Межведомственной
рабочей группы по разработке основных подходов
к реформированию психоневрологических интернатов
при Минтруда РФ (совместно с Д. Чурчо, А.Б. Холмогоровой,
О.В. Рычковой, Л. Сибио, Д. Лаурито, Л. Гаргано)*

Ключевые слова: COVID-19, психическое здоровье, психосоциальная реабилитация, пациенты с психическими расстройствами

The Effects of COVID-19 Outbreak among Patients of Psychiatric Rehabilitation Treatment Centers and Residential Care Facilities in Italy and Russia

Sisneva M.E.

*clinical psychologist, member of the Interdepartmental
working group on the development of basic approaches
to reforming psychoneurological residential facilities under the
Ministry of Labor of the Russian Federation (together with D. Curcio,
A.B. Kholmogorova, O.V. Rychkova, L. Sibio, D. Laurito, L. Gargano)*

Keywords: COVID-19, mental health, psychosocial rehabilitation, mental patients

Неожиданная и стремительная вспышка коронавирусной инфекции COVID-19 в Италии и в крупных городах России, перешедшая из масштабов эпидемии в пандемию заболевания с высокой вероятностью заражения, бросила новые вызовы и вызвала серьезную озабоченность работников всех областей здравоохранения, тем более, сотрудников психиатрических и социальных служб, администрации и руководства психиатрических и социальных учреждений интернатного типа в связи с внезапной и трудной задачей организации всех необходимых ограничительных мер по предотвращению и противодействию распространению вируса. В ходе данного исследования были изучены реакции пациентов на вспышку пандемии.

Были рассмотрены и проанализированы ранее опубликованные статьи о психическом здоровье, связанные со вспышкой COVID-19 по всему миру. В ходе фактического опроса были собраны и оценены ответы пациентов на 18 вопросов, включенных в разработанный исследователями опросник, основанный на множественных шкалах ответов и направленный на оценку физиологических и психологических симптомов, характеризующих реакцию пациентов на ситуацию с COVID-19, а также их восприятия и осмысления различных ограничительных мер, связанных со вспышкой COVID-19.

Опросник был предложен 16 пациентам в итальянской выборке и 21 пациенту в российской выборке. Возраст и пол были неоднородными для обеих выборок. Пациенты в итальянской выборке имели диагнозы параноидной шизофрении, шизоаффективного расстройства, эмоциональных расстройств и расстройств личности и проживали в реабилитационном центре более 18 месяцев. Большинство пациентов в российской выборке имели диагноз параноидной шизофрении (15 респондентов); у двоих была диагностирована психопатоподобная шизофрения; двое имели диагноз органического поражения центральной нервной системы; двое имели умственную отсталость умеренной степени. Все они длительно проживали в психоневрологическом интернате (от 2 до 12 лет).

Шкала каждого вопроса включала 5 возможных ответов или значений: от 1 до 5, где 1 – наименьшее беспокойство или малозаметное выражение изменения в привычках или поведении пациента, а 5 – наибольшая степень беспокойства или выраженное отклонение в поведении. Процесс опроса показал, что такая шкала из 5 возможных ответов была довольно сложной для восприятия респондентами с хроническими психическими заболеваниями, и от интервьюеры потребовались дополнительные объяснения.

18 вопросов включали оценку физиологическим симптомов тревоги (тошнота, снижение аппетита, бессонница), эмоциональных симптомов (чувство страха, дистресс) и когнитивных симптомов (озабоченность ситуацией, осознание опасности). Ряд вопросов была направлен на определение реакций пациентов на предпринятые учреждением ограничительные меры: изоляцию, регулярное мытье рук, отсутствие или ограничение прогулок, ношение масок, частую санитарную обработку помещений. Важной частью опроса была оценка реакций пациентов на получаемую информацию, в том числе, в зависимости от источников информации (СМИ, интернет, персонал, соседи по комнате или отделению) и их восприятия получаемой информации.

Опрос также дал дополнительные возможности для сбора данных об индивидуальных стратегиях совладания пациентов с данной стрессовой ситуацией.

По результатам исследования для учреждений были разработаны конкретные рекомендации, направленные на изменение некоторых условий пребывания пациентов и организацию специальных мероприятий для смягчения их реакций на стрессовую ситуацию и обеспечения их психологического комфорта.

Данное исследование было проведено в сотрудничестве между психиатрическим медико-реабилитационным центром в Италии и психоневрологическим интернатом в России при поддержке Московского государственного психолого-педагогического университета, факультета консультативной и клинической психологии с российской стороны.

Субъективная психическая реальность в условиях режима ограничений, вызванного пандемией (на примере Санкт-Петербурга)

Соловьева С.Л.

*Северо-Западный государственный медицинский
университет им.И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия*
S-Solovieva@ya.ru

Ключевые слова: неопределенность, тревога, дефицит, субъективная реальность, виртуальная реальность

Введение. Россия живет в условиях пандемии. Во многих городах, в том числе и в Санкт-Петербурге, был введен режим самоизоляции (повышенной готовности, карантина), когда люди длительное время были вынуждены находиться дома, меняя образ и стиль жизни, объем и качество социальных контактов, степень личной свободы, режим или характер работы. При наличии недостаточно согласованных административных указаний социальные нормы размывались, утрачивая свою способность регулировать индивидуальное поведение. Предварительные наблюдения и исследования, связанные с оказанием психологической помощи жителям Санкт-Петербурга в условиях неопределенности, позволяют сделать некоторые обобщения, основанные на анализе обращений 70 клиентов.

Результаты. Анализ психологических феноменов, наблюдаемых в условиях режима ограничений показал невозможность полноценной самореализации личности в рамках привычного ролевого репертуара; возможность функционировать лишь в ограниченном количестве социальных ролей не приносила людям полноценного удовлетворения и удовольствия. Снижался фон настроения, формировалось ощущение беспомощности, незащищенности, дискомфорт и раздражение, с повышенной готовностью к агрессии.

Нарушались комфортные взаимоотношения с собственной субъективной психической реальностью. Теряла свою субъективную очевидность иллюзия собственного бессмертия, позволяющая строить планы на будущее без каких-либо гарантий этого будущего. Утрачивалась иллюзия надежности и стабильности мира как договороспособного партнера, с которым можно заключать долгосрочные контракты [5]. Ограничение возможности взаимодействовать с внешней социальной реальностью повышало значимость внутриличностных проблем, психических травм, неинтегрированного жизненного опыта. Человек сталкивался с собственной психической природой, испытывая чувство рас-

терянности, неуверенности, беспокойства и тревоги. Выявлялись глубинные личностные установки и убеждения, в соответствии с которыми строилось поведение. Ситуация выявляла накопившиеся проблемы, заостряла формирующиеся тенденции. Повышался риск формирования крайних, грубых, утрированных форм поведения от тенденционности до религиозного фанатизма и экстремизма.

Наиболее частым поводом для обращений в условиях неопределенности было переживание страха и тревоги [4] по поводу возможности потери работы, понижения профессионального и социального статуса, а также по поводу вероятности инфекционного заболевания кого-либо из членов семьи. Нарастало число предъявляемых соматических и психологических жалоб: отмечались нарушения сна, хроническая бессонница, эмоциональная неустойчивость с колебаниями настроения, лабильность артериального давления, раздражительность, враждебность с легко возникающей эмоцией гнева. Немотивированная импульсивная агрессия спонтанно обращалась против близких, разрушая внутрисемейные отношения; отмечались эпизоды бытового насилия. В ряде случаев выявлялись попытки регулировать психическое состояние приемом алкоголя и психотропных препаратов.

Нарастанию раздражения у клиентов способствовало и отсутствие привычных социальных «поглаживаний» (социальной поддержки), которые в обычных условиях им предоставляли окружающие («Привет», «Как дела?», «Рад тебя видеть», «Выпьем кофе?» и т.д.), обеспечивающих чувством причастности, вовлеченности во внешние события, включенности в социальные сети с их ресурсами поддержки, подтверждения собственной значимости в социуме. В значительной части случаев формировалось чувство отстраненности, выключенности из жизни, переживание эмоциональной и социальной депривации и дефицита: информационного, эмоционального, мотивационного.

Профессиональные навыки лиц, сохранивших возможность работать, реализовывались в смешанной (реальной и виртуальной) реальности, – тенденция, представленная в психологической науке положениями концепции «расширенной психики» с ее многозадачностью и миграцией в цифровую среду [4]. Не только профессиональная деятельность, но и межличностное общение реализовывалось в виртуальной среде, лишая собеседников непосредственного эмоционально-чувственного опыта переживания. Существование в виртуальной реальности, помимо всего прочего, требовало соответствующего, не всем доступного обучения, и технических средств и навыков.

Заключение. Режим не в полной мере согласованных ограничений в условиях неопределенности показал формирование у клиентов не только тревоги за близких, за собственную жизнь, боль потерь, дефицит эмоциональных контактов и социальной поддержки, обострение

экзистенциальной проблематики, но и послужил в ряде случаев своеобразной «точкой роста» личности с овладением множественной реальностью, производством надситуативной активности, выраженной в постановке «сверхзадач» [1,2].

Литература

1. *Асмолов, А.Г.* Психология современности: вызовы неопределенности, сложности и разнообразия // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 40. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 10.12.2015).
2. *Белорусова Е.А.* Ситуация неопределенности как источник развития личности // Молодой ученый. 2018. № 50. С. 455–459. URL <https://moluch.ru/archive/236/54669/> (дата обращения: 01.01.2020).
3. *Корнилова Т. В., Чумакова М. А., Корнилов С. А., Новикова М.А.* Психология неопределенности: Единство интеллектуально-личностного потенциала человека. М.: Смысл, 2010. 334 с.
4. *Солдатова Г.У., Рассказова Е.И., Нестик Т.А.* Цифровое поколение России: компетентность и безопасность. Смысл Москва, 2017. 375 с. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015. – 895 с.).
5. *Соловьева С.Л.* Основы психотерапии для «практически здоровых» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2016. N 3(38) [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

Проблема сохранения личностных ресурсов студентов-медиков в условиях онлайн-обучения

Сысоева О.В., Корнеева Н.В.

ФГБОУВО «Дальневосточный

государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

Olga-mail2005@mail.ru

Ключевые слова: личностные ресурсы, онлайн-обучение, обучение медиков

The problem of preserving the personal resources of medical students in the context of online training

Sysoeva O.V., Korneeva N.V.

Far Eastern state medical University

of the Ministry of health of the Russian Federation

Keywords: personal resources, online training, the training of doctors

Введение: Внешние условия, связанные с форс-мажорными обстоятельствами распространения пандемий вирусных инфекций, вынуждают университеты в кратчайшие сроки частично или полностью переходить на дистанционные формы обучения. В связи с этим проблема эмпирической оценки различных аспектов обучения в цифровом образовательном пространстве приобретает особую актуальность. По наблюдениям В.Н. Панферова с соавторами [4], обучение в онлайн-формате развивает у студентов общекультурные компетенции – способность к самоорганизации и самообразованию, навыки применения информационно-коммуникационных технологий. По мнению М.В. Клименских и соавторами [2], важным штрихом к портрету студента, успешного в онлайн-обучении, является связь субъективного удовлетворения с осознанием пользы полученных знаний. Отмечено, чем старше студент, тем более критично он относится к контенту образовательных курсов как в очном, так и в онлайн-формате.

Материалы и методы: С целью изучения личностных аспектов субъективного удовлетворения в условиях онлайн-обучения, 80-ти студентам разных курсов лечебного факультета ДВГМУ было предложено выполнить онлайн-версии 4-х методик: оксфордский опросник счастья ОН1 [3]; опросник стилей деятельности (Learning Styles Questionnaire,

LSQ), русскоязычная адаптация А.Д. Ишкова и Н.Г. Милорадовой [1]; оценка психической активации, эмоционального тонуса А.О. Прохорова; реестр стиля информационного усвоения (А.Р. Грегос) [5]. Возраст респондентов составил 18–25 лет. Результаты были подвергнуты статистической обработке. Критическое значение уровня статистической значимости принималось равным 0,05. Для оценки парных корреляционных связей использовали коэффициент корреляции Пирсона.

Результаты: В ходе проведенного анализа у более половины респондентов (51,9 %) был выявлен преобладающий абстрактно-последовательный стиль информационного усвоения. Характеризующийся аналитическим, логическим подходом к обучению на основе вербальных инструкций к систематизации знаний. У трети респондентов (30,4 %) преобладающим оказался конкретно-последовательный стиль, который отличается предпочтением непосредственного последовательного обучения, основанного на наглядном опыте. Причем у большинства студентов (83,5 %) в учебной деятельности ведущим является только один стиль. Оба стиля имеют статистически значимую положительную корреляционную связь по Пирсону со шкалой счастья ($r = 0,380541$) и ($r = 0,638501$) соответственно.

Выявлена статистически значимая положительная корреляционная связь возраста с конкретно-произвольным стилем информационного усвоения ($r = 0,259055$). Данный факт свидетельствует о том, что возрастные студенты в условиях онлайн-обучения прибегают к методу проб и ошибок, а также интуитивному и независимому подходу в учебной деятельности. Все стили информационного усвоения продемонстрировали положительные статистически значимые корреляционные связи со шкалой счастья. То есть, в условиях онлайн-обучения, процесс усвоения и переработки информации дает ощущение счастья. Выявлена положительная статистически значимая связь между прагматическим стилем деятельности и шкалой счастья ($r = 0,306463$). Таким образом, студенты-прагматики, которые не терпят долгих размышлений и бесконечных дискуссий, любящие принимать конкретные решения, выбирающие наиболее короткие пути решения проблем в условиях онлайн-обучения ощущают себя вполне счастливыми, в отличие от рефлексизирующих, на что указывает отрицательная статистически значимая корреляционная связь ($r = -0,245737$). Отрицательные корреляции так же были обнаружены между шкалой счастья и следующими шкалами опросника «психической активации, эмоционального тонуса» А.О. Прохорова: «психическая активность» ($r = -0,327124$), «интерес» ($r = -0,286532$), «эмоциональный тонус» ($r = -0,522435$) и «комфорт» ($r = -0,374583$). Показатели шкалы «комфорт» продемонстрировали положительные корреляции со шкалами: «психическая активность» ($r = 0,602442$), «интерес» ($r = 0,432439$), «эмоциональный тонус» ($r = 0,679257$) и «напряжение» ($r = 0,556315$).

Таким образом, в условиях онлайн-обучения в медицинском ВУЗе студенты чувствуют себя относительно счастливыми при снижении психической активности, интереса, эмоционального тонуса и комфорта. Ощущение комфорта им придает наличие психической активности, интереса, эмоционального тонуса и напряжения. Наличие отрицательной корреляции между шкалой «комфорт» и возрастом респондентов показывает, что именно молодые студенты в условиях онлайн-обучения испытывают относительный комфорт. Полученные нами противоречивые данные, говорят о наличии внутреннего конфликта, возникшего у студентов в результате необычности и непредсказуемости ситуации обучения.

Литература

1. Исследование личностных ресурсов студентов-медиков в условиях онлайн-обучения, показало: студенты–деятели – Ишков А.Д. Учебная деятельность студента. Психологические факторы успешности. М.: АСВ, 2004, ISBN 5–93093–326-X
2. *Клименских М.В., Мальцев А.В., Халфин А.В.* Мотивационные и когнитивные особенности студентов – слушателей онлайн-курсов // Материалы международной конференции «E-Learning Stakeholders and Researchers Summit» (г. Москва, 5–6 декабря 2018 г.). М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2018. С. 146–154.
3. *Майкл Аргайл.* Психология счастья. СПб.: Питер, 2003, ISBN 5–272–00370–5
4. *Панферов В.Н., Безгодова С.А., Васильева С.В., Иванов А.С., Микляева А.В.* Эффективность обучения и академическая успеваемость студентов в условиях онлайн-взаимодействия с преподавателем (на примере видеолекции) // Социальная психология и общество. – 2020. Т.11. С. 127–143. DOI: <https://doi.org/10.17759/sps.2020110108>
5. *Фетискин Н.П.* и др. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп М.: ИИП, 2009, ISBN 978–5–903182–45–9

Психическое здоровье и эмоциональное выгорание врачей в условиях пандемии COVID-19

Титова В.В.

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет, Россия*
vivlan2001@mail.ru

Ключевые слова: профессиональное выгорание врачей, пандемия, эмоциональное истощение, депрессия, тревога

Physicians Mental Health and Burnout in Conditions of COVID-19 Pandemic

Titova V.V.

*St. Petersburg State Pediatric
Medical University, Russia*

Keywords: physicians burnout, pandemic, emotional exhaustion, depression, anxiety

Исследования показателей психического здоровья и эмоционального благополучия врачей и среднего медицинского персонала, задействованных в работе с пациентами с новой коронавирусной инфекцией, проведенные во время пандемии в России и за рубежом, продемонстрировали высокие риски развития у специалистов медицинского профиля целого ряда психических расстройств [1,2,3,4,5]. Так, по данным различных исследований, тревожные расстройства были выявлены у 23,2–48,77 % врачей и мед. персонала [2,3], депрессивные расстройства разной степени тяжести – у 22,8–57,63 % медицинских работников [2,3], расстройства сна обнаружены у 23,6–38,9 % специалистов, работавших с больными COVID-19 [2,3]. Ряд исследователей отмечают, что расстройства тревожно-депрессивного спектра и диссомнии различной этиологии в условиях пандемии COVID-19 чаще встречаются у женщин в сравнении с мужчинами, у молодых в сравнении с лицами среднего и пожилого возраста, а также у среднего медицинского персонала в сравнении с врачами [1,2,3]. Последнее, вероятно, можно объяснить тем, что средний мед. персонал обычно находится в эмоционально более тесной и более длительной коммуникации с больными новой коронавирусной инфекцией, состояние которых может внезапно и быстро ухудшаться и становиться критическим, что может влиять на эмоциональное состояние мед. персонала, особенно не обученного стратегиям адекватного совладания со стрессовыми ситуациями. По данным мно-

гочисленных исследований, работающие с больными COVID-19 врачи и медицинский персонал чаще всего в своем состоянии отмечали признаки морального истощения, тревогу при работе с инфицированными пациентами, отстраненность от окружающих, нарушения внимания и памяти на фоне общей астении, эмоциональную лабильность, раздражительность, трудности при принятии решений, в отдельных случаях – появление негативного отношения к работе и навязчивое желание уволиться [1,2,4,5]. Некоторые исследователи обращают особое внимание на рост употребления алкоголя и наркотических веществ среди врачей и медицинского персонала клиник в период пандемии [1,2], проблему суицидов врачей и среднего мед. персонала [1,2], случаи оказания некачественной медицинской помощи вследствие эмоционального выгорания врачей на фоне пандемии COVID-19 [1,2]. Так, по данным исследования, проведенного в США, у 54,4 % врачей были обнаружены признаки эмоционального выгорания и дистресса на фоне работы с пациентами с новой коронавирусной инфекцией [1]. В этом же исследовании авторы поднимают еще одну серьезную проблему – неожиданные и, в некоторых случаях, массовые увольнения персонала клиник на фоне пандемии [1]. Кроме того, не вызывает сомнений вероятность развития у значительной врачей и мед. персонала, задействованного в работе в пациентами, страдающими COVID-19, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) в близлежащей перспективе будущего. Все вышеперечисленное обуславливает крайнюю актуальность обсуждаемой проблемы.

На базе Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицинского университета (СПбГПМУ) в период пандемии COVID-19 было проведено исследование актуального психоэмоционального состояния и признаков эмоционального выгорания врачей, работающих в разных регионах РФ. Перед началом исследования было получено одобрение Этического комитета СПбГПМУ. В исследовании приняли участие 599 врачей, 81,8 % (n = 490) из них – женщины, 18,2 % (n = 109) – мужчины. Средний возраст по выборке составил $47,35 \pm 10,77$ лет, то есть в основной своей массе это были врачи с достаточно большим стажем работы по специальности. Мы разделили выборку на 2 группы. В первую группу вошли врачи, которые работали с пациентами с новой коронавирусной инфекцией, они составили 31,2 % (n = 187) от общего числа всех респондентов. Во вторую группу вошли врачи, которые не работали с инфицированными коронавирусом пациентами, они составили 68,8 % (n = 412) от общего числа участников исследования. Исследование проводилось с использованием специально разработанной авторской анкеты, опросника для исследования уровней эмоционального выгорания MBI-HSS (MP) (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey for Medical Personnel) в адаптации Н.Е. Водопьяновой (2005), а также госпитальной шкалы тревоги и депрессии HADS (The Hospital

Anxiety and Depression Scale) в адаптации М.Ю. Дробижева (1993). По результатам нашего исследования высокая степень эмоционального истощения была выявлена у 43,3 % ($n = 81$) врачей из первой группы и 33,0 % ($n = 136$) из второй ($\varphi^* = 2,404$, $p \leq 0,01$). Высокие показатели по шкале деперсонализации были выявлены у 41,7 % ($n = 78$) респондентов из первой группы и у 34,0 % врачей из второй группы ($n = 140$) ($\varphi^* = 1,803$, $p \leq 0,05$). По шкале личных достижений статистически достоверных различий между группами выявлено не было. В целом, полученные нами данные указывают на профессиональное выгорание врачей в обеих группах, более выраженное у группы специалистов, работавших с больными новой коронавирусной инфекцией. При этом у подавляющего большинства врачей, принявших участие в нашем исследовании, опросник HADS не выявил признаков тревоги или депрессии, более того, врачи продемонстрировали результаты HADS, превышающие установленные для этого опросника нормативные показатели, что вступает в противоречие с данными, полученными из авторской анкеты и опросника эмоционального выгорания MBI. По мнению нашего коллектива исследователей, такие результаты могут быть обусловлены социальной желательностью и связанным с нею отрицанием у себя любых симптомов тревоги или депрессии (героический образ врача, преодолевающего любые трудности), либо могут быть связаны с трудностями распознавания врачами собственных переживаний (алекситимией).

Литература

1. *Shah K., Chaudhari G., Kamrai D.* et al. How Essential Is to Focus on Physician's Health and Burnout in Coronavirus (COVID19) Pandemic? *Cureus*. 2020 12(4): e7538. DOI 10.7759/cureus.7538
2. *Pappa S., Niella V., Giannakas T., Vassilis G.* et al. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behavior, and Immunity* (2020), doi: <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.026>
3. Результаты Всероссийского интернет-опроса медицинских работников в отношении их психического здоровья в период пандемии COVID-19. <http://mental-health-russia.ru/news2/1120/116/rezultaty-vserossijskogo-oprosa-meditsinskih-rabotnikov-v-otnoshenii-ih-psihicheskogo-zdorovya-v-period-pandemii-COVID-19/>
4. *Patel R.S., Bachu R., Adikey A., Malik M., Shah M.* Factors related to physician burnout and its consequences: a review. *Behav Sci*. 2018, 8:98. 10.3390/bs8110098
5. *Shah K., Kamrai D., Mekala H., Mann B., Desai K., Patel R.S.* Focus on mental health during the coronavirus (COVID-19) pandemic: applying learnings from the past outbreaks. *Cureus*. 2020, 12:e7405. 10.7759/cureus.7405

Конструирование системы вызовов, угроз и потерь современной семьи в контексте пандемии*

Тихомирова Е.В.

Костромской государственный университет, Россия
tichomirowa82@mail.ru

Ключевые слова: пандемия, семья, вызов, угроза, потеря

Designing a system of challenges, threats and losses of a modern family in the context of a pandemic

Tikhomirowa E.V.

Kostroma State University, Russia

Keywords: pandemic, family, challenge, threat, loss

Пандемия коронавируса внесла существенные изменения в выработанный и привычный темп и порядок жизни индивидуального и группового субъекта, общества в целом. Новая социальная ситуация нашла непосредственное отражение в поле сознания членов общества и транслировалась во вне в сконструированной ими смысловой наполненности (Д.А. Леонтьев, 2003) [2]. На уровне средств массовой информации и публично презентованной позиции органов власти и общественных организаций новый вирус был объявлен угрозой всемирного масштаба. При этом, в неформальных сетевых сообществах можно было проследить отсутствие ярко выраженной единой позиции в отношении коронавируса и реальности угрозы у представителей обычной общественности. Вследствие этого возникло внутреннее противоречие, которое усилило степень неопределенности, фрустрирующий эффект новой реальности, вызвало ее непринятие отдельными членами общества. Научкой, в свою очередь, на наш взгляд, должна быть предпринята попытка осмысления новой реальности с позиций концепции социального конструирования (П. Бергер, Т. Лукман, 1966) [4]. Это позволит проследить оценочную трансформацию системы угроз и вызовов для современного общества, начальной структурной единицей которого до сих пор является семья (В.Г. Доброхлеб, Е.А. Баллаева, 2018) [1].

* Исследование выполнено при финансовой поддержке госзадания Министерства науки и высшего образования FZEW-2020–0005

В рамках этой теории система угроз и вызовов будет рассматриваться нами как социальная конструкция, которая создается относительно определенного контекста (в данном случае пандемии коронавируса) и обладает специфической смысловой наполненностью. Для изучения новой реальности мы выбрали для себя лексико-семантический подход, позволяющий выявить специфику смыслового наполнения и дифференциации феноменов угрозы, вызова и потери в семейной контекстуализации. Исследование выполнено в гуманитарной парадигме.

Рабочей гипотезой исследования стало предположение, что в когнитивной карте российской общественности собственно пандемия коронавируса не входит в систему угроз и вызовов для современной семьи, но при этом является негативным контекстом, расширяющим спектр возможных угроз, вызовов и потерь, конструируемых обществом. В методический инструментарий вошли метод корпусной лингвистики (Н.Н. Леонтьева, 2006) [3] с последующей обработкой посредством контент-анализа, позволяющие выявить смысловое наполнение и дифференциацию угроз, вызовов и потерь современной семьи в контексте пандемии. В исследовании приняли участие 185 человек в возрасте от 16 до 70 лет, к сожалению, по полу и семейному статусу группы рандомизированы не были (мужская выборка – 11 %, женская – 89 %; в браке – 31 % / 56 чел., не состоят в браке – 69 % / 129 чел.). В исследовании можно выделить две смысловые части: анализ восприятия пандемии коронавируса как фактора возникновения трудностей у семьи и их характера; семантика вызовов, угроз и потерь современной семьи.

Результаты исследования и их обсуждение:

1. Частотный анализ используемых лексем на общей выборке при характеристике трудностей, с которыми ассоциируется пандемия коронавируса, показал, что в большей степени у людей возникали психологические трудности (30,5 % индикаторов, далее инд.). К ним были отнесены страх неизвестности, страх заболевания, дефицит общения, чувство одиночества, угнетенность, депрессивное состояние из-за ограничение свободы передвижения, невозможности осуществления планов, необходимости сдерживать собственные желания, давление со стороны близких и общества, отягощенность постоянным чувством, что тебя контролируют, самоограничения и др. На второй рейтинговой позиции находятся материальные трудности, в том числе финансовые (19 % инд.): снижение доходов, отсутствие заработка, работы, невозможность оплатить кредиты, услуги жилья... На третьем месте оказались трудности, связанные с переходом на дистанционные формы учебы и работы (11,5 % инд.). Респонденты отмечали, что оказались не готовы к такой форме деятельности ни с точки зрения необходимости самоорганизации, ни с точки зрения обеспеченности необходимыми техническими средствами и компетенциями в области цифровых технологий. Многие

отмечали увеличение нагрузки и связанное с измененным образом жизни обострение хронических заболеваний. Единичные ответы (3,7 %) были связаны с трудностями, которые опосредованы вынужденным переездом или невозможностью пересечения границ. Необходимо отметить, что 28,7 % от совокупного числа индикаторов пришлось на отрицание возникших трудностей, связанных с коронавирусом. Таким образом, по полученным данным видно, что не сам вирус стал источником трудностей, а измененный на его фоне режим жизнедеятельности современного человека. При этом при сопоставлении результатов групп с семейным статусом и без него (наличие супруга/супруги) значимых различий при угловом преобразовании Фишера получено не было, то есть трудности, которые ассоциируются с пандемией одинаково выражены независимо от семейного контекста и связаны с базовыми чувствами и потребностями.

2. При анализе смыслового наполнения понятия «вызов» было выявлено, что диапазон значений у людей, не состоящих в браке, более широкий, при этом в используемых лексемах проявляется активность, готовность действовать и отражать вызовы (перебороть, победить, борьба, бой, противостояние, сопротивление, преодоление, действовать... – 58 % инд.), так же вызов у них ассоциируется с движением, прогрессом, жизнью (15 % инд.). Единичные ответы сопряжены с восприятием вызова как угрозы и иных негативных феноменов (14 %). У людей, состоящих в браке, негативная смысловая наполненность (тревога, неизвестность, удар судьбы, напряженность, опасение, осторожность) выражена ярче (21 % инд.). Необходимо отметить, что на последующий вопрос «Что является вызовом для вашей семьи?» в первой группе преобладающее количество респондентов (67 %) отрицало их наличие, тогда как во второй группе такого ответа не было зафиксировано. При этом, в качестве вызова люди, имеющие собственную семью, обозначали не только финансовые трудности, критические ситуации в целом, но и более конкретизированные и связанные с их семейным статусом: трудности у родственников, болезнь, утрата семьи и семейных ценностей, цифровизация. Интересно, что именно в этой группе нашла отображение пандемия в качестве вызова семье, но с достаточно низкой частотой (2 %). А вот самоизоляция (8 %) как вызов доминировала у людей, не состоящих в браке, что, возможно, связано с одиночеством, которое усилилось на фоне самоизоляции.

3. При семантическом анализе понятий «угрозы» и «потери» было выявлено схожее наполнение в обеих группах. Угроза преимущественно связана в сознании субъектов со страхом, запугиванием, тревогой и беспомощностью (78 % инд.), потеря – с утратой, горем, ущербом, страхом... По отношению к семье респонденты в качестве главных угроз называли потерю работы, финансовой самостоятельности, утрату соб-

ственного здоровья (во второй группе – членов семьи), политическую нестабильность, ограничение свободы, войны. Интересно, что у не состоящих в браке в число превалирующих угроз вошла эпидемия (10 % инд.) и равнодушие (8 %), тогда как во второй группе данные индикаторы не зафиксированы. Потери же, наоборот, у них превалируют (потеря работы, денег, близких), а в первой группе 83 % индикаторов связаны с отрицанием потерь в семейном контексте.

Мы приходим к выводу, что пандемия коронавируса ассоциируется в большей степени с широким спектром психологических и материальных трудностей, но при этом фактически не входит в когнитивную, семантическую карту субъектов в качестве вызова, требующего активного сопротивления. Лишь эпидемии в целом воспринимаются в качестве угрозы, требующей внимания, но преимущественно у людей, не имеющих собственной семьи как точки опоры.

Литература

1. *Доброхлеб В.Г., Баллаева Е.А.* Семья перед лицом новых социальных вызовов // Народонаселение. 2018. № 2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/semya-pered-litsom-novyh-sotsialnyh-vyzovov> (дата обращения: 11.09.2020).
2. *Леонтьев Д.А.* Психология смысла: природа, строение и динамика смысловой реальности. М.: Смысл, 2003. – 488 с.
3. *Леонтьева Н.Н.* Корпусная лингвистика: не только вширь, но и вглубь // Труды международной конференции «Корпусная лингвистика-2006», СПб. 2006. С. 234–241.
4. *Berger P.L., Luckmann T.* The Social Construction of Reality. A Treatise on sociology of Knowledge. 1966.

Эмоциональная саморегуляция поведения педагогических работников интегрированного (инклюзивного) образования как составляющая их психического здоровья

Уварова О.Н.

Челябинский институт переподготовки и повышения квалификации работников образования, Россия
uvon86@gmail.com

Ключевые слова: педагогические работники, эмоциональная саморегуляция поведения

Emotional self-regulation of the behavior of teachers of integrated (inclusive) education as a component of their mental health

Uvarova O.N.

Chelyabinsk Institute of Retraining and Advanced Training of Educators, Russia

Keywords: teaching staff, emotional self-regulation of behavior

Психическое здоровье предполагает состояние благополучия, при котором человек может продуктивно и плодотворно работать, а также вносить вклад в жизнь своего сообщества. На педагогических работников интегрированного (инклюзивного) образования в процессе осуществления профессиональной деятельности действует большое количество факторов, которые могут привести к возникновению психического неблагополучия – повысить уровень тревоги, фрустрации или депрессии, неуверенности в себе, вызвать сильный стресс. К числу этих факторов можно отнести:

- необходимость адаптироваться к осуществлению профессиональной деятельности в новых условиях, вызванных пандемией;
- обучение и воспитание детей не только с нормальным психофизическим развитием, но и имеющих особые образовательные потребности.

Детей с особыми образовательными потребностями, которые желают обучаться со сверстниками с нормальным психофизическим развитием год от года становится больше. Такая тенденция в образовании поддерживается общественными организациями, государством, поскольку способствует лучшей социализации таких детей. По этой причине в Российской системе образования происходят значительные

изменения, направленные на модернизацию, оптимизацию, реализацию новых проектов воспитания и развития детей и подростков [1]. В связи с этим, педагогическим работникам инклюзивного (интегрированного) образования необходимо:

- уметь правильно распределять свое внимание между учениками на уроке и давать задания, соответствующие их возможностям;
- заниматься саморазвитием, самовоспитанием и самообразованием для получения новых знаний о различных видах отклонений в психическом и физическом развитии;
- обладать педагогическим оптимизмом для повышения мотивации собственной профессиональной деятельности и усилении познавательной мотивации учащихся.

Для сохранения в этих условиях педагогическими работниками инклюзивного (интегрированного) образования гибкости своего поведения, способность эмоционального реагировать на внешние раздражители социально приемлемым образом, необходимо обладать навыками эмоциональной саморегуляции поведения. Овладеть подобными навыками помогают:

- дыхательные упражнения;
- самонаблюдение за своим поведением, внешним проявлением эмоций;
- приемы визуализации;
- установки на успех и удачу;
- умение изменять направленность сознания от эмоциогенных обстоятельств на посторонние объекты и ситуации.

Таким образом, эмоциональная саморегуляция поведения позволяет педагогическим работникам интегрированного (инклюзивного) образования сохранить и укрепить свое психическое здоровье. Овладеть навыками эмоциональной саморегуляции поведения помогают: дыхательные упражнения; самонаблюдение за своим поведением, внешним проявлением эмоций; приемы визуализации; установки на успех и удачу; умение изменять направленность сознания от эмоциогенных обстоятельств на посторонние объекты и ситуации.

Литература

1. *Кийкова Н.Ю., Старкова Е.Н.* Формирование коммуникативных и речевых стратегий общения педагогических работников в системе интегрированного образования // Современное дополнительное профессиональное педагогическое образование. 2018. Т. 4. № 3 (16). С. 47–56.

Кибербуллинг во время COVID-19 : к вопросу о безопасности в интернет-пространстве

Утемисова Г.У.

*Уральский государственный педагогический
университет, Екатеринбург, Россия*
arimlug_@mail.ru

Саммерс Д.Г.

Академия инклюзии, г. Сизтл, США
dannulya@gmail.com

Васягина Н.Н.

*Уральский государственный педагогический
университет, Екатеринбург, Россия*
vasyagina_n@mail.ru

Пандемия сильно изменила нашу жизнь; пребывание в домашних условиях, блокировка и карантин повлияли на наше общение. По данным Aхios, во время пандемии время возле компьютера у детей увеличивается на 50 %-60 %, что означает, что дети 12 лет и младше проводят на экранах до 5 и более часов в день [1]. Другое исследование показывает, что среднее время, проведенное онлайн, удвоилось для детей во время кризиса, и 85 % родителей проявляют беспокойство по этому поводу [2]. Дети большую часть дня дома активно пользуются телевизорами, планшетами и смартфонами. Американская ассоциация педиатров (АРА) рекомендует ограничить время работы с экраном примерно двумя часами в день для детей старше трех лет и еще меньше – вообще для детей младшего возраста. Национальная ассоциация по образованию детей младшего возраста (NAEYC) рекомендует родителям для развития детей выбирать содержательные и полезные интернет-ресурсы, способствующие разностороннему обучению детей. [1]. В эти необычные времена мы, родители, педагоги и психологи, сталкиваемся с другой проблемой. Насколько безопасен интернет для наших детей? Насколько хорошо они знают о кибербезопасности? По данным опроса «Родители вместе» (N = 3000), большинство родителей беспокоятся о пристрастии к экрану в связи с нынешним пандемическим кризисом: некоторые респонденты упоминали о случаях киберзапугивания, явно грозящего интеллектуальному развитию детей и запросов личной информации.

Интернет стал демонстрацией моды на агрессию, усиливая и воспроизводя эту тенденцию. Чувство безнаказанности и полная анонимность превращают киберпространство в благодатную почву для агрессивного поведения. Исследователи выделяют несколько вариантов

киберагрессии. К ним относятся троллинг (публикация провокационных сообщений с целью вызвать конфликт между участниками дискуссии), астротурфинг (навязывание «якобы общественного мнения» посредством публикации заказных материалов) [3, р. 6–8], а также кибербуллинг. Коммуникационные барьеры преодолевают возможность создания самого негативного впечатления или наоборот, потому что общение в Интернете происходит не с реальным человеком, а с его виртуальным образом. В социальной сети человек не имеет типичных для всего общества ограничений. Можно говорить об общении в социальных сетях как о суррогатном общении [3]. Кибербуллинг направлен на ухудшение эмоциональной сферы влияния жертвы [3] и разрушение ее социальных отношений. Кибербуллинг включает в себя различные формы поведения, от игрового до виртуального психологического террора, приводящего к самоубийству.

Согласно докладу Национального совета по предупреждению преступности, более 40 % подростков США сообщили о том, что являются жертвами киберзапугивания [5, р.11–17]. Необходимо учитывать отсутствие цифрового образования среди подростков в Казахстане. Цифровое гражданство и цифровая безопасность – относительно новые темы в США, но абсолютно «terra incognita» в Казахстане, где широко используются передовые технологии и цифровизация.

Одним из инструментов, которые мы используем для проведения нашего исследования, является Google Trends. Google Trends – это функция поисковых трендов, которая показывает, как часто заданный поисковый термин вводится в поисковую систему Google по отношению к общему объему поиска сайта за данный период.

Количество запросов о «издевательствах» значительно снизилось после начала Covid – 19.

Поиск термина «издевательства» прекратился с закрытием школ и «выполнением домашних заказов». Gradinger, Р.и др. (2010 г.) упомянули о совместном появлении случаев запугивания и кибербуллинга. Дети, ставшие жертвами традиционного запугивания, как правило, становятся жертвами и в киберпространстве [7].

Мы хотим обратить особое внимание на некоторые моменты. Согласно NortonLifeLock Screens & Quarantine: Digital Parenting in a Pandemic Study, родители серьезно обеспокоены кибер-безопасностью своих детей. В том же исследовании было отмечено, что только 14 процентов считают, что компании Big Tech делают некоторые шаги для обеспечения кибербезопасности детей [7].

По словам Вонга [8], увеличение времени работы на экране отрицательно сказалось на детях Вухана; отрицательными результатами стали снижение внимания и концентрации, повышенный уровень тревоги и проблемы со зрением [8]. По нашим наблюдениям пользователи Google

ищут информацию относительно «времени экрана» и «троллинга». Как исследователи, мы были удивлены, увидев больше вопросов о «троллинге», чем о кибербуллинге.

Технологии быстро меняются, подростки предпочитают обмениваться видео и изображениями (TikTok, Snapchat, Instagram), что стало тревожным фактом в кибербуллинге [4].

Киберзапугивание позволяет злоумышленнику избежать последствий, т.е. избежать физического насилия и уйти от ответственности. Дополнительным «плюсом» кибер-буллинга для подростков является то, что они могут заниматься запугиванием, не выходя из собственного дома. Известный американский программист Алан Купер, «отец Visual Basic», выделил три аспекта интернет-коммуникации и назвал их принципом Triple-A – анонимный, доступный, недорогой [6].

Киберзапугивание особенно привлекательно для подростков, поскольку злоумышленник не видит своей жертвы и ее прямой реакции, а значит, ему гораздо легче подавить в себе возможное чувство жалости.

Принцип уменьшения социальных реакций характеризует общение в сети как менее эмоциональное при отсутствии нереального общения. Коммуникаторы, в данном случае, не видят друг друга. Они не могут смотреть на выражения лица, жесты, смещения, мимику, взгляды, позиционирование тел и нереальные выражения других состояний. Если его участники были незнакомы до онлайн-коммуникации, то зачастую пол, возраст и социальный статус собеседника остается неизвестным. В результате это может привести к следующему: участники общения становятся более сосредоточенными на себе и меньше думают о чувствах, мнениях и реакциях друг друга. Такое поведение приводит к более ослабленному и даже агрессивному поведению, сопровождаемому негативными оценками собеседника. По какой-то неизвестной причине, запугивание является чувствительной темой для педагогического персонала в Казахстане. Мы не знаем реальных причин, мы предполагаем, что культурные установки «стыда» («уят» на казахском языке), трайбализма, а также обвинений в адрес жертвы очень затрудняют открытое обсуждение темы запугивания и травли. По данным Турегалиевой [9], 53 % подростков показали, что сталкивались с издевательствами. Турегалиева М. провела свое исследование в Астане (N = 100). Исследование выявило существенную разницу между женщинами и мужчинами, равную 56,6 % и 36 % соответственно ($p=0,041$). Она обнаружила интересную корреляцию между виктимизацией и аддиктивным поведением в социальных сетях [9].

Мы понимаем, что отсутствие эмоциональной поддержки и социального общения, с которым сталкиваются жертвы издевательств, может создать уникальный механизм избегания. Наиболее популярными

социальными сетями среди молодежи Казахстана являются Инстаграм, ВК, Youtube. Самой популярной сетью среди молодежи в Казахстане является «Вконтакте» (71 %). Кроме того, она пользуется большой популярностью среди младшей возрастной группы (15–18 лет). На втором месте – Инстаграм (59 %). Facebook не пользуется невероятной популярностью среди молодежи Казахстана (10 %) (особенно среди младшей возрастной группы – 7 %).

Литература

1. <https://www.forbes.com/sites/ellenwartella/2020/05/21/as-kids-screen-time-surges-during-the-pandemic-heres-what-research-suggests/#7d8fa23a5112>
2. <https://parents-together.org/parents-alarmed-as-kids-screen-time-sky-rockets-during-covid-19-crisis-heres-what-you-can-do/>
3. *Bobrovnikova N.S.* Opasnost' interneta – kiberbulling // N.S. Bobrovnikova / Vostochno-Evropejskij nauchnyj vestnik. 2015. S. 6–8.
4. *Vivek K. Singh, Marie L. Radford, Qianjia Huang, and Susan Furrer.* // They basically like destroyed the school one day: On Newer App Features and Cyberbullying in Schools / In Proceedings of the 2017 ACM Conference on Computer Supported Cooperative Work and Social Computing (CSCW '17). Association for Computing Machinery, New York, NY, USA. 2017. P.1210–1216. DOI: <https://doi.org/10.1145/2998181.2998279>
5. *Karthik Dinakar, Roi Reichart, and Henry Lieberman* // Modeling the detection of Textual Cyberbullying / The Social Mobile Web. 2011. P. 11–17
6. NCPD: National Crime Prevention Council. Stop Cyberbullying Before It Starts. Retrieved September 24, 2015 from <https://techrseries.com/news/nortonlifelock-study-majority-of-parents-say-their-kids-screen-time-has-skyrocketed-during-the-covid-19-pandemic/>
7. *Gradinger, P., Strohmeier, D., & Spiel, C.* Definition and Measurement of Cyberbullying // *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*. 2010. 4 (2), Article 1. Retrieved from <https://cyberpsychology.eu/article/view/4235/3280>
8. *Wong CW, Tsai A, Jonas JB, et al.* Digital Screen Time During COVID-19 Pandemic: Risk for a Further Myopia Boom? [published online ahead of print, 2020 Jul 29]. *Am J Ophthalmol*. 2020; S0002–9394(20)30392–5. doi:10.1016/j.ajo.2020.07.034
9. *Turegeldiyeva, Madina.* Bulling among adolescents in Astana, Kazakhstan: prevalence and associated factors. URI: <http://nur.nu.edu.kz/handle/123456789/3296>

Инфантильная травма как фактор дезадаптации в ситуации пандемии

Федотова С.А.

Ярославское Высшее Военное Училище ПВО, Россия

Sv.fedotova@rambler.ru

Ключевые слова: пандемия, инфантильная травма, ситуация неопределенности, дезадаптация, психологическая реакция

Infantile trauma as a factor of disadaptation in the conditions of a pandemic

Fedotova S.A.

Yaroslavl Highest Military College of Air Defense

Keywords: pandemic, infantile trauma, situation of uncertainty, disadaptation, psychological reaction

Ситуация пандемии явилась мощным источником переживания состояния неопределенности, которое порождает сложные переживания почти у каждого человека и является фактором дезадаптации. Помимо индивидуальных физиологических и интеллектуальных особенностей, наследственности, существует важный источник той или иной реакции на стресс и неопределенность – это детский, а, главное, младенческий опыт, который может содержать в себе травмирующие события. Инфантильная травма включает в себя травматические события, случившиеся с ребенком до появления речи. Детско-родительские отношения представляют собой некую матрицу, которая лежит в основе всех последующих отношений, событий и восприятия реальности.

Представим психику только что родившегося ребенка, младенца. Что ее характеризует?

1. Неопределенность окружающего мира и необходимость в присутствии взрослого и его реакций, определяющих ее;
2. Сильные телесные ощущения, которые захватывают психику целиком: холод, голод, боль, оставленность или тепло, сытость, удовольствие, присутствие;
3. Страхи за выживание, нет ресурсов себя поддерживать: ни физических, ни психических, вообще никаких;
4. Отсутствие социального опыта, навыков понимать, анализировать, предвосхищать;
5. Нет чувства времени, невозможность спокойно ждать удовлетворения своих потребностей, ужас смерти в вынужденном ожидании.

У младенца отсутствует знание своих желаний – это угадывает мать. Если мать угадывает правильно, удовлетворяет эти желания, ребенок начинает знать их и себя и формирует доверие к миру через мать. Если нет – приходит страх, стыд, недоверие, неуверенность в себе и своих силах.

Способность матери реагировать на потребности младенца отражается в способах справляться с ситуациями неопределенности у этого младенца, когда он вырастет. Если взрослый человек чувствует в ситуации неопределенности страх, тревогу или даже ужас, то с ним в этот момент говорит его негативный младенческий опыт.

Негативный опыт включает в себя пренебрежение нуждами ребенка, оставление без помощи, болезни, отсутствие эмоциональной заботы, эмпатии – забота только о физических потребностях, отсутствие телесного контакта, прямая или косвенная агрессия, например, передача ребенка матерью другим людям.

Если ребенок вместо того, чтобы получить в младенчестве опыт совместности, получает опыт пренебрежения, насилия, у него формируется неустойчивость и страх неопределенности, который сопровождает человека в его последующей жизни, обостряясь в стрессовых ситуациях. Любая ситуация неопределенности будет провоцировать у него не адекватную реакцию на эту неопределенную реальность и разные виды защитного поведения. Ситуация пандемии явилась в настоящее время массовым источником переживания ситуации неопределенности.

Существует несколько основных способов справляться с неопределенностью в зависимости от силы, возраста и типа ранних повреждений психики.

1. Маниакальная реакция

Ситуация неопределенности воспринимается отстраненно, вплоть до полного ее отрицания. Часто здесь есть понимание происходящего, но нет чувств, поэтому нет понимания значимости ситуации и есть полная уверенность в правильности своей позиции. Внешним ответом часто является агрессивная реакция, направленная на разрушение или созидание чего-то вне себя, в зависимости от моральных устоев и окружения.

2. Соматическое отреагирование

Ситуация неопределенности вызывает сомато-сенсорный (телесно-чувственный) ужас, тревогу, страх, человек психологически «сливается» с ситуацией. Трудно или невозможно включить критическое взрослое мышление, начать понимать происходящее. Присутствует сильная телесная реакция, беспомощность, поиск спасителя, детское доверие к тому, что говорят другие люди, особенно те, кто попадает под позитивную проекцию родительской фигуры (авторитеты, врачи, СМИ). В эмоциональных и поведенческих проявлениях есть «цепляние» за других, необходимость их физического присутствия, фантазии о вселенской катастрофе, смерти, желание быстрого решения ситуации, ориентация на социальные стандарты. Как следствие, могут быть панические атаки, желание спрятаться от мира, болезни, депрессия, на-

рушение сна, оральные зависимости (еда, курение, алкоголь). Страх и тревога могут быть настолько сильными, а способность справляться с ними настолько слабой, что весь внутренний ужас выливается вовне в виде манипуляций, запугивания и контроля других, слез.

3. Избегание

Ситуация неопределенности вызывает страх, но который можно пережить, если контролировать его разными способами. Неопределенность нужно определить через какую-то понятную теорию происходящего, заполнить ее конкретными мыслями и действиями. На помощь приходит что-то принятое большинством и простая деятельность: уборка, приготовление еды, рукоделие, просмотр сериалов, «хорошие» зависимости – спорт, работа, здоровый образ жизни и «плохие» зависимости – игра, вещества. Из неприятных следствий здесь могут быть негативные проекции страха смерти на окружающий мир, панические атаки, развитие ОКР, коллапс при угрозе разрушения объяснительной концепции и невозможности выполнять все эти действия.

4. Шизоидно-параноидная позиция

Ситуация неопределенности вызывает страх, с которым можно справиться, и есть четкая убежденность: моё «плохо» от меня не зависит, потому что есть кто-то, кто делает мне плохо. Собственная ответственность не присваивается. Отсюда недоверие тому, что происходит вокруг, негативные проекции страха использования, лишения свободы, агрессии на окружающий мир. В эмоциональном и поведенческом плане ответом может быть подавление эмоций (шизоидная реакция) и внешняя агрессия, нападение, подозрительность, поиск врага и виновных (параноидная реакция) и различные варианты их сочетанности.

5. Здоровая реакция

Здоровой реакцией на ситуацию неопределенности можно назвать реакцию со следующими признаками: способность оставаться в реальности и опираться на нее, видеть возможные трудности в будущем без ощущения катастрофы, выдерживание чувств без ощущения невыносимости, позитивные мысли о себе и других, умение удерживать внутри свои аффекты, связанность с другими, ощущение совместности и умение давать поддержку другим, проявление инициативы в контактах, сохранение здорового физического состояния и способности к продуктивной деятельности, а, главное, возможность усомниться в своем видении ситуации, допустить другое ее понимание и признать это.

В реальности «чистые» типы реакции бывают не так часто, скорее, это некие их композиции, постоянные или мерцающие, сменяющие циклически друг друга или развивающиеся во времени. На наш взгляд, абсолютно здоровая реакция у взрослого человека в ситуации стресса (пандемии) может быть только в том случае, когда это событие для него не является неопределенной ситуацией или когда он обладает достоверной информацией, которая делает эту ситуацию определенной.

Проблема профессионального выгорания и психического здоровья медицинских работников во время пандемии COVID-19

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, ГБУЗ «НИИ СП

им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

Kholmogorova-2007@yandex.ru

Петриков С.С., Суроегина А.Ю.,

Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А.

ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

petrikovss@sklif.mos.ru, suroegina@gmail.com,

mikita-o@yandex.ru, anita010101@yandex.ru,

rakhmanina.a@mail.ru

Ключевые слова: профессиональное выгорание, COVID-19, эмоциональная дезадаптация, медицинские работники

The problem of professional burnout and mental health of medical workers during the COVID-19 pandemic

Kholmogorova A.B.

Moscow State University of Psychology and Education;

N.V Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine

Petrikov S.S., Suroyegina A. Yu.,

Mikita O. Yu., Roy Anita P., Rachmanina A.A.,

N.V Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine

Keywords: professional burnout, COVID-19 epidemic, emotional maladjustment, healthcare professionals

В течение нескольких месяцев после начала пандемии медицинские работники продолжают трудиться в условиях повышенной нагрузки, что остро ставит вопрос оценки их психологического здоровья.

Приближение «второй волны», текущее увеличение нагрузки при отсутствии или недостаточном качестве летнего отдыха, которое сопровождается ощущением неопределенности, состоянием тревожного ожидания надвигающейся угрозы способствует формированию хронического стресса и, как следствие, серьезной угрозы психологическому и физическому здоровью медиков.

По данным международных исследований, экстремальный 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 [S. Kisely et al, 2020].

В динамическом исследовании психологического благополучия медиков в Китае было выявлено увеличение выраженности симптомов тревоги (отмечаются у 35 % обследованных в последнем срезе по сравнению с 24,5 % в более раннем) и снижение показателей симптомов депрессии (с 26,4 % у ранее обследованных до 24 % в последнем срезе) [Y. Ma et. al., 2020].

В первые месяцы пандемии нами было проведено исследование профессионального выгорания и эмоциональной дезадаптации 248 медицинских работников из Москвы и других регионов России [С.С. Петриков, А.Б. Холмогорова, А.Ю. Суроегина с соавт, 2020].

Исследование показало, что в период эпидемии значительная часть медицинских работников испытывает выраженные симптомы профессионального выгорания (более 60 % жалуются на эмоциональное истощение), симптомы депрессии умеренной и выраженной степени тяжести (23 %) и высокий уровень тревоги (25 %), а также суицидальной направленности (10 %). Негативные эмоциональные состояния (такие как страх заражения, чувство одиночества и изоляции), организационные недостатки (в том числе, нехватка средств защиты), физический дискомфорт (от ношения неудобной защитной одежды, нехватки сна и отдыха) и коммуникативные трудности (при общении с руководством и пациентами) внесли значительные вклад в состояние дистресса на рабочем месте (по оценкам участников исследования). Особенно часто в качестве проблемных областей медицинскими сотрудниками отмечался информационный шум и нехватка средств защиты. Медицинские работники, участвующие в оказании помощи пациентам с COVID-19, отличались более высокими показателями депрессии, тревоги и профессионального выгорания от работников, оказывающим помощь другим категориям больных. В то же время, высокую профессиональную ответственность и мотивацию и чувство значимости своей профессии сохраняли большинство специалистов, оказывающих помощь больным с COVID-19.

В июле 2020 года было проведено повторное исследование и предпринята попытка оценить выраженность симптомов эмоциональной дезадаптации, профессионального выгорания и эмоционального дистресса у сотрудников НИИ СП им. Н.В. Склифосовского, оказывающих помощь пациентам с COVID-19 и сопоставить их с показателями смешанной выборки медицинских работников из разных учреждений и регионов, обследованных ранее [А.Б. Холмогорова, С.С. Петриков, А.Ю.Суроегина с соавт, 2020]. Полученные данные по показателям

психического неблагополучия в целом соотносятся с международными данными: 8,3 % обследованных демонстрируют симптомы депрессии средней и выраженной степени тяжести по шкале депрессии Бека; 6,7 % отметили наличие суицидальных мыслей; 29,3 % симптомы тревоги умеренной и выраженной тяжести по шкале тревоги Бека. А у 35 % зафиксирован высокий уровень эмоционального истощения согласно данным опросника профессионального выгорания Маслач. Хотя полученные данные свидетельствуют о большем психическом благополучии сотрудников по сравнению со смешанной выборкой специалистов, обследованных в начале пандемии, существуют ограничения такого сопоставления, и требуются дальнейшие исследования. Так, в настоящее время изучается состояние психического здоровья сотрудников отделений, не переориентированных для работы с COVID-19. Риск эмоциональной дезадаптации и профессионального выгорания у которых может быть недооценен.

Литература

1. *Петриков С.С., Холмогорова А.Б., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А.* Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19// Консультативная психология и психотерапия 2020. Т. 28. № 2. С. 8–45 DOI: <https://doi.org/10.17759/cpp.2020280202>
2. *Холмогорова А.Б., Петриков С.С., Суроегина А.Ю., Микита О.Ю., Рой А.П., Рахманина А.А.* Профессиональное выгорание и его факторы у медицинских работников, участвующих в оказании помощи больным Covid -19 на разных этапах пандемии// Журнал им. Н.В. Склифосовского Неотложная медицинская помощь. 2020;9(3):321–337. <https://doi.org/10.23934/2223-9022-2020-9-3-321-337>
3. *Kisely S., Warren N., McMahon L., et al.* Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis [Электронный ресурс] // *BMJ*. 2020. URL: <https://www.bmj.com/content/369/bmj.m1642> (дата обращения: 10.07.2020). doi:10.1136/bmj.m1642
4. *Ma Y., Rosenheck R., Hongbo He H.* Psychological Stress among Health Care Professionals during the 2019 Novel Coronavirus Disease Outbreak: Cases from Online Consulting Customers[Электронный ресурс] // *Intensive Crit Care Nurs preprint* . 2020. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7321034/> (дата обращения: 20.07.2020). doi: 10.1016/j.iccn.2020.102905

Эпидемия коронавируса и суицидальность: зона риска

Чистопольская К.А.

ГКБ им. А.К. Ерамишанцева, Москва, Россия
ktchist@gmail.com

Садовничая В.С.

МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия
veronika.sadovnichaya13@gmail.com

Ениколопов С.Н.

Научный центр психического здоровья, Москва, Россия
enikolopov@mail.ru

Николаев Е.Л.

ЧГУ им. И.Н. Ульянова, Чебоксары, Россия
pzdorovie@bk.ru

Дровосеков С.Э.

независимый исследователь, Санкт-Петербург, Россия
sergo.nevsky@yandex.ru

Галынкер И.

медицинский центр Маунт-Синай, Нью-Йорк, США
igalynke@gmail.com

Ключевые слова: суицидальный риск, суицидальность в течение жизни, кризисный суицидальный синдром, суицидальный нарратив, сокрытие суицидальности

COVID-19 pandemic and suicidality: zone of risk

Chistopolskaya K.A.

Eramishantsev Moscow City Clinical Hospital, Moscow, Russia

Sadovnichaya V.S.

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,

Enikolopov S.N.

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Nikolaev E.L.

Ulianov Chuvash State University, Cheboksary, Russia

Drovosekov S.E.

independent researcher, Saint-Petersburg, Russia

Galynker I.

Mount Sinai Medical Center, New York, USA

Keywords: suicide risk, lifetime suicidality, suicide crisis syndrome, suicidal narrative, nondisclosure of suicidality

Введение: В эпидемию коронавируса обществу пришлось столкнуться как с трудностями, связанными с рисками для здоровья, так и с финансовыми последствиями ограничений при режиме самоизоляции. Эта новая сложная ситуация потенциально представляет собой риск и для психического здоровья и активации суицидального модуля поведения. Данное исследование призвано исследовать эти факторы риска с позиции теории суицидального нарратива и суицидального кризисного синдрома [Г.С. Банников и др., 2020; S. Bloch-Elkouby et al., 2020; L.J. Cohen et al., 2018; I. Galynker, 2017].

Материал и методы: Был сформирован электронный психологический опрос, рассчитанный примерно на 40 мин. Он был запущен в середине июня и включал в себя демографические переменные (пол, возраст, регион проживания, образование, семейное положение и проч.), опросник суицидального нарратива, суицидального кризисного синдрома, жизненных стрессоров (за последние 3 месяца и за последнюю неделю), суицидальной активности (за всю жизнь и за последний месяц), опросник повседневной активности (за прошлый год и при самоизоляции).

Результаты: На середину августа 2020 года в опросе приняли участие 441 человек. Из них 78 человек не пошли дальше первой страницы демографии, а 230 человек заполнили опрос полностью. Большинство участников были из Москвы (27 %) и МО (13,6 %), Чувашии (7,5 %) и Ленинградской области (4,8 %), остальные участники проживали в других регионах страны. 286 (65 %) участников были женского пола, 60 (13,6 %) – мужского, 9 человек отметили себя как трансгендеров, ответ «не уверен» выбрали 4 человека, 3 отказались отвечать на вопрос. Участники были преимущественно молодыми: средний возраст составил 32,4 года с разбросом 14,17 лет.

Люди во время самоизоляции значительно снизили свою повседневную активность: по сравнению с прошлым годом, они меньше гуляли ($t(267) = 10,851$, $p < 0,001$), меньше занимались спортом на воздухе ($t(267) = 4,6$, $p < 0,001$), меньше вовлекались в социальное взаимодействие ($t(267) = 12,198$, $p < 0,001$), в том числе очно ($t(267) = 15,12$, $p < 0,001$). При этом они больше стали беспокоиться о своем здоровье ($t(267) = 7,42$, $p < 0,001$), здоровье близких ($t(267) = 8,712$, $p < 0,001$), о своих финансах ($t(267) = 5,384$, $p < 0,001$) и жилищной ситуации ($t(267) = 3,755$, $p < 0,001$).

Общий балл по опроснику суицидального кризисного синдрома значимо коррелировал с переменными беспокойства о финансах ($r = 0,18$, $p = 0,003$) и жилье ($r = 0,23$, $p < 0,001$); со стрессовыми событиями за три месяца ($r = 0,51$, $p < 0,001$) и за последнюю неделю ($r = 0,35$, $p < 0,001$). При этом корреляции кризисного синдрома с суицидальной активностью в течение жизни ($r = 0,47$, $p < 0,001$) и за последний месяц ($r = 0,47$, $p < 0,001$) были умеренно высокими.

Шкалы опросника суицидального нарратива также обнаружили значимые корреляции с повседневной активностью во время самоизоляции. Так, шкала «Нарушенная социальная принадлежность» отрицательно коррелировала с показателем «Прогулки» ($r = -0,21$, $p = 0,002$), «Спорт» ($r = -0,2$, $p = 0,003$), «Социальное взаимодействие» ($r = -0,29$, $p < 0,001$), «Мысли о своем здоровье» ($r = -0,2$, $p = 0,003$). Шкала «Социальное унижение» была отрицательно связана с показателями «Прогулки» ($r = -0,22$, $p = 0,001$), «Социальное взаимодействие» ($r = -0,2$, $p = 0,002$). Шкалы «Ощущение западни» и «Поражение» отрицательно коррелировали с «Прогулками», «Социальным взаимодействием», «Мыслями о своем здоровье» и положительно – с «Беспокойством из-за жилья» ($r = 0,17$, $p = 0,01$; $r = 0,16$, $p = 0,014$), шкала «Поражение» – еще и с «Беспокойством из-за финансов» ($r = 0,14$, $p = 0,034$).

Шкалы суицидального нарратива были значимо связаны с суицидальной активностью, особенно шкалы «Ощущение западни» ($r = 0,41$, $p < 0,001$ – в течение жизни и в течение месяца), «Поражение» ($r = 0,37$, $p < 0,001$ – в течение жизни; $r = 0,39$, $p < 0,001$ – в течение месяца), «Ощущение себя как обузы» ($r = 0,32$, $p < 0,001$ – в течение жизни; $r = 0,39$, $p < 0,001$ – в течение месяца).

Скрывали суицидальные тенденции от врачей или психологов в течение жизни 78 человек (22 %).

Всего суицидальную идеацию в течение жизни отметили 147 человек (более 33 %). Из них 44 скрывали свою суицидальность от специалистов, а 34 из отказавшихся от суицидальной идеации признались, что скрывали суицидальность (то есть к 147 нужно прибавить минимум 34 человека, которые высказали суицидальные намерения на одном из этапов опроса).

Планировали суицид 103 человека, намеревались в какой-то из периодов жизни исполнить замыслы 43. За последний месяц суицидальные мысли возникли у 39 опрошенных.

Выводы: Число людей, на каком-то этапе своей жизни переживавших суицидальный кризис, велико, как и число тех, кто скрывает суицидальную идеацию от специалистов. Ситуация коронавируса является провоцирующей для суицидальных людей, как в связи с финансовыми и жилищными проблемами, так и в связи с жизненными стрессорами, случившимися за последние три месяца. Хотя суицидальные люди могут «лучше» соблюдать самоизоляцию вследствие сниженной социальной активности, при этом они могут испытывать финансовые и жилищные трудности, которые, в свою очередь, вносят вклад в их суицидальность.

Литература

1. Банников Г.С., Вихристюк О.В., Галынкер И. Новый подход к диагностике суицидального поведения: Обзор зарубежных источников // Консультативная психология и психотерапия. 2020. Т. 28. № 1. С. 8–24.

2. Bloch-Elkouby S., Gorman B., Schuck A., Barzilay S., Calati R., Cohen L.J., Begum F., Galynker I. The suicide crisis syndrome: A network analysis. *J Counseling Psychology*. 2020. doi: 10.1037/cou0000423. Epub ahead of print. PMID: 32309959.
3. Cohen L.J., Gorman B., Briggs J., Jeon M.E., Ginsburg T., Galynker I. The Suicidal Narrative and Its Relationship to the Suicide Crisis Syndrome and Recent Suicidal Behavior. *Suicide and Life Threatening Behavior*. 2019 Vol. 49(2). P. 413–422. doi:10.1111/sltb.12439.
4. Galynker I. *The Suicidal Crisis Clinical Guide to the Assessment of Imminent Suicide Risk*. New York: Oxford University Press, 2017. 344 p.

Применение групповой арт-терапии в дистанционной среде в эпоху COVID-19

Шмигановская А.Ю.

ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва, Россия

annashmiga@gmail.com

Ключевые слова: арт-терапия, COVID-19, пандемия, стресс, дистанционный формат

Group art therapy in a distance format during the COVID-19 pandemic

Shmiganskaya A.

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: art therapy, COVID-19, pandemic, stress, distance format

С момента, когда в начале 2020 года Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) объявила об угрозе распространения Covid-19, все формы профессиональной деятельности по обеспечению психического и психологического здоровья оказались в новой ситуации. Это было обусловлено, с одной стороны, резким ростом переживаний тревоги, беспокойства, а то и отчаяния, депрессии у лиц, опасаящихся за свое здоровье, с другой, трудностями проведения ставших традиционными очных форм психотерапевтической, психологической работы. По мере того, как во многих странах рос риск заражения Covid-19, и особенно после определения ситуации как пандемической, влияние указанных факторов усиливалось.

Из всех форм психотерапевтической и психологической работы пандемия более всего ударила по групповой и арт-терапии. Невозможность проведения мероприятий с участием нескольких человек фактически исключила групповые формы работы. А требование соблюдения санитарного режима – арт-терапевтические сессии; очевидно, что выполнение совместной творческой деятельности с использованием изобразительных средств в условиях студии плохо сочетается с санитарно-эпидемиологическими мероприятиями.

Следует указать, что во время кризиса пандемии уровень стресса у населения значительно повысился, и специалисты в области охраны психического здоровья интенсифицировали текущую работу, опираясь на новые информационные технологии [2]. Анализ рутинной практики показал резкий рост числа консультаций, проводимых онлайн, высокую востребованность такой формы помощи [3]. Специалисты прогнозируют

ют дальнейшее увеличение числа лиц, нуждающихся в психологической помощи и после пандемии. И хотя угроза заражения Covid-19 является новым стрессором, и последствия такой психологической травматизации еще потребуют своего изучения, очевидно, что изменения практики оказания помощи уже сейчас необходимы во всех областях психологической практики.

В ответ на сложившуюся ситуацию ведущие арт-терапевты стали апробировать новые подходы, изменять привычные алгоритмы работы [4]. Не сразу, но начали появляться публикации по данной теме, на базе известных профессиональных площадок осуществлялся обмен ресурсами и идеями. Так, одной из наиболее активных и востребованных площадок стал сайт Американской Арт-терапевтической Ассоциации [1], предоставивший для терапевтов возможность публиковать информацию о своем опыте, обмениваться им.

Однако отечественные специалисты в области арт-терапии не уступают зарубежным, и уже в апреле 2020 года был начат проект по модификации арт-терапевтического подхода путем перевода мероприятий из студии в онлайн-режим, адаптации к такому формату техник, упражнений, разработке новых способов цифровой арт-терапии. И востребованность этой новой практики также оказалась высокой. Так, в рамках проводимого в настоящее время исследования апробация такой новой практики прошла в 4 группах, и общее число участников составило 44 человека. В данном проекте в качестве ведущих арт-терапевтических групп выступали Роговец Анна и Черкасова Александра, в качестве куратора и наблюдателя – Шмигановская Анна; такое внешнее наблюдение необходимо для обеспечения объективности оценки эффективности работы. У участников группы был определен изначальный уровень стресса и тревоги, оценено влияние на него негативных факторов пандемии COVID-19; по завершении программы терапии оценена динамика состояния. В рамках проекта было проведено 6 сессий длительностью по полтора часа, продолжительность терапии составила 3 недели, частота – 2 сессии в неделю. В качестве арт-терапевтических методов использовалась интуитивная живопись, лепка, маскотерапия, создание мандал, иные технологии.

Изучение достигнутых эффектов, сравнительный анализ традиционной практики арт-терапии и новой, в настоящее время исследуются. Однако ряд задач, которые удавалось достичь с использованием групповой арт-терапии в дистанционной среде, уже определены. Среди наблюдаемых эффектов:

- мониторинг эмоционального состояния участников, с учетом влияния травматического стресса, обусловленного ситуацией пандемии;
- налаживание семейных связей и содействие комфортным коммуникациям членов семей участников (что особо актуально было в период самоизоляции);

- возможность творческого самовыражения и проработки эмоций, преодоления тяжелых чувств и переживаний;
- достижение состояния надежды и оптимистичного видения перспектив;
- повышение уровня устойчивости к стрессу;
- достижение роста креативности в отношении собственной жизни, с поиском и нахождением новых способов самовыражения и саморегуляции.

Важно также, что поскольку участники групповой арт-терапии в дистанционной среде были объединены независимо от места проживания, удалось наблюдать создание новых творческих виртуальных сообществ. Степень интереса к участию в них была неизменно высокой, и это позволяет надеяться на создание новых социальных групп, сообществ, и развитие практики творческого самовыражения уже за пределами арт-терапевтической работы, с актуализацией мощного ресурса взаимной социальной (и особенно эмоциональной) поддержки. Арт-терапевты здесь выступают инициаторами подобных позитивных перемен, фасилитируют изменение круга общения участников, создание для них полноценной и разнообразной социальной среды.

Заметим, что ведущие арт-терапевты г. Москвы также проводили арт-терапевтические сессии в дистанционном формате; интермодальной терапии экспрессивными искусствами (автор – Сидорова Варвара), мультимодальной терапии творчеством (Буренкова Алена), терапии выразительными искусствами (Аникина Дарья). Таким образом, формирование на наших глазах новой практики – групповой арт-терапии в дистанционной среде, – становится источником поиска способов и средств, позволяющих работать и с иными проблемами клиентов, расширить область применения, а также использовать дистанционный формат при разработке тренингов, семинаров и обучающих программ.

Литература

1. <https://arttherapy.org/covid-19-resources/>
2. Braus M., Morton B. Art Therapy in the Time of COVID-19 // *Psychol Trauma*. 2020. Vol.12(S1). P. 267–268.
3. Koutoungelos K., Economou M., Papageorgiou C. Mental Health Effects of COVID-19 Pandemia: A Review of Clinical and Psychological Traits // *Psychiatry Investig*. 2020. Vol.17(6). P. 491–505.
4. Gupta N. Singing Away the Social Distancing Blues: Art Therapy in a Time of Coronavirus // *J of Human Psychology*. 2020. Vol. 60(5) 593–603.

Аддикции во время COVID-19

Ялтонский В.М.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Россия

yaltonsky@mail.ru

Сирота Н.А.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Россия

sirotan@mail.ru

Ялтонская А.В.

«НМИЦ ПН им. Сербского», Москва, Россия

yaltonskayaa@gmail.com

Абросимов И.Н.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, Россия

i.abrosimov@bk.ru

Ключевые слова: аддикции, COVID-19, группа риска, психологические факторы

Addictions during COVID-19

Yaltonsky V.M.

*A.I. Yevdokimov Moscow State University
of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia*

yaltonsky@mail.ru

Sirota N.A.

*A.I. Yevdokimov Moscow State University
of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia*

sirotan@mail.ru

Yaltonskaya A.V.

*Serbsky Federal Medical Research Center
of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia*

yaltonskayaa@gmail.com

Abrosimov I.N.

*A.I. Yevdokimov Moscow State University
of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia*

i.abrosimov@bk.ru

Keywords: addictions, COVID-19, risk group, psychological factors

Опыт прошлых эпидемий и пандемий, свидетельствующий о важной роли психологических факторов в распространении, сдерживании инфекции и разрушительном для общества поведении подтверждается и во время пандемии COVID-19. Её травматическое влияние на психическое здоровье людей во многом связано со страхом заражения, смерти

себя и членов семьи, неопределенностью диагностики, прогноза и лечения, негативными аффективными эффектами карантина, длительной изоляции и социального дистанцирования, кардинальным изменением образа жизни, тяжелыми финансовыми, экономическими и социальными последствиями. Способствуя нарастанию злоупотребления психоактивными веществами (ПАВ), формированию проблемного поведения, прогрессированию и утяжелению химических и поведенческих аддикций пандемия COVID-19 стала серьезной проблемой для системы наркологической помощи.

Лица с расстройствами, связанными с употреблением ПАВ, входят в группу риска заражения из-за множественных факторов, связанные с их клиническим, психологическим и психосоциальным состоянием. Более того, социальные и экономические изменения, вызванные пандемией, наряду с традиционными трудностями, связанными с доступом больных к терапии и соблюдением режима лечения, безусловно, усугубились в период пандемии и, следовательно, ухудшили их состояние.

Во время пандемии карантин и другие социальные ограничения уменьшают доступность алкоголя и наркотиков для людей с химическими зависимостями, вынуждая снижать уровень их потребления, что может приводить к развитию синдрома отмены, интенсификации поиска других психоактивных веществ, если доступ к ранее используемым стал ограничен или прекратился. С другой, стороны, мощное хроническое психотравмирующее воздействие пандемии вынуждает людей обращаться к злоупотреблению ПАВ для совладания с ним, тем самым повышая уровень их употребления, провоцируя рецидивы больных, находящихся в ремиссии. Нарастающее финансовое неблагополучие способствует обращению к наиболее дешевым и вредным для здоровья психоактивным веществам. Риски развития тяжелого COVID и обострения проблем психического здоровья у людей, злоупотребляющих курением, алкоголем и наркотиками, включают как сопутствующие легочные или сердечно-сосудистые и другие соматические заболевания, сниженный иммунитет (ВИЧ, ОРВИ, грипп, вирусный гепатит), так и наличие сочетанной психологической и психиатрической патологии (нарушения сна, эмоциональные расстройства, психотические симптомы, аддиктивный коморбид), а так же социально-экономические проблемы, связанные с аддиктивным поведением (насилие в семье, безработица, бездомность, преступность, лишение свободы).

Связанные с пандемией социальные, финансовые, медицинские, профессиональные и другие факторы стресса могут повлиять на мотивацию людей к потенциально вызывающему зависимость поведению, в том числе в Интернете. Выраженный хронический дистресс, длительная социальная изоляция и карантин, увеличение свободного времени, ограниченная социализация и нарастающее переживание одиночества увели-

чили обращение к развлечениям с использованием современных онлайн технологий. Во время пандемии отмечен существенный рост активности использования интернета, онлайн-социальных сетей, онлайн-азартных и онлайн-видеоигр, проблемного онлайн-шоппинга, интенсивность посещения порносайтов и длительности пребывания на них.

Дистресс, вызываемый COVID-19, может повышать вовлеченность в легко доступные онлайн-азартные игры и спортивный беттинг (ставки на результат спортивной игры) для избавления от скуки и бегства от реальности. Неконтролируемое участие в азартных играх, особенно среди молодежи, способствует формированию проблемного гемблинга и развитию болезненно-пристрастия к азартным играм с появлением страха перед болезнью, финансовой неопределенности в будущем, социальной дезадаптацией и серьезной угрозой для здоровья.

В настоящее время мы очень мало знаем об отдаленных позитивных и негативных последствиях для здоровья использования онлайн-видеоигр. Рост участия в онлайн-играх воспринимался как дополнение к усилиям общественного здравоохранения по продвижению пространственного дистанцирования как средства профилактики заражения коронавирусом, для снижения с помощью участия в онлайн-видеоиграх дистресса и поддержания общения. Данная позиция даже получила поддержку ВОЗ с рекомендацией сбалансированного во времени участия в онлайн-видеоиграх, особенно для молодежи.

Доступность наркологической помощи во время пандемии нарушается режимом карантина, и социального дистанцирования, другими мерами общественного здравоохранения, принятыми для борьбы с COVID-19. Это увеличивает потребность в дифференцированных подходах к лечению больных с разной тяжестью химических и поведенческих зависимостей, их сочетания друг с другом, с COVID-19 и другими коморбидными расстройствами.

Остаются неясными ответы на вопросы: «Кто, где и как должен лечить стигматизируемых и дискриминируемых пациентов с химическими и поведенческими аддикциями, находящимися под угрозой заражения коронавирусом и заразившихся им? Какие новые формы наркологической помощи, социальной поддержки должны получать больные в ремиссии, группы самопомощи? Как внедрить телепсихиатрию (наркологию), телепсихотерапию в наркологическую службу и обобщить имеющийся опыт? Как организовать специальную подготовку (и социальную защиту, и поддержку) специалистов, работающих с COVID-19, для работы с потребителями психоактивных веществ, а специалистов, работающих с аддикциями – для работы с заразившимися коронавирусом?»

Повышение доступности наркологической помощи требует изменения стандартов её оказания в «новой реальности».

Проблема одиночества, тревоги и другие последствия самоизоляции, а также риски и возможности оказания психологической помощи в период пандемии

Ярошук И.В.

Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы, Россия
irina.yara@mail.ru

Ключевые слова: кризисная психологическая помощь, онлайн консультирование, интернет-консультирование, дистанционная психологическая помощь

The problem of loneliness, anxiety and other consequences of self-isolation, as well as risks and opportunities for psychological care during the pandemic

Yaroschuk I.V.

St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work, Russia

Keywords: crisis psychological assistance, online counseling, online counseling, remote psychological assistance.

Пандемия и карантин привели к созданию уникальных условий работы для психологов и психологических служб, причем для помощи не только медицинским работникам, но и всем слоям и группам населения.

Во-первых, сложная экономическая обстановка, потеря работы или части заработка, опасность болезни и постоянное информирование об уровне смертности, а также смерть близких вызвали тревогу, напряжение и панику, привели к одиночеству и социальной изоляции, которые в свою очередь повлекли последствия, связанные с физическим и психическим здоровьем [1]. Особенно пострадали самые уязвимые слои населения, в том числе пожилые люди, многодетные семьи, те, кто живет за чертой бедности, мигранты, химически зависимые люди, имеющие психические заболевания и ОВЗ.

Во-вторых, режим самоизоляции и связанное с ним снижение физической активности сами по себе стали трудной жизненной ситуацией. В результате сложностей совместной жизни, невозможности дистан-

цирования во время и после конфликтов, высокой эмоциональной нагрузки и отсутствии навыков совладания с напряжением выросло число случаев домашнего насилия [2].

Актуальные исследования рисков и последствий пандемии выявили частые стрессы, нарушения сна и депрессивную симптоматику, изменения образа жизни, несоблюдение медицинских предписаний, компульсивное поведение, более частое возникновение неврозов и реактивных психозов [3, 4]. Усиление депрессивной симптоматики характеризуется плохой самооценкой, ухудшением здоровья, проблемам со зрением, негативной оценке изменений в жизни [4, 5]. Также зафиксированы инциденты слабоумия, возникшие после резкого длительного социального дистанцирования [4].

Единственными адекватными ситуации пандемии инструментами работы психологов и психологических служб стали дистантные методы. Только так возможно обеспечивать безопасность для клиента и консультанта. Это в свою очередь привело к революционным изменениям в сфере ментального здоровья по всему миру, включая изменение законодательства ряда стран и беспрецедентные инновации Medicare.

Для оказания помощи доступны инструменты интернет-консультирования и интернет-среды:

1. Средства для онлайн-консультирования с аудио- и видео связью (Skype, Zoom, Discord);
2. Чаты для текстового и голосового консультирования (сообщения Вконтакте, Facebook Messenger, Viber и WhatsApp, email, за рубежом сервисы психологического консультирования и поддержки HealthySMS и Caremessage);
3. Сайты, форумы, сообщества в соцсетях, телеграм-каналы и чаты и другие информационные ресурсы;
4. Специализированные онлайн-сервисы, например, QuitNet для борьбы с никотиновой зависимостью;
5. Мобильные приложения например, Flowy, Headspace, 7 Cups, Happify, PsyberGuide и другие.

Это позволяет оказать помощь и поддержку быстро, что особенно важно для профилактики суицидов, без вероятной стигматизации из-за обращения к психологу, доступно даже для жителей удаленных регионов или маломобильных групп населения.

Кроме того, после оказания необходимой помощи инструменты интернет-среды помогают укрепиться в выборе, реализовать выбранный план действий, пройти реабилитацию или продлить ремиссию. Для этого применяют группы анонимной поддержки с модерацией психолога в чатах мессенджеров, например, Telegram. За рубежом нарабатан большой опыт ведения клиентских групп взаимопомощи, например, при отказе от курения на 3 месяца.

Для просвещения, снижения напряжения и паники, а также информирования специалистов-психологов, как работать в новых условиях, уже апробированы такие инструменты, как вебинары и онлайн-программы. Также не стоит недооценивать поддерживающие интернет-проекты, использующие текстовые, визуальные средства, видеозаписи, аудио и форматы живых видео-трансляций, например, «Искусство в помощь людям, смотрящим в лицо смерти» в России или Afterdeployment для помощи ветеранам.

Таким образом, инструменты онлайн консультирования и интернет среда помогают справиться с частью рисков и последствий пандемии и самоизоляции для широких слоев населения – безопасно и своевременно.

Литература

1. *Алексин А.Н., Дубинина Е.А.* Пандемия: Клинико-психологический аспект. // АГ. 2020. № 3. С 312–316.
2. *Островский Д.И., Иванова Т.И.* Влияние новой коронавирусной инфекции COVID-19 на психическое здоровье человека (обзор литературы). // Омский психиатрический журнал. 2020. № S2–1 (24).
3. *DiBenigno, J., & Kerrissey, M.* (2020). Structuring mental health support for frontline caregivers during COVID-19: lessons from organisational scholarship on unit-aligned support. *BMJ Leader*. 2020, pp 1–4.
4. *Hwang T., Rabheru K., Peisah C., Reichman W., Ikeda M.* Loneliness and social isolation during the COVID-19 pandemic. *International Psychogeriatrics*, 2020, pp 1–4.
5. *Ornell, F., Schuch, J.B., Sordi, A.O., & Kessler, F.H.* “Pandemic fear” and COVID-19: mental health burden and strategies. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 2020. 42, pp 232–235.

РАЗДЕЛ 2

ПОДГОТОВКА И ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ

Клиническая психология – бурно развивающаяся научная дисциплина и сфера практики. Если на первых этапах ее развития преимущественно решались задачи психодиагностики, то в последние десятилетия стандарты подготовки медицинских психологов включают широкий круг задач в области психологической помощи и психотерапии. При этом неуклонно развивается и сфера психодиагностики, поэтому в данном разделе авторы обсуждают вопросы адекватного применения классических экспериментальных методик патопсихологии и приемов наблюдения, сочетания методов качественного и количественного анализа, обновления устаревшего инструментария, написания заключений. Быстрая смена стандартов подготовки, расширение круга задач, стоящих перед медицинским психологом в разных областях медицины, требуют осмысления широким профессиональным сообществом.

Одной из наиболее острых проблем, которая несомненно волнует сейчас специалистов, собравшихся на эту конференцию, это проблема профессионального статуса медицинского психолога, который неоднократно претерпевал изменения и в настоящее время не соответствует глубине подготовки и широкому кругу задач, который должен решать медицинский психолог. Вопрос, как вернуть медицинскому психологу статус медицинского работника высокой квалификации со всеми полагающимися льготами, несомненно, заслуживает отдельного обсуждения.

В данном разделе собраны тезисы, посвященные перечисленным вопросам. В работе круглого стола «Подготовка и организация деятельности клинических психологов в России и за рубежом» принимают участие российские специалисты и зарубежные гости, которые готовы поделиться своим опытом.

Холмогорова Алла Борисовна, д.псих.н, профессор

*декан факультета консультативной и клинической психологии
ФГБОУ ВО МГППУ, главный научный сотрудник МНИИ психиатрии
(филиал ФБГУ “НМИЦ ПН им. В.П. Сербского),
вице-президент Российского психотерапевтического общества,
член правления Российского общества психиатров*

Зверева Наталья Владимировна, к.псих.н.

*профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития
факультета клинической и специальной психологии ФГБОУ ВО МГППУ;
ведущий научный сотрудник отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ*

Современная практика психологической помощи в работе клинических психологов в Польше

Александрович Мария

Поморский университет в Слупске, Польша
maria.aleksandrovich@apsl.edu.pl

Кардас-Гродзицкая Эмилия

Поморский университет в Слупске, Польша
emilia.kardas-grodzicka@apsl.edu.pl

Ключевые слова: клинический психолог, обучение, актуальные проблемы, психологическая помощь

Modern practice of psychological assistance among clinical psychologists in Poland

Aleksandrovich Maria

Pomeranian University in Slupsk, Poland

Kardas-Grodzicka Emilia

Pomeranian University in Slupsk, Poland

Keywords: clinical psychologist, training, current problems, psychological assistance

Введение. Темп современной жизни, социально-политические изменения, проблемы экологии и здоровья способствовали росту спроса на психологические услуги в Польше. Психологи, работающие в психиатрических клиниках и психолого-педагогических центрах, занимаются широким кругом проблем. Среди них помощь детям и молодёжи: ранняя поддержка развития детей, заключения о необходимости специального обучения, помощь при психомоторной гиперактивности, трудностях в обучении, поведенческих расстройствах, профориентации, семейных проблемах и других индивидуальных проблемах клиентов. Помощь взрослым: лечение людей с психическими расстройствами, решение семейных и воспитательных, брачных и профессиональных проблем. В связи с пандемией коронавируса и резким увеличением спроса на психологическую помощь Национальный Фонд Здравоохранения (NFZ) запустил бесплатную горячую линию. Любой человек в кризисной ситуации может получить профессиональную психологическую консультацию по телефону. В такой ситуации оказание психологической помощи требует высокой профессиональной квалификации.

В этом материале мы предлагаем краткий анализ истории возникновения клинической психологии в Польше, современных требований к образованию клинических психологов, а также форм помощи, предоставляемой психологами в Польше.

История развития клинической психологии в Польше

Истоки современной научной клинической психологии в Польше относятся к моменту, когда в 1891 году Юлиан Охорович (Julian Ochowicz) основал Психологическую секцию при Обществе Врачей и Естествоиспытателей, а в 1916 году вышел журнал «Психология и Медицина» [10]. В 1919 году в Лодзи была основана первая в Польше муниципальная психологическая лаборатория [8]. В 30-х годах XX века, в Варшаве был создан Временный Комитет по Психической Гигиене, а в 1935 году была создана Лига Психической Гигиены, целью которой было предотвращение и борьба с психическими заболеваниями, поддержание здоровья в обществе и приспособление инвалидов к требованиям социальной жизни [10]. В том же году был основан Институт Психической Гигиены, который первым организовал внебольничную помощь нервно и психически больным, так называемую открытую психиатрическую помощь. Также была открыта поликлиника для детей и подростков с нервными и психическими расстройствами. В 1948 г. была основана Польская Психологическая Ассоциация «ППА» (PTP) со штаб-квартирой в Познани [9].

Дальнейшее развитие научной клинической психологии произошло в начале 1960-х годов благодаря конференции клинических психологов и анализу состояния клинической психологии. В ходе этих дискуссий представители кафедры клинической психологии Университета Адама Мицкевича в Познани разработали новую концепцию понимания клинической психологии. Предполагалось, что: 1) клиническая психология не может существовать без собственной теоретической базы, 2) эту теорию нельзя отделить от достижений общей психологии, 3) эта теория должна быть современной, относящейся к теории регуляции адаптивной деятельности, 4) эта теория должна относиться к современному состоянию практики клинических психологов [6]. Чуть позже был издан первый в Польше коллективный учебник клинической психологии Анджея Левицкого (Andrzeja Lewickiego). Созданная в то время основная теоретическая база привела к возрождению этой области психологии и ее интенсивному развитию.

Подготовка клинических психологов в Польше

В настоящее время клиническая психология занимает важное место среди дисциплин, преподаваемых в университетах Польши. С 2018 года в Польше действует новая программа специализированного обучения в области клинической психологии, которую могут реализовать люди со степенью магистра в области психологии. На выбор предлагается четы-

ре направления специализации: клиническая психология психических расстройств у детей и молодёжи, клиническая психология психических расстройств у взрослых, клиническая нейропсихология, клиническая психология соматических заболеваний. Обучение по специализации длится 4 года, включая 2 года специализированной подготовки в базовом блоке и 2 года специализированной подготовки в одном из четырех выбранных конкретных блоков. В соответствии с программой специализации требуется базовая стажировка в размере 1200 часов профессиональной деятельности. После прохождения специальной подготовки в Центральной Экзаменационной Комиссии сдается теоретический (тестовый) и практический экзамены. Благодаря введению этих изменений количество клинических психологов значительно увеличилось, а качество их образования улучшилось [7]. Процедура подготовки специалистов в области клинической психологии и принятые области обучения обоснованы современными стандартами и целями развития, связанными с популяризацией психического здоровья в странах Европейского Союза [5].

Современная практика в работе клинических психологов

В современном мире взаимосвязь между теорией и клинической практикой является постоянной темой для размышлений и решения новых исследовательских, образовательных и практических задач [1]. Анализ литературы и текущих практических проблем показывает, что в Польше все еще необходимо работать над повышением уровня знаний и профессиональных стандартов психологов, использующих психологические инструменты, одновременно повышая требования к психометрическим параметрам этих инструментов; работать над повышением уровня соблюдения стандартов психотерапии в соответствии с требованиями конкретных терапевтических школ, а так же работать над созданием групп экспертов для инициирования исследовательских проектов и продвижения профессиональных и этических стандартов психологов различных специальностей [1; 2; 3].

Что касается решения первой задачи, связанной с повышением уровня знаний и профессиональных стандартов психологов, как мы писали выше, создание новой специализированной программы подготовки в области клинической психологии, несомненно, позволит шаг за шагом решать эту задачу. Современные стандарты клинической практики, в том числе клинические психологи в Польше, ссылаются на постулаты evidence-based medicine ЕВМ и, следовательно, на evidence-based psychological practice ЕВРР. Подобный подход направлен на повышение эффективности диагностических и терапевтических процедур за счет внедрения эмпирически проверенных правил поведения, основанных не только на опыте клинициста, но прежде всего на проверенных достоверных данных и современных научных исследованиях, т.е. высокой профессиональной культуре клинического психолога [1; 2; 3].

Решение первой проблемы идет рука об руку с решением второй задачи, то есть повышением требований к психометрическим параметрам инструментов, используемых клиническими психологами. Существующие стандарты четко определяют, какими компетенциями должен обладать специалист, использующий диагностические инструменты, каковы правила использования выбранных методов и инструментов для диагностики когнитивного, эмоционального, социального и личностного функционирования. В Польше существует несколько издателей этого типа инструментов (например Pracownia Testów Psychologicznych, РТР; Pracownia Testów Psychologicznych i Pedagogicznych, РТПП), а для их использования и интерпретации требуются специальные психологические знания, подтвержденные дипломом о высшем образовании в области психологии и приобретением лицензии. Стандартизированные и/или адаптированные к польским условиям инструменты также публикуются в научных статьях и монографиях [3].

Третью задачу, касающуюся повышения уровня соблюдения стандартов психотерапии в соответствии с требованиями конкретных терапевтических школ, реализуют Польская Психологическая Ассоциация и Польская Психиатрическая Ассоциация.

Психологическая помощь в Польше, естественно, не ограничивается только помощью клинических психологов в области общественного здоровья и психотерапии. Клинические психологи также работают в области кризисной интервенции, групп поддержки, групп самопомощи, тренингов личностного роста, различных типов семинаров, коучинга, педагогической терапии, психологического консультирования, медиации, психообразования и многих других форм [4].

Решение каждой из трех вышеперечисленных задач невозможно без профессиональной работы над четвертой задачей. В Польше это делается путем назначения групп экспертов для оценки психометрической ценности психологических инструментов, создания исследовательских групп или создания междисциплинарных исследовательских групп.

Заключение

Польское профессиональное сообщество стремится к тому, чтобы современный специалист в области клинической психологии в Польше был одновременно исследователем и практиком. Специалистом который ищет взаимосвязи между теорией и клинической практикой, и в своей профессиональной деятельности указывает на необходимость объединения результатов исследований и теории, объединяет знания с результатами исследований и клинической практикой в контексте характеристик клиента [5].

Литература

1. *Cierpialkowski* 2345a L., *Sęk H.* (2015). Wyzwania dla psychologii klinicznej XXI w. *Nauka*, 2, 69–85.

2. *Cierpialkowska L., Sęk H.* (2016). Naukowe i społeczne wyzwania dla psychologii klinicznej. *Roczniki Psychologiczne/ Annals of Psychology*, XIX, 3, 401–418.
3. *Diagnoza kliniczna* (2020). http://psychologia-konsultanci.pl/?page_id=969
4. *Formy pomocy psychologicznej* (2018). <https://notatkiterapeutyczne.pl/formy-pomocy-psychologicznej-22b423056481>
5. *Izydorezyk, B.* (2016). Psychologia kliniczna – specjalizacja mająca zastosowanie w ochronie zdrowia. *Folia Psychologica*, 20, 31–43.
6. *Obuchowski K.* (1965). Analiza i ocena stanu psychologii klinicznej w dwudziestym roku Polski Ludowej. *Przegląd Psychologiczny*, 10, 114–139.
7. Program szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie Psychologii Klinicznej, Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa, 2018; https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2020/01/006-Psychologia_kliniczna-podstawowy-2018-1.pdf
8. *Skłodowski H., Rytch S.* (2006). Dzieje psychologii łódzkiej w latach 1918–2005. Łódź: PTP.
9. *Stachowski R.* (2000). Historia psychologii od Wundta do czasów najnowszych, [W:] J. Strelau (red.) *Psychologia. Podręcznik akademicki. Podstawy psychologii*, t. 1. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 25–66.
10. *Tylka, J.* (2004). Kilka refleksji „O początkach i rozwoju psychologii klinicznej”. *Studia Psychologica*, 5, 363–373.

Интервизия как метод поддержки специалистов, помогающих наркозависимым в РПЦ в условиях пандемии

Бердичевский А.А.

Православный центр помощи наркозависимым

«Реабилитация Live», Москва, Россия

berdichevsky.alexey@gmail.com

Ключевые слова: интервизия, профессиональное выгорание, профилактика выгорания, реабилитация наркозависимым, командообразование

Intervision as a method of supporting specialists helping drug addicts in the Russian Orthodox Church in a pandemic

Berdichevsky A.A.

*“Rehabilitation Live” Orthodox Christian
Drug and Alcohol Rehab, Moscow, Russia*

berdichevsky.alexey@gmail.com

Keywords: intervision, professional burnout, burnout prevention, rehabilitation for drug addicts, team building

Проблема профессионального выгорания крайне актуальна для специалистов, работающих с тяжелыми категориями клиентов. В эпидемиологических условиях современности ее важность существенно возрастает. В связи с этим необходимой является своевременная профилактика данного синдрома в работе практиков, оказывающих помощь людям, столкнувшимся с проблемой зависимости от психоактивных веществ (ПАВ), в том числе и в церковной среде [2].

В православной системе помощи семьям, столкнувшимся с проблемой зависимости, к решению сопутствующих проблем Церковью привлекаются и специалисты помогающих профессий: психиатры, психологи, соцработники.

К числу наиболее эффективных методов профилактики профессионального выгорания и объединения команды специалистов относятся супервизии и интервизии. К сожалению, ввиду некоторых социально-экономических факторов в условиях современного мира получение супервизорской поддержки доступно не всем, поэтому интервизии являются более приемлемым для православных специалистов в разных субъектах Российской Федерации.

Целью данной статьи является описание модели интервизии, используемой в Православном центре помощи наркозависимым «Реабилитация Live».

Православный центр помощи наркозависимым «Реабилитация Live» работает в амбулаторном формате для помощи людям, столкнувшимся с проблемой зависимости от ПАВ, и членам их семей. Помощь оказывается священниками Русской Православной Церкви, психологами и консультантами по химическим зависимостям.

В работе центра интервизия понимается как метод групповой поддержки равных по уровню специалистов, занимающихся оказанием помощи людям, страдающим от употребления ПАВ, с целью развития профессиональных компетенций, профилактики выгорания и сплочения терапевтической команды.

Группы интервизий проводятся как очно, так и в режиме видео конференций, что особенно актуально во время пандемии.

Главной целью проведения интервизий является групповая поддержка специалистами друг друга в преодолении трудностей, возникающих в работе центра.

К основным задачам относятся:

- помощь специалистам в решении трудных профессиональных ситуаций;
- обозначение личных проблем, сказывающихся на рабочем процессе;
- обучение новым навыкам помощи клиентам организации;
- профилактика профессионального выгорания;
- объединение команды специалистов;
- расширение сферы профессиональных контактов.

Основными принципами проведения групп интервизий [3] являются:

- опора на православные духовно-нравственные ценности;
- отсутствие иерархических отношений между ее участниками;
- обеспечение конфиденциальности прозвучавшей информации;
- максимальное обеспечение открытости и искренности самовыражения участников.

Правила, обеспечивающие достижение поставленной цели:

- отсутствие категоричности суждений;
- общение на равных;
- взаимоуважение участников друг к другу;
- внимательное слушание коллег;
- пребывание «здесь и сейчас»;
- активная рефлексия процесса интервизии;
- свобода выражения рекомендаций в рамках православной системы мировоззрения;
- свобода выбора рекомендаций и ответственность за свой выбор.

Структура интервью основана на модели, используемой в Православных приходских семейных клубах трезвости [1] и включает:

1. определение актуального состояния участников интервью и оглашение запросов на обсуждение;
2. выбор рабочего запроса путем голосования;
3. подробное представление вопрошающим своего запроса коллегам;
4. уточняющие вопросы участников с целью проверки гипотез для дальнейших рекомендаций;
5. представление рекомендаций участниками интервью вопрошающему с пояснением их логики;
6. подведение ведущим итогов интервью с оглашением всех рекомендаций;
7. обратная связь по итогам интервью.

Проведение интервью помогает не только взаимообогащению методического арсенала специалистов благодаря междисциплинарному взаимодействию, но и способствует поддержанию единства специалистов в условиях вынужденной разобщенности.

Дистанционный формат работы помогает взаимодействию со специалистами, оказывающими помощь наркозависимым при РПЦ во всех субъектах Российской Федерации.

Перспективными представляются периодические модификации структуры проведения интервью путем интерграции в нее различных психотерапевтических элементов, например, арт-терапевтических или психодраматических, которые могли бы увеличить терапевтический потенциал этих групп.

Литература

1. *Бабурин А.Н.* Семейные клубы трезвости как метод реабилитации в системнаркологической помощи: учебно-методическое пособие / [А.Н. Бабурин и др.] М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2016. 112 с.
2. *Кезикова И.З., Хомяков А.Г.* Эмоциональное выгорание священнослужителей Русской Православной Церкви // Новое в психологопедагогических исследованиях. 2017. № 2. С. 101–108.
3. Руководство по проведению интервью [Электронный ресурс]. – Управление ООН по наркотикам и преступности – 10.04.2015. Режим доступа: http://www.unodc.org/documents/balticstates/Library/PharmacologicalTreatment/IntervisionGuidelines/IntervisionGuidelines_RU.pdf

О значении феноменологического и герменевтического анализа в организации патопсихологического исследования и в обучении патопсихологов

Бурлакова Н.С.

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

naburlakova@yandex.ru

Олешкевич В.И.

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

ov-6161@mail.ru

Ключевые слова: патопсихология, развитие, профессиональная культура, патопсихологическая диагностика, коррекция, психологическая помощь, герменевтика, феноменология

Significance of Phenomenological and Hermeneutical Analysis in Organization of Pathopsychological Study and in Pathopsychological Training

Burlakova N.S.

Lomonosov Moscow State University, Russia

Oleshkevich V.I.

Scientific-Practical Children's Mental Health Centre

n.a. G. Sukhareva of Moscow City Department of Healthcare, Russia

Keywords: pathopsychology, psychological development, professional culture, pathopsychological diagnostics, correction, psychological aid, hermeneutics, phenomenology

Необходимость освоения ранее не развивавшихся в России научных идей и методов зарубежной клинической психологии, завладевшая вниманием патопсихологов после падения «железного занавеса», оттеснила задачу развития собственной научной традиции, заложенной в школе Б.В. Зейгарник [2]. И на сегодняшний день не удалось прийти к общей консолидации представлений о дальнейшем направлении развития патопсихологии. Такое состояние патопсихологии требует более глубокого системного анализа и на его основе построения новой современной систематики построения патопсихологических задач, а также системной их соорганизации.

Такая систематизация требует более строгого, на основе достижений современной психологической науки, анализа традиционных устоявшихся форматов патопсихологического исследования. Например, таких его форматов как подтверждение психиатрического диагноза и внесение научно-психологического вклада в его доказательность, дифференциально-диагностического исследования и т.п. Но вместе с тем сегодня патопсихологическое исследование, помимо предоставления психологических данных, подтверждающих, дополняющих или обосновывающих психологическую дифференциацию врачебного диагноза, может добавить еще и некоторое описание психологической организации функционирования и развития определенного расстройства, в том числе и описание психологических механизмов воспроизводства данного расстройства, раскрытие общих структурных характеристик психического дизонтогенеза, работы психики в ситуации болезни и т.д.

С этой целью мы прибегли к изучению дальнейших возможностей традиционных патопсихологических методик в исследовании внутреннего мира пациента. Согласно Б.В. Зейгарник, общепринятым положением в ходе патопсихологического обследования был учет данных наблюдения за пациентом в ходе исследования, извлечение косвенных данных, которые предоставляет пациент в ходе выполнения соответствующих клинико-психологических испытаний [1]. Однако в полной мере это систематизировано не было. В этой связи нами были введены дополнительные параметры в исследовательскую процедуру или дополнительные оси анализа, такие как ось косвенных данных по левиновскому типу экспериментирования, ось экстерииоризации внутреннего опыта, ось проекции и возможностей управления получением проективного материала и т.п. [2].

Далее нами была поставлена задача своеобразного микроанализа патопсихологического исследования на материале модификации отдельной применяемой в нем методики («Заполнение пробелов в тексте»), с той целью, чтобы изучить возможности извлечения максимального результата, который можно получить из применения конкретной методики, но не только учитывая прямые результаты ее выполнения, но также и всю совокупность косвенных данных для дальнейшей методической рефлексии этой исследовательской процедуры. Для этого мы были вынуждены перейти на феноменологическую позицию в исследовании, рассмотреть, как в процессе выполнения методики функционирует внутренний мир пациента вместе со всей его динамикой и механизмами воспроизводства внутренних идентификаций, их проявлений во внешних диалогах, как он артикулируется в речи пациента. Таким образом как бы «ухватываясь» за речевые репрезентации, стало возможным использовать также и герменевтический анализ речевых высказываний пациента, шаг за шагом продвигаясь ко все более глубокому постиже-

нию функционирования его внутреннего мира. Подчеркнем, что эта работа происходила в формате традиционной методологии проведения патопсихологической методики в рамках традиционного патопсихологического исследования [3]. Но помимо традиционных результатов мы в этом случае получали большую группу данных совершенно нового и нетипичного для традиционного исследования типа.

Таким образом на основе этих разработок была введена в патопсихологическую работу задача учета и специального анализа внутреннего мира пациента в условиях выполнения патопсихологических методик. Был сделан вывод, что при проведении всякой патопсихологической методики этот пласт внутреннего опыта так или иначе существует, проявляется, и его выраженность всегда может быть усилена посредством соответствующих методических ориентаций и средств. На этой основе практически любую патопсихологическую методику помимо ее прямого назначения непосредственного испытания психических функций можно рефлектированно, методично и целенаправленно использовать как источник информации о внутреннем опыте пациента. Но для анализа такого рода данных требуется вхождение психолога в функционирование внутреннего мира пациента, занятие внутренней феноменологической позиции по отношению к этому миру, умение соответствующим образом использовать герменевтические методики для анализа речевой продукции пациента, анализировать цепь его речевых высказываний. Таким образом феноменологический и герменевтический анализ методически вводятся в арсенал патопсихологического исследования [3].

С нашей точки зрения, эти выводы можно осмыслить и методически, сделав на этой основе определенные учебно-методические предложения в отношении образования патопсихологов. Любая кризисная ситуация (карантинные меры в условиях пандемии) имеет свои плюсы и минусы, в частности, удалось осознать ряд недостатков традиционной подготовки психологов. Когда в ситуации практикума по патопсихологии студенты знакомились с действием патопсихологических методик в условиях работы с психиатрическими пациентами, то это не всегда приводило к пониманию и усвоению характера работы этих методик. Такое исследование воспринималось преимущественно по естественно-научной схеме: есть исследователь и есть пациент, который выступает для исследователя в качестве объекта изучения. На важных способностях вчувствования, вживания во внутренний мир пациента, его понимания это не сказывалось. В этой связи студенты с трудом понимали также и работу самих патопсихологических методик, в особенности значение косвенных данных, которые отображались при их применении, различных способов проявления внутреннего мира в ходе исследования и пр.

В связи с этим можно предложить иной формат обучения работе с патопсихологическими методиками, с одной стороны, подходящий

для ситуации карантина, но с другой стороны, делающий обучение более успешным, поскольку это обучение, опирающееся на материал и анализ собственного опыта и личных переживаний, используя отчасти терапевтическую традицию. Таким образом мы переносим акценты с пациента на наблюдение за работой самого психолога, понимание того, что он делает, какие аналитические процедуры он должен освоить, какие поведенческие навыки он должен здесь приобрести и т.п. В этой ситуации можно использовать видеозапись и ее анализ с целью рефлексии своей работы, обмен опытом между студентами группы, смену ролей, когда каждый какое-то время должен побыть как в позиции пациента, так и в позиции психолога, и достижения на этой основе более глубокого понимания различных состояний пациента, способов прямых и косвенных артикуляций его внутреннего опыта в ходе исследования.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. 289 с.
2. *Бурлакова Н. С.* Патопсихологический эксперимент: методология и перспективы // Вопросы психологии. 2014. № 3. С. 3–14.
3. Практикум по патопсихологии. Под ред. Б.В. Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В. Лебединского. М.: Изд-во МГУ, 1987. 184 с.
4. *Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И.* Объективная и феноменологическая позиции в патопсихологическом исследовании пациента. Сообщение 1. Сообщение 2 // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия Психология. 2017. Т. 10, № 1С.46–54; № 2 С. 25–35.

О формате патопсихологической диагностики на основе культурно-исторической детской патопсихологии

Бурлакова Н.С.

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

naburlakova@yandex.ru

Олешкевич В.И.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП

им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» Москва, Россия

ov-6161@mail.ru

Ключевые слова: патопсихология, развитие, патопсихологическая диагностика ребенка, естественный эксперимент, наблюдение, беседа

Pathopsychological Diagnostics on the Basis of Cultural-Historical Children's Psychology and Its Forms

Burlakova N.S.

Lomonosov Moscow State University, Russia

Oleshkevich V.I.

Scientific-Practical Children's Mental Health Centre

n.a. G. Sukhareva of Moscow City Department of Healthcare, Russia

Keywords: pathopsychology, psychological development, pathopsychological diagnostics in children, natural experiment, observation, conversation

Согласно нашим исследованиям одним из наиболее продуктивных форматов патопсихологической диагностики в детской психиатрической клинике является формат патопсихологического исследования на основе разработки детской культурно-исторической патопсихологии. Такой подход к патопсихологическому исследованию предполагает отказ от сугубо срезового диагностического анализа (отделения нормы от патологии, фиксации умственной отсталости и пр.), а также уход от еще характерного для патопсихологического исследования атомистического видения ребенка. Здесь необходимо изучать ребенка в процессе его развития, а также видеть развитие как процесс, причем процесс принципиально социальный. В таком случае мы не можем и не имеем экзистенциального права понимать ребенка натурально, а

должны понимать его генетически, социально – как элемент социальной системы и социальных отношений. То есть необходимо изучать развитие ребенка в контексте социального общения, взаимодействия «ребенок-мать», «ребенок-семья и ближайшее социальное окружение» и т.д. Это предполагает умение изучать и анализировать социальную и личную историю ребенка, психологический анамнез, развитие детского самосознания в онтогенезе, формирование внутренних диалогов самосознания из социальных межличностных отношений, характера социальных отношений и социальной среды и т.д.

Такой же диалогический аспект несет в этом случае и организация клиничко-психологической беседы с ребенком, членами семьи, опекунами, окружением, а также организация наблюдений за ребенком и его отношениями с этой средой, в том числе и в процессе проведения клиничко-психологической беседы. Другими словами, как материал анамнеза, так и материал клиничко-психологической беседы и наблюдения за ребенком в процессе беседы в данном исследовании представляют собой диалогический материал, требующий расшифровки, анализа, а затем представления в психологическом заключении в виде описания внутренних диалогов самосознания ребенка вместе с определением их патологии, дисфункций и пр., определяющих направление возможных и необходимых коррекционных задач.

Обратим внимание, что в этом случае мы формулируем психологические заключения, описываем социальное окружение ребенка, строим коррекционную программу его развития практически на одном и том же языке, на языке диалога, поскольку некоторое специфическое нарушение общения является специфической причиной неправильного или недостаточного развития. Эти особенности развития психики ребенка тоже содержатся в виде определенных свернутых внутренних диалогов. Также и коррекцию развития ребенка мы проектируем в виде организации некоторого специфического общения с определенной целью.

Здесь детская патопсихология обязательно рассматривается в контексте психологии развития. Необходимо сказать, что при таком сугубо практическом соприкосновении друг с другом (патопсихология и психология развития) могут только взаимно и существенно обогатить друг друга и обогатиться сами. Психология развития может понять всю неисчерпаемость и многообразие вариаций развития, происходящего на различных органических основах, в ситуациях разного рода «поломок» организма, а патопсихология сможет более тонко и дифференцированно уяснить тот факт, что все, что попадает в социальное пространство подвержено развитию, и что всякое патопсихологическое явление можно увидеть как развивающееся психосоциальное образование, как явление внутри определенных социальных и внутренне-психических диалогов, как явление психической компенсации в ответ на различного

рода социальные, эндогенные и экзогенные фрустрации, как способы преодоления, совладания, адаптации или же неудачные попытки самоизлечения, о чем уже хорошо знали основоположники современной западной клинической психологии (Фрейд, Адлер, Юнг).

Такой подход предполагает возможность введения целого ряда радикальных изменений в организацию патопсихологического исследования. Хотя еще Б.В. Зейгарник настаивала на значимости перед началом патопсихологического исследования предварительного изучения врачебного анамнеза, говорила даже о возможном участии психолога в составлении такого анамнеза [1], но до сих пор в детской патопсихологии существует не много проработок проблемы работы психолога с анамнезом. И здесь речь идет, с нашей точки зрения, не столько о проблеме собирания анамнеза, его доскональности, точности, объеме, но прежде всего о самой технике работы с ним и возможностях извлечения соответствующих данных в том числе из врачебных анамнезов, или анамнезов, получаемых в результате кратковременной встречи с родителями ребенка, или его опекунами. На наш взгляд, проблема состоит в формировании у психолога аналитических навыков по отношению к базовой информации из доступных анамнестических данных, информации с одной стороны, об органических основах развития ребенка, а с другой стороны, об особенностях его социального окружения на протяжении онтогенеза, и с третьей стороны, информации об устройстве внутреннего мира ребенка. Выделение работы с анамнезом в одну из центральных групп аналитических навыков можно пояснить одной аналогией из развития европейской психотерапии. Когда-то Фрейд провозгласил перенос центральным лечебным средством, и вынужден был ожидать развития и разворачивания переноса достаточно длительное время. Последующие аналитики, стремясь сократить время терапии, пытались далее разрабатывать аналитическую технику. Например, уже Адлер предложил вместо длительного ожидания, раскрытия и анализа переносных чувств анализ первых воспоминаний пациента. Он предположил, что в этих впечатлениях в свернутом виде содержится вся проблемная история последующей жизни данного человека. Нечто подобное с нашей точки зрения может произойти посредством культурно-исторической разработки анамнеза аномального ребенка.

Следующим направлением методологической разработки патопсихологического исследования в детской психиатрической клинике должны стать анализ наблюдений за ребенком как в амбулаторных условиях, так и в стационаре. Но речь здесь идет не столько о традиционном способе наблюдения, сколько о наблюдениях за характером и способами социальных взаимодействий ребенка. Все эти наблюдения можно свести к диалогическому анализу поведения ребенка в условиях клинического естественного эксперимента. В этом отношении такого рода наблюдения,

их организацию, а также соответствующие данные, полученные в этих условиях, можно свести к условиям естественного эксперимента и далее разрабатывать в патопсихологическом исследовании методологию такого рода. Она является особенно востребованной в сочетании с данными проб и методик, полученных в условиях патопсихологического эксперимента [1]. В такой естественный эксперимент может быть встроена также и организация клинической беседы с ребенком [2]. Именно на такой первоначальной основе могут иметь более дифференциальное значение использование конкретных патопсихологических методик, причем их использование по отношению к детям мы можем тоже максимально приблизить к условиям естественного эксперимента.

Из такого рода полученных данных вырисовывается, конечно, и заключение об особенностях развития ребенка и специфике нарушений этого развития, принципиально отличающегося от традиционного натуралистического и срезового психологического заключения. Это те психические содержания, которые можно целенаправленно корректировать.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: МГУ, 1986.
2. *Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И.* Развитие практики и методологии патопсихологического эксперимента (традиция московской школы патопсихологии). Монография. Издание поддержано РФФИ. М: МГУ, 2020 (в печати).

О статусе медицинского психолога, работающего в системе здравоохранения

Еремина Е.К., Прибылова Т.Н.

*ГБУ РО «Областная клиническая психиатрическая
больница им. Н.Н. Баженова», г. Рязань, Россия
rokpb@mail.ru*

Ключевые слова: медицинский работник, медицинский психолог, статус, профессиональные квалификационные группы

About the medical psychologist status in the healthcare system

Eremina E. K., Pribylova T. N.

*GBU RO «Regional clinical psychiatric hospital
named After N. N. Bazhenov», Ryazan, Russia*

Keywords: clinical sychologist, status, professional qualification groups

На сегодняшний день достаточно остро встает вопрос об определении статуса медицинского психолога, работающего в системе здравоохранения, поскольку основной нерешенной проблемой на данный момент остается явное рассогласование содержания профессиональной деятельности медицинского психолога и того, каким образом содержательная сторона этой деятельности отражается в нормативных документах. Как на федеральном, так и на региональном уровне в настоящее время отсутствуют непротиворечивые нормативные акты, устанавливающие статус медицинского психолога адекватно характеру его профессиональной деятельности. Более того, зачастую, особенно на региональном уровне, ставится под сомнение само участие медицинских психологов в процессе реализации медицинских услуг.

Ранее в Общероссийском классификаторе профессий, должностей служащих и тарифных разрядов (ОКПДТР) от 10.06.1999 г. для должностей медицинских психологов было установлено соответствие базовой группе «Врачи» (код 2221). Это означало, что медицинские психологи при исполнении своих должностных обязанностей участвуют в лечебном процессе и их статус приравнен к статусу врача. Впоследствии Министерством здравоохранения и социального развития РФ в приказе 149н от 31.03.2008 г. « Об утверждении профессиональных квалификационных групп должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг» должности медицинских психологов были отнесены к должностям специалистов 3 уровня в уч-

реждениях здравоохранения и осуществляющих предоставление социальных услуг (второй квалификационный уровень).

Между тем на практике содержание профессиональной деятельности медицинских психологов, работающих в системе здравоохранения, по сравнению с 1999 годом несколько не изменилось, а даже расширилось. Должности медицинских психологов появились в самых разных медицинских учреждениях и медицинские психологи, работающие в системе здравоохранения оказывают не социальные, а медицинские услуги. В Приказе Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1183 н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» медицинский психолог относится к категории медицинских работников и относится к должностям специалистов с высшим профессиональным (немедицинским) образованием. Так, например, в Приказе Минздрава РФ от 20.12.2012 № 1220 н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи в условиях психоневрологического диспансера» прописано участие медицинских психологов на всех этапах лечебного процесса: диагностика, консультирование, коррекция, реабилитация. Психолог осуществляет экспертные задачи. Данный приказ однозначно определяет, что медицинские психологи, наряду с врачами, участвуют в лечебном процессе.

Главной же проблемой для однозначного определения профессиональной деятельности психолога как медицинского работника является именно включение его по ПКГ (профессиональным квалификационным группам) к разделу должностей работников, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг, поскольку на практике местными чиновниками профессиональная деятельность медицинского психолога трактуется как оказание социальных услуг, что отражается не только на статусе, но и на должностном окладе. Бывали случаи, когда в трудовом соглашении медицинский психолог указывался как «немедицинский работник», несмотря на то, что в трудовой книжке должность именуется как «медицинский психолог».

В связи с этим секцией медицинских психологов Рязанской области были предприняты неоднократные попытки донести существующую проблему чиновникам Минздрава РФ, Министерства труда и социальной защиты, профсоюза работников здравоохранения РФ, главному внештатному специалисту по медицинской психологии Минздрава РФ. Получены ответы только из Минздрава РФ, которые не удовлетворили наши профессиональные ожидания.

В ответе заместителя директора Департамента медицинского образования и кадровой политики Н.З. Ковязиной от 08.12.2014 г. было сказано, что Минздравом РФ подготавливаются предложения по внесению изменений в ПКГ должностей медицинских и фармацевтических работников (приказ Минздравсоцразвития России от 31.03.2008 № 149н),

но в ответе от 23.01.2018 г на наше очередное обращение Н.В. Ковязина сообщает, что «...по итогам обсуждения было принято решение не вносить в профессиональные квалификационные группы должностей медицинских работников должности медицинских работников с высшим немедицинским образованием, имея в виду следующее: должность «медицинский психолог» отнесена ко второму квалификационному уровню профессиональной квалификационной группы «Должности специалистов третьего уровня в учреждениях здравоохранения и осуществляющих предоставление социальных услуг» специалистов с высшим образованием, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 31.03.2008 № 149н, должности «врачей-специалистов» профессиональной квалификационной группы «Врачи и провизоры» специалистов с высшим образованием, утвержденной приказом Минздравсоцразвития России от 06.08.2007 № 526, также отнесены ко второму квалификационному уровню».

Такой ответ не может удовлетворить, поскольку врачи-специалисты и провизоры относятся ко второму квалификационному уровню группы «Врачи и провизоры» в разделе ПКГ должностей медицинских и фармацевтических работников, а медицинский психолог – тоже ко второму квалификационному уровню, но профессиональной квалификационной группы «Должности специалистов третьего уровня в учреждениях здравоохранения и осуществляющих предоставление социальных услуг».

Мы считаем, что подобная двойственность подрывает значимость деятельности медицинских психологов, вредит оказанию качественных услуг и не способствует полноценной реализации профессиональных задач, поставленных перед медицинскими психологами, является препятствием к развитию медико-психологической помощи в системе здравоохранения, ставит под сомнение само участие медицинских психологов в процессе реализации медицинских услуг, хотя психологи в условиях пандемии наряду с другими медицинскими работниками не прекращали оказывать свои профессиональные услуги в поликлиниках, больницах, медицинских центрах.

Медицинский психолог в своих требованиях имеет право обратиться и к статье 144 Трудового кодекса Российской Федерации, которая гласит: «Профессиональные квалификационные группы – группы профессий рабочих и должностей служащих, сформированные с учетом сферы деятельности на основе требований, которые необходимы для осуществления соответствующей профессиональной деятельности». Указанная статья закона нарушается в отношении должности «медицинский психолог», т.к. при отнесении ее к квалификационной группе «Должности специалистов третьего уровня в учреждениях здравоохранения и оказывающих социальные услуги» неверно определяется сфера его профессиональной деятельности.

Таким образом, считаем необходимым включить должность «Медицинский психолог» в профессиональную квалификационную группу «Должности медицинских и фармацевтических работников», чтобы привести в соответствие реально осуществляемую много лет медицинскими психологами профессиональную деятельность, ее содержательную сторону нормативным документам, регулирующим статус и оплату труда медицинского психолога.

Оказание психологической помощи во Франции в частном порядке

Жукова-Луцкео Е.

Кабинет практического психолога.

Социальный психолог, психолог педагог, президент ассоциации по психологической и адаптационной помощи русскоговорящему населению во Франции, Париж, Франция

jukova.psy@gmail.com

Ключевые слова: частный психолог, психотерапия, частный предприниматель, дополнительная медицинская страховка, обязательная медицинская страховка, биржа труда

Psychological care in France in private

Zhukova-Lushcheko E.

Practical psychologist's office.

Social psychologist, educational psychologist, president of the Association for Psychological and adjustment assistance to the Russian-speaking population in France, Paris, France

Keywords: private psychologist, psychotherapy, private entrepreneur, supplementary medical insurance, compulsory medical insurance, labor exchange

На сегодняшний день во Франции возможно работать психологом и психотерапевтом, как в государственных учреждениях (госпиталь, биржа труда и пр.), так и в частном порядке (клиника, частный кабинет – entrepreneur). Для этого и в том, и в другом случае надо иметь диплом специалиста. Если данный диплом получен в другой стране, то следует его перевести (вкладыш с оценками и изученными предметами) у присяжного переводчика, после чего заверить печатью – апостиль. Далее, диплом иностранца отправляется письмом (с переводами) в организацию, которая будет некоторое время рассматривать досье и принимать решение, возможна ли для данного человека практика, или же ему надо дополнительно пройти обучение.

Чтобы открыть кабинет частного психолога, надо получить номер ADELI. Это формальная процедура, но она необходима. Чтобы получить звание психотерапевта, надо пройти 400-часовое образование в области клинической психологии и подтвердить его 5-ти месячным стажем. Когда все процедуры будут закончены, возникает дилемма, как же теперь находить клиентов?

Один из вариантов, наиболее распространенный для кабинета частного психолога, зарегистрироваться на официальном медицинском сайте «Doctolib». Через данный сайт клиенты находят специалистов, в которых нуждаются и записываются на прием (дата, время). Клиент выбирает через приложение «Doctolib» нужное ему время, которое так же возможно для психолога и психотерапевта. Это очень удобно: экономит время, помогает как клиенту, так и психологу в организации встречи. Есть и минусы данного подхода: клиент может не прийти в указанное время на встречу и не сообщить об этом, хотя в приложении «Doctolib» есть функция об аннулировании встречи или же переноса. Таких ситуаций не возникает при обращении клиента по рекомендации («сарафанное радио»). Такие клиенты всегда сообщают о переносе встречи или же об ее аннулировании. Минусы «сарафанного радио» – малое количество клиентов.

Так же во Франции есть еще несколько сайтов, куда можно подать заявку на поиск клиентов, это: «Привет Париж», «Здоровье в Париже», «Maxim and Co», но это касается непосредственно только наших соотечественников. Эти сайты на русском языке и зачастую направлены на помощь людям, которые плохо владеют французским языком и поэтому ищут русскоговорящего специалиста. Или же, можно столкнуться с тем, что человеку комфортнее общаться и выговариваться с соотечественником, так как он чувствует себя более понятым, когда обсуждает проблему с человеком одной с ним ментальности. В последнем случае это проблема адаптации в стране проживания, в ее культуру, среду, обычаи и традиции [2].

Часто, смешанные по национальности семейные пары (он – француз, она – русская), сталкиваясь с различиями в воспитании детей, с точки зрения традиций в стране, где родились и жили (например, время приучения ребенка к горшку, отказ от памперсов, отказ от пустышки, брать с собой в дет. сад ребенку любимую игрушку и сосать ее и пр.). «Ребенку, чтобы хорошо развиваться, нужно находиться на периферии группы своих родителей, а не составлять их центр» – Ф. Дальто. [1]

Так же существуют различия в национальных традициях распределения бюджета и организации быта, так же русскоговорящая женщина (чаще, чем мужчина) ищет психолога – соотечественника, чтобы вместе с супругом (французом), разобраться, как им найти «золотую середину» и преодолеть разницу менталитетов. К проблемам национального характера обращался еще представитель Просвещения Клод Адриан Гельвеций (1715–1771) – французский литератор и философ материалист утилитарного направления. В книге «О человек», есть раздел “Об изменениях, происшедших в характере народов, и о вызвавших их причинах”, где рассматриваются характерные черты народов, причины и факторы их формирования. “Вся человеческая жизнь – непрерывное воспитание”. Под воспитанием Гельвеций понимал не только влияние

педагогов, но и воздействие на ум человека таких внешних факторов, как форма правления, нравы народа, случайные события (к воспитательным людям относятся и испытываемые ими ощущения).

Во Франции можно встретить людей пожилого возраста, выходцев из бывшего Советского Союза, но которые прожили лет 30–50 уже во Франции, и теперь из-за смерти супруга или же супруги, оставшись одинокими (нет детей, или же дети живут в другой стране), ищут поддержки со стороны русскоговорящих психологов. Франсуаза Дальто в книге “На стороне ребенка” пишет: «Тот факт, что стариков от детей отделяет два поколения, уменьшает давление власти и увеличивает желание общаться», не всегда на практике находит свое воплощение [1].

Можно встретить людей из данной возрастной группы, которые по состоянию здоровья не могут уже совершать длительные путешествия (например, перелет в Россию), но они испытывают глубокую тоску по Родине, и для них также очень важно общаться с психологом соотечественником.

Что касается государственной сферы работы психолога, то как и было указано ранее, это – госпиталь, биржа труда (Pole Emploi). В госпитале отдают предпочтение при приеме на работу клиническим психологам. На бирже труда (Pole Emploi) рекомендуют своим сотрудникам-психологам, чтобы они больше посетителей направляли на психологическую помощь (психолог по ориентации). На бирже труда есть план по выполнению психологами данной задачи.

Хорошо работает во Франции социальная служба по помощи детям с психологическими и психическими расстройствами школьного возраста. Эти дети могут учиться в обычной государственной школе с другими детьми, имея с собой (по желанию родителей), сопровождение. Это человек, который на уроке сидит рядом с ребенком и помогает ему ориентироваться в учебном процессе. Другим детям в классе сообщают, что этот ребенок нуждается в помощи, и классный руководитель просит, чтобы дети были вежливые с ним, брали в свои игры на перемене (если тот захочет) и оказывали ему посильную помощь. Как правило, дети выполняют просьбу учителя. Так же есть некоторые частные школы, где набираются классы детей с психологическими и психическими проблемами и для них организованы специальные программы. К таким школам относится авторитетное частное учебное заведение в Париже, которое называется Stanislas, где очень жесткий отбор для детей, не имеющих проблем с психическим здоровьем.

А теперь несколько слов о том, как происходит оплата сеансов по психологической и психотерапевтической помощи. Частный психолог сам определяет сумму, которую он будет брать за встречу с клиента, опираясь на сумму, которые берут за работу его коллеги. Данную сумму он декларирует и каждый месяц обязан платить налог с заработан-

ного, что составляет 22 % (entrepreneur). Клиент же, в свою очередь, платит оговоренную сумму за встречу со своего банковского счета или же наличными, а в дальнейшем, если у него есть к основной страховке дополнительная (mutuelle), то ему будет возврат затраченных средств, в зависимости от условий контракта страховки. Как правило, в дополнительной медицинской страховке редко бывает автоматически включена опция «частный психолог», только если это не самые крупные страховые компании. Чаще всего, клиент просит у страхового агента включить вышеуказанную опцию, за что дополнительно надо будет доплачивать (за доп. мед. страховку платят, в зависимости от условий контракта и самой страховой компании). Если страховая компания включает данную опцию, то затем возврат денег клиенту происходит на его банковский счет. Клиенту может быть возвращено 100 % за 5 встреч за год, может быть возвращено 70 % за 10 встреч в течение года, т.е. каждая страховая компания производит возврат денег, исходя из своего функционирования.

Государство, за редким исключением, не предоставляет бесплатные услуги психолога и психотерапевта. Обязательная медицинская страховка возвращает затраты на психиатрическую помощь, а психологическая помощь от государства, может быть предоставлена один раз в месяц в кризисных ситуациях, таких как: попытка суицида, нервная анорексия, депрессия и пр. На практике такой помощи недостаточно, и если у человека есть материальные средства, то он обращается в частном порядке к специалисту.

Думаю, что для решения данной проблемы, было бы хорошим выходом создать ассоциацию по психологической помощи при поддержке государства, тем более что во Франции хорошо развита социальная поддержка для дополнительных занятий (кружки) для детей дошкольного и школьного возраста.

Литература

1. *Дальто Ф.* На стороне ребенка. Третье издание: Екатеринбург: Рама Пабблишинг, 2015.
2. *Мандель Б.* Этнопсихология. Учебное пособие. М: издательство: Флинта, 2020.

Патопсихология, ее структура и методология (Из опыта преподавания патопсихологии)

Зябкина И.В.

*Крымский федеральный университет
им. В.И. Вернадского, Симферополь, Россия*
irinazyabkina@yandex.ru

Ключевые слова: Б.В. Зейгарник, патопсихология, структура деятельности, механизмы знаково-символического опосредования

Pathopsychology, Its Structure and Methodology (From the Experience of Teaching Pathopsychology)

Zyabkina I.V.

*V.I. Vernadsky Crimean Federal University,
Simferopol, Russian Federation*
irinazyabkina@yandex.ru

Keywords: B.W. Zeigarnik, the pathopsychology, the structure of activity, the mechanisms of the sign and symbolic mediation

Патопсихология – удивительно четко выстроенная наука. Каждый ее отдел отражает структуру деятельности и раскрывает нарушения психики на разных уровнях организации деятельности. Б.В. Зейгарник, создавшая основу, базис отечественной патопсихологии, отмечала неразрывную связь патопсихологии с теорией деятельности, но акцент делала скорее на идее опосредования в понимании механизмов психики, взаимном подтверждении теоретических положений, использовании идентичных методов исследования, а не на логике построения самой патопсихологии.

Структура патопсихологии как науки, и как учебного предмета, построена с опорой на структуру деятельности. Для психологов, работающих в рамках культурно-деятельностного подхода, хорошо известно, что деятельность включает операционально-техническую, личностно-мотивационную стороны и разворачивается во времени, то есть имеет определенную динамику. Именно так построен патопсихологический анализ нарушения любой психической функции. Например, в анализе нарушений памяти, мышления рассматриваются нарушения операциональной, мотивационной и динамической стороны психического процесса. В главе «Нарушения восприятия» учебника Б.В. Зейгарник мы видим описание нарушений мотивационного компонента восприятия, нарушения операциональной стороны восприятия даны в анализе психологической стороны агнозий и псевдоagnoзий. В этой главе мы не на-

ходим описание нарушений динамики восприятия. Однако такое описание есть в учебнике С.Я. Рубинштейн в анализе нарушений восприятия умственно отсталого ребенка.

Патопсихологический анализ нарушений личности также следует структуре деятельности, ее личностной стороны. Личностные компоненты деятельности – потребности, мотивы, цели. Соотношения в иерархии мотивов, потребностей, целей отражаются в иерархии смыслов, и, по сути, являются структурой личности. Патопсихологический анализ личности – это анализ нарушений, искажений в сфере мотивов, потребностей, в сфере смыслообразования. Нарушения целенаправленности деятельности, отдельных действий рассматриваются Б.В. Зейгарник в рамках изучения критичности и спонтанности поведения.

Итак, любой раздел патопсихологии построен в строгом соответствии со структурой деятельности. Теория деятельности, одновременно и вместе с которой развивалась патопсихология, определила саму структуру построения этой науки. Подчеркнем, каждую главу учебника Б.В. Зейгарник предваряет анализом общепсихологических положений, используемых в данном разделе.

Еще один момент, который необходимо обозначить в самом начале преподавания курса патопсихологии, это важность понимания ее предмета.

Предметом патопсихологии, и это специально выделялось в работах Б.В. Зейгарник, являются психологические феномены и психологические механизмы, возникающие в ситуации психиатрической болезни. Это явления искажения, нарушения психической деятельности и механизмы возникновения и функционирования этих нарушений.

Механизм, который помогает понять многие патопсихологические симптомы – это механизм знаково-символического опосредования. В понимании механизмов осуществления и нарушения психических процессов проявляется тесная связь патопсихологии с культурно-исторической психологией.

Центральная идея культурно-исторической психологии, идея знаково-символического опосредования высших психических функций, становится одним из объяснительных принципов патопсихологии.

Нарушение процесса опосредования позволяет понять путь формирования патопсихологических симптомов на разных уровнях организации деятельности.

На уровне операций наиболее очевидный пример нарушения опосредования – это нарушение опосредованного, осмысленного запоминания. Застревание на самом процессе опосредования у больных эпилепсией, или неадекватное использование знаков, символов при опосредовании процесса запоминания у больных шизофренией, например, при составлении пиктограмм, приводит к снижению опосредованного запоминания.

На уровне действий нарушение опосредования может привести к потере целенаправленности, целенаправленности. Например, у больных

с нарушением лобных долей мозга утрачивается способность целенаправленно осуществлять свои действия, их поведение начинает зависеть от ситуации, поскольку как отдельные действия, так и поведение в целом, не опосредованы согласованными, личностными целями.

Яркий патопсихологический пример утраты опосредования на мотивационно-личностном уровне находим в исследовании нарушений личности у больных алкоголизмом. Когда потребность в алкоголе утрачивает опосредованный характер, она становится влечением и перестает быть управляемой.

Итак, одно из ключевых понятий патопсихологии – это понятие культурного, знакового опосредования психических функций, а анализ нарушений процесса опосредования позволяет раскрыть многие патопсихологические симптомы.

Интересно, что в некоторых, более ранних работах, Б.В. Зейгарник пишет об «экспериментальной патопсихологии». Действительно, потенциал патопсихологии, как экспериментальной науки, реализован. Сегодня во всех психиатрических клиниках, да и в ряде соматических, профессиональными психологами проводятся экспериментально-психологические исследования, включенные в лечебный и диагностический процесс.

Однако патопсихология обладает и большим практическим («психотехническим») потенциалом в плане реабилитации, коррекции, в плане помощи человеку в ситуации болезни. В работах Б.В. Зейгарник и ее учеников всегда присутствовали вопросы адаптации, восстановления, компенсации, но более выпукло этот путь «практической» патопсихологии был обозначен в работах, посвященных саморегуляции. Этот потенциал патопсихологии еще не полностью реализован.

Итак, патопсихология развивалась одновременно и вместе со становлением культурно-деятельностного подхода в психологии. Это определило методологическую основу отечественной патопсихологии. Знаково-символическое опосредование – ключевое понятие не только культурно-исторической психологии, но и отечественной патопсихологии. Исследование нарушений процессов опосредования позволило объяснить формирование многих патопсихологических симптомов. Опора на теорию деятельности проявилась, в первую очередь, в выстраивании структуры самой патопсихологии как науки. Предметом патопсихологии, безусловно, являются психологические феномены и психологические механизмы их патологического функционирования.

Знакомство с методологическими основами патопсихологии на первых лекциях, позволяет студентам лучше овладеть теорией и практикой этой науки.

Значение супервизии в профессиональной подготовке клинических психологов

Ковшова О.С.

ФГБОУ ВО Самарский государственный

медицинский университет Минздрава России, Россия

o.s.kovshova@samsmu.ru

Ключевые слова: супервизия, профессиональная идентификация, навык самоанализа, расширение границ самосознания и самовидения

The importance of supervision in the professional training of clinical psychologists

Kovshova O.S.

FSBEI HE Samara State Medical University

of the Ministry of Health of Russia, Russia

o.s.kovshova@samsmu.ru

Keywords: supervision, professional identification, introspection skill, expanding the boundaries of self-awareness and self-vision

Клиническая психология в течение нескольких десятилетий прошла путь признания ее как важной составляющей в комплексной медицинской помощи, предоставляющей врачу данные по результатам экспериментально-психологического исследования. Супервизия – это качественный анализ профессиональной подготовки и профессиональной идентификации клинического психолога, направленный на формирование или повышение профессиональных навыков клинических психологов.

Растущее в последние два десятилетия число публикаций, посвященных проблемам, связанным с супервизией, свидетельствует, с одной стороны, о возрастающем интересе к указанной теме, с другой стороны, неоднозначностью понимания и отсутствием единой (неэклетической) теории супервизии и супервизионного процесса как такового [Э.Уильямс, 2001; Дж.Винер, Р. Майзен, Дж. Дакхэм, 2006; Г.В.; Залевский, 2008]. Супервизия, как индивидуальный контроль качества подготовки будущего специалиста – клинического (медицинского) психолога введена в программу обучения на факультете медицинской психологии СамГМУ с 1997 года, когда шло становление и развитие Самарской психологической школы супервизии под руководством профессора Д. Диккенса (Бейлоровский Университет, США) и профессора Н.И. Мельченко (СамГМУ, Самара). Преподаватели кафедры меди-

цинской психологии и психотерапии, с ученой степенью кандидата или доктора наук, со стажем практической деятельности в клинической психологии не менее 5 лет, прошли подготовку по клинической супервизии и получили сертификат, позволяющий преподавать данную дисциплину на 5 курсе в 10 семестре и на 6 курсе в 11 семестре по ФГОС-3. Общая трудоемкость супервизии за весь период обучения при реализации ООП составила не менее 12 зачетных единиц. Трудоемкость занятий по индивидуальной супервизии – не менее 30 % от общего числа зачетных единиц, отведенных в ООП на все виды супервизии. За 23 года работы в Самарской психологической школе супервизии в СамГМУ на кафедре медицинской психологии и психотерапии появилось понимание супервизии как обязательной профессиональной программы подготовки клинических психологов на завершающем этапе обучения [О.С.Ковшова, Л.А.Чернышева, Н.И.Мельченко, 2015].

Сегодня мы понимаем, что важнейшим элементом обучения в области клинической психологии является супервизия – способ качественной профессиональной подготовки клинического психолога на завершающем этапе обучения, который затрагивает два основных аспекта работы: индивидуальную и групповую супервизию, формирующую навыки и рефлексии профессиональной деятельности клинического психолога.

Основная учебная цель супервизии – выработать у психолога-стажера на заключительном этапе обучения не только навык, но и потребность в профессиональном самоанализе. Важной формой супервизии, особенно на начальном этапе обучения, является индивидуальная супервизия в форме психологического консультирования и групповая супервизия в виде «балинтовской» группы.

Модель супервизии, адаптируемая нами, исходит из понимания того, что обучение конкретного клинического психолога-стажера связано с механизмами личностного становления, с системой используемых им защит “Я”, этапом личностного развития, на котором находится стажер в данный учебный период.

Важно отметить принципиальное различие между супервизией и традиционным клиническим обучением: в процессе клинического обучения внимание студента и преподавателя сосредоточено только на проблемах пациента. При этом психическое состояние студента, работающего у постели больного не учитывается, психологические проблемы студента не анализируются, происходит односторонняя передача преподавателем своего клинического опыта и знаний студенту. В этом случае существует всего одна система взаимодействия: преподаватель-стажер, причем она часто исключает использование качественной обратной связи, информация от студента репродуцируется без анализа преподавателю. В процессе супервизии осуществляется неформальная обратная связь с самоанализом происходящего.

Супервизия – постоянный процесс личностных изменений: «интерес представляет не только и не столько новая информация, сколько способность обучающегося изменяться, используя новую информацию. Будущий специалист должен начинать свою деятельность с самоанализа, то есть видеть не только проблему пациента, но и свои реакции, позицию, поведение» [О.С.Ковшова, Л.А.Чернышева, Н.И.Мельченко, 2015].

В ходе супервизии достигается «эго-диссоциация», дающая возможность наблюдать стажеру за собой со стороны (за своими чувствами, переживаниями, за тем, как эти чувства воспринимаются другими – пациентом, супервизором, коллегами). Фокусировка на чувствах вместо фокусировки на какой-либо теме может помочь самостоятельному прояснению и осознанию ситуации клиническим психологом – стажером [1, О.С.Ковшова, Л.А.Чернышева, Н.И.Мельченко, 2015].

Таким образом, значение клинической супервизии – выработка навыка самоанализа и расширение границы самосознания и самовидения психолога-стажера [Э.Уильямс, 2001; С.А.Кулаков, 2002;] и обеспечение безопасности пациента, оградив его от некомпетентного вмешательства. Психолог учится смотреть на себя со стороны, развивая самоконтроль. В результате внешняя «учебная» супервизия сменяется внутренней и когда студент овладевает навыком «самовидения», супервизия завершается. В результате супервизии происходит: самораскрытие, рациональная критическая диагностика своей профессиональной деятельности, рациональный критический анализ учебной деятельности и участие в исследовательском процессе.

Литература

1. *Винер Дж., Майзен Р., Дакхэм Дж.* Супервизия супервизора. Практика в поисках теории. М.: Когито-Центр., 2006. – с. 352
2. *Залевский Г.В.* Супервизия: практика в поисках теории.// Сибирский психологический журнал.-2008.-№ 30. – с. 7–12.
3. *Ковшова О.С., Чернышева Л.А., Мельченко Н.И.* Супервизия в подготовке клинического психолога -Учебное пособие для студентов факультета медицинской психологии., 2015. – 78 с.
4. *Кулаков С.А.* Практикум по супервизии в консультировании и психотерапии. – СПб.: Речь, 2002. – 236 с.
5. *Уильямс Э.* Вы – супервизор. Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии / Перевод с английского Т.С. Драпкиной – М.: Независимая фирма «Класс», 2001. – 288 с.

Роль психолога в психосоматической медицине

Королева Е.Г.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет» Гродно, Республика Беларусь
elenakoroleva6@rambler.ru*

Ключевые слова: психосоматика, медицинский психолог

The role of the psychologist in psychosomatic medicine

Koroleva E.G.

*Grodno State Medical University,
Grodno, Republic of Belarus
elenakoroleva6@rambler.ru*

Keywords: psychosomatics, medical psychologist

Введение. В последние десятилетия увеличение числа психосоматических заболеваний (частота психосоматических расстройств колеблется от 15 до 60 % среди населения) связано с самыми разнообразными причинами: финансово-экономическая нестабильность, напряженная психологическая обстановка на работе или отсутствие работы, миграционные угрозы, зависимости (компьютерная, употребление психоактивных веществ), повышенная социальная агрессия, семейные кризисы, потеря близкого человека, терроризм, военные конфликты. Проблема стресса, поднятая в физиологии и патологии приобретает в последнее время иной аспект. Понятие «эмоциональный стресс» всё шире входит в медицинскую терминологию. Интерес к этой проблеме не случаен.

Материал и методы. Анализ публикаций по теме исследования.

Результаты. Анализ использованных в работе публикаций показывает, что эмоциональные перенапряжения, являются одной из ведущих причин всё возрастающих невротических и особенно сердечно-сосудистых заболеваний современного человека [1, 3].

Как сейчас становится всё более ясным, именно эмоциональные реакции являются наиболее чувствительным компонентом психической деятельности и сопровождаются специфическим спектром вегетативных и эндокринных проявлений, среди которых сердечно-сосудистым реакциям принадлежит ведущая роль.

Все влияния со стороны нейронов коры на функции внутренних органов опосредованы через сложно взаимосвязанные подкорковые об-

разования и, в частности, через гипоталамус (подбугорную область) и ретикулярную формацию (сетчатое образование) среднего мозга.

Именно при кратковременных или продолжительных конфликтных ситуациях возникают различной степени выраженности острые или хронические, часто повторяющиеся эмоциональные стрессы, которые и являются ведущей причиной развития психосоматической патологии.

Согласно существующим представлениям отрицательные эмоциональные реакции возникают при длительном отсутствии предпосылок для удовлетворения ведущих биологических и социальных потребностей животных и человека. Подобная ситуация возникает при затруднении принятия решения адекватного достижению полезного результата, и при рассогласовании, появляющемся в случае, когда ожидаемый результат целенаправленной деятельности систематически не совпадает с реальным.

Сознательные психические процессы имеют подчиненную роль в формировании соматических симптомов; в то время как подавленные тенденции (тревога, подавленные сексуальные или агрессивные импульсы, фрустрация, подчиненные желания, чувство вины и неполноценности) вызывают хроническую дисфункцию внутренних органов

Существует множество теорий развития психосоматических заболеваний. Однако все гипотезы сходятся в одном: социальная дезадаптация – это основная причина возникновения психосоматической патологии [3].

В психосоматических нарушениях мы имеем дело с регрессией к более примитивным формам отношений между телом и душой.

В конечном счете, совсем не важно, что переживает человек, гораздо важнее, как он перерабатывает пережитое.

Вскрытие этих механизмов и их коррекция и является задачей медицинского психолога. Лечение в данных ситуациях заключается не столько в терапии, направленной на отдельные органы. Только возможность вскрытия скрытых механизмов и вербализация в процессе работы с психологом может пролить свет на глубину и причину психической конфликтной ситуации. Такая беседа является первым и существенным этапом любой терапии [2, 4].

Несмотря на актуальность профессиональной психологической работы в медицинской сфере, проблемы конструктивного взаимодействия психологии и медицины в процессе повседневной врачебной практики все еще до конца не решены и вызывают споры. Врачи часто недооценивают значение работы медицинских психологов в клинике и активно ее не принимают. Медицинские психологи работают обычно в команде, например, с социальными работниками, врачами и другими специалистами по здоровью.

Проблема еще заключается в том, что у населения нет навыков обращения за профессиональной медико-психологической помощью. Необходимо создание службы медико-психологической реабилитации больных с соматической, неврологической и нервно-психической патологией.

Медицинские психологи в штате общесоматических стационаров должны решать следующие задачи: нейропсихологическая и патопсихологическая диагностика пораженных психических и мозговых функций, утраченных сторон личности и их восстановление, диагностика сохранных сторон личности с целью их активизации в процессе восстановительного лечения, диагностика и психокоррекция вторичных функциональных расстройств у соматических больных, участие в решении задач трудовой экспертизы, проведение психотерапевтической и психокоррекционной работы среди больных с психосоматической и соматопсихической патологией.

Медицинская психология также призвана решать следующие задачи:

- изучение психических факторов, влияющих на развитие болезней, их профилактику и лечение; изучение влияния тех или иных болезней на психику; изучение различных проявлений психики в их динамике; изучение нарушений развития психики; изучение характера отношений больного человека с медицинским персоналом и окружающей его микросредой;
- разработка принципов и методов психологического исследования в клинике; создание и изучение психологических методов воздействия на психику человека в лечебных и профилактических целях [4].

Выводы. Необходимо понимать, что вывод о психосоматическом характере расстройства может делать только медицинский психолог совместно с врачом-психотерапевтом и соответственно заниматься психокоррекционной работой.

Литература

1. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. М., Издательство: Институт общегуманитарных исследований. 2015. 250 с.
2. *Беребин М.А.* Актуальные проблемы подготовки клинических психологов в условиях регионального классического университета / М.А.Беребин // Ежегодник Российского психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов 25–28 июня 2003: В 8 т. СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2003, Т. 1, с. 446–449.
3. *Королева Е.Г.* Психосоматика / Е.Г.Королева // Уч.пособие.-Минск. «ИВЦ Минфина». 2007. 215 стр.
4. *Русина Н.А.* Клинический психолог в системе здравоохранения: проблемы, реалии, перспективы / Н.А. Русина // [Электронный ресурс] Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012. N 1. Способ входа: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru). Дата обращения: 25.09.2020.

Практическая деятельность медицинского психолога в психиатрической больнице

Макаренко С.Л.

Республиканская клиническая психиатрическая

больница им. акад. В.М. Бехтерева, Казанский

Государственный медицинский университет, Казань, Россия

makarenko_sl@bk.ru

Ключевые слова: медицинский психолог, психиатрическая больница

Practical activity of a clinical psychologist in a psychiatric hospital

Makarenko S.L.

Republic Clinical Psychiatric hospital

Keywords: clinical psychologist, psychiatric hospital

Психологические знания и умения медицинских психологов должны быть доступны и эффективны в отношении каждого нуждающегося в психологической помощи. Роль медицинского психолога в психиатрической клинике, благодаря позиции и научным достижениям Б.В. Зейгарник, является исторически устоявшейся и существенной во всех сферах психиатрической практики. С 1975года, времени выхода в свет методической разработки С.Я.Рубинштейн «О работе патопсихолога в психиатрической больнице» [1], на которую до сих пор опираются и психологи и руководители медицинских учреждений, определены основные направления деятельности медицинского психолога. Это – проведение различных по целям экспериментально-психологических исследований больных; психокоррекция и психореабилитация больных; судебная и несудебная экспертиза; взаимодействие с врачами, другими специалистами, родственниками больных, межведомственное взаимодействие в целях восстановления психического здоровья больных.

В РКПБ МЗ РТ им. акад. В.М.Бехтерева в течение 25 лет существует отдел медицинских психологов (в разные годы называвшийся по-разному и включавший чуть разный количественный состав). Мы имеем опыт и результаты, позволяющие провести сравнение деятельности медицинского психолога психиатрической больницы в разные периоды истекшего времени. Для сравнения видов практической деятельности медицинских психологов в нашей больнице применима периодичность в 5 лет и данные годовых отчетов, начиная с 90-х годов. По нашим дан-

ным в 1995г. основной запрос на задействованность медицинского психолога состоял в проведении экспериментально-психологического исследования (85 %), был запрос и на участие в судебных психолого-психиатрических экспертизах (11 %). Общее количество охваченных больных (около 1000 человек), что составляло 20 % от числа польвованных больных (показатель статистической отчетности больницы). Психокоррекционная работа была единицы раз. В этот период медицинские психологи овладевали теорией и практикой психокоррекционной работы, проходили обучение по различным психотерапевтическим направлениям (по собственной инициативе и оплате). Отношение врачей – психиатров к психологам было «менторское», выражалось буквально в указаниях какую сферу психики «посмотреть». Актуальным был спор между психологами и психиатрами о том, указывать ли в заключении тип выявленных нарушений (патопсихологический симптомокомплекс), что как бы входило в парадигму установления диагноза. Потребовалось время, профессионализм психологов не только в предметных вопросах патопсихологии, но и во взаимодействии и общении с врачами для установления и понимания границ профессиональной компетенции психологов и психиатров, и в итоге чтоб, отдел медицинских психологов не распался на отдельно работающих психологов, внутри психиатрических отделений, под непосредственным указанием психиатра.

В последующее время общее количество охваченных больных стало сильно возрастать (усреднено: в 2000г. – 2800 человек, в 2005 г. – 2500 человек, в 2010 г. – 3000 чел, 2015 – 4300чел., 2019 г. – 4500чел.). В пересчете на число обследованных больных показатель доходил до 100 % от всех поступивших и выбывших больных стационара, что объяснялось задействованностью одних и тех же больных в разных видах психологической работы. Количество экспериментально-психологических исследований сохранялось на постоянном уровне (2200–2400 человек в год). Количество комплексных судебных экспертиз (округленно) в 2005 г. – 300, в 2010 г. – 300, в 2015 г. – 600, в 2019 г. – 500 менялось в разы. Количество больных, задействованных в психокоррекционной работе, составляло (округленно) в 2005 г. – 100 человек, в 2010 г. – 300, в 2015 г. – 1500, в 2019 г. – 1600 человек. Эти цифры показывают, что соотношение видов деятельности медицинского психолога, в течение сравниваемого времени перераспределилось: Общее количество обслуженных больных по сравнению с 90-ми годами увеличилось в разы. В десятки раз увеличилось количество больных, задействованных в психокоррекционных занятиях. Медицинские психологи осуществляют обучающие, восстановительные, развивающие занятия с больными (в основном групповые). Психокоррекционные занятия в последние годы являются стандартом оказания лечебно-реабилитационной помощи психически больным [2,3]. Нами разработаны коррекционные програм-

мы для разных категорий пациентов психиатрического стационара [4]. Необходимо указать на учащение за последнее время (до пандемии) парасуицидального и суицидального поведения лиц юношеского возраста, являющихся пациентами клиники, нуждающимися в психологической помощи и психологическом сопровождении. С такими пациентами проводится индивидуальная психокоррекция силами медицинских психологов. Судя по отзывам самих пациентов, мнению врачей психиатров, вопрос об эффективности индивидуальной психокоррекции или ее замене на некое иное мероприятие, (н-р, занятия в сенсорной комнате), не встает. Психокоррекция проводится по самым разным проблемам личности, учебы, поведения или эмоциональных отклонений. Работаем с лицами разных возрастов – детьми, взрослыми и престарелыми, на русском и татарском языках. В нашем опыте оказание психологической помощи пострадавшим и родственникам в чрезвычайных ситуациях (в 2011 г. при крушении теплохода «Булгария», в 2013г. при крушении самолета Боинга737, в 2015г. при пожаре ТЦ «Адмирал», при аварии автобуса), при подготовке и тренировках во время проведения в Казани больших спортивных и профессиональных соревнований [5].

Мы делаем вывод о том, что популярность работы медицинского психолога в психиатрической больнице выросла существенно. Причем, не в традиционной сфере работы – экспериментальном исследовании психической деятельности психически больных, здесь количество относительно одинаковое, и за двадцатилетний период отражает таковую потребность в психодиагностике, а в наибольшей степени в психокоррекционной, психореабилитационной деятельности. В течение более двадцати лет сохраняется основной состав отделения медицинских психологов психиатрической больницы. На нашей базе ведется учебная практическая работа со студентами Казанского (Приволжского) Федерального университета и Казанского медицинского университета, что выводит подготовку клинических психологов на соответствующий требованиям уровень.

Между тем, перечень нерешенных проблем медицинских психологов и их подготовки сохраняется. Сохраняются дискуссии о статусе медицинского психолога в учреждениях здравоохранения, о профессиональном стандарте медицинского психолога, о противоречии между обозначенными видами психологической помощи (согласно «Стандартам оказания медицинской помощи...»), как медицинских услуг, и не включением медицинских психологов в круг медицинских работников, об оплате труда, в частности о снижении до 5 процентов (с прежних 25 %) оплаты за вредные условия труда в психиатрии.

Болезненным является вопрос о корректности используемых методических приемов в практической деятельности медицинского психолога. В частности, исследование уровня интеллекта на основе IQ по Векслеру, требуемого при диагностике умственной отсталости (соглас-

но «Стандартам оказания медицинской помощи...»), не выдерживает никакой критики (стимульный материал давно устарел, самостоятельная замена заданий противопоказана, интернет доступность и тиражирование тестов снижает их валидность и т.п.). Представляется, что уровень развития и разработанности практической деятельности медицинского психолога не совершенствуется, меняется лишь по экспоненте, не сопровождается теоретической обоснованностью, диктуется некими заданными «стандартами». Принцип качественного подхода и оценки нарушений психической деятельности при патологии, провозглашенный Б.Ф.Зейгарник, все менее реализуется на практике.

Литература

1. О работе патопсихолога в психиатрической больнице. Москва, 1975.
2. Приказ МЗ РФ от 28.12.2012 № 1621н «Стандарт специализированной медицинской помощи...».
3. Приказ МЗ РФ от 30.12.2015г № 1034н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «Психиатрия. Наркология» (вступил в действие с 05.04.2016 г.).
4. *Макарова О.С., Алтарова А.К., Макаренко С.Л.* Особенности психокоррекционного подхода в групповой работе с психически больными в мужских и женских отделениях первого психотического эпизода. – В кн. Биопсихосоциальная концепция в структуре мультимодальной психотерапии. Казань, 2012.
5. *Макаренко С.Л.* Опыт работы медицинских психологов при оказании помощи пострадавшим при крушении теплохода «Булгария» – В кн.: Актуальные проблемы психологии и психиатрии. – Астрахань, 2013.

Введение курса «Основы конфликтологии» в преддипломное обучение студентов медицинского ВУЗа как метод первичной психопрофилактики будущих врачей

Меркурьева А.А.

*Северо-Западный государственный медицинский
университет им. И.И.Мечникова, Санкт-Петербург, Россия
anna.merkuryeva@mail.ru*

Introduction of the course “Fundamentals of conflictology” in pre-graduate training of medical Students as a method of primary psychoprophylaxis of future doctors

Merkuryeva Anna A.

*NW State Medical University named
after I.I.Mechnikov, St.Petersburg, Russia*

Несколько лет назад в северо-западном государственном медицинском университете им. И.И.Мечникова для студентов третьего курса был введен новый цикл по основам конфликтологии, включающий в себя как лекционные, так и семинарско-практические занятия, и получивший положительные оценки у слушателей.

Актуальность данного обучения не вызывает сомнений, так как в последние годы в связи с мировым экономическим кризисом, объявленной пандемией коронавируса (закрытие границ, вынужденный карантинный режим, условия самоизоляции) в разных странах нарастают негативные психические проявления: недостаточная эмоциональная уравновешенность, преобладание тревожных и депрессивных состояний, агрессивность, трудности эмоционально-поведенческого самоконтроля и повышение уровня общей конфликтности, что оказывает влияние на уровень и качество жизни людей, а также на их психическое и соматическое здоровье.

Особые требования к пониженному уровню конфликтности личности и умению конструктивно разрешать сложные профессиональные ситуации предъявляются к людям «помогающих» профессий, к которым, безусловно, относится профессия врача.

Занятия по основам конфликтологии включают в себя лекционный блок, обеспечивающий теоретическую подготовку, и рассматривающий основные психологические профессиональные знания и методы, при-

меняемые в клинической психологии и психотерапии, и используемые для диагностики и решения как внутриличностных, так и межличностных конфликтов, возникающих в современном мире.

На семинарско-практических занятиях цикла студенты подробно рассматривают понятия и соотношения нормы и патологии, составляющие здоровья, согласно взглядам Всемирной организации здравоохранения, понятие внутренней картины болезни и её типы, различные функциональные состояния человека, проявления и последствия эмоционального выгорания, типы конфликтных личностей и способы психологической коррекции их неконструктивных эмоционально-поведенческих реакций.

В процессе подготовки устных докладов, выполняя и обрабатывая психологические тесты, ребята обучаются интерпретировать результаты, оформляя их в виде заключения экспериментально-психологического обследования, параллельно осваивая профессиональную психологическую терминологию, и проводя, таким образом, психологическую самодиагностику и самоанализ, а также давая рекомендации самим себе (осуществляя аутопсихокоррекцию) по преодолению конфликтогенных ситуаций.

Нередко после занятий слушатели получают мотивацию обратиться за специализированной помощью к психологу или психотерапевту, понимая, что это необходимо, в первую очередь, им самим, ведь, как будущие врачи, они знают, что подчас бывает легче предупредить болезнь, чем потом долго и не всегда успешно её лечить, утяжеляя её течение.

Таким образом, проводимый в медицинском ВУЗе образовательный курс по основам конфликтологии, является безусловным методом первичных психопрофилактических мероприятий, которые помогут будущим специалистам избежать многих психологических проблем, как в профессиональной, так и личной сферах.

Место клинического психолога в функциональной диагностике в психиатрии и общей медицине

*Носачев Г.Н., Носачев И.Г., Дубицкая Е.А.
ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет», Россия
ФГБУЗ СО «Самарская городская клиническая
больница № 1 им. Н.И. Пирогова», Россия
nosachev.g@mail.ru*

Ключевые слова: психолог, функциональный диагноз, медицина

The place of a clinical psychologist in functional diagnostics in psychiatry and General medicine

*Nosachev G., Nosachev I., Dubitskaya E.
Samara state medical University, Russia
Samara city clinical hospital No.1 Russia*

Keywords: psychologist, functional diagnosis, medicine

Клиническая психология, родившись в недрах клинической психиатрии для выделения основных психопатологических синдромов и нозологических единиц, достаточно быстро превратилась в самостоятельный прикладной и практический раздел психологии. В первой половине XX века сформировались патопсихология и нейропсихология, а за ними – медицинская психология как междисциплинарный подход практической психологии в медицине, в том числе к общей медицине (В.М. Дильман (1987) – в интегральной медицине; Ю.П. Лисицын (2001) – в психологической медицине). С бурным развитием психодиагностики как практического раздела психологии, в первую очередь в клинической психологии, с попыткой формирования клинико-психологического метода и в связи с «простотой» широкого внедрения в большинстве медицинских дисциплин тестовая «диагностомания» стала приводить не только к теоретическим заблуждениям, но и практическим ошибкам.

Цель – на примере функционального диагноза (ФД) в психиатрии показать роль и место клинического психолога для его внедрения не только в психиатрии, но и соматической медицине (персонифицированный диагноз).

Теоретической основой функционального диагноза являются антропологический и биопсихосоциальный подходы, т.е. холистический (целостный) подход в диагностике и терапии не только психических и поведенческих расстройств, но, возможно, и во всей клинической медицине.

Диагностика (диагноз) является специфической формой познания в естественнонаучных и гуманитарных науках. Но, родившись в недрах медицины и внедрившись в другие науки, диагноз на бытовом уровне остается преимущественно медицинским. Диагностика одновременно представляет собой процесс распознавания болезни на опорой на предмет и методы исследования в данной медицинской дисциплине (субнауке). В.И. Крылов выделяет в диагностике в клинической медицине три тесно связанных между собой компонента: «Технический (общие и специальные, лабораторные и инструментальные методы), семиотическая диагностика симптомов и синдромов болезни, логический компонент диагностического процесса – специфические особенности клинического мышления в процессе познания болезни» [2, с.22].

Понятие «функциональный диагноз» внедряется сотрудниками СПб РМИЦ им. В.М. Бехтерева как теоретическое и практическое продолжение идей психиатрической реабилитации М.М. Кабанова.

ФД включает в себя три диагноза: биологический диагноз (соматический, «органный», «болезнь мозга»), психологический диагноз и социальный диагноз, которые вместе составляют ФД [1]. В нём учитываются как индивидуальные особенности организма и органа (мозга), так и индивидуальность психики субъекта деятельности и личности пациента и особенности его микро- и макросоциума.

Еще одним важным постулатом ФД являются «адаптационно-компенсаторные механизмы» всех его составляющих в формировании как соматических, неврологических, так и психопатологических симптомов и синдромов заболевания, а также психологических и личностных. Остановимся на психологическом диагнозе.

Роль и место клинического психолога в психиатрической службе достаточно регламентированы законодательством и законодательными актами РФ. Это специалист с соответствующим образованием (чаще всего специалитет), знакомый с особенностями работы в психиатрии. В его задачи входит собственно психологическая диагностика в рамках клинической патодиагностики, в экспертной (судебной, трудовой, военной) работе. Клинический психолог входит в состав полипрофессиональной бригады на всех этапах реабилитации и как диагност, и как ко-психотерапевт и как психокорректор, он работает и с пациентами, и с родственниками. И это хорошо сочетается с функциональной диагностикой в психиатрии.

Что касается места и роли клинического психолога в других медицинских дисциплинах, то, к сожалению, нет ни практического, ни теоретического их понимания.

В качестве иллюстрации приведем понимание роли и места клинической психологии и клинического психолога в отечественной неврологии [3]. Не останавливаясь на теоретических проблемах современной неврологии, коротко рассмотрим практику использования клинического психолога.

Во-первых, нейропсихология – подраздел клинической психологии подменяется когнитивной психологией (нейропсихологический дефицит и т.д.) без оценки эмоциональных, поведенческих и личностных расстройств. В лучшем случае исследование осуществляется нейропсихологом, а описание и заключение проводятся в «духе» когнитивной психологии.

Во-вторых, «простота» когнитивных тестов (например, тест «Часы», ММРІ), их внешняя доступность приводит к тому, что «нужда» в психологе у некоторых отечественных неврологов просто отпадает. И его место предлагается занять врачу-неврологу. Так, О.С. Левин (2011) полагает, что нейропсихологическим тестированием «должен в большей или меньшей степени владеть врач любой специальности» (с. 6), а в данной практической монографии по диагностике деменции приводится свыше 30 тестов. Без этих тестов не проводятся многие научные исследования. Доходит до абсурда, когда на основе теста ММРІ интернисты приходят к выводу, что, например, в послеоперационном периоде у 75–80 % пациентов на 2–3 день диагностирована деменция.

В-третьих, исходя из ФД, происходит подмена биологического (неврологического, морфологического) диагноза на психологический, в частности, психопатологический, патопсихологический. Да и постановка диагноза деменции не обоснована ни с правовой (см. законодательство в сфере здравоохранения), ни с клинической точек зрения (МКБ-10, отечественные классификации), не правомерна она и как основной диагноз.

В-четвертых, ссылки на клиническую психологию (или «новое» определение «нейропсихологии»), якобы на основе междисциплинарного подхода, приводят к антипсихиатрии, стигматизации, идет «размывание» психиатрии и попытка замены этой дисциплины на понятие «болезнь мозга».

Психологический диагноз может быть основой оптимального профессионального самоопределения личности психолога и пациента, а в клинической медицине способствует как клинической диагностике болезни (расстройства), так и решению диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий. Необходима четкая организационно-правовая, нормативная, образовательная и клиническая регламентация и методология клинической психологии и клинического психолога в медицине, особенно соматической.

Литература

1. Коцюбинский А.П., Шейнина Н.С., Аристова Т.А., Бурковский Г.В., Бутыла Б.Г. Функциональный диагноз в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии, 2011, № 1. С.4–8.
2. Крылов В.И. Клиническая диагностика психических и поведенческих расстройств: семиотический и логический аспекты // Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б. Ганнушкина. т. 17. № 3 С. 22–25.
3. Носачев Г.Н. Синдром деменции в понимании неврологов и психиатров (методология диагноза). Аналитический обзор. // Российский психиатрический журнал, 2017. № 5. С. 42–49.

Формирование профессиональной культуры патопсихологического исследования в детской психиатрической клинике

Олешкевич В.И.

ГБУЗ «НПЦ ПЗДП

им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» Москва, Россия

ov-6161@mail.ru

Печникова Л.С.

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

pech56@mail.ru

Ключевые слова: патопсихология, развитие, профессиональная культура, патопсихологическая диагностика, коррекция, психологическая помощь

Professional Culture of Pathopsychological Study in Children's Psychiatric Clinic and Its Development

Oleshkevich V.I.

Scientific-Practical Children's Mental Health Centre

n. a. G. Sukhareva of Moscow City Department

of Healthcare, Moscow, Russia

Pechnikova L.S.

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Keywords: pathopsychology, psychological development, professional culture, pathopsychological diagnostics, correction, psychological aid

Более детальное изучение и анализ традиционных форматов и методик патопсихологического исследования позволяет сегодня включать в такие исследования и целый ряд других задач, например, задачи реабилитации, развития и др. [1]. Такое развитие традиционных форматов патопсихологических исследований требует не столько современной инвентаризации и квалификации патопсихологических методик, сколько более глубокой рефлексии и повышения качества самого патопсихологического исследования, т.е. углубления качества проведения этих методик и умения извлекать дополнительные материалы из полученных результатов в условиях такого рода частных конкретных исследований, дальнейшей разработки психологической клинической беседы, навыков анализа анамнеза и др. И хотя такая работа требует система-

тического анализа, организации широкомасштабных исследований, с нашей точки зрения, она может быть выполнена и в рамках отдельной психиатрической клиники, внутри которой может быть создана определенная культура патопсихологического исследования.

Традиционное патопсихологическое исследование и соответствующее заключение имело своим адресатом прежде всего врача. Оно было ориентировано на психологическую диагностику особенностей психики в условиях болезни, психологическую верификацию психиатрических симптомов, синдромов и пр. Сегодня же в связи, с одной стороны, с изменением социальной структуры клиники, с другой стороны – углублением проблематики, которая решается в клинике, в третьих – с расширением и легитимизацией новых профессиональных возможностей клинического психолога, появляется целый ряд новых задач, которые патопсихологическое исследование может решать. В этой связи можно выделить ряд отдельных направлений в разработке патопсихологической диагностики. Здесь патопсихологическое исследование может уже четко обозначаться как в полной мере самостоятельное психологическое исследование в клинике, а психолог уже не обязательно будет ориентироваться на запрос врача, на диагностическую верификацию расстройства и пр. В такого рода исследовании психолог может занимать не только самостоятельную, но и ответственную позицию, он персонально отвечает за результаты своего исследования, предоставляя, например, заключение семье пациента, родителям ребенка, учреждениям социальной опеки. Но вместе с тем это исследование остается сугубо психологическим, оно не вмешивается во врачебные компетенции. Если врач диагностирует болезнь, заключает о ее протекании и прогнозе, то психолог делает выводы о состоянии психики, об особенностях психического развития, например, ребенка в условиях болезни. В этом случае болезнь определяет только условия развития, некоторое внутреннее и внешнее состояние (например, органическое состояние, физические дефекты, жизнь в состоянии болезни), внутри которого происходит психическое развитие [2; 3; 4; 5].

Особенно это очевидно в детской психиатрической клинике. Становясь на такую точку зрения, патопсихолог должен стать здесь не только детским психологом, но также и специалистом по психологии развития. Его задача не просто констатировать например, умственную недостаточность, задержку психического развития, но и исследовать и реконструировать, например, механизмы такой задержки, различные виды препятствий к развитию, выпадение его определенных стадий. Причем здесь ребенок рассматривается как живое развивающееся целое, а не как совокупность отдельных функций. Таким образом в этом случае недостаточно будет диагностировать отставание в развитии мышления или памяти, но необходимо понять состояние и генезис всего комплекса

механизмов развития. Такое видение диагностической задачи с точки зрения развития личности ребенка имеет в этом случае принципиальное значение, здесь тот же специалист в продолжение своих диагностических результатов должен и спроектировать, а затем, если будет необходимо, и реализовать соответствующую программу коррекции развития, реабилитации и т.д. Если коррекционными мероприятиями будут заниматься другие люди, то заключение патопсихолога должно содержать точные ориентиры для организации их последующего труда. Таким образом, результатом такого психологического исследования и его целью является организация соответствующей психологической помощи развитию ребенка. На основе такого заключения специалист-психолог должен быть сам готов оказать такую помощь. Но она представляет собой помощь в психическом развитии ребенка, а не в лечении.

Нужно иметь в виду, что в детской психиатрической клинике это новая и большая сфера приложения патопсихологии, поскольку здесь существуют целые группы диагностических категорий детей, к которым лечение в собственном смысле слова окончательно не найдено. Здесь осмыслен психологический анализ и исследования, на основе которых может в последующем оказываться психологическая помощь. Характер психологической помощи также может быть в значительной мере осмыслен заново, поскольку в данном случае речь не идет о применении методик коррекционной педагогики, дефектологии и т.д., но речь может идти о развитии личности ребенка в условиях определенной органической основы, в ситуации болезни, и пр.

Обычно руководители клиник предпочитают решать организационные проблемы в духе объединения усилий различных специалистов вокруг проблематики пациента, через создание рабочих бригад. Но мы полагаем, что для достижения более высоких результатов в начале важно четко разделить компетенции врача и психолога, и в данном случае сосредоточиться именно на дифференциации, уточнении компетенций патопсихолога. Дело в том, что медико-психиатрическая культура уже так или иначе сложилась (например, существуют врачебные консилиумы, конференции по обсуждению случаев и т.д.). В то время как психологическая культура в психиатрической клинике не устоялась, ее необходимо целенаправленно создавать. Когда мы говорим о культуре, то имеем в виду прежде всего четкие описания образцов исследования, форматов обследования пациента и заключений (аналогичных тем форматам, которые существуют сегодня в различных направлениях психотерапии), более или менее общего языка описания и обсуждения случаев, образцов обсуждения случаев и написания психологических заключений и т.п. Причем эта культура может быть изначально замыслена именно как развивающаяся культура в процессе систематической профессиональной деятельности и общения. Далее эта профессиональ-

ная культура имеет свою особую сферу приложения усилий, которая отличается от специфически врачебной сферы. Например, несмотря на то, что патопсихологи могут участвовать в процессе постановки диагноза и терапии пациента, у них появляется также и специфический собственный круг интересов и задач, включая вопросы психологической реабилитации, организации коррекции и организации развития пациента. В рамках реализации этих задач вопросы диагностики непосредственно перемещаются в решение задач организации психологической помощи. После решения этих вопросов, после формирования развитой патопсихологической культуры проблема сотрудничества врача и патопсихолога может быть решена на новом более дифференцированном и организационно конкретном уровне.

Литература

1. *Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И.* Развитие практики и методологии патопсихологического эксперимента (традиция московской школы патопсихологии). Монография. Издание поддержано РФФИ. М: МГУ, 2020 (в печати).
2. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. 289 с.
3. *Николаева В.В.* Б.В. Зейгарник и патопсихология // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 3. С. 13-Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1985. 167 с.
4. *Печникова Л.С.* Фундаментальные принципы структурно-функциональной модели дизонтогенеза, сформулированные В.В. Лебединским // Идеи Виктора Васильевича Лебединского в психологии аномального развития / под ред. Л. С. Печниковой. М.: Акрополь, 2012. С. 23–33.

Участие студентов факультета клинической психологии в оказании психиатрической помощи

Погосов А.В., Богусhevская Ю.В.

*Курский государственный
медицинский университет, Россия*

Ключевые слова: студенты факультета клинической психологии, патопсихологическая диагностика, психиатрическая помощь

Participation of clinical psychology students in administering psychological aid

Pogosov A.V., Bogushevskaja Ju.V.

*Kursk state medical University, Russia
yuliyabogushevskaya@yandex.ru*

Keywords: clinical psychology students, pathopsychological diagnostics, psychological aid

Факультет клинической психологии Курского государственного медицинского университета отметил свое 20-летие в 2019 году. Кафедра психиатрии и психосоматики имеет статус выпускающей, с переходом на новые образовательные стандарты ведется подготовка студентов в рамках специализации «Патопсихологическая диагностика и психотерапия». Основной клинической базой кафедры является дневной стационар Курской клинической психиатрической больницы имени Святого великомученика и целителя Пантелеймона. На кафедре используется биопсихосоциальный подход к диагностике и лечению психических расстройств, включающий оказание комплексных социореабилитационных мероприятий больным с участием разных специалистов. Важная роль в этом процессе отведена не только практикующим клиническим психологам, но и студентам факультета клинической психологии [А.В. Погосов, Ю.В. Богусhevская, 2017].

На практических занятиях по патопсихологии обучающиеся имеют возможность осуществлять патопсихологическую диагностику психических расстройств, результаты исследований представляются на практических конференциях, врачебных консилиумах и клинических разборах. Преподаватель заранее готовит к занятию впервые поступившего в дневной стационар больного. По сложившейся многолетней традиции кандидатура больного для патопсихологического исследования

в группе студентов согласовывается с лечащим врачом, предварительно обсуждаются цели и задачи психологического эксперимента. Студенты имеют возможность ознакомиться с медицинской документацией – изучить данные истории болезни, анамнеза жизни, результатов дополнительных исследований, составить план патопсихологического исследования, подготовить психодиагностический инструментарий. В процессе освоения таких дисциплин специализации, как «Методы патопсихологической диагностики», «Возрастные и гендерные особенности патопсихологии» у студентов формируются профессиональные компетенции, навыки проведения экспериментально-психологических исследований, грамотной интерпретации результатов, умение отстаивать диагностическую версию в профессиональном сообществе.

Особенностью организации сотрудничества кафедры психиатрии и психосоматики и дневного стационара является активное участие студентов факультета клинической психологии в проведении отдельных занятий по программам психообразования для больных психическими расстройствами и их родственников, социально-психологических тренингов.

Отдельного внимания заслуживает организация работы лечебно-драматической студии «Инсайт», которая на протяжении многих лет вовлекает в совместную творческую деятельность студентов, выбравших специализацию на кафедре психиатрии и психосоматики, и сотрудников дневного стационара [А.В. Погосов, Ю.В. Богусhevская, 2015]. Подготовка драматических постановок, концертов, праздников для больных, совместных выступлений студентов и больных являются неотъемлемой составляющей биопсихосоциального подхода, в рамках которого осуществляется работа лечебно-драматической студии. Катамнестическое наблюдение за выписанными больными осуществляется так же с участием студентов, организуются «группы встреч» и другие психосоциальные мероприятия. Изучению эффективности психообразовательных программ для больных психическими расстройствами посвящены курсовые, дипломные выпускные квалификационные работы. В опубликованных под руководством сотрудников кафедры материалах научных конференций показаны положительные результаты такого взаимодействия – сокращение сроков лечения больных, достижение более длительной и качественной ремиссии [А.В. Погосов с соавт., 2012; 2013].

Эффективность представленного сотрудничества для больных дневного стационара очевидна. Раннее присоединение психосоциального вмешательства на основе комплексного подхода отражается в положительной динамике состояния когнитивной сферы больных, социального функционирования и качества жизни. Включение клинических психологов со студенческой скамьи в процесс оказания психиатрической помощи позволяет снизить стигматизирующее отношение к психически больным, участвовать в мероприятиях вторичной психопрофилактики,

предотвращая развитие неблагоприятных медицинских и социальных исходов заболеваний. Указанные формы работы значительно повышают эффективность немедикаментозных методов лечения, которые часто становятся приоритетными.

Участие студентов-клинических психологов в лечебно-реабилитационных мероприятиях является уникальной возможностью приобрести опыт профессионального общения с больными, их родственниками, научиться субординации в работе с коллегами, осмыслить свои задачи в практическом здравоохранении, осознать востребованность будущей специальности.

Преимуществом реализуемого подхода для психиатрической практики в условиях дневного стационара является его комплексность в каждом клиническом случае, что очень важно для дифференциальной диагностики, оптимизации медикаментозной терапии и, как следствие, оказания более адекватной помощи больному.

В медицинском университете невозможно заменить непосредственный бесценный опыт профессионального взаимодействия с больным человеком на информационные технологии обучения, которые приобретают все большую популярность в процессе модернизации системы образования в последнее десятилетие. Для профессионального становления, личностного роста студентов факультета клинической психологии крайне важно создать условия, организовать возможность участия обучающихся не только в диагностике психических и поведенческих расстройств, но и в проведении психо-реабилитационных мероприятий.

Литература

1. *Погосов А.В., Богушевская Ю.В.* Непрерывное образование в психиатрии // В сборнике: Непрерывное медицинское и фармацевтическое образование в 21 веке: возможности, проблемы и перспективы. Сборник трудов научно-практической конференции с международным участием. 2017. С. 20–22.
2. *Погосов А.В., Богушевская Ю.В.* Опыт участия студентов в лечебно-драматической арт-студии «Инсайт» кафедры психиатрии и психосоматики КГМУ // В сборнике: Современные проблемы высшего образования. материалы VII Международной научно-методической конференции. С.Г. Емельянов (отв. редактор). 2015. С. 243–245.
3. *Погосов А.В., Богушевская Ю.В., Пастух И.А.* Обучение мультидисциплинарному подходу оказания медицинской помощи как инновационная образовательная технология // В сборнике: от качества преподавания к качеству образования: современные тенденции и новации в подготовке преподавателей высшей школы. материалы Российской научно-методической конференции с международным участием (Курск, 14–16 мая 2012 г.). Комитет здравоохранения Курской области, Комитет образования и науки Курской области, ГБОУ ВПО «Курский государственный медицинский университет» Минз-

дравсоцразвития России, Факультет повышения квалификации преподавателей. 2012. С. 146–147.

4. *Погосов А.В., Богусhevская Ю.В., Погосова И.А.* Использование мультидисциплинарного подхода в учебном процессе кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета // В сборнике: Актуальные вопросы пограничной психической патологии (биопсихосоциальный подход). Материалы Всероссийской научно-практической конф. с международным участием, посвященные 10-летию кафедры психиатрии и психосоматики Курского государственного медицинского университета. 2013. С. 7–12.

Подход к оценке патопсихологических заключений

Рыжов А.Л.

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

andrey.ryzhov@gmail.com

Ключевые слова: патопсихологическая диагностика, патопсихологическое заключение

An approach to evaluate clinical psychologists' assessment reports

Ryzhov A.L.

Lomonosov MSU, Moscow, Russia

Keywords: clinical psychological assessment, psychological report

Требования к структуре и содержанию патопсихологических заключений жестко не регламентированы. Навыки написания формируются в рамках спецпрактикумов при обучении и развиваются в общении с опытными коллегами и специалистами другого профиля, впитывая в себя традиции конкретного учреждения и отражая специфику решаемых задач. В то же время, целый ряд современных тенденций обуславливает необходимость переосмысления практики составления заключений и их модернизации. Среди прочего, к ним относятся: снижение роли нозологической (дифференциальной) диагностики в связи с изменением принципов психиатрической систематики и развитием симптом-ориентированных методов терапии; интерес к «транснозографическим» диагностическим задачам, таким, как оценка суицидального риска, приверженность саногенным или патогенным формам поведения и пр.; большее внимание к расстройствам, не сопровождающимся стойкими изменениями со стороны когнитивных процессов (напр., аффективные расстройства, расстройства с преимущественно поведенческими проявлениями); потребность интегрировать в текст данные, основанные на использовании методологии, не соответствующей отечественному патопсихологическому подходу; теоретический и концептуальный плюрализм практикующих психологов; усиливающийся акцент на «помогающих» функциях психолога и необходимость включения заключений в более широкий контекст консультирования; изменения этической и профессиональной позиции, с постепенным отказом от экспертно-патерналистского подхода, ориентацией на развитие активного отношения самого человека к своей судьбе, большей открытости, подра-

зумевающей в т.ч. право на знакомство пациента (или его родителей) с результатами обследования и текстом заключения.

Ниже делается попытка выделить ряд аспектов, или точек зрения, которые могут использоваться как ориентиры при написании и оценке заключений. Отправной точкой является рассмотрение заключения, как коммуникативного сообщения, что позволило (вольным образом) использовать выделенные Р.О.Якобсоном функции языка, основанные на различении референта (описываемой реальности обследования), субъекта (психолога), адресата (психиатра, психолога, родителей и пр.), кода (языка, психологической терминологии) и сообщения (самого текста). Большое значение также имеет традиционное для семиотики различение референта (означаемого объекта) и сигнификата (выделяемого смысла-значения, относящегося к нему) – подробнее см. [У.Эко, 1998, с. 48–55, 78–84]. В основу лег опыт проведения цикла практических семинаров для психологов в НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухарева (2019 г.) и анализа заключений студентов в рамках спецпрактикума по детской клинической психологии в МГУ им. М.В. Ломоносова.

1. Референтативный аспект относится к тому, насколько правдоподобно и достоверно заключение отражает реальную картину психологических и поведенческих особенностей. Следует помнить, что кроме непосредственного референта (ситуации обследования), заключение должно учитывать то, насколько эти наблюдения репрезентативны по отношению к психологическим проявлениям в реальных жизненных ситуациях (принцип «функциональной пробы» [Практикум. . . , 1987, с. 21]). Ошибки на уровне референции сложны в идентификации, так как отражают неполное, искаженное или домысленное, по разным причинам, «восприятие» ситуации психологом. Это определяет необходимость приведения подтверждающих примеров.

2. Сигнификационный аспект определяется точностью используемых терминов для квалификации наблюдений. Здесь особо обращает на себя внимание проблема выбора необходимого уровня обобщения. Типичные ошибки связаны с излишней привязанностью к сырым данным методик (например, квалификация отдельных ошибок по конкретно-ситуативному признаку, как «снижения уровня обобщения»), с использованием психиатрических квалификаций и с оперированием понятиями, заведомо находящимися за рамками возможных наблюдений (например, необоснованные выводы о прошлой истории, психогенные этиологические теории и пр.) В качестве ориентира можно использовать определение предмета патопсихологии, т.е. квалификацию (и мышление) в терминах особенностей психологического функционирования. Другой тип трудностей связан с неверным использованием концептуального аппарата или его неадекватностью.

3. Метакоммуникативный аспект отражает концептуальную ясность, общность понятийного поля автора и потенциального читателя заключения. Он во многом определяется эксплицитностью текста, и зашумляется использованием неопределенных, редких, или имеющих специфическое значение в рамках отдельных теоретических моделей понятий.

В этих случаях, перевод на конвенциональный язык или краткие пояснения, могут служить для уточнения подразумеваемого смысла.

4. Конативный аспект касается выводов, которые заключение побуждает сделать читателя (врача, психолога, родителей и пр.). Заключение не является простым перечислением наблюдений, оно содержит логику аргументации, отражает отбор релевантной и отсеивает нерелевантную с точки зрения психолога информацию, акценты на ключевых нарушениях, избранную последовательность изложения, явную или имплицитную проверку гипотез. Не всегда, однако, заключение справляется со своей задачей, а в ряде случаев может привести читателя к выводам, не предполагавшимся психологом.

5. Эмотивный аспект – это косвенное выражение в тексте авторской позиции психолога, проявляющее его отношение к испытуемому и профессионально-этическую позицию. Кроме использования потенциально стигматизирующей и пренебрежительной лексики (в т.ч., привычных в традициях написания заключений, как «дефект», «несуразность»), необходимо обращать внимание на обоснованность использования таких указаний, как нарушение, расстройство для описания особенностей, которые могут рассматриваться, как относящиеся к континууму нормы. Отметим, что важным требованием является сосредоточение не только на нарушенных, но и на сохранных и сильных сторонах психической деятельности.

6. Поэтический аспект относится к оценке сбалансированности, гармоничности текста, с учетом различных, часто противоречивых, требований. Это относится, например, к объему приводимых примеров, степени детализации, отношению между каноничностью и персонализацией «под случай», выбору такой структуры изложения, при которой удастся максимально полно описать картину нарушений, избегая повторов и не теряя логической нити (подробнее см. – [Б.В. Зейгарник, А.Я.Иванова, 2015]). Важнейшим критерием здесь можно считать то, насколько автору удалось избежать «смысловой энтропии».

Кроме того, что приведенные выше точки зрения могут использоваться для оценки и коррекции заключений, их можно использовать в рамках практикумов и супервизий в тренингах развития навыков написания заключений. Так, работая над референтативным аспектом, можно просить угадать, к кому из обследованных пациентов относятся зачитываемые выдержки из заключений, для эмотивного аспекта – предлагать «позитивные переформулировки» заключениям специалистов, для оценки конативного аспекта сравнивать заключения по вымышленным и реальным случаям.

Литература

1. Эко У. Отсутствующая структура. СПб: «Петрополис», 1998.
2. Практикум по патопсихологии / под ред. Б.В.Зейгарник, В.В. Николаевой, В.В.Лебединского. М.: Изд-во МГУ. – 1987.
3. Зейгарник Б.В., Иванова А.Я. О патопсихологических заключениях. // Сборник трудов по патопсихологии детского возраста, под ред. Э.С. Мандрусовой; М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015. – сс. 158–171.

К вопросу о применении научного наследия Б.В. Зейгарник в высшем образовании

Сафонова Т.В.

*ФГБОУ ВО Государственный
университет по землеустройству, Москва*
safonova1956@mail.ru

Широокрад И.И.

*ФГБОУ ВО Государственный
университет по землеустройству, Москва*
shirokorad_irina@mail.ru

Аслаева Р.Г.

*БАГСУ при Главе Республики
Башкортостан, Уфа, Башкортостан*
rakhima.aslaeva@mail.ru

Денискина В.З.

ФГБОУ ВО МПГУ, Москва
dvenera@yandex.ru

Ключевые слова: наследие Б.В. Зейгарник в высшем образовании

To the question of the application of the scientific heritage of B.V. Zeigarnik in higher education

Safonova T.V.

State University of Land Use Planning, Moscow,

Shirokorad I.I.

State University of Land Use Planning, Moscow,

Aslaeva R.G.

The Bashkir Academy of Public

Administration and Management under

Head of the Republic Bashkortostan, Ufa, Russia

Deniskina V.Z.

FGBOU VO MPGU, Moscow

Keywords: scientific heritage of B.V. Zeigarnik in higher education

Актуальность выводов, представленных в статье, обусловлена, с одной стороны, возросшим интересом к наследию Л.С.Выготского в контексте культурно-исторического влияния среды на формирование личности, и, как следствие, к работам выдающегося ученого данного направления исследований – Б.В. Зейгарник [1]. С другой стороны, мы постоянно сталкиваемся с необходимостью искать и находить научно-теоретическое

и практическое обоснование своему полю исследования в контексте социальной педагогики и социальной психологии – становлению личности студента в образовательной среде вуза. Обращение к жизненному пути, личному опыту учёного, ее идеям становится подспорьем в научно-теоретическом обосновании направлений своих изысканий. Все это подвигло нас обратиться к творчеству Б.В. Зейгарник более подробно.

Возникает вопрос – в каких направлениях научных исследований современного высшего образования жизненно востребованы идеи Блюмы Вульфовой? Кратко их представим:

- Достаточно хорошо исследованы философские проблемы личностного становления в образовании, в том числе учеными кафедры философии образования МГУ им. М.В. Ломоносова, но психолого-педагогическое обоснование данного процесса требует новых исследований.
- Еще более актуальными идеи Б.В. Зейгарник становятся при исследовании проблем дефектологического и инклюзивного образования и социальной педагогики и психологии[2].
- Идеи поступательного развития высших психологических функций и личностных характеристик и личностных смыслов, обучающихся в процессе учебной и научно-исследовательской деятельности напрямую связаны не только с учебным видом деятельности, но и неаудиторной работой по приобщению студентов к духовно-нравственному наследию с учетом психологических закономерностей развития, в том числе возможных отклонений от нормы.
- Еще одно направление востребованности психолого-педагогических идей Б.В. Зейгарник мы находим при изучении студентами в вузе традиций религиозной отечественной культуры, особенно религиозной психологии.
- Как ни парадоксально, идеи ученого востребованы и при обсуждении профессионального стандарта педагога высшей школы, поскольку педагогическая деятельность преподавателя вуза должна быть в поле тех изысканий, которые позволяют распознать патологическое развитие личности, что встречается в среде обучающихся. Поскольку общеизвестно, что никаких тестов по психологическому благополучию абитуриентов при их поступлении в вуз не проводится [3].
- И наконец, внедрение дистанционного обучения, создание авторских образовательных контентов также требует ссылок на психолого-педагогическую доступность материала всем категориям обучающихся, в том числе нуждающихся в дополнительном психолого-педагогическом сопровождении.

Таким образом, можно выделить важные положения научной школы Б.В. Зейгарник, которые и сегодня работают, давая положительные результаты в организации образовательной деятельности в становлении личности студента вуза.

К ним были отнесены следующие положения:

В инклюзивном и дефектологическом образовании четко прослеживается принцип гуманистического отношения к человеку, нуждающегося в дополнительном внимании по показаниям сохранности здоровья; понимание роли межличностных и профессиональных отношений в его реабилитации. В инклюзивном образовании необходимо учитывать единство общепсихологических закономерностей как в норме, так и в патологии.

Идеи психолога о необходимости соблюдать широкие междисциплинарные связи со всеми областями психологии востребованы сегодня при изучении истории мировых религий в вузе в контексте религиозной психологии.

При изучении бакалаврами, магистрами, аспирантами общей психологии и психологии высшей школы актуальны представленные в исследованиях ученого психологические проблемы соотношения аффекта и интеллекта, распада и развития личности, саморегуляции и смысловой организации сознания.

Большим воспитательным потенциалом обладает личный жизненный опыт Б.В. Зейгарник: опыт выживания в сложных социально-бытовых и общественных условиях; нравственные выборы, которые приходилось ей делать [4].

Многие социально-гуманитарные дисциплины в вузе исходят из культурно – исторической концепции, развернувшей проблему опосредствования и саморегуляции в контексте смыслового развития самосознания личности.

В культурологических и художественных дисциплинах весьма значимы параллели между наукой и искусством, которые мы находим у Б.В. Зейгарник, они согласовывались с ее представлением о патопсихологии как гуманитарной науке, науке о человеке и его окружении, отношениях человека [5].

Особое значение для вузовского обучения имеют идеи Б.В. Зейгарник о «нарушении личностного компонента « познавательной деятельности (мышления, памяти, восприятия), что, по ее мнению, вносит коррективы в общепсихологические законы личностного развития в норме и при патологии.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Психология личности: норма и патология. Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: НПО «МОДЭК» 2007. 460 с.
2. Исследование ориентации на личностную модель взаимодействия с детьми как структурного компонента готовности педагогов к инклюзивному образованию / Т.В. Сафонова, А.С. Сунцова, Р.Г. Аслаева// Интеграция образования. 2019. – № 1 – С. 50–66. DOI: 10.15507/1991–9468.094.023.201901.681–695

3. Развитие современного высшего образования в России и в зарубежных странах / Т.В. Сафонова, И.И. Широкопад, С.И.Лялькина, Т.В.Артемова и др. Коллективная монография. Под ред. Нагорной А.Ю. Ульяновск. Изд. Зебра, 2020.
4. *Соколова Е.Т.* Феномен личности Б.В. Зергайник (к 100-летию со дня рождения). Режим доступа: <https://hr-portal.ru/article/fenomen-lichnosti-by-zevgarnik>.
5. *Сафонова Т.В. Широкопад И.И., Артемова Т.В.* Формирование общекультурной компетентности студентов в дистанционном обучении вуза//Бизнес.Образование. Право.2020. № 3(52). С.362–365. DOI: 10.25683/VOLBI.2020.52.354

**Феномен личности Зейгарник Б.В.
и ее уникального проекта-патопсихологии.
Возрождение интереса к нему, как неизбежный
этап развития современной психологической науки**

Слонеvский Ю.А.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,

slonevsky2012@yandex.ru

**The phenomenon of B.V. Zeigarnik personality
and its unique project -pathopsychology.
The emergence of interest in it as an inevitable stage
in the modern psychological science development**

Slonevsky Yu.A.

NMHC RAMS, Moscow, Russia

В профессии клинического психолога особое значение имеют знания об истории становления ее профессиональных стандартов и традиций. Необходимо сформировать личное представление о спектре целей, которые ставили перед собой ее создатели. Конечно, крайне важен и необходим учет современного социального, культурно-исторического контекста, а также положения дел в современной науке. Например, пандемия коронавируса-19 и спектр реакций на нее и ее последствия в разных слоях общества, во всех профессиональных сообществах, позволяют нам указать на неизбежность ускорения процесса вступления патопсихологии в период своего ренессанса. В связи с этим важно отметить некоторую парадоксальность оценок ее места и значения для медицины, психиатрии, психотерапии, психологии. Будучи важной (и очевидно незаменимой) частью клинической психологии, она одновременно может рассматриваться как самодостаточный проект. Это связано с ее особыми функциями и миссией. С самого начала, совместно с врачами, шло формирование адекватного запроса психиатрии к возможностям патопсихологии как уникального раздела психологической науки и практики. Особые усилия уделялись активизации содержательного междисциплинарного диалога и сотрудничества. Достаточно быстро появились преданные сторонники. Разрастались сферы и формы практического использования патопсихологического подхода. Патопсихология всегда умела ставить и качественно решать уникальные задачи. Иногда казалось, что она потеряется, растворится в новых направлениях развития психологических практик. В настоящее время существует

более сотни таких направлений (называемых модальностями). Были опасения, что она будет поглощена медицинской или клинической психологией. Однако, патопсихология подобна Фениксу. Она вновь заявляла и заявляет о себе. Сегодня ясно, что она, со своими функциями, спецификой профессионального менталитета, возможностями качественного анализа сохранных и нарушенных функций, своей приверженностью системному подходу, следованию высокому стандарту исследований и свежестью взгляда на новые вызовы, будет вынуждена вновь и вновь возрождаться. Объясняется это востребованностью ее наработок и множеством пока еще неосвоенных возможностей. Можно говорить, что это связано также с присущими ей, как уникальному разделу психологической науки и практики, свойствами, которые позволяют ей выполнять роль профессионального «камертона». Все ее исследовательские процедуры экономичны, просты, но позволяют получать информацию не только о настоящем, но и будущем. Это делает прогнозы надежней.

На всех этапах своего становления и развития патопсихология была важной частью междисциплинарных научно-практических проектов в психологии, психиатрии, общей медицине.

Возможно, это обусловлено тем, что Блома Вульфовна стремилась поддерживать и развивать в своих учениках способность к объемному восприятию ситуации, к учету изменений контекста. Она поощряла стремление к метаанализу данных. Одновременно ей было свойственно помогать собеседнику выделять ключевые параметры и смыслы диалога или текста. Делала она это тактично и незаметно. Необходимо подчеркнуть ее принципиальность, которая сочеталась с отсутствием зашоренности и нетерпимости.

Сейчас много говорят о значимости процессов супервизии, коучинга. Разумеется, они важны для психолога. Однако не стоит упрощать их смысл и назначение, как и представление о маршруте движения в пространстве профессионального становления. Следует констатировать, что наша профессия помогает не только не забывать, но быть готовыми в нужный момент актуализировать и использовать уникальную часть своего особенного жизненного опыта. В него входит ресурс личных встреч и диалогов со значимыми для тебя, как человека и профессионала, людьми, учителями, наставниками.

Нам всем еще предстоит оценить истинный масштаб личности Бломы Вульфовны Зейгарник, талантливого и мудрого человека. Она поддерживала в своих учениках стремление реализовывать по-настоящему сложные, но интересные творческие проекты. Если она видела подлинный интерес к делу, то находила время для того, чтобы найти в помощь студенту союзников, авторитетных экспертов... В ней удивительным образом сочетались простота и величие. Очевидно, что благодаря этому она умела объединять для решения творческих задач усилия людей разного социального статуса, с несопоставимым жизненным опытом.

Уместно отметить, что цели и последствия создания патопсихологии как уникального проекта, были ориентированы не только и не столько на запросы того времени, но и на будущее. Этот научно-практический, очень конкретный, прагматичный и одновременно творческий и романтический проект всегда будет востребован. Его автор всегда трепетно и бережно относилась к нему. Она была готова обсудить и разъяснять его ключевые положения.

История теории и практики становления патопсихологии удивительна. Очевидно, что сейчас пришло время, когда она могла бы быть так же рассмотрена и в качестве примера системного подхода к процессу разработки и реализации уникального и, как многим в самом начале казалось, локального проекта. Именно патопсихологические исследования в медицине, в частности психиатрии, становились драйвером развития научного знания и практических направлений (в частности, реабилитационного, психокоррекционного, консультативно-диагностического). Это способствовало росту уровня осознания важности междисциплинарного сотрудничества как обязательного условия, механизма и инструмента развития не только психологического, но и общемедицинского знания. Не вызывает сомнения влияние патопсихологии на содержание модели развития отечественной психологии в целом.

Экспериментально-психологическое (патопсихологическое) исследование всегда фокусируется на решении конкретных психодиагностических задач. Одновременно оно, в силу своей способности последовательно реализовывать персонифицированный подход, выполняет дополнительные функции. Оно является уникальным источником знания о личностном потенциале и ресурсе. Это существенно повышает надежность прогностических оценок.

Можно отметить, что психологи, работающие в области малой и большой психиатрии, постоянно открывают для себя все новые возможности использования пространства экспериментально-психологического исследования. Зачастую, именно в нем закладываются основы отношений доверительного терапевтического сотрудничества. В ситуации реального тематического взаимодействия и диалога происходит подбор и реализация первичных, по-настоящему персонифицированных мер поддержки: консультативно-диагностических, психопрофилактических, коррекционных, психотерапевтических, реабилитационных, психообразовательных.

В патопсихологии бережно сохраняются традиции. Это относится прежде всего к важности подбора и использования процедур и методик, позволяющих реализовывать преимущества качественного анализа. Конечно, какие-то перемены необходимы и неизбежны. Используются новые подходы, применяются опросники, шкалы. Зачастую это связано с расширением спектра проблем и задач, в решении которых психологу приходится участвовать.

Для профессионалов существенным вызовом нашего времени является необходимость и неизбежность поиска своего места в междисциплинарных научно-практических проектах. При этом они могут существенно различаться по содержанию, формату, социальной значимости. Важно отметить, во многих из них психолог, в дополнение к профессиональным обязанностям вынужден так же заниматься вопросами углубления взаимопонимания среди участников таких терапевтических и реабилитационных программ.

В ФГБНУ НЦПЗ, в отделении по изучению особых форм психической патологии, где я работаю, участниками процессов реализации моделей помощи верующим больным и больным с религиозной фабулой психических расстройств являются врачи-психиатры, медицинские психологи, священники, социальные работники, волонтеры и т.д.

Мне, как психологу приходится иногда уточнять, дополнять представления о структуре и содержании патопсихологических синдромов. Так, например, в процессе работы с эндогенными больными из религиозной среды и с религиозной фабулой бреда, возникла необходимость ввести новое понятие-конструкт «феномен системного когнитивного диссонанса»(ФСКД). Это позволяет персонифицировать поддержку больному, его близким с учетом особенностей религиозного мировоззрения и совокупного жизненного контекста. Важное место уделяется исследованию уровня психологической готовности и подготовленности верующих пациентов к терапевтическому сотрудничеству. Здесь представляется уместным подчеркнуть, что в клинике эндогенных психозов нам приходится работать не просто с верующими больными, но и с теми, чьи состояние и поведение во многом определяется содержанием религиозной фабулы бреда. Речь, в частности, идет, о малоизученном в психиатрии, синдроме овладения религиозного содержания (СОРС). Разумеется, что решение целого ряда диагностических, прогностических задач, а так же вопросов подбора персонифицированной терапевтической, консультативно-информационной, реабилитационной поддержки требует последовательной реализации принципов междисциплинарного подхода в рамках нашей авторской модели научно-практической помощи этим больным. Ушли в прошлое однозначные оценки роли и влияния изъятий, рисков, ресурсов. Сейчас трудно говорить о единственно верном маршруте реабилитации. Даже дефицит социальной активности больных может стать их ресурсом. Так как они могут быть востребованы сообществами, которые способны помочь компенсировать этот дефицит и обеспечить чувство принадлежности, сопричастности.

Несколько слов о будущем «прежней и новой» патопсихологии, о контексте, контекстуальном ресурсе (социальном, духовно-психологическом, культурно-историческом, морально-нравственном...). В сфере профессионального образования неизбежен рост интереса к такому

уникальному достижению отечественной и мировой психологической каким является патопсихология. Становление патопсихологии является яркой иллюстрацией совмещения процессов реализации программы обучения, формирования профессионального сообщества и создания социально-психологической атмосферы, способствующей конструктивному и успешному междисциплинарному поиску. Есть много фактов, которые прямо или косвенно свидетельствуют в пользу того, что патопсихология снова может стать одним из драйверов развития процессов понимания ключевых проблем в психиатрии, общей медицине, в пространствах психотерапевтического, культурно-исторического, духовно-нравственного поиска. Опора на ресурс патопсихологии, на ее наработки в междисциплинарных исследованиях в медицине, прежде всего в психиатрии, позволяет точнее понимать смысл современных вызовов и находить оптимальные решения для связанных с ними проблем. Список вызовов весьма разнообразен. Некоторые из них действительно новые, другие всегда присутствовали, а сейчас либо активизировались, либо стали более заметны и важны по каким-то причинам. Одной из причин стала необходимость соблюдать режим самоизоляции в связи с COVID-19. Речь идет о проблемах с разными формами зависимости от психоактивных веществ, наркотиков, алкоголя. В условиях совместного пребывания в семейном кругу, при ограничении свободы передвижений стало сложнее скрывать свои пристрастия. Следствием стали конфликты, агрессия, декомпенсация и дезадаптация. Увеличилось число коморбидных состояний. Интересно, что обращения за психологической помощью участились. Однако выяснилось, что опыт устойчивого сотрудничества с врачами-психиатрами и наркологами у многих специалистов отсутствует. В период пандемии так же внезапно выяснилось, что чрезвычайно широко распространенным является отсутствие такого важного навыка, как пребывание наедине с собой. Важно отметить, что существенным образом может измениться конфигурация междисциплинарного сотрудничества даже в нашей клинике. Патопсихология обладает всеми возможностями для того, чтобы, учитывая новые реалии, активно участвовать в структурировании, уточнении тематического взаимодействия между психиатрами, патопсихологами, психологами других специализаций, психотерапевтами, священнослужителями и т.д. Это отвечает интересам и больных, и профессионалов.

Особенности смысложизненного кризиса у специалистов социномических профессий на этапе обучения в вузе

Сысоева О.В.

ФГБОУВО «Дальневосточный государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ
Olga-mail2005@mail.ru

Петрова А.И.

Краевое государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Краевая клиническая больница № 2» Министерства здравоохранения Хабаровского края, Хабаровск
nastyu.pivaeva@mail.ru

Ключевые слова: смысложизненный кризис, социномическая профессия, студент

Features of the meaning-of-life crisis in specialists of socionomic professions at the stage of higher Education

Sysoeva O.V.

*Far Eastern state medical University
of the Ministry of health of the Russian Federation*

Petrova A.I.

*Regional State Budgetary Health Institution
“Regional Clinical Hospital No. 2” of the Ministry
of Health of the Khabarovsk Territory, Khabarovsk*

Keywords: meaningful crisis, socionomic profession, student.

Введение. На сегодняшний день для практики высшего образования актуальной является проблема личностного и профессионально-го развития студентов. Особо пристально в последнее время внимание к студентам социномических специальностей типа «человек-человек» ввиду специфики их будущей профессиональной деятельности, проявляющейся уже на этапе обучения. По Н.Г. Кауновой данный возрастной период сензитивен для формирования смысловой сферы, смысложизненных ориентаций как системы связей, отражающих направленность личности, поэтому важным условием профессионализации студента становится формирование смысла жизни в системе осмысленного понимания и отношения к своей профессии [1]. Как известно, сензитивные периоды

развития неразлучны с критическими. Однако тема смысложизненных кризисов на этапе обучения в вузе исследована недостаточно полно.

Материалы и методы. с целью изучения особенностей смысложизненного кризиса у специалистов социномических профессий на этапе обучения в ВУЗе нами были обследованы студенты лечебного факультета, специальности «клиническая психология» и «социальная работа» ДВГМУ, в количестве 185 человек. Исследование проводилось с использованием следующих методик: опросник временной перспективы Ф.Зимбардо; метафоры профессиональной деятельности К.В Карпинского, Т.В Гижук; опросник смысложизненного кризиса К.В Карпинского [2]. Полученные результаты были подвергнуты статистическому анализу линейной корреляции по критерию Пирсона.

Результаты. по результатам проведенного исследования было выявлено наличие смысложизненного кризиса у студентов помогающих профессий на протяжении всего периода обучения в вузе (средний уровень интенсивности кризиса от 63,7 % до 90 % учащихся на разных курсах профессионального обучения). Также было отмечено повышение интенсивности кризиса к середине обучения (высокий уровень интенсивности смысложизненного кризиса у 16,7 % учащихся на 1 курсе и 27,3 % к 3–4 курсу), что, вероятно, связано с прохождением кризиса середины обучения. Также была обнаружена статистически значимая корреляционная связь между интенсивностью проявления смысложизненного кризиса и негативному отношению к профессиональной деятельности – отчуждению и разочарованию (смысложизненный кризис и отчуждение профессии $r=0,3726$ при $p=0,000$; смысложизненный кризис и разочарование $r=0,2594$ при $p=0,001$). При этом, негативный смысл профессия приобретает опять таки к середине обучения (лечебный факультет 82,6 %, клинические психологи 75,8 %, социальная работа 100 % на 3 и 4 курсах). Также отмечается обратная корреляция между смысложизненным кризисом и позитивным отношением к профессии (смысложизненный кризис и увлечение профессией $r=-0,2083$ при $p=0,006$). Данный факт свидетельствует о тесном формировании смысловой сферы и профессионализации, о видении смысла жизни в реализации профессиональной деятельности. Кроме того, проявление смысложизненного кризиса достоверно коррелирует с временной направленностью личности. Так, при наличии позитивного прошлого вероятность возникновения смысложизненного кризиса снижается ($r=-0,1920$ при $p=0,011$), а при негативном прошлом увеличивается ($r=0,3920$ при $p=0,000$). Увеличивает ее и ориентация студентов на жизнь «сегодняшним днем» (смысложизненный кризис и гедонистическое настоящее $r=0,1646$ при $p=0,030$; смысложизненный кризис и фаталистическое настоящее $r=0,3608$ при $p=0,000$). Ориентация студентов на будущее отрицательно коррелирует с проявлением смысложизнен-

ного кризиса ($r=-0,2549$ при $p=0,001$), что снижает вероятность и интенсивность его проявления.

Вывод. в результате проведенного исследования у специалистов помогающих профессий выявлено наличие смысложизненного кризиса на всех этапах обучения в вузе, начиная с первого курса и заканчивая выпускным с усилением его интенсивности к середине обучения. В русле персонологии исследован смысложизненный кризис по К.В. Карпинскому определяется как системный кризис личностного бытия, возникающий по причине несформированности либо рассогласования смысла жизни с объективными условиями и индивидуальными возможностями его реализации [2]. Это позволяет предположить наличие рассогласованности, психологических барьеров на пути естественного формирования смысла жизни в его сензитивный период у студентов социэкономических специальностей с пиком в середине обучения (3–4 курс), свидетельствующий о том, что учащиеся перестают связывать возможность самореализации через обучение в вузе. Схожие результаты дают психологические исследования особенностей смысловой сферы у уже работающих по специальности врачей [3]. Таким образом, мы предполагаем, что социэкономические профессии типа «человек-человек» могут предусматривать специфику деятельности, дезорганизирующую ценностно-смысловой уровень в психологической структуре личности.

Литература

1. Каунова Н.Г. Исследование смысложизненных ориентаций и значимости смысла жизни современной молодежи (на материале Молдовы). Автореферат дис. ... канд. психол. наук. М., 2006.
2. Опросник смысложизненного кризиса: монография / К.В. Карпинский. Гродно: ГрГУ, 2008. 108 с
3. Смысложизненные ориентации врача экстренной медицины / Г.В. Дорохова, – Психологические проблемы смысла жизни и акме: Электронный сборник материалов XV симпозиума / Под ред. Г.А. Вайзер, Н.В. Кисельниковой. М.: УРАО «Психологический институт», 2010.

Динамика смыслообразующих компонентов комплаентности врача в понятиях «стыд» и «совесть» (на примере студентов-медиков)

Сысоева О.В., Фомина А.О.

ФГБОУВО «Дальневосточный

государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ, Хабаровск

Olga-mail2005@mail.ru, ane4ka_fomina@mail.ru

Ключевые слова: комплаентность, стыд, совесть, контент-анализ, мораль

Dynamics of sense-forming components of a doctor's compliance in the concepts of "shame" and "conscience" (on the example of medicine students)

Sysoeva O.V., Fomina A.O.

Far Eastern State Medical University of the Ministry of health of the Russian Federation, Khabarovsk

Keywords: compliance, shame, conscience, content analysis, morality

Введение. Понятие комплаентности и ее роль в современной медицинской практике обсуждаются с каждым годом все активнее. Согласно Р.В. Кадырову, за значением понятия «комплаентность», помимо приверженности лечению, скрывается качественно своеобразная картина внутренних переживаний человека по поводу своего здоровья, выраженных в качественно своеобразном рисунке поведения, деятельности и жизнедеятельности в целом [2]. От медицинских сотрудников во многом зависит приверженность пациентов к лечению. Факторы комплаентности, связанные с врачом, касаются, в первую очередь, работы у больного мотивации к лечению. Однако, ввиду отсутствия в открытых источниках достаточного количества информации по данной теме, очень трудно определить взаимосвязь позиции по отношению к лечению и определяющих ее моральных качеств у молодых специалистов системы здравоохранения.

Материалы и методы. С целью установить смысловое значение понятий «стыд» и «совесть» и их проявление в уровне комплаентности студентов-медиков на ранних этапах обучения в университете было проведено исследование, в котором принял участие 91 студент 2 и 3 курсов лечебного факультета ФГБОУ ВО ДВГМУ, в возрасте от 18 до

22 лет. Респондентам предлагалось пройти опросник «Уровень комплаентности» (Р.В. Кадыров), а также продолжить фразу: «стыд – это...» и «совесть – это...». Представленные определения были подвергнуты контент-анализу по методике Б.А. Еремеева (Б.А. Еремеев) [1].

Результаты. В ходе проведенного исследования выяснилось, что большинство студентов-медиков 2 и 3 курсов (71–83 %) демонстрируют средний уровень общей, социальной, эмоциональной и поведенческой комплаентности. При этом, во всех четырех критериях уровня приверженности к лечению в динамике наблюдается снижение процентного соотношения высокого уровня по отношению к остальным результатам, а также увеличение среднего уровня в показателях общей и социальной комплаентности и низкого уровня в показателях эмоциональной и поведенческой комплаентности.

Стыд для студентов-медиков 2 курса – это состояние, испытываемое человеком (корреляционная связь на 95 %-м уровне значимости между категориями «человек» и «испытывать», «состояние»). При этом стыд – это неприятное ощущение, которое ты чувствуешь, когда делаешь что-то (корреляционная связь на 99 %-м уровне значимости между категориями «что-то» и «неприятный»; «он» и «который», «чувствовать»; а также на 95 %-м уровне значимости между «неприятный» и «ощущение»; «делать» и «что-то», «ты», «чувствовать»). Для студентов-второкурсников чувство стыда проявляется в возникающих неловких ситуациях, связанных с действиями других людей (корреляционная связь на 95 %-м уровне значимости между категориями «другой» и «ситуация»; на 99 %-м уровне значимости между категориями «возникающий» и «ситуация»; «неловкий» и «ситуация»; «другой» и «действие», «люди»).

Для студентов 3 курса в смысловой структуре понятия «стыд» прослеживается единственная статистически значимая связь на 95 % уровне между словами «свой» и «поступок» (О.В. Сысоева, А.О. Фомина) [3].

Совесть для учащихся на 2 курсе – это своё чувство вины, ответственность за своё поведение (корреляционная связь на 95 %-м уровне значимости между категориями «чувство» и «поведение»; на 99 %-м уровне значимости между категориями «вина» и «чувство»; «ответственность» и «поведение»; «свой» и «чувство», «поведение», «ответственность»). Помимо этого, совесть – это такой психологический, рациональный и моральный процесс (корреляционная связь на 95 %-м уровне значимости между категориями «психологический», «такой» и «процесс»; на 99 %-м уровне значимости между категориями «рациональный» и «моральный», «процесс»), ситуация, которая такая (корреляционная связь на 95 %-м уровне значимости между категориями «такой» и «ситуация»; на 99 %-м уровне значимости между категориями «ситуация» и «который»; «такой» и «который»), моральный принцип, сам определяющий рациональную норму, голос нормы (корреляцион-

ная связь на 95 %-м уровне значимости между категориями «норма» и «сам», «голос», «рациональный», «определяющий»; на 99 %-м уровне значимости между категориями «моральный», «принцип» и «норма»). Также здесь у студентов возникает понимание, что совесть – это еще и отношение к себе (корреляционная связь на 95 %-м уровне значимости между категориями «отношение» и «себя»).

Для студентов 3 курса в понятии «совесть» выявлены на 95 % уровне значимости связи между категориями «ответственность», «чувство» и «свой». На 99 % уровне проявились связи между понятиями «свой» и «ответственность», «который» и «мучить». В качестве наиболее отталкиваемых категорий обозначены понятия «сделать» и «неправильный» (О.В. Сысоева, А.О. Фомина) [3].

Выводы. В результатах исследования 2 и 3 курсов проявляется верное понимание студентами понятий «стыд» и «совесть». К середине обучения студенты-медики демонстрируют академическую осведомленность, полученную в процессе обучения в вузе. В процессе обучения в медицинском университете у студентов вырабатывается и закрепляется неопределенная позиция по отношению к лечению. С одной стороны, они привержены лечению, с другой – отрицают ее необходимость. Также у части студентов появляется склонность к непостоянству в поведении, подверженность влиянию чувств, случая и обстоятельств, что отрицательно сказывается на эффективности лечения. Они все больше потворствуют своим желаниям, не прилагая усилий по выполнению врачебных требований и рекомендаций (Р.В. Кадыров) [2].

Таким образом, можно утверждать, что обучение в медицинском университете способствует не повышению уровня комплаентности у студентов, а усреднению ее показателей по ходу обучения.

Литература

1. *Еремеев Е.А.* О «естественных» категориях анализа содержания и некоторых процедурах их выявления // Методологические и методические проблемы контент-анализа. М.; Ленинград: Институт социолог. исслед. АН СССР, 1973. Т. 1. С. 109–112.
2. *Кадыров Р.В.* Опросник «Уровень комплаентности»: монография, 2014 /Кадыров Р.В., Асриян О.Б., Ковальчук С.А.. Владивосток: ГБОУ ВПО «Тихоокеанский государственный медицинский университет», 2014
3. *Сысоева О.В., Фомина А.О.* Понятия стыда и совести как смыслообразующих компонентов комплаентности врача (на примере студентов-медиков) // Личностно-профессиональное развитие субъектов образовательной среды высшей школы: материалы III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием / под общ. ред. д. м. н., профессора, ректора Ставропольского государственного медицинского университета В.И. Кошель. Ставрополь: Изд-во СтГМУ. 2019.

Исследовательское обучение в курсе «Патопсихология: от традиций к современности»

Тарасова С.Ю.

*Психологический институт РАО, Москва,
Государственный университет «Дубна», Россия
syutarasov@yandex.ru*

Ключевые слова: обучение в «мастерской», анализ клинического случая, шизофрения, дифференциальная диагностика, побочное следствие цифровизации

Аннотация. Схема исследовательского обучения показана на примере темы «патопсихологический синдром шизофрении». Студенты государственного университета «Дубна», будущие клинические психологи, по выделенным критериям самостоятельно обследуют больных и подготавливают психологическое заключение. С помощью сравнительного анализа трех клинических случаев учатся дифференциальной диагностике психических расстройств. Анализируется графическая продукция пациентов. Акцент сделан на нарушениях мышления при шизофрении. Особое внимание уделяется дифференциальной диагностике шизофрении и шизотипического расстройства личности как следствия преобладания виртуального общения в социальной ситуации развития подопечного (побочное следствие цифровизации).

Research-based learning in the course “Pathopsychology: from traditions to modernity”

Tarasova S.

*Psychological Institute of Russian Academy of Education,
Dubna State University, Dubna, Russia*

Key words: “workshop” learning, analysis of a clinical case, schizophrenia, differential diagnostics, side effect of digitalization

Abstract. The learning process is exemplified by the topic “pathopsychological syndrome of schizophrenia”. Students of Dubna State University, prospective clinical psychologists, independently examine patients based on selective criteria and prepare a psychological report. Through comparative analysis of three clinical cases they study differential diagnostics of mental disorders. Graphical production of patients is analyzed. The focus is placed on thought disorders in schiz-

ophrenia. Special emphasis is put on differential diagnostics of schizophrenia and schizotypal personality disorder as a result of prevailing virtual communication in the social development of the patient (side effect of digitalization).

Курс «Патопсихология» читается студентам на третьем году обучения, когда будущие клинические психологи уже прослушали ряд курсов по общей психологии, психологии личности, эмоций и др. На момент знакомства с собственно клиническими дисциплинами учащиеся уже хорошо знают типологии личности, типы психопатий и акцентуаций характера по работам разных авторов от Э. Кречмера и П.Б. Ганнушкина до М.Е. Бурно. Клинический психолог, как и врач – яркий представитель профессии «человек – человек». Для успешной работы в будущем необходима передача опыта от преподавателя студентам, лекции-беседы, обсуждение клинических случаев с возможностью анализа словесной и графической продукции больных, возможностью задать преподавателю своевременный вопрос. Подобное обучение в «мастерской» возможно и оптимально при количестве студентов примерно 15 человек. После этого необходимого этапа студенты самостоятельно проводят обследование пациентов в стационаре под присмотром клинического психолога.

Изучению отдельных нозологий в курсе «Патопсихология» предшествует знакомство с отдельными клиническими симптомами. Перечислим патопсихологические симптомы: бред, галлюцинации, психомоторное возбуждение, нарушения сознания. Далее мы изучаем патопсихологический синдром шизофрении. Основным фактором является нарушение личностных установок: установки знаемы, но утрачивают свою побудительную силу. Как считает классик Б.В. Зейгарник, это проблема мотивации [Б.В. Зейгарник, 1986]. Добавим, что студенты дома делают таблицу по нарушениям мышления (мотивационный, операциональный и динамический компоненты) по соответствующей главе книги Б.В. Зейгарник «Патопсихология». В рамках практикума по патопсихологии студенты-клинические психологи посещают психиатрическую клинику, видят «разбор случая», затем проводят патопсихологическую диагностику самостоятельно. Обычно это делается параллельно с анализом клинических случаев, в которых пациента обследовал преподаватель (и которые являются более клинически сложными), на аудиторных занятиях. Таким образом эти формы работы взаимно дополняют друг друга. Обозначим критерии, по которым студенты обследуют больного и анализируют случай. Акцент сделан на нарушениях мышления [В.П. Критская, Т.К. Мелешко, 2015]:

- Нарушения операционной стороны мышления: искажение процесса обобщения.
- Нарушения мотивационного компонента мышления. Облегченная актуализация формальных ассоциаций, неадекватных сближений:

«ось – движение осы; кровь и керосин – начинаются на «к», топливо, жгучие жидкости», «в подушке и небоскребе живут клопы и люди». Разноплановость мышления. Резонерство как настойчивое аффективно окрашенное стремление подвести даже незначительное явление под какую-нибудь «идею, концепцию».

Анализ рисунков обследуемых проводится как содержательный, так и операциональный. Следует отметить интересную тенденцию, наблюдаемую как в консультативной, так и в преподавательской работе. Зачастую хорошо рисующие больные выкладывают собственные произведения в сети Интернет (ВКонтакте и пр.), и, конечно, их можно и желательно анализировать со студентами, сопоставлять с продукцией во время обследования. Однако здесь встает этический вопрос, так как сделать это анонимно практически невозможно, и далеко не все пациенты дают согласие на такую работу со студентами. Проанализировав и обсудив с преподавателем клинические случаи, студенты самостоятельно пишут заключения.

Далее приведем фрагменты двух клинических случаев, анализируя которые, студенты осваивают дифференциальную диагностику шизофрении и шизотипического расстройства личности как следствия преобладания виртуального общения в социальной ситуации развития подопечного (побочное следствие цифровизации). У обеих пациенток затруднен глазной контакт, есть трудности в сфере общения, (ауто)агрессивные тенденции. В обоих случаях ассоциативный ряд странный, своеобразный, но у второй пациентки можно предположить особую, с минимумом реального общения, социальную ситуацию развития.

Случай 1. Девушка, 24 года. В методике «пиктограмма» на стимул «счастье» нарисовала «зеленую травку, без людей». «Обман» – мышеловка. «Печаль» – «емкость, в которой ничего нет, банка пустая». Для запоминания стимула «война» изобразила черный квадрат. Общее между ботинком и карандашом видит в том, что след от грязного ботинка похож на цветной карандаш. Общее между кровью и керосином видит в том, что они имеют неприятный запах, густоваты, представляют ценность. В ответ на стимул «ось и оса» отвечает: «жало и ось похожи, но ось бесконечная; и ось, и оса – это что-то утонченное». Заключение врача-психиатра в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10: шизофрения (F20).

Случай 2. Девушка, 24 года. В методике «пиктограмма» на стимул «смелый поступок» нарисовала, как человека спасают из горящего дома. «Разлука» – девочка и мальчик, между ними разбитое сердце. Для запоминания стимула «вкусный ужин» изобразила бутерброд с сыром и кетчупом, пояснила: «в основном бутерброды ем». На стимул «обман» нарисовала человечков и пояснила: «правда или вызов. Из игры». «Счастье» – «Нарру из мультика». «Дружба» – основная сцена из «Друзей». «Веселая компания» – «плохая компания» из КВН. В ответ на стимуль-

ное словосочетание «кровь и керосин» отвечает, что начинаются на «к», «кровь можно пить, а керосин нет; керосин делают люди». Подушка и небоскреб неодушевленные, в обоих м.б. живые существа (говорит с юмором), «можно лежать». Можно предположить, что социальная ситуация развития обследуемой складывалась таким образом, что она много времени проводила за виртуальной игрой и виртуальным общением. В беседе дополняет, что, сколько себя помнит – играла в различные виртуальные игры. На вопрос о поведении в этой связи родителей отвечает, что не помнит, что «их это, в общем, устраивало». На вопрос о родительских наказаниях отвечает: «домашний арест, отключение интернета, было унизительно идти просить отца; он не делал этого специально, но тогда так казалось». Необходимо динамическое наблюдение.

Большое количество виртуального общения – новая социальная ситуация развития, ее следует наблюдать. Для дифференциальной диагностики эндогенного процесса и приобретенного помогает, в том числе, выяснять, все-таки есть ли у обследуемого реальное общение (виртуальное с реальными друзьями...). Можно говорить о «шизоидизации» современного общества. Речь идет, в частности, о переходе к виртуальному общению и многообразии последствий для психического здоровья человека, ребенка и взрослого. Можно провести параллель между описанным последним случаем и нашим исследованием, также выполненным студентами кафедры клинической психологии университета «Дубна». Это исследование студенты проводили в рамках курсовых работ. Обнаружена интересная тенденция: в сельской школе по сравнению с городскими оценка учащимися ситуации в школе выше ($p=0,06$) (с использованием методик А.М. Прихожан). В данном случае можно, видимо, говорить о побочных эффектах перехода на цифру для психического, личностного здоровья подростков.

Таким образом, обучение студентов, будущих клинических психологов, можно считать исследовательским.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1986.
2. *Критская В.П., Мелешко Т.К.* Патопсихология шизофрении. М.: Институт психологии РАН, 2015.

РАЗДЕЛ 3 НАУЧНЫЕ И ЭТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

В данном разделе сборника тезисов должна была бы найти отражение главная тема конференции – тема научных и этических оснований современной клинической психологии. Однако эта проблема, так или иначе, встает в самых разных разделах и секциях конференции, пропуская их. Поэтому в этом разделе мы сконцентрировали тезисы и доклады, которые, с одной стороны, ставят методологические и теоретические вопросы, приобретающие особую остроту в нашу эпоху, а с другой – проблемы методов и методик исследований, которые позволяют сохранять научную обоснованность получаемых данных и научную основу психотерапии. К этим острым проблемам современности, которые требуют ответов от нашего профессионального сообщества, мы отнесли проблему суицидального поведения и методов его профилактики и коррекции, а также проблему депрессивных и тревожных состояний, рост которых отмечается в условиях самоизоляции и повышает риск аутодеструктивного поведения.

На фоне роста запросов на психологическую помощь в период пандемии возникают вынужденные ограничения в способах ее оказания и проведении необходимых диагностических процедур. Бурное распространение онлайн – консультирования и онлайн-диагностики, связанные с этим этические и другие профессиональные проблемы также должны стать предметом обсуждения на этой секции. Надо подчеркнуть, что отсутствие закона о психологической помощи приводит к очень большой вариативности представлений о том, что этично и допустимо, а что неэтично и является нарушением профессиональных норм. Нашему сообществу еще предстоит работа по глубокому осмыслению международного опыта и способов регуляции деятельности профессионалов, занятых в сфере оказания психологической помощи.

Хочется с удовлетворением отметить, что на конференцию подано много тезисов исследований, направленных на апробацию и валидизацию различных методик. Научно обоснованная диагностика является неотъемлемой частью современной клинической психологии и психотерапии. Очень важно, что в нашем профессиональном сообществе идет интенсивный процесс дальнейшего развития культуры психодиагностики и расширения нашего профессионального методического арсенала. Вместе с тем, заметный крен в сторону использования чисто опросниковых, пусть и валидизированных методик, вызывает опасения. Утрата живой ткани процесса консультирования и психотерапии может

привести к выхолащиванию научных результатов. Метод анализа случаев и другие качественные методы пока, к сожалению, недостаточно представлены в исследованиях. То же самое можно сказать о наследии Б.В. Зейгарник в виде экспериментальных методик клинической психологии. Вопросы их развития и обновления на новом культурно-историческом этапе стоят достаточно остро.

Адекватная методология исследований эффективности психотерапии – еще один острый вопрос, который необходимо обсуждать и дискутировать. К сожалению, процесс дифференциации научно обоснованных методов психотерапии и непрофессиональных вмешательств также пока явно отстает в нашей стране, и хотелось бы выразить надежду, что данная конференция послужит важным толчком к рефлексии современных практик психологической помощи.

*Холмогорова Алла Борисовна, д.псих.н, профессор
декан факультета консультативной и
клинической психологии ФГБОУ ВО МГППУ,
главный научный сотрудник МНИИ психиатрии
(филиал ФБГУ НМИЦ ПН им. В.П. Сербского),
вице-президент Российского психотерапевтического общества,
член правления Российского общества психиатров*

Динамика аффективно-поведенческих комплексов у детей с нарушениями психического развития при дельфинотерапии

Аверченкова М.С., Круцких М.Ю.

Московский государственный

университет имени М.В.Ломоносова, Россия

mary.dench@mail.ru, marina.kruz07@ya.ru

Научный руководитель – Бардышевская М.К.

Ключевые слова: задержка психического развития, искажение психического развития, аффективно-поведенческие комплексы, дельфинотерапия

Dynamics of affective-behavioral complexes in children with mental disorders during dolphin therapy

Averchenkova M.S., Krutskikh M.Yu.

Lomonosov Moscow State University, Russia,

Academic adviser – Bardyshevskaya Marina Konstantinovna

Key words: mental retardation, distorted development, affective-behavioral complexes, DAT (dolphin-assisted therapy)

Введение. Дельфинотерапия (Dolphin Assisted Therapy) [5] пользуется большой популярностью, несмотря на отсутствие унифицированной системы упражнений с учетом специфики различных групп детей и понимания механизмов работы метода. Отмечаемая клиентами эффективность не подтверждена соответствующим эмпирическим исследованием [6].

Дельфинотерапия применяется для улучшения состояния людей с широким спектром диагнозов, в частности, ПТСР, депрессиями, ДЦП, неврозами, РАС и проч. [5]. Московский океанариум, предоставляющий условия для данного исследования, является одним из активно действующих центров плавания с дельфинами и поддерживает исследовательскую инициативу в области дельфинотерапии [4, 5]. В Москвариуме используется метод специально организованного общения с дельфинами [5] вида афалина в противовес свободному неструктурированному взаимодействию.

Данная работа посвящена исследованию терапевтического эффекта дельфинотерапии на состояние детей с расстройствами психического, интеллектуального и психомоторного развития. Целью исследования является анализ динамики аффективно-поведенческих комплексов

(АПК) [1] у детей с задержкой психического развития до и после прохождения курса дельфинотерапии.

Материал и методы. Методологической основой исследования служит методика анализа аффективно-поведенческих комплексов (АПК) Бардышевской М.К. В ходе исследования организуется качественно-количественный анализ результатов нескольких наблюдений сеансов дельфинотерапии и составление заключений с учетом индивидуальных особенностей детей [2, 5]. Мы анализируем репертуар эмоциональных и поведенческих проявлений, символическую активность ребенка, типы связи и ведущие АПК, символическую активность, а также вектор развития поведенческих паттернов [1]. До начала первого занятия по дельфинотерапии исследователь заранее встречается с семьей, проводится ознакомительная беседа по методике М.К. Бардышевской [3] с уточнением времени и особенностей появления новообразований у детей, их индивидуальных черт в дополнение к базовой анкете Москвариума. После ознакомительной беседы проводится игра с ребенком в игровой Москвариума.

Игра начинается с наблюдения за самостоятельной исследовательской деятельностью ребенка, его взаимодействия с родителем, после чего исследователь переходит из роли наблюдателя в активную позицию и поддерживает диалог/игру с ребенком. Нас интересует инициатива ребенка, изменение его активности, выбранные игрушки, динамика эмоциональных проявлений, а также возможность перехода на символический уровень. После игры проводится наблюдение за первым, пятым и десятым занятиями с дельфином. Анализируется взаимодействие ребенка с дельфинотерапевтом, тренером, наблюдателями, животными, а также индивидуальная активность. После 10 занятия проводится заключительная игра и беседа с родителями. Все наблюдения с разрешения родителей записываются на видео, которое подвергается вторичному анализу по АПК.

Результаты. На данный момент в исследовании приняло участие 12 детей (10 мальчиков, 2 девочки) в возрасте от 3 до 10 лет с подозрением на РАС (8), синдромом Аспергера (1), ДЦП (2) и ЗППР (2); 9 завершили курс дельфинотерапии. В целом, нами сделаны следующие наблюдения: у части детей замечено выравнивание динамики эмоциональных состояний; общее смещение вектора развития (которое выражается в сокращении расстояния части паттернов до нормы); расширение репертуара ролей и проявление новых элементов АПК образноролевого; наблюдаемые эмоциональные проявления становятся более чистыми и понятными для наблюдателя. Помимо непосредственного контакта с дельфином, дополнительными факторами аффективно-поведенческой динамики может служить привыкание к тренеру, дельфинотерапевту, упражнениям с дельфинами и их вариациям, игровой комнате, изменение эмоционального состояния родителей до и после курса, возможность организованного взаимодействия с другим суще-

ством в заданных тренером рамках, а также ситуативные изменения в состоянии ребёнка и изменение режима (занятия проводятся несколько дней подряд в одно и то же время, что является достаточно интенсивной эмоциональной нагрузкой для ребёнка).

Выводы. В рамках общей тенденции дети привыкают к тренерам и дельфинотерапевтам, общей обстановке Москвариума, игровой комнате и активности в водной среде. Также во время прохождения курса ребёнок сталкивается с переживаниями страха глубины и большого непредсказуемого животного. В контакте с эмоционально устойчивым взрослым ребёнок приобретает опыт успешного преодоления этих страхов, а также дальнейший опыт получения положительных эмоций над тем, что раньше вызывало сильный страх. В результате уменьшается количество проявлений симбиотических тенденций: дети проявляют больше экспансии, запрашивают меньше участия мам в диалоге.

Литература

1. *Бардышевская М.К.* Аффект, поведение и символическая активность: методика наблюдения и диагностики. ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е.Сухаревой ДЗМ», Москва, 2018, С.95
2. *Бардышевская М.К.* Диагностика психического развития ребенка. Практическое пособие. 2е изд., Москва, Юрайт, 2019, С.147
3. *Бардышевская М.К., Лебединский В.В.* Диагностика эмоциональных нарушений у детей. Москва, УМК Психология, 2003, С.288
4. *Филитчев А.О.* Лечение с помощью дельфинов (дельфинотерапии). Научная книга, 2013, С.130
5. *Kruger K.A., Serpell J.A.* Animal-Assisted Interventions in Mental Health: Definitions and Theoretical Foundations // Center for the Interactions of Animals and Society, University of Pennsylvania, Philadelphia, Elsevier, 2006, P.18.

Диагностика черт чудаковатости на российской клинической выборке

Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

at.julia@gmail.com, enikolopov@mail.ru

Ключевые слова: шизотипия, чудаковатость, фершробен, клиническая диагностика

Assessment of oddity in a Russian clinical sample

Atadzhykova J., Enikolopov S.

FSBI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: schizotypy, oddity, Verschroben, clinical assessment

Введение. Еще в начале 20го века психиатры описывали странность, своеобразии личности некоторых пациентов понятием «чудаковатость» (англ. oddity). Позже это понятие было интегрировано в концепты шизотипии и шизотипического расстройства личности. Сегодня феномен чудаковатости служит предметом психометрических исследований и исследуется как независимая дименсия личности. В настоящем исследовании чудаковатость определена через ряд клинических критериев, разработанных врачами в соответствии с моделью изменений по типу фершробен при расстройстве шизофренического спектра, соответствующей зарубежным категориальным моделям шизотипии. Критерии включили: несоответствие поведения индивида социальному и культурному контексту его жизни; эмоциональные дефициты по типу холодности; дистонность межличностных отношений и др. [А.Б. Смулевич и др., 2017].

Материал и методы. Был исследован 71 пациент. Цель исследования – анализ возможностей методик самоотчета и экспертной клинической оценки для диагностики черт чудаковатости. Методы исследования: 1) Опросник шизотипической личности SPQ-74 [А.Г. Ефремов, С.Н. Ениколопов, 2001]; 2) Опросник черт характера и темперамента [В.М. Руслова, О.Н. Манолова, 2003]; 3) клиническая беседа с определенными критериями оценки для квантификации данных [Б.В. Зейгарник, 1986]; 4) патопсихологические методики для оценки когнитивной сферы [С.Я. Рубинштейн, 2010].

Результаты. Статистический анализ показал, что в результате использования методик самоотчета у наиболее «странных» пациентов отмечаются значимо более высокие показатели по параметрам за-

стремления, ригидности, циклотимии и эмоциональной реактивности ($p < 0.020$); из клинических критериев был подтвержден только один параметр (странная речь) ($p = 0.01$). Клиническая оценка практически полностью подтвердилась значимыми различиями по большинству шкал SPQ-74 ($p < 0.020$), а также по показателям когнитивной деятельности и эмоциональной реактивности.

Выводы. Настоящее исследование черт чудаковатости позволило подтвердить ценность клинической оценки и недостаточность использования исключительно инструментов самоотчета для диагностики выраженности черт чудаковатости.

Литература

1. *Ефремов А.Г., Ениколопов С.Н.* Апробация методики выявления степени выраженности шизотипических черт (SPQ-74). Материалы Первой Международной конференции, посвященной памяти Б.В. Зейгарник. М., 2001. С.109–112.
2. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Издательство Московского университета. 1986.
3. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии. Москва, Издательство Института Психотерапии. 2010.
4. *Русалов В.М., Манолова О.Н.* Опросник черт характера взрослого человека (ОЧХ – В). Москва. 2003.
5. *Смулевич А.Б., Романов Д.В., Мухорина А.К., Атаджыкова Ю.А.* Феномен «фершробен» при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра (аспекты типологической дифференциации). Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 2017. 1. С. 5–17.

**«В этой жизни умирать не ново».
Этические и методологические проблемы
диагностики суицидального
риска у лиц пожилого возраста**

Вышинская Е.С.

ПКБ 13, Москва, Россия

jblshblnskaya@gmail.com

Ключевые слова: суицид, диагностика, экзистенциальный, риск, пожилые люди

**“There’s nothing new about dying in this life”.
Ethical and methodological problems of diagnosing
suicidal risk in the elderly**

Vyshinskaya E.S.

Mental Clinical Hospital 13, Moscow, Russia

Keywords: suicide, diagnostics, existential, risk, older people

В современном мире проблема суицидального поведения не теряет своей актуальности. Но, даже несмотря на эту актуальность, тема добровольного ухода из жизни остается предметом табуирования, трудностей диагностики и бесконечных споров о «праве на смерть». Безусловно, тема смерти – предмет не только и не столько эмпирически выведенный, проверенный актуальностью и прошедший многочисленные проверки на «научность» – тема смерти, прежде всего, вопрос этический и экзистенциальный.

«Все знают, что смерть неизбежна, но так как она не близка, то никто о ней не думает» [Аристотель, 1] – слова великого философа Аристотеля вступают в конфликт с феноменом самоубийства. Однако, только ли мысли о смерти, становятся критерием девиации поведения? Мы можем высказывать возражения на этот счет, говоря о проблеме подростковых суицидов, делая акцент на становлении, «выход в жизнь» и, таким образом, противоестественности стремления прервать эту жизнь. В этом случае, в случае с молодыми, здоровыми, перспективными, нами может быть взят этот противоестественный порыв как критерий, некий маркер, служащий основанием для детальной диагностики личности. Но каких ориентиров придерживаться в случае с «суицидальными высказываниями» пожилых людей?

В этом случае мы имеем дело с проблемой уже на первом этапе нашей «диагностики». Какие фразы мы можем считать тревожным знаком суицидального риска?

Блюма Вульфовна Зейгарник в своей работе «Патопсихология» подробным образом описывает, как именно должен быть построен процесс патопсихологического исследования: «Патопсихологическое исследование включает в себя ряд компонентов: эксперимент, беседу с больным, наблюдение за поведением больного во время проведения исследования, анализ истории жизни заболевшего человека (которая представляет собой профессионально написанную врачом историю болезни), сопоставление экспериментальных данных с историей жизни» [Б.В. Зейгарник, 2]. Работая над проблемой диагностики суицидального риска на базе психиатрической клинической больницы, особое внимание следует уделять клинической беседе. Именно беседа может дать начальное понимание «нозологий» аутодеструктивных тенденций.

«Изучить явление – значит определить его составные части, его общие свойства и характерные признаки, причины, его вызывающие, и следствия, им обусловленные, следовательно, привести его в полную связь с остальными, уже проверенными фактами» [Б.В. Зейгарник, 2].

Прежде чем погружаться в проблему добровольной смерти в пожилом возрасте, нам необходимо сказать несколько слов об особенностях жизни этой возрастной группы. Безусловно, старость – это не только заслуженный отдых, «активное долголетие» (государственная программа, направленная на поддержание социальной активности и здоровья пенсионеров) и хлопоты с внуками. Помимо всего этого, старость зачастую может сопровождаться обострениями хронических болезней, постепенным угасанием мотивов, воли – «стремления к жизни». Именно в этом возрасте можно как нельзя ближе столкнуться с так называемой экзистенциальной триадой: «одиночество», «отсутствие смысла жизни» и «страхом смерти».

«Есть лишь одна по-настоящему серьезная философская проблема – проблема самоубийства. Решить, стоит или не стоит жизнь того, чтобы ее прожить, – значит ответить на фундаментальный вопрос философии. Все остальное – имеет ли мир три измерения, руководствуется ли разум девятью или двенадцатью категориями второстепенно». [А.Камю, 3]

В июне 2020 года известный российский философ, исследователь теории диалектики Лев Науменко закончил жизнь самоубийством, ему было 87 лет. Вот цитата из его предсмертного письма: «Мой труп на нашей лестнице. Звоните в полицию (02) и скорую (03). В смерти моей никого не винить: слепну, глохну, теряю остатки памяти. Я уже никому не нужен, да и мне тоже уже никто не нужен. Уходить из жизни трудно, но оставаться еще труднее. Больше не могу. Прощайте! Л. Науменко. 18.6.2020 год». [4] На недавно прошедшей конференции посвященной психическому здоровью, в рамках темы «нейродегенеративные процес-

сы», врачи-психиатры затрагивали вопрос старческой депрессии как первичного фактора развивающейся деменции. Но можем ли мы рассматривать проблему суицидального риска у пожилых людей только с позиции ранней диагностики деменции? И если нет, то каким образом мы можем проводиться диагностику риска, в условиях неадаптированности стандартизованных тестов, шкал и опросников? Каким образом клинический психолог может расширять свой научный, профессиональный кругозор, чтобы максимально компетентно произвести диагностику и оценку рисков? Рассматривая эти вопросы, мы неизбежно сталкиваемся с проблемой комбинации и преемственности смежных дисциплин (философии, культурологии).

Литература

1. Аристотель «Риторика» (пер. О. П. Цыбенко). Поэтика. Изд. 2, переработанное. М.: Лабиринт, 2007. 256 стр.
2. *Зейгарник Б.В.* «Патопсихология» Издание 2-е, переработанное и дополненное М.: Издательство Московского университета, 1986. – 287 с.
3. *Камю А.* «Миф о Сизифе» М.:Издательство АСТ, 2016. – 381 с.
4. КР.RU (19 июня 2020). Дата обращения 20 июня 2020.

Возможности применения теста Роршаха в формате экспресс-диагностики для оценки патологии мышления в клинике психических расстройств*

Горнушенков И.Д.

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

Gornushenkov.i.d@gmail.com

Ключевые слова: психодиагностика, нарушения мышления, тест Роршаха, шизофрения

Possibilities of applying the Rorschach test in express diagnostic format for assessing thought disorders

Gornushenkov I.D.

Lomonosov Moscow State University, Russia

Keywords: psychodiagnostics, thought disorders, Rorschach test, schizophrenia

Введение. Тест Роршаха является одной из наиболее распространенных, эмпирически и концептуально разработанных методик для оценки особенностей и аномалий мышления в зарубежной психологии.

В оригинальном варианте он предоставляет возможность для выявления множества аспектов психического функционирования, однако его проведение занимает от 40 минут до 1,5 часов времени и требует специальной подготовки исследователя.

Существует экспресс вариант проведения теста Роршаха по одной карте. Диагностические возможности теста в данном случае оказываются значительно сужены, однако время выполнения обычно не превышает 3–5 минут.

Цель настоящей работы – оценить и представить возможности применения теста Роршаха в экспресс формате для оценки патологии мышления, а также сопоставить их с традицией исследования мышления в отечественной патопсихологии.

Большинство подходов к оценке мышления в тесте Роршаха являются психодинамически ориентированными. Значимым в этой связи оказывается понятие континуума реальности–фантазии [1].

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 20–013–00772

Здоровый индивид способен с одной стороны, отделить свою психическую реальность от психической реальности других людей, однако в то же время не игнорировать фантазии (как вид мыслительной активности, свободной от принципа реальности, дериват бессознательных потребностей), поддерживая промежуточную, переходную область, где реальность и фантазия воспринимаются как отдельные, но взаимосвязанные.

Нарушение этого баланса между реальностью и фантазией как в одну, так и в другую сторону оказывается патологическим.

Редукция возможности использования фантазии приводит к тому, что реальность начинает использоваться в качестве защиты от фантазии. Это характерно для пациентов с алекситимией, чье функционирование характеризуется, в частности, конкретным, ригидно ориентированным на реальность когнитивным стилем или механистическим мышлением (*pensée opératoire*).

Обратное нарушение, редукция возможности в необходимой мере опереться на реальность, объективные, общие для всех людей значения предметов и явлений и захваченность аффективной по своему характеру фантазией, характерно для психотических состояний, в частности, шизофрении.

Методы и методики. Для экспресс-диагностики по тесту Роршаха использовалась III карта, тематически отражающая особенности функционирования и разрешения испытуемым проблемной ситуации, связанной с межличностными отношениями. Для оценки способности интегрировать внутренние и внешние, фантастические и реальные аспекты психического опыта использовалась Rorschach Reality–Fantasy Scale (RFS) [1]. Данная шкала имеет два крайних полюса, так что 0 – характеризует здоровое функционирование, (–5) – коллапс реальности, доминирование фантазии при минимальном контакте с внешней реальностью, (+5) – коллапс фантазии, с ее минимальной включенностью в формирование ответа.

По данным литературы отрицательные баллы по шкале RFS и в крайнем виде коллапс реальности, проявляющийся в нарушении «дистанции» при работе с картой, когда ее содержание начинает восприниматься как реальное (напр. «злой человек, я чувствую, как он на меня смотрит»), характерны в первую очередь для психотических пациентов. Коллапс фантазии, напротив, проявляющийся в крайней ограниченности «проективного поведения» и возможности к символизации, его замены в мыслительной активности чрезмерным формализмом и конкретностью – характерны для пациентов с алекситимией, а также для пациентов с органическими поражениями мозга (доминирование F-ответов или ответов типа «это просто клякса»).

В связи с этим ожидалось, что данные по шкале RFS позволят дифференцировать от условно здоровых испытуемых с одной стороны психотических пациентов, а с другой – пациентов с органическими поражениями мозга.

Испытуемыми выступили 11 пациентов с расстройствами шизофренического спектра и находящимися на стационарном лечении и 14 условно здоровых испытуемых юношеского возраста, а также 12 пациентов с нейродегенеративными заболеваниями позднего возраста.

Результаты. При экспресс исследовании по шкале RFS пациенты с расстройствами шизофренического спектра ($M = -3,38$, $SD = 1,9$) значительно отличались от здоровых испытуемых ($M = -1,47$, $SD = 2,0$) в сторону отрицательного полюса, связанного с потерей контакта с реальностью ($U = 31,5$, $p < 0,05$, $Z = -2,2$). Пациенты с нейродегенеративными заболеваниями ($M = 0,75$, $SD = 2,1$) в свою очередь, значительно отличались от здоровых испытуемых в сторону обратного полюса шкалы, связанного с нарушением способности к символизации, чрезмерной конкретности и формальности мыслительной активности при решении проблемной ситуации ($U = 38,0$, $p < 0,01$, $Z = -2,9$).

Выявленные с помощью шкалы RFS аномалии мышления сопоставимы с тем, как патологию мышления принято рассматривать в отечественной патопсихологии Б.В. Зейгарник [2].

Так, нарушение возможности строить суждения на основании реальных отношений между объектами, «отлет» от предметных значений, чрезмерная абстрактность суждений с одной стороны, а также неадекватная аффективная направленность и аномальная пристрастность мышления, в результате которой «в мыслительной деятельности больных переплетаются логические суждения, обрывки представлений, элементы воспоминаний, желаний» [2, с. 246], с другой стороны – характерные признаки патологии мыслительной деятельности, свойственные шизофрении. Эти нарушения сходны с описанным выше проявлением «коллапса реальности», когда невозможность опереться на реальность сочетается с вторжением и приматом фантазии в мышлении.

Нарушение, описываемое в психодинамической литературе как «коллапс фантазии», проявляющееся в трудностях символизации, в свою очередь сопоставимо с тем, как рассматриваются в отечественной патопсихологии нарушения мышления, свойственные пациентам с органическими поражениями мозга, – для которых характерны невозможность абстракции, «чрезмерная связанность суждений больных реальными жизненными фактами» [2, с. 229], нарушение синтетической деятельности мышления.

Выводы. Проведение теста Роршаха в экспресс формате может быть полезным как при проведении первичной диагностики, так и динамической оценки пациента, для получения в короткий срок общего представления об особенностях его мышления и психопатологической характеристики.

Литература

1. *Tibon S.* et al. Construct validation of the Rorschach Reality-Fantasy Scale in alexithymia // *Psychoanalytic Psychology*. 2005, Vol. 22, № 4, P. 508–523.
2. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Эксмо, 2008. 368 с.

Картина мира пациентов с психическими расстройствами

Гребень Н.Ф.

*ГУ «Республиканский научно-
практический центр психического здоровья»,
г. Минск, Республика Беларусь
strekosa@tut.by*

Ключевые слова: картина мира, графический метод, пациенты с психическими расстройствами

The world view of patients with mental disorders

Greben' N.F.

*State Institution "Republican Scientific and Practical
Center for Mental Health", Minsk, Republic of Belarus*

Keywords: the world view, graphic method, patients with mental disorders

В психиатрической клинике чаще всего работа клинических психологов сводится к решению задач, направленных на выявление нарушений психической деятельности и личности с целью уточнения психиатрического диагноза. В то время как многие аспекты психической деятельности пациентов с психической патологией остаются не изученными. Это имеет прямое отношение к проблеме картины мира лиц, страдающих психическими расстройствами.

Одним из первых в отечественной психологии проблему картины мира поднимает Л.С. Выготский, рассматривая психику человека как производную от культуры и социальных отношений, где важная роль принадлежит процессу интериоризации. Собственно понятие «образ мира» появляется в работах А. Н. Леонтьева [1, с. 254], которое он трактовал как «конкретно-научное знание о том, как в процессе своей деятельности индивиды строят образ мира – мира, в котором они живут, действуют, который они сами переделывают и частично создают». Наиболее развернутое определение картины мира представлено у Т.Д. Марцинковской и соавт. [2, с. 31], которые обозначили картину мира как открытый конструкт, в который входят образы (сознательные и бессознательные), представления – знания, незнания, представления о себе и своем месте в окружающем мире, трансформации, которые происходят и в представлениях и образах.

На сегодняшний день изучение картины мира связано с методологическими ограничениями и дефицитом инструментария. Наибольшую известность и доступность в плане диагностики картины мира получил графический метод. Рисунок как продукт психической деятельности расширяет диагностические возможности психолога и предоставляет информацию о душевном состоянии человека, его видении мира и социальной ориентации.

Целью данного исследования было изучение особенностей картины мира пациентов с психическими расстройствами при помощи графического теста «Картина мира».

Материал и методы исследования. Выборку составили 72 пациента с психическими расстройствами: 68 % пациентов с расстройствами шизофренического спектра, 19 % – органического и 13 % аффективного. Среди участников исследования 18 (25 %) женщин и 64 мужчин (75 %), средний возраст которых составил $37,6 \pm 12,38$.

Для изучения картины мира пациентов с психическими расстройствами применялась проективная методика «Картина мира» в модификации Е.С. Романовой [3]. Для реализации исследования использовался следующий материал: лист бумаги, простой карандаш, набор цветных карандашей (12 шт.) и ластик. Обработка данных проводилась с помощью метода контент-анализ. Были выделены следующие качественные единицы анализа: тип картины мира (планетарная, пейзажная, ситуативная, метафорическая, абстрактно-символическая), размер рисунка (большой, средний, маленький), цвет (цветной, черно-белый), количество деталей (большое, среднее, маленькое), элементы содержания (солнце, человек, дом, дерево, техника), характер изображения (позитивный и нейтральный, негативный). Количественные единицы были подвергнуты частотному анализу.

Результаты исследования. Полученные данные показали, что наиболее часто у пациентов с психическими расстройствами всех обозначенных групп, встречается «пейзажная» картина мира (44,4 %), на которой отражен сельский, значительно реже городской пейзаж с наличием людей, растений, птиц, водоемов и пр. Любопытно, но на рисунках практически отсутствуют животные (2 р. из 72). Чаще «пейзажная» картина мира имеет локальный характер, отображая определенное место, к примеру, домик, деревья, цветы, человек, солнце.

«Планетарная» картина мира наблюдается у 13,8 % исследуемых, изобразивших земной шар, с наличием на ней также солнца и ряда других конкретных изображений. Данный вид картины детерминирован знаниями, приобретаемыми в школе, поэтому ее обозначают и как «когнитивную» картину мира. 5,5 % пациентов представили и «планетарную» и «пейзажную» картину мира одновременно, изобразив на одном

листе и земной шар, и домик с растительностью, совместив, таким образом, знания с действительностью.

«Предметно-ситуативная» картина мира характерна для 15,3 % пациентов с психическими расстройствами. При этом у одного (1,4 %) человека картина мира отображает его непосредственное окружение, еще у одного (1,4 %) конкретную ситуацию, оставшиеся картины мира (12,5 %) представляют собой набор конкретных предметов, актуализировавшихся по принципу ассоциативного ряда. Такие изображения наиболее специфичны для пациентов с органическими психическими расстройствами.

«Метафорическая» картина мира была отмечена у 15,3 % пациентов двух групп, с шизофреническими и аффективными расстройствами. В таком случае передаваемый образ имеет смысловой подтекст, который раскрывается через пояснения исследуемого человека. Поэтому очень важно прояснить у тестируемого, что именно он изобразил. К примеру, «мир – это мост висящий над болотом, и одновременно путь, который надо пройти и не упасть».

«Абстрактно-символическая» картина мира была зафиксирована у 6,9 % пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Это были и общепринятые символы типа «голубь», так и абстрактные рисунки.

Масштабность картины мира соотносилась с размером рисунка и наполненностью листа. Так, среди рисунков больше всего оказалось больших (66,6 %), затем средних (18 %) и маленьких (15,3 %). Последние чаще наблюдались у пациентов с органической патологией. Мир в цвете характерен для 83,3 % пациентов, в то время как 16,7 % предпочли его оставить серым (изображенным простым карандашом) или каким-то одним цветом. Наполненность картины мира и одновременно энергетический потенциал пациентов оценивал по количеству деталей. Чаще всего встречается средний уровень детализации картины мира (61,1 %), затем маленький (29,2 %) и большой (9,7 %). Анализ содержания картины мира показал, что наиболее часто встречаются такие объекты как солнце (65,3 %), дерево (33,3 %), человек/люди (29,2 %), дом (29,2 %) и храмы (церковь, костел – 5,5 %), техника (15,3 %).

В рамках данного исследования нам не удалось детально изучить такую качественную единицу как характер изображения. Очевидно, для этого необходимо задавать уточняющие вопросы. Однако, по содержанию рисунков и произвольным репликам были выделены две группы: негативные (5,5 %) и нейтральные/позитивные (94,5 %). Пример негативной картины мира: «мир – это контейнерный ящик с мусором, грязный».

Выводы.

Картина мира как совокупность образов и знаний у пациентов с психическими расстройствами чаще всего имеет «пейзажный» характер, содержание которого представлено частным домом, солнцем, деревьями.

Прослеживается некоторая специфичность картины мира в зависи-

мости от наличествующего психопатологического симптомокомплекса: при органическом – предметно-ситуативная, при шизофреническом – абстрактно-символическая, при аффективном – метафорическая.

В перспективе понять своеобразие картины мира пациентов с психическими расстройствами позволит сравнительный анализ с группой здоровых.

Литература

1. *Леонтьев А.Н.* Избранные психологические произведения: В 2 т. М.: Педагогика, 1983. Т. II. 320 с.
2. *Марцинковская Т.Д., Голубева Н.А., Юрченко Н.И.* Картина мира, образ мира, представления о мире: константы и трансформации понятия и содержания // *Мир психологии.* 2017. № 2. С. 20–33.
3. *Романова Е.С., Потемкина О.Ф.* Графические методы в психологической диагностике. М.: Дидакт, 1992. 256 с.

Этические аспекты практической психологии в эпоху телемедицинского консультирования

Гутько А.Г., Некрашевич А.И.

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь
mailbox@grsmu.by*

Ключевые слова: телемедицинское консультирование, учреждения здравоохранения, востребованность, актуальность

Ethical aspects of practical psychology in the era of telemedicine counseling

Gutko H.G., Nekrashevich A.I.

*EI «Grodno State Medical University»,
Grodno, Republic of Belarus
mailbox@grsmu.by*

Keywords: telemedicine consulting, healthcare institutions, demand, relevance

Актуальность. В последнее время в практической медицине широко стало использоваться телемедицинское консультирование (ТМК), что, в свою очередь, можно связать и с особенностями телемедицинской деонтологии.

Под телемедицинской этикой понимают профессиональную этику и комплекс моральных требований для лиц, практикующих телемедицину, а также принципы поведения медицинского, технического и вспомогательного персонала [1].

Каковы основные позитивные эффекты внедрения дистанционных форм психологической работы и кто в первую очередь почувствует их на себе? Можно выделить три не вызывающих серьёзных разногласий преимущества:

1. Повышение доступности психологической помощи.
2. Экономия ресурсов и/или их грамотное перераспределение.
3. Возрастание роли клиента в терапевтическом процессе

Цель. Проанализировать особенности телемедицинского консультирования в специализированных учреждениях здравоохранения г. Гродно и Гродненской области.

Материалы и методы. По данным Республиканской телемедицинской системы унифицированного медицинского электронного консуль-

тирования (РТМС), разработанной в рамках мероприятия «Обеспечение развития автоматизированной республиканской телемедицинской системы унифицированного медицинского консультирования», подпрограммы «Электронное здравоохранение», по состоянию на 19.12.2019, в специализированные учреждения здравоохранения Гродненской области было направлено 11653 запроса на телемедицинское консультирование (с момента подключения к РТМС) [2].

Результаты. Всего, за данный период времени, со специализированных стационаров Гродненщины, направлено 110 запросов на ТМК (0,9 % от количества запросов, направленных в Главное управление по здравоохранению Гродненского областного исполнительного комитета): УЗ «Гродненская областная психиатрическая больница «Жодишки»» – 9, УЗ «Гродненский областной клинический психиатрический центр» – 22, УЗ «Областная психоневрологическая больница «Островля»» – 7.

Проведено консультаций / сформировано консультативных заключений (с момента подключения к РТМС) – 442 (4,1 % от количества всех проведенных консультаций Главного управления по здравоохранению Гродненского областного исполнительного комитета).

Всего было «не отвечено» на 10 запросов (0,09 % от количества всех проведенных консультаций Главного управления по здравоохранению Гродненского областного исполнительного комитета), 2 из которых – со статусом «Требуется дополнение» (0,02 % от количества всех проведенных консультаций Главного управления по здравоохранению Гродненского областного исполнительного комитета).

Наибольшее количество запросов на консультирование, а также Проведенных консультаций среди данных специализированных учреждений здравоохранения, пришлось на «Областная психоневрологическая больница «Островля»» – 79 и 317, соответственно, что составило по 72 % как от количества запросов среди данных УЗ, так и от количества всех проведенных консультаций в данных ЛПУ.

Выводы. Специализированные стационары г. Гродно и Гродненской области активно пользуются услугами телемедицинских технологий, что, в первую очередь, связано с деонтологическими аспектами: соблюдением конфиденциальности и анонимности, а также с соблюдением юридических норм.

Литература

1. *Владимирский А.В.* Применение телемедицинских технологий в кардиологии: учебное пособие / А.В. Владимирский, С.П. Морозов, И.А. Урванцев, Л.В. Коваленко, А.С. Воробьев; Сургут. Гос. Ун-т. Сургут: Изд-во СурГУ, 2019. – 115 с.
2. <http://belcmt.by/ru/activity-of-the-center/informatizacija-zdravoohranenija/statistics-RTMS>

Роль негативной социальной мотивации общения в снижении адаптации и качества жизни больных биполярным аффективным расстройством

Довженко Т.В., Царенко Д.М., Юдеева Т.Ю.

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН
им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия
dtv99@mail.ru*

Ключевые слова: биполярное аффективное расстройство, психо-социальные факторы, социальное познание, социальная ангедония, социальная тревожность

The role of negative social motivation for communication in reducing adaptation and quality of life in patients with bipolar disorder

Dovzhenko T.V., Tsarenko D.M., Yudeeva T.Yu.

*Moscow Research Institute of Psychiatry – branch of the
“V. Serbsky NMRC PN” of the Ministry of Health of Russia, Russia*

Keywords: bipolar disorder, psychosocial factors, social cognition, social anhedonia, social anxiety

Введение. В последнее время особый интерес представляют комплексные исследования психосоциальных факторов, направленные на улучшение качества жизни и социального функционирования больных биполярным аффективным расстройством (БАР). БАР является одним из распространенных психических расстройств, снижающих качество жизни и оказывающих существенное влияние на социальную сферу пациентов. Одним из факторов, влияющих на течение и прогноз БАР и способствующих нарушению социальной адаптации, является нарушение социального познания. В многофакторной модели социального познания, основанной на положениях культурно-исторической теории Л.С. Выготского, разработанной А.Б. Холмогоровой и О.В. Рычковой (2016 г.), наряду с рефлексивным, операциональным и поведенческим компонентами выделяется мотивационный аспект. В рамках данной модели социальная ангедония, страх социальной оценки, дискомфорт в межличностном взаимодействии составляют понятие «негативная социальная мотивация общения». Актуальной научно-практической задачей является оценка компонентов негативной социальной мотивации

общения, изучение ее связи с социальной адаптацией и качеством жизни пациентов с БАР, что позволит оптимизировать диагностические и лечебно-реабилитационные мероприятия.

Цель исследования: Определить связь негативной социальной мотивации общения, проявляющейся в виде социальной ангедонии и страха негативной социальной оценки, с социальной адаптацией и качеством жизни у пациентов с БАР, находящихся в депрессивной фазе.

Материалы и методы: В группу больных биполярным аффективным расстройством (БАР) вошли 39 пациентов с диагнозом БАР, текущий эпизод депрессии разной степени тяжести, мужчин – 12, женщин – 27, средний возраст – $28,5 \pm 8,2$ лет, средняя продолжительность заболевания – $6,8 \pm 4,9$ лет, средний балл HADS «тревога» – $10,8 \pm 4,2$, «депрессия» – $11,6 \pm 4,1$. Из исследования исключались пациенты с острыми соматическими заболеваниями, обострением хронической соматической патологии, органическими психическими расстройствами, злоупотреблением алкоголем и наркотическими веществами. В контрольную группу здоровых лиц вошло 32 человека, мужчин – 14, женщин – 18, средний возраст – $30,8 \pm 5,7$ лет, средний балл HADS «тревога» – $3,7 \pm 2,3$, «депрессия» – $3,0 \pm 2,6$. Группа больных БАР статистически не отличалась от контрольной по полу и возрасту и статистически значимо превосходила ее по выраженности показателей HADS.

Для оценки психопатологической симптоматики использовались методики: 1) шкала The Inventory of Depressive Symptomatology, Clinician Rating (IDS-C), 2) госпитальная шкала тревоги и депрессии – The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS); для оценки негативной социальной мотивации общения использовались: 3) шкала социальной ангедонии – Revised Social Anhedonia Scale (RSAS), 4) краткая шкала страха негативной социальной оценки – Brief Fear of Negative Evaluation scale (BFNE); для оценки социального функционирования: 5) шкала нетрудоспособности Шихана – Sheehan Disability Scale (SDS); для оценки качества жизни: 6) опросник качества жизни и удовлетворенности – Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-Les-Q). Обработка материалов осуществлялась с помощью методов непараметрической статистики, корреляционного (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) анализа.

Результаты: В группе больных БАР средний балл по RSAS составил – $16,7 \pm 8,1$, статистически значимо ($p < 0,001$) превышая средний балл в группе здоровых лиц – $10,1 \pm 4,0$. Вместе с тем средний балл по BFNE в группе больных БАР составил $30,7 \pm 13,1$, статистически не отличаясь ($p = 0,342$) от среднего балла в группе здоровых испытуемых – $28,2 \pm 7,6$. В группе больных БАР средний балл по IDS-C составил $32,8 \pm 8$; по показателю «социальная сфера» SDS – $6,7 \pm 2,1$; по Q-Les-Q составил – $38,3 \pm 12,8$; по показателю «качество жизни в сфере здоровья» Q-Les-Q – $7,6 \pm 3,4$; по показателю «качество жизни в эмоциональной

сфере» Q-Les-Q – $11,7 \pm 4,1$; по показателю «качество жизни в социальной сфере» Q-Les-Q – $12,0 \pm 5,4$. Были выявлены значимые корреляции среднего балла по RSAS с показателем HADS «депрессия» ($\rho = 0,495$), со средним баллом по показателю «социальная сфера» SDS ($\rho = 0,575$), средним общим баллом по Q-Les-Q ($\rho = -0,561$), средним баллом по показателю «качество жизни в сфере здоровья» Q-Les-Q ($\rho = -0,447$) средним баллом по показателю «качество жизни в эмоциональной сфере» Q-Les-Q ($\rho = -0,528$), средним баллом по показателю «качество жизни в социальной сфере» Q-Les-Q ($\rho = -0,539$). При этом отсутствовали корреляции среднего балла по RSAS со средним баллом по IDS-C, а также подшкалой HADS «тревога». Также не было выявлено корреляций среднего бала по BFNE с показателями всех используемых диагностических методик. Полученные данные указывают на высокий уровень социальной ангедонии у больных БАП, находящихся в депрессивной фазе, по сравнению с нормой. Негативная социальная мотивация у пациентов, в виде отсутствия удовольствия от межличностных контактов, связана с ухудшением социальной адаптации, снижением качества жизни, в частности в эмоциональной, социальной сферах и области физического здоровья. Социальная ангедония не связана с уровнем тревоги и неоднозначно связана с симптомами депрессии, по всей видимости, больше в части общей ангедонии, и может являться относительно независимым фактором риска нарушения социального функционирования, снижения качества жизни. При этом уровень страха негативной социальной оценки у больных БАП не отличался по сравнению с группой здоровых лиц. Также не было выявлено влияния уровня тревоги, связанной с ожиданием негативной оценки в ситуациях социального взаимодействия, у больных БАП, на социальное функционирование и качество жизни.

Выводы: Больные БАП, находящиеся в депрессивной фазе, отличаются высоким уровнем социальной ангедонии. Ухудшение социальной мотивации у больных БАП является существенным фактором риска социальной дезадаптации и связано со снижением уровня социального функционирования и качества жизни. Своевременность диагностики социальной ангедонии, коррекция негативной социальной мотивации общения, может способствовать более высокому уровню психосоциальной адаптации и качества жизни пациентов.

Системный подход в изучении перфекционизма

Жукова Д.И.

*Главное командование Военно-Морского Флота,
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация
zhukova.daria.linda@gmail.com*

Ключевые слова: перфекционизм, 36 сюжетов

A systematic approach to the study of perfectionism

Zhukova D.I.

*General command of the Navy,
Saint Petersburg, Russian Federation*

Keywords: perfectionism, 36 stories

Введение. В настоящей работе реализуется системный подход к изучению перфекционизма, предпринята попытка описания психологических и психофизиологических характеристик, свойственных лицам с высоким уровнем перфекционизма, в числе которых как собственно психологические составляющие (психологические защиты, депрессия, невротизация, психопатизация, полезависимость, полenezависимость), психофизиологические характеристики (вегетативные, корковые и двигательные показатели), так и особенности социального поведения, ролевых диспозиций личности, нашедших отражение в выборе ведущего нарратива (в опоре на опросник «36 сюжетов»). Такой системный подход ранее не использовался для исследований в области перфекционизма. Учет системного характера изучаемого объекта – психики человека с перфекционистскими установками, позволяет целостно изучить всю совокупность компонентов этого сложного, динамического, интерактивного процесса. Так, разработанная интегративная (системная) модель медицинской психодиагностики Щелковой О.Ю., показала адекватность и эффективность ее использования, как для реализации научных исследований, так и для решения психодиагностических задач в практическом здравоохранении [1].

Предмет исследования – факторы, предопределяющие возникновение перфекционизма.

Объектом исследования стал перфекционизм.

Цель – выявление психологических и психофизиологических характеристик у лиц с высоким уровнем перфекционизма.

Исследование проходило в три этапа. Всего в исследовании приняло участие 140 человек, в возрасте 17–21 год (студенты факультета психологии высших учебных заведений). Испытуемые были подобраны таким образом, чтобы все группы не различались по социодемографическим показателям.

Методы исследования: 1. Опросник депрессивности Бека; 2. Опросник перфекционизма Н.Г. Гаранян и А.Б. Холмогоровой; 3. Опросник определения уровня невротизации и психопатизации; 4. Тест включенных фигур Готтшальдта; 5. Опросник Плутчика Келлермана Конте – методика Индекс жизненного стиля; 6. Калифорнийский психологический опросник (СРП); 7. Опросник «36 сюжетов» по Ж. Польти (Балин В.Д., Горбунов И.А., Коваль В.М.) [2]: использовался нарративный подход. С точки зрения Турушевой Ю.Б., нарративы позволяют оценивать ролевое, социальное поведение, сознательное, рефлексивное само-конструирование, учитывая отношения с культурой, не полностью, однако, детерминирующей поведение личности [3]; 8. Психофизиологические методы диагностики использовались согласно методическому пособию проф. доктора психол. наук Балина В.Д.: электроэнцефалография; методы изучения состояния зрительной системы; регистрация критической частоты слияния мельканий и электроокулограммы; измерение полей зрения; регистрация кожно-гальванической реакции (КГР); измерение температуры; исследование деятельности сердечно-сосудистой системы; исследование деятельности дыхательной системы; методы изучения координации движений; изучение скоростно-силовых параметров движений [4].

Результаты: Полученные данные, с помощью опросника определения уровня невротизации и психопатизации и опросника перфекционизма, были подвергнуты корреляционному анализу (подсчитывалась корреляционная матрица). Корреляции показателя невротизации, психопатизации и общего показателя перфекционизма не выявлены. Можно предположить, что перфекционизм является отдельным качеством, несвязанным с невротизацией и психопатизацией. Перфекционизм является результатом социальных и культурных влияний, является установкой личности. Корреляции общего показателя перфекционизма с параметрами полезависимости и полenezависимости не выявлены. Влияние эмоционально-отрицательных переживаний никак не влияют на особенности изменения когнитивного стиля (полезависимости и полenezависимости). Здесь снова прослеживается идея, что перфекционизм есть результат социальных и культурных влияний. Это вновь – разный уровень анализа. Полученные данные, с помощью опросника Калифорнийский психологический опросник (СРП) и опросника перфекционизма, были подвергнуты корреляционному анализу (подсчитывалась корреляционная матрица). Выявлены корреляции общего показателя перфекционизма с показателями теста СРП: «спо-

способность к статусу» ($r = -0,31$; $P \leq 0,05$), «социальное присутствие» ($r = -0,39$; $P \leq 0,001$), «чувство благополучия» ($r = -0,37$; $P \leq 0,05$), «толерантность» ($r = -0,45$; $P \leq 0,01$), «интеллектуальная эффективность» ($r = -0,41$; $P \leq 0,01$), «женственность-мужественность» ($r = 0,31$; $P \leq 0,05$). Выявлены корреляции общего показателя перфекционизма с вегетативными показателями: ТемпЛВ ($r = 0,36$; $P \leq 0,05$); ТемпПрВ ($r = 0,32$; $P \leq 0,05$); ТемпЛба ($r = 0,31$; $P \leq 0,05$). Присуще «застревание», «зацикливание» на своих мыслях, пугающие образы и влечения, захлестывают неприятные переживания, нет способности сосредоточиться, тревога, навязчивость. Выявлены корреляции общего показателя перфекционизма с корковыми показателями: ОмегаЛ ($r = 0,31$; $P \leq 0,05$). Повышенная активация частоты зрительного анализатора скорее всего связана с повышенным напряжением и тревогой, с попыткой контроля того, что не может. Необходимость проверять и перепроверять, потребность «расставить все по местам» из-за стремления казаться лучшим. Выявлено отсутствие корреляций общего показателя перфекционизма с двигательными показателями. Отсутствие таких корреляций можно объяснить тем, что используемые методы носят искусственный характер.

Полученные данные с помощью опросника «36 сюжетов» (Балин В.Д., Горбунов И.А., Коваль В.М.) и опросника перфекционизма, были подвергнуты корреляционному анализу (подсчитывалась корреляционная матрица). S16. Безумие ($r = 0,34$; $P \leq 0,05$); S25. Адюльтер ($r = 0,31$; $P \leq 0,05$); S27. Узнавание о бесчестии любимого или близкого ($r = 0,31$; $P \leq 0,05$); S28. Препятствие любви ($r = 0,40$; $P \leq 0,01$); S32. Неосознаваемая ревность, зависть ($r = 0,31$; $P \leq 0,05$); S34. Угрызение совести ($r = 0,43$; $P \leq 0,01$). Тема безумия – про нейротизм личности с перфекционизмом, три темы о любви – про неуверенность в себе и, возможно, поиск идеальной любви, что сопоставимо с перфекционистской установкой, преломленной к восприятию отношений. Тема ревности и зависти тем более понятна, о связи этих тяжелых чувств с перфекционизмом (или с нарциссизмом) пишет Гараян Н.Г. [5]. Угрызения совести – это осознание собственного несовершенства.

Выводы: 1. Для склонных к депрессии лиц юношеского возраста характерен высокий уровень перфекционизма; 2. Данным лицам присущи неразвитые, примитивные механизмы психологической защиты; 3. Перфекционистские установки у лиц юношеского возраста являются результатом искажения в структуре мотивации и фрустрации иных неудовлетворенных потребностей; 4. Перфекционизм есть результат социальных и культурных влияний.

Литература

1. Щелкова О.Ю. Системный подход в медицинской психодиагностике: История и современность // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2008. – Серия 12. – Вып. 4. – С. 411–419.

2. *Cecile De Bary*. Georges Polti, ou l'anticipation du théâtre potentiel // Poétique: Revue de théorie et d'analyse littéraires, No. 138, 2004, pp. 183–192.
3. *Турушева Ю.Б.* Нарратив как метод исследования процесса социализации / Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 39. С. 2. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.07.2020).
4. *Балин В.Д.* Практикум по психофизиологии: Учеб. пособие/сост. В.Д. Балин-С. – Петербургский гос. Ун-т, 2015.-148 стр.
5. *Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.* Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Консультативная психология и психотерапия. – 2004. – № 1. – С. 18–35.

Смыслообразующее пространство отношений в семье

Иванов Д.И.

*Крымский федеральный
университет им. В.И. Вернадского,
Таврическая академия, Симферополь, Россия*
Ivanow.di@gmail.com

Ключевые слова: социальная ситуация развития, объектные отношения, интериоризация, идентификация

The semantic space of family relationships

Ivanov D.I.

*V.I. Vernadsky Crimean Federal University,
Tavricheskaya Academy, Simferopol*

Keywords: social situation of development, object relations, interiorization, identification

Понятия «социальная ситуация развития» и «объектные отношения» давно образуют единое пространство, в котором важную роль играют классические теории Л.С. Выготского, П.Я. Гальперина, Б.В. Зейгарник, А.В. Запорожца А.Н. Леонтьева, Д.Б. Эльконина и психоаналитические теории З. Фрейда, К. Абрахама, А. Фрейд, Х. Когула, М. Кляйн, Д.В. Винникотта и др.

Классики отечественной психологии утверждают, что процесс психического развития в целом, и развитие отдельных психических функций, в частности, не тождественны процессам созревания организма и не являются исключительно их следствием.

В работах отечественных исследователей развитие определяется как процесс, который начинается и происходит в особой среде, задающей его направление и содержание [1,3,4]. Такой средой является социальная ситуация развития психики т.е. структурированное знаковыми системами взаимодействие в общении ребёнка и взрослого человека

В качестве социальной ситуации развития в классической и современной психологии подразумевается конкретная форма отношений ребёнка и взрослого. История развития этого понятия начинается с гипотезы Л.С. Выготского об источниках и условиях психического развития ребёнка и её дополнения А.Н. Леонтьевым [1, 3]. Когда родители проявляют опережающую активность, направленную на развитие эмоциональных отношений с ребёнком, детская психика, в качестве отклика на это, реагирует формированием потребности в эмоциональной связи со

взрослым. С этого момента все способы реализации этой потребности становятся компонентами единого семиотического пространства: ребёнок – взрослый – культура и управляются логикой его знаковых систем.

По мнению Л.С. Выготского социальная ситуация развития это своеобразное, абсолютно специфичное для конкретного возраста и уникальное для каждого ребёнка отношение к окружающей социальной действительности [1]. Ребёнок является не объектом влияния на него извне, а субъектом собственной активности, направленной на различные аспекты окружающей его реальности. Таким образом, любая символическая деятельность ребёнка формируется на основе её первичной формы – социального сотрудничества, структурированного порядком знаково-символических систем, в которые включен ребёнок и его родители.

А.Н. Леонтьев настаивает на том, что ребёнок не просто как часть включен в человеческий мир, а вводится в этот мир окружающими его взрослыми людьми. И утверждает, что взаимодействие ребёнка и взрослого в его первичной и вторичной формах составляет важнейшее условие процесса усвоения индивидом достижений опыта культурно-исторического развития человечества [3].

Д.Б. Эльконин отмечает, что все виды деятельности ребёнка ответственны по своему происхождению и характеру [4]. А из этого следует, что присвоение ребёнком исторически сформированных способов родовой человеческой деятельности является главной сутью социальной ситуации развития.

Приходим к выводу, что социальная ситуация развития детской психики, с точки зрения классиков отечественной психологии, обладает статусом ведущего фактора всего процесса психического развития. Она структурирована порядком знаково-символических систем свойственных языку. Развитие детской психики – это процесс формирования особой структуры сознания, отражающей многообразие культурного контекста, в который включен сам процесс психического развития.

Схожая тенденция проявляется в парадигме глубинной психологии. Здесь для обозначения феномена, аналогичного социальной ситуации развития психики, используется термин «объектные отношения» [5].

З. Фрейд, описывая своё видение структуры влечений, отмечает, что любой объект из внешней реальности, на который катектировано влечение ребёнка, становится для него привлекательным. Так возникает и реализуется возможность развития отношений с этим объектом. Объектом для младенца становится всё то, что связано с поддерживающей его ролью взрослого. З. Фрейд отмечает, что желание ребёнка – суть результат его позитивного отношения к объекту желания или его формирующемуся в сознании ребёнка образу.

По мнению М. Кляйн роль родителей и связанных с ними переживаний ребёнка, становится ведущей уже на самых ранних этапах его развития. Она отмечает, что кормление матерью ребёнка и её присутствие рядом инициируют объектное отношение к ней [2]. Это сопоставимо с идеями

3. Фрейда. Однако общее в этом обнаруживается и с положениями культурно-исторического и деятельностного подхода. Это сопоставимо с утверждением Д.Б. Эльконина, согласно которому у новорожденного ребёнка нет и не может быть врожденной потребности в социальном взаимодействии. Но она появляется в результате опережающей эмоциональной активности взрослого. Т.е. эмоциональное отношение взрослого к ребёнку инициирует и запускает механизм развития отношений ребёнка и взрослого.

Так между указанными парадигмами обнаруживается нечто общее. По мнению представителей культурно-исторического и деятельностного подхода определяющую роль в развитии психики социальная ситуация играет благодаря механизмам отождествления ребёнком себя с образом взрослого и, в силу этого, *интериоризации* результатов культурно-исторического пути развития человека. В психоанализе объектные отношения обладают статусом одного из ведущих факторов психического развития потому, что они построены на процессах *идентификации* и *интроекции*. Так объект восстанавливается во внутреннем психическом плане субъекта.

Очевидно главное – переход от одной формы социальной ситуации развития к другой также как и переход от одной формы объектных отношений к другой олицетворяют логику психического развития ребёнка.

Обобщая основные положения ведущих психоаналитических и отечественных теорий психического развития, можно прийти к выводу, согласно которому объектные отношения и социальная ситуация развития, по сути, являются своеобразной семиологической системой, включенной в единое семиотическое пространство: ребёнок – взрослый – культура. Социальная ситуация развития и объектные отношения, не являясь абсолютно тождественными феноменами, все же весьма близки друг другу. В объединяющих их аспектах они в полной мере соответствуют существующим в семиологии характеристикам семиологической системы. Это даёт нам возможность исследовать и описать характер культурно и социально обусловленного влияния родителей на сложный и многообразный процесс развития детской психики, с учетом его сознательных и бессознательных аспектов.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Психология развития человека. М.: Изд-во Смысл; Изд-во Эксмо, 2005. 1136 с.
2. *Кляйн М., Айзекс С., Райвери Дж., Хайманн П.* Развитие в психоанализе. М.: Академический проспект, 2001. 512 с.
3. *Леонтьев А.Н.* Избранные психологические произведения: В 2-х т. Т. 1. М.: Педагогика, 1983. 392 с.
4. *Эльконин Д.Б.* Избранные психологические труды. М.: Педагогика, 1989. 554 с.
5. *Фрейд З., Фрейд А.* Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа и Б&К, 2000. 316 с.

Психотерапия суицидального поведения у подростков

Инояттов А.А.

*Ташкентский Педиатрический Медицинский
Институт, Ташкент, Республика Узбекистан*

Ключевые слова: подростки; психотерапия; эмоциональные расстройства; суицидальное поведение; самоповреждения

Psychotherapy of suicidal tendencies in adolescents

Inoyatov A.A.

Tashkent Pediatric Medical Institute, Tashkent, Uzbekistan

Keywords: adolescent; psychotherapy; emotional disorders; suicide behavior; self-harm

Актуальность проблемы исследования аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, способствующими формированию тревожно-депрессивной симптоматики [3]. Увеличивающийся рост суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов [2]. Высокая вероятность реализации суицидальных намерений объясняется несформированностью «антисуицидального барьера» на фоне уже возможного в этом возрасте отчётливого депрессивного мироощущения[1]. Психологические особенности возраста влияют на клинические проявления депрессивной симптоматики, провоцируя поведенческие нарушения и асоциальные поступки[4]. Депрессивные состояния в подростковом и юношеском возрасте повышают риск суицидальных тенденций и суицидальных попыток[5].

Цель исследования: изучить методы психотерапии суицидального поведения у подростков с депрессивными нарушениями для оптимизации комплексной медико-психологической помощи данному контингенту населения. Материал и методы исследования: обследовано 46 подростков со склонностью к суицидальным тенденциям в возрасте от 15 до 17 лет с депрессивными расстройствами и нарушениями поведения. Используются шкала оценки депрессии Гамильтона и опросник Леонгарда-Шмишека. Краткосрочные сеансы когнитивно-поведенческой терапии и

(КПТ) проводились в индивидуальном и групповом формате медицинскими психологами в стационарных условиях на этапе реабилитации в комбинации с фармакотерапией антидепрессантами и нормотимиками.

Результаты и обсуждение: на инициальном этапе исследования были выявлены психологические особенности обследуемых подростков с помощью теста Шмишека-Леонгарда. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10 %), застревающий тип личности у 12 больных (25 %), дистимический тип был выявлен в 42 % случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12 %), в 10 % случаев был выявлен эмотивный тип личности.

По клиническим проявлениям депрессивной симптоматики у подростков преобладали тревожно-депрессивные, астено-невротические и дисморфофобические расстройства. При оценке выраженности депрессивных расстройств по шкале Гамильтона тяжелой степени депрессии среди подростков выявлено не было, основную массу 80 % составили пациенты с легкой степенью депрессии и лишь в 20 % случаев (9 пациентов) была выявлена депрессия средней тяжести.

Клиническая картина депрессивной патологии не укладывалась в рамки классической депрессивной триады, а характеризовалась вегетативными и психосоматическими проявлениями, а также поведенческими нарушениями. В 76 % случаев (35 пациентов) родители отмечали значительное снижение школьной успеваемости, нарушение внутрисемейных взаимоотношений, повышенную утомляемость, которая была сильнее выражена во второй половине дня.

В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 50 % обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 31 % обследуемых, в 15 % случаев подростки с суицидальными мыслями совершили суицидальные попытки.

Мотивами суицидального поведения чаще всего были призыв к собственной личности со стороны родителей и близких, стремление обратить на себя внимание, протест к конфликтным ситуациям, а также избегание наказания за совершенные асоциальные проступки. Суицидальные попытки совершались обдуманно, в заранее запланированное время и имели манипулятивный характер.

У подростков установлено в большинстве случаев демонстративное суицидальное поведение, несущее в себе элементы шантажа, сформированное в результате межличностных конфликтов, внутрисемейных взаимоотношений и внутриличностных проблем.

В задачи медицинских психологов и психотерапевтов на инициальном этапе психокоррекции суицидального поведения входило установление эмоционального и когнитивного контакта с пациентом с учётом его характерологических особенностей, а также дифференцированный подход к выбору психотерапевтического вмешательства. Доверитель-

ные взаимоотношения психотерапевта и подростков составляли основополагающую базу эффективной психологической помощи.

Элементы использования КПТ в психотерапии детей и подростков были предложены основателями КПТ Аароном Бекем и его последователем Артуром Фрименом ещё в конце прошлого столетия, а доказательную базу эффективности подтвердили и в настоящее время. Психотерапевтическая помощь состояла из следующих этапов: определить неадаптивное поведение, выработать мотивацию на трансформацию неадаптивных способов реагирования на адаптивное поведение для оптимизации лечения суицидальных тенденций и депрессий.

Краткосрочные индивидуальные сеансы КПТ оказались наиболее результативными и эффективными, повторное психометрическое тестирование подростков с помощью депрессивных шкал демонстрировал редукцию депрессивной симптоматики у 79 % обследуемых, что свидетельствует в пользу применения данного метода психотерапевтического вмешательства среди детско-подросткового контингента населения.

Подростки овладели навыками управления эмоциональными реакциями в условиях стресса и негативного влияния конфликтогенных ситуаций. Полученные в ходе психотерапии способности адаптации к быстро меняющимся условиям окружающего социума и саморегуляции психоэмоционального статуса позволят успешно справляться с межличностными проблемами и кризисными ситуациями.

Выводы: таким образом, проведенное исследование демонстрирует эффективность применения когнитивно-поведенческой терапии в комбинации с психофармакотерапией у подростков с суицидальными тенденциями, способствует редукции депрессивной симптоматики и поведенческих нарушений.

Литература

1. *Абдуллаева В.К., Бабарахимова С.Б.* Личностные особенности у подростков с депрессивными расстройствами // Новый день в медицине. 2020. № 1(29). С.109–1122.
2. *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.
3. *Бабарахимова С.Б.* Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // Вопросы наркологии. 2017. № 6(154). С.142–143.
4. *Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al.* Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / Sciences of Europe. VOL 2, No 36 (2019) pp. 52–55.
5. *Matveeva A.A., Sultonova 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.

Рефлексивные аспекты самосознания и совладающее поведение лиц с чертами нарциссического типа личности

Исхакова Д.Р., Тагильцева А.В.

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет, Россия
diana.isx@mail.ru*

Ключевые слова: нарциссизм, самосознание, совладающее поведение, психологическое благополучие

Reflexive aspects of self-consciousness and coping behavior in persons with narcissistic personality traits

Iskhakova D.R., Tagiltseva A.V.

*Department of clinical psychology, Saint-Petersburg
State Pediatric Medical University, Russia*

Keywords: narcissism, self-consciousness, coping behavior, psychological well-being

Введение. Несмотря на многочисленные публикации, разные подходы к рассмотрению феномена нарциссизма, тематика «нарциссизма» и «нарциссической личности» сохраняет свою актуальность, рассматривается представителями разных психологических школ и направлений уже не только в клиническом, но и в культурном контексте [2]. Согласно наиболее общим представлениям, нарциссические личности имеют ряд особенностей мировосприятия, оказывающих негативное влияние на некоторые аспекты их деятельности, отношений с другими людьми, что может приводить к снижению качества жизни [1]. Одной из главных причин рассматривается специфичность различных аспектов самосознания таких лиц. Нарциссические черты могут рассматриваться и в отношении специфических форм саморегуляции, как индивидуальные способы поддержания тех представлений личности о себе, которые соответствуют внутренним стандартам, с целью сохранения психологического благополучия. В настоящей работе предпринята попытка исследования связи нарциссических черт в диапазоне психической нормы с особенностями самовосприятия, самооценки и саморегуляции, предпочитаемыми способами стресс-совладающего поведения и субъективной оценкой психологического благополучия.

Материал и методы. Были опрошены респонденты в количестве 60 человек в возрасте от 18 до 30 лет. Критериями включения в исследования являлись отсутствие диагностированной психической патологии, отсутствие явных признаков нарушений социальной и межличностной адаптации. Методы исследования: Опросник «Нарциссические черты личности» (О.А. Шамшикова, Н.М. Клепикова), Методика исследования самооотношения (С.Р. Пантлеев), опросник «Дифференциальный тип рефлексии» (Д.А. Леонтьев), опросник «Стиль саморегуляции поведения» (В.И. Моросанова), Опросник совладания со стрессом (COPE) (К. Карвер, адаптация Т.О. Гордеевой), шкала психологического благополучия (К. Рифф, адаптация Т.Д. Шевеленковой и Т.П. Фесенко).

Данные испытуемых, полученные по опроснику «Нарциссические черты личности» (О.А. Шамшикова, Н.М. Клепикова) были подвергнуты процедуре кластерного анализа (метод К-средних). В итоге были сформированы две группы сравнения: первая группа сравнения характеризовалась значительной выраженностью нарциссических черт личности (31 человек), а вторая – минимальной их выраженностью (29 человек). Группы сопоставимы по социально-демографическим характеристикам, что позволило их сравнивать по исследуемым параметрам.

Результаты. Сравнительный анализ показал, что лиц с выраженными чертами нарциссического типа личности характеризует более высокий уровень притязаний в областях авторитетности у сверстников, внешней привлекательности и уверенности в себе, а также большая выраженность самооценности в структуре самооотношения. В свою очередь, лица с менее выраженными чертами нарциссического типа личности более склонны к избеганию открытых отношений с самим собой при желании соответствовать общепринятым нормам поведения.

Корреляционный анализ позволил выявить наличие статистически значимых взаимосвязей между различными параметрами рефлексивных аспектов самосознания, особенностей совладающего поведения и субъективной оценки психологического благополучия у испытуемых с выраженными и менее выраженными чертами нарциссического типа личности.

В группе лиц с выраженными чертами нарциссического типа личности выраженность таких черт личности, как отсутствие эмпатии, сверхзанятость чувством зависти и манипуляции в межличностных отношениях, отрицательно взаимосвязана с уверенностью в своей привлекательности для окружающих, умением контролировать свою жизнь и самоуверенностью. Также существует отрицательная взаимосвязь этих нарциссических черт с системной рефлексией и общим уровнем саморегуляции поведения. Выраженность отдельных нарциссических черт личности положительно взаимосвязана с преобладанием неадаптивных стратегий совладания в стрессовой ситуации и общим психологическим неблагополучием.

В группе лиц с менее выраженными чертами нарциссического типа личности выраженность таких черт личности, как ожидание особого отно-

шения, грандиозное чувство самозначимости и поглощенность фантазиями об успехе, положительно взаимосвязана с уверенностью в привлекательности для окружающих и самоуверенностью, умением менять и контролировать свою жизнь, оценкой богатства внутреннего мира и симпатией к себе. Также существует положительная взаимосвязь этих черт с общим уровнем саморегуляции поведения. Отдельные нарциссические черты личности положительно взаимосвязаны с неоднозначностью выбора стратегий совладающего поведения, а также общим психологическим благополучием.

Выводы. Исследуемые характеристики лиц с выраженными и менее выраженными чертами нарциссического типа личности существенно не различаются, но при усилении нарциссических черт личности наблюдается явное снижение самооценки, саморегуляции поведения и психологического благополучия, недостаточность разносторонности рефлексии и выбор преимущественно малоадаптивных стратегий совладающего поведения.

Полученные результаты согласуются с представлениями о «здоровом» и патологическом нарциссизме. Можно предполагать, что при усилении степени выраженности нарциссических черт личности до определенного уровня обнаруживается тенденция к преобладанию дезадаптивных форм поведения и общему психологическому неблагополучию, тогда как их умеренная степень выраженности напротив ассоциирована с более адаптивными стратегиями совладающего поведения и общим переживанием благополучия. Безусловно, данное предположение требует дальнейшей эмпирической проверки.

Литература

1. *Залуцкая Н.М.* Индекс функционирования Self-системы (на основе теста оценки нарциссизма): пособие для врачей. СПб: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2003. 47 с.
2. *Мак-Вильямс Н.* Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе / Пер. с англ. М.: Независимая фирма «Класс», 2007. 480 с.

**Модификация опросного листа
Шкалы дистресса для выявления трудностей
в разных сферах жизни у детей/подростков
с онкологическими/гематологическими
заболеваниями и сопровождающих их
близких на разных этапах лечения***

Клипинина Н.В., Никольская Н.С.,

Хаин А.Е., Рябова Т.В.

ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия

Рогачева», Москва, Россия

nklip@mail.ru

Ключевые слова: дистресс-термометр, опросный лист проблем, детская онкология/гематология

**Improvement of Distress-termometr's
Problem List to Analyze Different Difficulties
of Children with Oncological/hematological Diseases
and Their Families During the Treatment**

Klipinina N.V., Nikolskaya N.S.,

Khain A.E., Riabova T.V..

*Dmitry Rogachev National Research Center of Pediatric
Hematology, Oncology and Immunology, Moscow, Russia*

Keywords: distress thermometer, problem list, pediatric oncology/
hematology

Введение. В процессе лечения онкологических/гематологических заболеваний детей/подростков важной задачей работы медицинского психолога становится скрининговая оценка эмоционального дистресса пациента и его близких. Выраженный дистресс сопряжен с риском развития серьёзных психоэмоциональных нарушений, поведенческой дезадаптации, некомплаентного поведения [Т.В.Рябова, Н.С.Никольская и др., 2019]. Для осуществления скрининга эмоционального дистресса на российской популяции авторами публикации ранее были валидированы Шкалы оценки дистресса ребенка и ухаживающего за ним

* Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ по научно-исследовательскому проекту № 19-013-00682.

взрослого (Distress Rating Scale, DRS; Parental Distress Termometr, DT-P, и сопутствующий опросный лист трудностей в разных областях жизни (Problem List) [S. Patel, 2011, А.Е.Хаин и др., 2019]. Шкала представляет собой изображение градусника (с делениями от 0 до 10) для оценки эмоционального неблагополучия и дополняется списком проблем (эмоциональных, физических, бытовых, духовных, семейных/социальных), которые могут возникнуть в процессе лечения. Комплексная и одновременно дифференцированная оценка дискомфорта реализует современный биопсихосоциальный подход к диагностике эмоционального состояния пациента и его семьи и оказанию им необходимой помощи.

Использование Шкал дистресса на российской популяции позволило выявить наличие выраженного дистресса у большинства детей/подростков, проходящих лечение в детской онкологии/гематологии и их родителей. Критическими значениями оценки дистресса на российской популяции стали значения в 4 балла для детей; в 3 балла – для подростков (13–17 лет); в 5 баллов – для ухаживающих близких (баллы для подростков и ухаживающих близких на данной выборке отличались от данных по другим странам). Большой вклад в развитие дистресса детей/подростков вносят физические и эмоциональные проблемы (меньше социальные и духовные), у родителей – физические, эмоциональные и бытовые [Н.В.Клиппина, Т.В.Рябова, 2019]. Опыт интеграции опросного листа в процессе мониторинга эмоционального дистресса в клинике детской онкологии/гематологии на российской выборке (в частности, культурно-специфичные критические значения дистресса) поставил вопрос об ограничениях применения шаблона («кальки») зарубежного опросного листа. Необходимой представляется его модификация: уточнение, расширение и спецификация перечня трудностей для более точной и дифференцированной оценки проблем пациентов российской выборки и их близких (в том числе оценки комплаентности лечения); потребностей в психологической помощи и информировании на разных этапах лечения.

Материалы и методы. Опросные листы Шкалы оценки дистресса ребенка/подростка и Шкалы оценки дистресса родителя были модифицированы для пациентов, проходящих лечение в стационаре, переживающих особые этапы лечения (ТГСК, в перевод на паллиатив, паллиативный этап лечения). Перечни трудностей были дополнены возможными жалобами и проблемами, релевантными данным этапам лечения (например, для опросного листа ТГСК был добавлен список когнитивных трудностей, практических проблем, комплаентности лечения, видоизменены жалобы на психологические, соматические, социальные сложности), вопросами об удовлетворенности собственным совладанием со сложностями, потребностях в психологической помощи и получении дополнительной информации о проводимом лечении.

Результаты. Использование модификаций опросного листа Шкал дистресса для разных этапов лечения позволяет более дифференцированно оценить дискомфорт в разных областях жизни ребенка/подростка и родителя, в соответствии с проходимым этапом лечения, а также расширяет возможности разработки программ и оказания семейно-центрированной помощи с опорой на ресурсы пациентов и их близких. Включение в модифицированный опросный лист вопросов о трудностях, сложностях приверженности лечению, об информационных потребностях пациента, потребностях в психологической помощи на разных этапах лечения позволяет упрочить контакт и фасилитировать коммуникацию семьи с персоналом в процессе лечения. Важным преимуществом биопсихосоциального скрининга становится возможность установить независимый контакт с ребенком/подростком и родителем по поводу их индивидуальных жалоб, потребностей и нужд. На этапе перевода ребенка/подростка на паллиативное лечение применение модифицированного опросного листа позволяет преодолеть барьер общения ребенка/подростка со специалистами (по причине излишней протекции со стороны родителей, препятствию автономии подростков). На всех этапах лечения мультидисциплинарной команде данный модифицированный инструмент позволяет выявить и распределить зоны оказания помощи пациенту и его семье, помогая действовать согласованно и скоординировано.

Литература

1. Рябова Т.В., Никольская Н.Н., Стефаненко Е.А., Клипнина Н.В., Шуткова Е.С., Хаин А.Е. Концепт «эмоциональный дистресс» как возможный показатель нарушений адаптации у детей/подростков с онкологическими и онкогематологическими заболеваниями и ухаживающих за ними взрослых. // Российский журнал детской онкологии и гематологии, 2019, 4–6. – с. 77–83.
2. Patel, S.K., Mullins, W., Turk, A., Dekel, N., Kinjo, Ch., & Sato, J.K. (2011). Distress screening, rater agreement, and services in pediatric oncology. *Psychooncology*, 20(12), 1324–1333.
3. Хаин А.Е., Рябова Т.В., Никольская Н.С., Клипнина Н.В., Стефаненко Е.А., Шуткова Е.С. Апробация и адаптация шкалы оценки дистресса ребенка на русскоязычной выборке. Возможности и ограничения скрининга эмоционального дистресса для организации психологической помощи в детской онкологии/гематологии. // Российский журнал детской гематологии и онкологии Специальный выпуск. – 2019. – с. 140–141.
4. Клипнина Н.В., Рябова Т.В., Никольская Н.С., Стефаненко Е.А., Шуткова Е.С., Хаин А.Е. Социодемографические факторы и характеристики эмоционального дистресса российских детей и подростков с онкологическими/гематологическими заболеваниями и ухаживающих взрослых // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие : материалы V Междунар. науч. конф. Кострома, 26–28 сент. 2019 г.: в 2 т. / отв. ред.: М.В. Сапорова, Т.Л. Крюкова, С.А. Хазова. – Кострома :Изд-во Костром. гос. ун-та, 2019. – с. 264–268.

Изучение эффективности арт-терапевтических занятий в работе с подростками, имеющими психические расстройства

Кузнецова С.О., Строгова С.Е.

*ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, РФ
kash-kuznezova@yandex.ru*

Ключевые слова: арт-терапия, подросток, психические расстройства

Study of the effectiveness of art therapy classes in working with adolescents with mental disorders

Kuznetsova S.O., Strogova S.E.

*The Mental Health Research Center (MHRS),
Moscow, Russia*

Keywords: art therapy, teenager, mental disorder

Введение. За последние годы в современном мире отмечается значительный рост нарушений социальных и коммуникативных навыков у детей и подростков. Психологические и клинические исследования, проведенные за последние двадцать лет, показали наличие трудностей социального взаимодействия у подростков, имеющих различные формы психических расстройств [1, 2]. В данной работе представлены результаты проведенного эмпирического исследования, посвященного изучению влияния арт-терапевтических занятий с подростками с психической патологией на улучшение их социальных и коммуникативных навыков и социального взаимодействия в целом. Цель нашего исследования состояла в изучении эффективности арт-терапевтических занятий, направленных на коррекцию социального взаимодействия, с подростками, имеющими психические расстройства.

Материал и методы. В данном исследовании приняли участие 78 подростков мужского и женского пола в возрасте от 13 до 16 лет (средний возраст – 14,5 лет), находящихся на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ и имеющих шизотипические и аффективные расстройства, а также расстройства поведения. Все больные предварительно были обследованы врачами НЦПЗ РАМН. Диагноз, форма и степень того или иного психического заболевания выставлялись согласно критериям МКБ-10. Основными условиями включения испытуемых в данное исследование являлись: наличие сохранного интеллекта, малая прогресс-

диентность заболевания, вхождение в ремиссию, возраст от 13 лет. Подростки были разделены на 2 группы (экспериментальная и контрольная), которые были уравнены по нозологическому составу, возрасту, гендерному составу, медикаментозному лечению. Экспериментальную группу составили 40 подростков, контрольную – 38 подростков.

В исследовании были использованы методы тестирования, опроса, субъективного шкалирования и формирующего эксперимента. При разработке методического комплекса, использованного в данной работе, учитывались следующие принципы: 1) возможность фиксации как количественных, так и качественных характеристик; 2) валидность и надежность методик; 3) соответствие уровня сложности и времени, необходимого для проведения методик физическим и интеллектуальным возможностям исследуемого контингента. Батарей методик исследования составили: тест Лири, опросник на депрессию Бэка, тест Розенцвейга, рисунок несуществующего животного, опросник на Алекситимию (TAS), методика оценки психологической атмосферы в коллективе А.Ф. Фидпера. С помощью данных методик отслеживались показатели эффективности проводимых арт-терапевтических занятий.

Данное исследование представляло собой формирующий эксперимент и проводилось в 3 этапа: 1 этап – диагностическое обследование испытуемых; 2 этап – проведение арт-терапевтических занятий (продолжительностью в 3 недели) для экспериментальной группы, контрольная группа принимала только медикаментозное лечение; 3 этап- повторное диагностическое обследование обеих групп подростков. Арт-терапевтические занятия проходили 2 раза в неделю на протяжении 3 недель в групповом формате по 5–6 человек. Длительность занятий составляла от 45 минут до 1 часа в зависимости от степени утомления участников и проработки темы. Занятия включали в себя такие темы, как: 1. Я-образ, 2. Мое настроение, 3. Эмоции, 4. Моя семья, 5. Дружба, 6. Мир, в котором хочется жить. Роль ведущего в групповом процессе заключалась в создании эмоционально-комфортных условий для участников, а также в определении тематики занятия, в помощи при возникновении трудностей на любом этапе групповой работы, в поддержании активности всех членов группы.

Результаты. В результате проведенного исследования нами были получены следующие данные. На первом этапе (первичная диагностика) значимых отличий по методикам в экспериментальной и контрольной группах не было выявлено. Повторное диагностическое исследование показало, что в экспериментальной группе после проведения курса арт-терапевтических занятий статистически значимо ($p < 0.05$) возрастают показатели по таким факторам, как: дружелюбие и альтруизм, уменьшаются показатели алекситимии, подростки лучше начинают ориентироваться в своих чувствах и состояниях, понимать других, а также увеличивается степень адаптированности в группе ($p < 0.03$). В экспериментальной груп-

пе отмечается статистически значимое ($p < 0.05$) увеличение показателей по таким шкалам, как: сотрудничество, взаимоподдержка, занимательность и теплота, по сравнению с контрольной группой, которая получала только медикаментозное лечение. При этом значимых различий в эффективности арт-терапевтических занятий между группами подростков разной нозологии не выявлены ($p > 0.5$). Данные результаты подтверждают эффективность арт-терапевтической групповой работы с подростками, имеющими различные психические расстройства.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод, что групповой формат встреч в условиях стационара с использованием изобразительного творчества может выступать эффективным методом коррекционной работы направленной на улучшение социального взаимодействия у подростков с различными психическими расстройствами. Доступность и регулярность терапии через рисунок, позволит пациентам визуализировать свои переживания, способствуя стимуляции социальной активности и налаживанию коммуникации. Арт-терапевтические занятия помогают подросткам выявить свои интересы, индивидуальные особенности и возможности, а также повышают мотивацию и целеобразование. Во время занятий подростки получают опыт общения и социального взаимодействия в «безопасных» условиях, осваивают основные навыки коммуникации друг с другом.

Литература

1. *Казьмина О.Ю.* Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией: Методические рекомендации. – Москва: Сам полиграфист, 2016.
2. *Копытин А.И.* Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт. – М.: Когито-Центр, 2012. – 286 с.

Стандартизированная модификация методики на самооценку Дембо-Рубинштейн на примере исследования транссексуалов на разных этапах коррекции пола

Кумченко С.К.

МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

kumchenko.s.k@gmail.com

Ключевые слова: самооценка, транссексуальность, этапы коррекции пола

Standardised modification of the Dembo-Rubinstein self-assessment methodology based on the study of transsexual people in different stages of transgender transition

Kumchenko S.K.

Lomonosov Moscow State University, Russia

Keywords: self-esteem, transsexual persons, stages of the transgender transition

Введение. Классическая патопсихологическая методика на самооценку Т.В. Дембо и С.Я. Рубинштейн [1] позволяет диагностировать оценку исследуемого самого себя по различным шкалам, предлагаемым патопсихологом. Гибкий подбор самооценочных шкал в соответствии с гипотезой экспериментатора позволил методике стать особенно популярной в патопсихологической практике, благодаря чему возникли самые разные модификации данной методики. Так, Е.Т. Соколова предложила дополнительно использовать оценку шкал с позиции «Я-глазами других», что было ею применено в исследовании транссексуалов [2], или лиц, испытывающих дисфорические переживания по поводу рассогласования аскриптивного пола и половой идентичности, а также устойчивое желание жить и быть принятым в обществе в качестве лица противоположного пола согласно бинарной гендерной системе (женщина/мужчина), сопровождаемое желанием коррекции пола при помощи гормональных, хирургических и иных вмешательств в желаемую сторону [3]. Для транссексуалов характерна травмирующая «сшибка» Я-в своих глазах и Я-глазами других, что сделало предложение Е.Т. Соколовой особенно актуальным.

Между тем, отмечают ограничения методики в контексте научного исследования: субъективизм подбора психологом самооценочных шкал, а также их объяснений со стороны исследуемого, их ненадёжность [4]. Е.И. Рассказовой была предложена методика исследования противоречивости убеждений (МПКУ), которая заключается в шкальной оценке себя по ряду прилагательных как с точки зрения себя, так и с предполагаемой точки зрения других [5], что является развитием в сторону стандартизации классической психологической методики на самооценку Дембо-Рубинштейн в той её модификации, которую использовала Е.Т. Соколова.

Таким образом, целью данной работы является апробация МПКУ в качестве стандартизированной модификации методики на самооценку Дембо-Рубинштейн.

Материал и методы. Основная группа включила в себя 151-го человека-транссексуала, выделены подгруппы: 1) Female-to-Male (FtM) до гормональной терапии (ГТ) и хирургической терапии (ХТ) – 55 человек; 2) FtM на ГТ, без ХТ – 25 человек; 3) FtM на ГТ, с ХТ – 25 человек; 4) Male-to-Female (MtF) до ГТ и ХТ – 12 человек; 5) MtF на ГТ, без ХТ – 16 человек; 6) MtF на ГТ, с ХТ – 18 человек. Контрольная группа включила в себя 120 лиц-нетранссексуалов (цисгендеров): 80 (цис-)женщин, 40 (цис-)мужчин.

Исследуемым предложили заполнить МПКУ, среди стимулов которой присутствовали прилагательные «Мужественный» и «Женственный». Обращение к указанным прилагательным обусловлено конфликтными отношениями транссексуалов с категориями мужественности и женственности в своих и чужих глазах в зависимости от аскриптивного пола. Статистическая обработка данных осуществлялась при помощи программы IBM SPSS Statistics23 и включала в себя применение одномерного дисперсионного анализа.

Результаты. В ходе анализа были обнаружены значимые различия между основными подгруппами в средней оценке своей мужественности в своих глазах в зависимости от стадии коррекции пола: $F = 3,169$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,043$. Средняя оценка по «Я мужественный в своих глазах» у MtF до ГТ и ХТ – 2,67, стандартное отклонение – 1,557 (далее ст. откл. в скобках), у FtM до ГТ и ХТ – 3,79 (0,977); у MtF на ГТ, без ХТ – 1,81 (0,981), у FtM на ГТ, без ХТ – 3,5 (1,103); у MtF на ГТ, с ХТ – 2,11 (1,023), у FtM на ГТ, с ХТ – 4,08 (0,881). В контрольной группе ср. оц. по «Я мужественный в своих глазах» у цис-мужчин – 3,75 (0,87), у цис-женщин – 2,52 (1,147).

Обнаружены значимые различия между основными подгруппами в средней оценке своей мужественности в глазах друзей в зависимости от стадии коррекции пола и аскриптивного пола: $F = 3,413$, $p < 0,05$, $\eta^2 = 0,046$. Ср. оц. по «Я мужественный в глазах друзей» у MtF до ГТ

и ХТ – 2,92 (1,443), у FtM до ГТ и ХТ – 3,63 (1,121); у MtF на ГТ, без ХТ – 2 (0,894), у FtM на ГТ, без ХТ – 3,79 (0,977); у MtF на ГТ, с ХТ – 2,39 (1,243), у FtM на ГТ, с ХТ – 4,25 (0,897). В контрольной группе ср. оц. по «Я мужественный в глазах друзей» у цис-мужчин – 3,68 (0,797), у цис-женщин – 2,84 (1,257).

Не было обнаружено значимых различий между основными подгруппами в средней оценке своей женственности в своих глазах и в глазах друзей.

Выводы

1. Сензитивность стимула «Мужественный» к переживаниям транссексуалов можно объяснить необходимостью в их жизни таких качеств, как активность и инициативность, стереотипно приписываемых к проявлениям мужественности. Кроме того, в русской культуре приветствуется проявление стереотипных мужских качеств у представителей любого аскриптивного пола.

2. До медицинских вмешательств MtF и цис-женщины совпадают в низкой оценке своей мужественности, как и FtM и цис-мужчины – в высокой, что согласуется с определением транссексуальности. Приём гормонов сопровождается снижением этой оценки, что связывается с необходимостью пересмотра идентичности и категорий мужественности-женственности в контексте такого серьёзного медицинского шага, как приём половых гормонов. Хирургические операции сопровождаются у FtM превышением оценок своей мужественности в своих глазах по сравнению с оценками цис-мужчин, что можно объяснить психологической компенсацией анатомической недостаточности, невосполнимой современной пластической хирургией; у MtF наблюдается принижение этих оценок по сравнению с оценками цис-женщин, что также можно объяснить компенсаторным механизмом.

3. В основных подгруппах оценка своей мужественности в глазах друзей совпадает с таковой в своих глазах, что может свидетельствовать о фильтре окружения в сторону желаемой оценки своей мужественности. Такой фильтр может выступать актом контроля в ситуации неконтролируемой заданности отвергаемого пола.

Таким образом, предложенная модификация методики на самооценку Дембо-Рубинштейн позволяет количественно стандартизировать оценки себя по различным шкалам. Очевиден потенциал качественного обсуждения шкал, что может быть апробировано в дальнейших исследованиях.

Литература

1. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – М., 2010. – 224 с.
2. *Соколова Е.Т.* Особенности образа телесного Я и самооценки при транссексуализме // Клиническая психология утраты Я. – М., 2015. – с. 707–716.

3. *Карагаполова И.В.* Трансгендерность в современной психологии сексуальности // Очерки современной психологии сексуальности под ред. Кащенко Е.А. – М., 2017. – 168 с.
4. *Тхостов А.Ш., Рассказова Е.И., Емелин В.А.* Психодиагностика субъективного восприятия своих идентификаций: применение модифицированной методики «Кто Я?» // Национальный психологический журнал. – 2014. – № 2 (14). – с. 58–69.
5. *Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Абрамова Ю.А.* Несогласованность оценок себя, мира и людей как психологический конструкт: разработка и апробация методики противоречивости когнитивных убеждений // Психологические исследования. – 2015. – Т. 8, № 39. – с. 4.

Влияние идей Б.В. Зейгарник на современную модель психотерапии подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра

Левковская О.Б.

*Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой» ДЗ Москвы, Россия
o.levkovskaya@gmail.com*

Шевченко Ю.С.

ФГБОУ ДПО «Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования» МЗ Российской Федерации

Ключевые слова: шизофрения, психотерапия подростков, нарушения мышления

The influence of B.V. Zeigarnik on the modern model of psychotherapy for adolescents with schizophrenic spectrum disorders

Levkovskaya O.B.

Scientific and Practical Center of Children and Adolescents Mental Health named by G.E. Suhareva, Moscow Healthcare Department, Russia

Shevchenko Y.S.

Federal State Budgetary Educational Institution of Further Professional Education «Russian Medical Academy of Continuous Professional Education» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation

Keywords: schizophrenia, adolescent psychotherapy

Трудно переоценить вклад Б.В. Зейгарник в развитие отечественной и мировой патопсихологии. Механизмы, лежащие в основе нарушения процессов мышления при шизофрении, нашли свое отражение в ее ставшей классической работе «Патопсихология. Основы клинической диагностики и практики». Но, если для клинко-психологического образования и исследований данный труд является по сей день источником глубокого знания и питательной средой для новых исследований, то в современной психотерапии трудно найти ссылки

на этот фундаментальный труд. Авторы статьи решили восполнить, хотя бы в небольшой степени, данный пробел. Ведь именно поэтапные психотерапевтические мероприятия, начатые на амбулаторном этапе помощи, затем продолженные, при необходимости, в специализированном подростковом психиатрическом стационаре и подхваченные после выписки на постгоспитальном этапе обеспечивают в будущем включенность пациентов в социальную жизнь и снижают риск развития тяжелых дефектных состояний, препятствуют социальной дезадаптации при расстройствах шизофренического спектра (шизофрения, шизотипическое расстройство, шизоаффективное расстройство).

На протяжении многих лет авторами ведется психотерапевтическая работа с подростками, страдающими расстройствами шизофренического спектра. Напомним психотерапевтам о том, что задачи, особенности психотерапии, трудности построения психотерапевтического контакта с данной группой пациентов, прогноз эффективности психотерапевтического вмешательства определяются не столько психиатрическим диагнозом *per se*. Но в большей степени зависят от т.н. функционального диагноза, включающего в себя как нарушения, так и особенности психологического статуса, аффективной, когнитивной сфер, дизонтогенетические признаки, сохранные стороны мышления, мотивации, формирующейся личности в целом [О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко, 2020].

В патопсихологических исследованиях Б.В. Зейгарник важное место занимают искажения процесса обобщения и нарушения личностного компонента мышления у больных шизофренией. Речь идет об «отлете от конкретных связей», классификации предметов на основании несущественных признаков, легкости образования связей безотносительно к содержанию задачи, сближении любых отношений между предметами и явлениями, выполнении задач, исходя из особых, личностных установок и т.д. [Б.В. Зейгарник].

Все вышеперечисленные нарушения, связанные с болезнью и болезненным расщеплением чувственно-мыслительной сферы, отрицательно сказываются на социальной адаптации и уровне социального функционирования подростков, прежде всего на их учебной успеваемости. В то же самое время, все эти особенности лежат в основе парадоксальности, «интересности», в некоторых случаях т.н. «эвристичности» мышления. Именно эти особенности могут обогащать индивидуальное творчество подростков, направляемое психотерапевтом, привнося в него сложное, многоплановое, загадочное и философское направление. Именно эта оригинальность и своеобразие шизофренического/шизотипического мышления лежали в основе творчества многих талантливых писателей и поэтов прошлого, склонных к интуитивно-мистическому постижению мира и экспериментировавших с новыми художественными и словесными формами (таково творчество Н.В. Гоголя, В. Хлебникова,

Д.И. Хармса, Д.Л. Андреева, А. Стриндберга, Ф. Кафки и многих других) [А.В. Шувалов]. Их творчество изобилует неожиданными смысловыми ассоциациями, смелыми, подчас противоречивыми метафорами и сравнениями, переплетением мифологии, фантазий и реальности и т.д.

По нашим наблюдениям для психотерапии подростков с расстройствами шизофренического спектра, центрированной на саногенных творческих механизмах, как например, в арт-терапии и Терапии творческим самовыражением Бурно М.Е. [Ю.С. Шевченко, О.Б. Левковская] важным является первоначальная оценка выраженности нарушений мышления. В соответствии с данной оценкой затем формируются задачи психотерапии, а также проводится оценка особенностей творческого процесса пациентов и трудностей построения психотерапевтического контакта.

В наших исследованиях [О.Б. Левковская, Ю.С. Шевченко, 2020] по данному критерию выраженности нарушений мышления удалось выделить две основные группы пациентов, для которых подходит различная психотерапевтическая тактика, позволяющая решать соответствующие им задачи. В первую группу вошли пациенты в стадии манифестации и обострения основного заболевания с выраженными нарушениями мышления, такими как, непоследовательность, доходящая до разорванности (диссолюционно-психотический синкретизм), массивные соскальзывания, резонерство, бредоподобное фантазирование, рудиментарные бредовые образования. С данной группой пациентов проводилась психотерапия в рамках индивидуальной и/или групповой психотерапии в специализированном подростковом психиатрическом стационаре. Основными задачами психотерапии с такими пациентами могут являться в зависимости от наличия сохраняющейся возможности продуктивного контакта пациента и психотерапевта: а) психодиагностика путем объективации психопатологических симптомов и переживаний психотического и субпсихотического регистра в творческом процессе; б) поэтапное отслеживание динамики психопатологических и личностных изменений; в) облегчение пребывания пациентов в профильном подростковом психиатрическом отделении; г) психотерапевтическая аккумуляция патологической активности пациента и канализация ее в безопасное русло; д) создание временной иллюзорной картины мира с постепенной интеграцией «Я» и восстановлением границ «Я»; е) трансовое успокоение.

Во второй группе преобладали негрубые нарушения мышления, характерные для большинства пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Они были представлены формальностью мышления, единичными соскальзываниями, способностью связывать все со всем (диссоциативный регрессивно-компенсаторный синкретизм), суждениями с опорой на второстепенные признаки и на малозначащие, странные связи, с амбивалентностью и многоплановостью. Основными задачами психотерапии с такими пациентами могут являться: а) повышение

адаптации к условиям психиатрического лечебно-реабилитационного учреждения и комплаентности к психофармакотерапии; б) преодоление чувства собственного бессилия, беспомощности перед жизнью, ненужности, отчаяния, патологической душевной напряженности через творческое самовыражение; в) смягчение аутистических проявлений и восстановление витального контакта с реальностью; г) смягчение аффективных расстройств через отреагирование, сублимацию и поиск творческого вдохновения; д) спонтанное, искреннее самовыражение в творчестве; е) развитие самосознания (самоидентичности) через осознание сильных и слабых сторон своего характера, в том числе его расщепленной мозаичности [М.Е. Бурно]. При длительной психотерапии на постгоспитальном этапе помощи должны ставиться задачи: ж) обретения стойкого творческого жизненного стиля и, при возможности, профессионального пути самоопределения согласно своему природному душевному устройству; з) развития морального сознания и построения иерархии жизненных ценностей; и) общей гармонизации душевной жизни и поиска своих индивидуальных жизненных смыслов в процессе творческого самопознания (включающего индивидуально-психологические, а также гендерные характеристики).

Отдельного рассмотрения заслуживают синдромально ориентированные аспекты психотерапии подростков с несуицидальным самоповреждающим поведением, нервной анорексией, химической и нехимической зависимостью. В разработке соответствующих технологий перспективной концептуальной основой могут служить предложенные Б.В. Зейгарник положения о «сдвиге мотива на цель, а цели на условия».

Психотерапия, построенная с учетом объективно существующих искажений мышления, с опорой на невербальный канал, воображение и креативность, способствует раскрытию творческого личностного потенциала подростков, страдающих расстройствами шизофренического спектра согласно своему душевному устройству, созданию творческой «зоны успешности», повышению уровня самопринятия и самоуважения.

Литература

1. *Бурно М.Е.* Краткосрочная Терапия творческим самовыражением (метод Бурно М.Е.) в психиатрии. Коллективная монография под редакцией профессора М.Е. Бурно, автор-составитель к.м.н. И.Ю. Калмыкова. И.: Институт консультирования и системных решений. Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2015. 240 с.
2. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. Основы клинической диагностики и практики / Б.В. Зейгарник. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Эксмо, 2010. 368 с. (Психологическое образование).
3. *Левковская О.Б., Шевченко Ю.С.* Шизофренические (шизотипические) творческие миры. Особенности психотерапии подростков / Дети. Общество. Будущее: сборник научных статей по материалам

- III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века»: сборник статей. Т.1. Москва: КНОРУС, 2020. С.269–273.
4. *Шевченко Ю.С., Левковская О.Б.* Терапия творческим самовыражением (Бурно М.Е.) в психотерапии подростков / Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2016, Выпуск 2. Детская неврология и психиатрия, том 116, № 4. С.57–61.
 5. *Шувалов А.В., Бузик О.Ж.* Вечные спутники: творчество и шизофрения. М.: Институт консультирования и системных решений, Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига, 2016. 320 с. ил.

Взаимосвязь экспериментально-диагностических исследований и психотерапии в клинической психологии (опыт школы Б.В. Зейгарник)

Мандрусова Э.С., Тетерина М.Н.
клинические психологи. Москва, Россия
ae.shapiro@yandex.ru, marishat@list.ru

Ключевые слова: клиническая психология, качественный анализ, психотерапия

The relationship between experimental and diagnostic research and psychotherapy in clinical psychology (experience of the B.V. Zeigarnik school)

Mandrusova E.S., Teterina M.N.
clinical psychologists. Moscow, Russia

Keywords: clinical psychology, qualitative analysis, psychotherapy

В свете современных диагностических подходов, используемых в клинической психологии, не следует забывать опыт и традиции отечественной школы патопсихологии, ведущую роль в формировании и развитии которой сыграла Блюма Вульфовна Зейгарник.

Всемирную известность Б.В. Зейгарник приобрела благодаря открытому ею в молодые годы феномену, известному как «эффект Зейгарник». Но основная ее заслуга заключается в выделении патопсихологии в отдельную отрасль психологической науки и воспитании целой плеяды специалистов- патопсихологов. Именно Блюма Вульфовна совместно со своей соратницей С.Я. Рубинштейн в 1960-е годы прошлого века сумела возродить кадры психологов в психиатрических больницах, уничтоженные в 1936 году постановлением ЦК ВКПб «О педологических извращениях в системе Наркомпроса». В то время еще не существовало психологического факультета МГУ, он был создан лишь в 1966 году. Поэтому кадры патопсихологов воспитывались непосредственно в психологической лаборатории Института Психиатрии им. П.Б. Ганнушкина, которой руководила Блюма Вульфовна. Один из авторов данной статьи, Э.С. Мандрусова, как раз является одной из таких воспитанниц и более 50 лет проработала в психиатрической клинике в традициях школы Б.В.Зейгарник. основополагающим методом этой школы является проведение психологического эксперимента с помощью различных методик, а главное, овладение

качественным анализом результатов и составление заключения, отражающего структуру нарушений и сохранные звенья, которые можно использовать для реабилитации пациентов. Б.В. Зейгарник утверждала, что наиболее результативное проведение психотерапевтических и психокоррекционных мер возможно только на базе тех данных о больном, которые представляет экспериментально-психологическое исследование с тщательным качественным анализом результатов и учета клинических особенностей данной патологии. [1]

Некоторые специалисты считают диагностическое исследование слишком трудоёмким и не обязательным для психотерапевтической работы. Это большое заблуждение. В современной клинической психологии приоритет психокоррекционного и психотерапевтического воздействия на больного не должен умалять значения эксперимента.

Именно правильно построенный эксперимент, дающий возможность выявить не только структуру имеющихся нарушений, но и сохранные полноценные свойства психики, положительные качества, на которые можно опереться в последующей коррекционной работе, является мощным подспорьем психотерапии. [3] Применение психологического эксперимента является основным этапом для определения «симптом-мишеней» для дальнейшего психокоррекционного воздействия.

К тому же правильное построение эксперимента, стратегия поведения экспериментатора, создание ситуации успеха и неудачи, обсуждение с пациентом его результатов само по себе является психотерапевтическим элементом. Когда мнение о тяжести состояния пациента и прогнозе его динамики высказывается психологом, да еще подкрепляется убедительными данными диагностического эксперимента, оно приобретает эмоционально-корректирующий характер, сравнимый с косвенным (опосредованным) внушением и рациональной психотерапией. Поэтому применение психологического эксперимента является немаловажным этапом при определении конкретных целей и задач для дальнейшей психокоррекционной работы. [4]

Очень большое значение имеет не только грамотно проведенный эксперимент, но и составление заключения по результатам исследования. В 1988 году Б.В. Зейгарник вместе с А.Я. Ивановой написала статью «О патопсихологических заключениях», которая была опубликована уже после ее смерти в «Журнале неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова». [2]

Написание статьи было вызвано ее озабоченностью недостаточным качеством заключений отдельных практикующих патопсихологов, их увлечением психотерапевтическими воздействиями без предварительного структурного качественного анализа психических нарушений, попытками подмены профессиональных функций психиатров в работе с психическими больными, что наносило ущерб психологической работе.

Однако теория и практика диагностики в клинической психологии не стоит на месте и в современных условиях метод качественного анализа экспериментальных данных может применяться совместно с психотерапевтическим воздействием на пациентов. Второй автор данной статьи клинический психолог М.Н.Тетерина, (в свою очередь, являющаяся ученицей Э.С. Мандрусовой) успешно и эффективно совмещает это взаимодействие в рамках когнитивно-поведенческого направления психотерапии.

Когнитивно-поведенческий подход направлен на реструктурирование иррациональных убеждений, где выделяются типичные и характерные ошибки суждений или так называемые «автоматические мысли и образы», соответствующие ведущему в клинической картине симптомокомплексу. Однако не всегда нарушения мышления достигают клинического уровня, особенно на ранних этапах заболевания, либо при малой выраженности патологии психики. Для того чтобы иметь возможность диагностировать такие нарушения мышления, которые обычно объективно выявляются только при помощи специально проведенных опытов, предложенных экспериментальной патопсихологией, необходимы специальные знания и практическая подготовка. С помощью интервью психотерапевту необходимо выделить ведущие «симптомы-мишени» для коррекции, правильно оценить иррациональные убеждения, выяснив, имеют ли они психологически объяснимые причины или же свидетельствуют об иной природе расстройств. В рамках когнитивно – поведенческого подхода еще окончательно не разработана идея в отношении дифференциальной диагностики нарушений мыслительного процесса. Дифференциация ошибок суждений в структуре самого симптома оказывается весьма затруднительной и сложной. Поэтому основными задачами клинической психодиагностики являются выявление особенностей дисфункциональных ошибок пациентов с невротической и психотической тревогой; особенностей мыслительных процессов при реактивной, эндореактивной и эндогенной депрессиях; определение психического статуса пациентов с ипохондрическим развитием личности пограничного уровня или с начальными проявлениями вялотекущего процесса и др. Методы, используемые при применении когнитивно-поведенческого подхода, позволяют описать разнообразные ошибки суждений, но, тем не менее, не раскрывают механизмов симптомообразования, и не позволяют с высокой точностью соотнести их с той или иной нозологической единицей. Невозможность точного учета данных факторов снижает результативность психотерапевтической работы и повышает риск ее преждевременного прекращения.

Поэтому, прежде чем проводить психотерапевтическую работу с пациентом, необходимо провести качественный анализ структуры его психической деятельности с определением ведущего патопсихологического синдрома, выявив глубинные элементы нарушений психики.

В этом случае выбор психотерапевтической методики и конкретные тактические приемы ее применения будут оказывать эффективное персонализированное воздействие и помогут достичь поставленной лечебной цели.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. 2-е издание. М.: МГУ, 1986.
2. *Зейгарник Б.В., Иванова А.Я.* О патопсихологических заключениях. // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Том LXXXVIII выпуск 4. М.: «Медицина», 1988 с. 138–141.
3. *Мандрусова Э.С., Дьяченко А.С.* О качестве подготовки клинических психологов. // Поляковские чтения – 2018 (к 90-летию Ю.Ф. Полякова). М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. С.215–218.
4. *Тетерина М.Н.* Патопсихологический эксперимент как один из приемов психокоррекции в комплексном лечении больных с паническим расстройством. // Журнал «Психическое здоровье» Т. 14 № 6 (121), 2016. С.42–45.

Онлайн консультирование в дискурсе этики психолога-консультанта

Маргошина И.Ю.

*Северо-Западный государственный
медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербургский государственный институт
психологии и социальной работы, Санкт-Петербург, Россия
igroteka2012@yandex.ru*

Ключевые слова: профессиональная этика, онлайн консультирование, киберсреда

Online counseling in the discourse of ethics of a counselor psychologist

Margoshina Inna

*North-Western State Medical University named
after I.I. Mechnikov, St. Petersburg State Institute of
Psychology and Social Work, St. Petersburg, Russia*

Keywords: professional ethics, online consulting, cyber environment

Технологическая трансформация современного общества привела к тому, социально-культурный контекст профессиональной деятельности психолога-консультанта важно рассматривать не только в контексте «классического» режима живого непосредственного взаимодействия с клиентом, но и учитывать феноменологию помогающего диалога с клиентом в сфере киберпространства.

Многими авторами [1;3;5] отмечаются значимые преимущества интернет взаимодействия.

- интернет-контакт, как отклик на тенденцию культуры к удобству и комфорту (экономия времени и места для встреч);
- вариативность способов интеракций. У клиента есть возможность связываться с консультантом как через текстовые форматы (асинхронная коммуникация через почту, или чат в социальной сети, так и через непосредственный аудиальный или аудиовизуальный контакт «лицом к лицу» (f2f); [5]
- достаточная безопасность для клиентов, испытывающих трудности при непосредственном контакте со специалистом;
- удобство использования для таких клиентов у которых нет физической возможности доступа на очные встречи с консультантом.

Объективный взгляд на онлайн – консультирование требует учета и малоэффективных сторон этой технологии.

Одной из таких сторон является проблемы этического норматива в системе взаимодействия психолога-консультанта с клиентом в киберсреде.

В этическом кодексе психолога, представленном Российским психологическим обществом, очень подробно охарактеризованы основные принципы деятельности психолога: принцип уважения; принцип компетентности; принцип ответственности и принцип честности.

Что же касается этического вопроса о консультационных услугах психолога в системе онлайн, то, безусловно, эта сфера требует дополнительных пояснений. Их можно было бы включить в этический кодекс, как например, это представлено в зарубежных профессиональных ассоциациях (например, в Американской психологической ассоциации)

В этом направлении активно работает Федерация Психологов-Консультантов России (ФПКР), в которой отдельной частью (подразделением) является Федерация Психологов-Консультантов Онлайн (ФПКО)

Так, В.Ю. Меновщиков, президент ФПКО выделяет следующие блоки таких проблем [3]:

1. Проблемы, связанные с консультантом (обучение, лицензирование и сертификация; идентичность)
2. Проблемы, связанные с клиентом (Идентификация клиента (клиент имеет право на анонимность; проблема сохранения тайны и секретности (конфиденциальность); оценка эмоционального и психического статуса клиента; суицидальные клиенты или клиенты, представляющие собой угрозу для других; проблема интернет пользователя, остающегося без непосредственной (лицом к лицу или онлайн поддержки).
3. Проблемы, связанные с обществом в целом (риски интернет-зависимости; отсутствие фильтрации всплывающей информации интернет-рекламы; психогигиена использования технических средств).

Из этих блоков в этическом кодексе Российского психологического общества затрагиваются только первые два блока, (проблемы консультанта и клиента).

В связи с этим важно рассмотреть более подробно специфику 3 блока, связанную с обществом в целом, где этика психогигиены киберсреды может быть расширена.

Прежде всего, это проблема психологического маркетинга и рекламы [2].

Сюда включен вопрос о правомерности размещения психологами на страницах в социальных сетях или на своем сайте только положительные оценки со стороны клиентов, в то время как опция, включающая общую оценку клиентом работы консультанта (пусть даже она и отрицательная) во многих случаях отсутствует.

Также, этический момент в этой области связан с многочисленными предложениями со стороны психологам уже своим коллегам о коммер-

ческой помощи в продвижении своих профессиональных услуг. И это продвижение также должно осуществляться через этическую призму.

Литература

1. Другая проблема sА.С. Гильяно, Е.М. Баранова Этические принципы в интернет-консультировании: постановка проблемы // Вестник практической психологии образования . 2017 № 2(51). С. 69–73.
2. *Вирин Ф.* Интернет-маркетинг: полный сборник практических инструментов. М: Эксмо, 2012. 160 с.
3. Меновщиков, В.Ю. Консультирование и психотерапия в Интернете: «за» и «против» / В.Ю. Меновщиков // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 3. С. 102–108.
4. Федерация Психологов-Консультантов России [Электронный ресурс]: официальный сайт: URL: <https://www.fpkо.ru/> (дата обращения: 25.04.20).
5. *Чайдресс К.* Потенциальные риски и выгоды психотерапевтических вмешательств онлайн // Психологическое консультирование. 2010. № 2. С. 56–62.

Метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией

Миняйчева М.В., Рубайлова В.Е.,

Пансуев О.О., Пуговкина О.Д.

Московский НИИ психиатрии –

филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»

Минздрава России, Москва, Россия

minyaycheva@gmail.com

Ключевые слова: депрессия, метакогниция, метакогнитивный тренинг, когнитивные искажения, когнитивно-поведенческая терапия

Metacognitive Training for Patients with Depression

Minyaycheva M.V., Rubaylova V.E.,

Papsuev O.O., Pugovkina O.D.

Moscow Research Institute of Psychiatry –

branch of the Federal State Budgetary Institution

*“V. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and
Narcology” of the Ministry of Health of the Russian Federation*

Keyword: depression, metacognition, metacognitive training, cognitive biases, cognitive behavioral therapy

Депрессия является одним из самых распространенных психических расстройств. По оценкам ВОЗ ей страдают более 264 миллионов человек (Global Burden of Disease Study, 2017). Депрессия может приводить к нарушениям социальной адаптации, нарушать взаимоотношения с близкими, служить барьером для осуществления трудовой деятельности и т.д. (ВОЗ, 2018).

Депрессия характеризуется классической триадой симптомов, включающей в себя сниженное настроение, моторную и идеаторную заторможенность. Наряду с этим, когнитивные исследования последних лет выделяют дезадаптивные когнитивные убеждения, которые влияют на интерпретацию ситуаций, эмоции и поведение пациентов с депрессивными расстройствами. Согласно когнитивно-поведенческой модели А.Бека малоадаптивные когнитивные убеждения, такие как: «я никогда ничего не делаю правильно» являются одним из важных факторов, способствующих депрессии (А. Бек, 1979). Предполагается, что уязвимость к депрессии, в том числе, зависит от имеющихся когнитивных схем, сформировавшихся в детстве.

рованных в детстве. На фоне стрессовых ситуаций происходит активация дезадаптивных когнитивных установок, что влияет на восприятие и понимание текущей, будущей и прошлых ситуаций. Усугубление и хронификация дистресса при депрессии связаны с тем, что пациенты не могут отнестись к неприятным переживаниям как к субъективным явлениям, не чувствуют их преходящего характера и реагируют на них крайне деструктивными стратегиями избегания, подавления или чрезмерной озабоченности негативными переживаниями и мыслями (А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, 2015). Зарубежные и отечественные авторы отмечают, что описываемые убеждения выступают предиктором дебюта, рецидива и тяжести депрессии (L. Alloy et al 2006; В. Iacoviello et al 2006; M. Otto et al, 2007; S. Struijs et al 2013; А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина, 2015). Убеждения не только сопровождают депрессию, но и отмечаются после, в период рецидива (С. Beevers & L. Miller, 2004; М. Halvorsen & К. Waterloo, 2010), что определяет важность реабилитационных интервенций в ключе когнитивно-поведенческого подхода [1, 3]. Несмотря на стойкость данных убеждений, они поддаются реструктуризации в ходе когнитивной-поведенческой терапии, что, в свою очередь, может влиять на снижение выраженности депрессивных симптомов [1, 2, 3].

Одним из новых нелекарственных методов терапии депрессии является Метакогнитивный тренинг (МКТ-Д) [4], разработанный коллективом авторов (L. Jelinek, S. Moritz, M. Hauschildt, 2018). Тренинг представляет собой оригинальную групповую программу, которая нацелена на работу с широким спектром связанных с депрессией когнитивных искажений с акцентом на метакогнитивные механизмы [5]. Исследования эффективности метакогнитивного тренинга для больных с депрессией отмечают влияние описанной программы на снижение симптомов расстройства за счет деактивации дисфункциональных убеждений. Также авторы определяют наличие метакогнитивных убеждений о важности контроля их проявлений как медиатор, между лечением депрессии и снижением ее симптомов [5].

Важно отметить, что сам тренинг не является частью метакогнитивной психотерапии – трансдиагностического подхода третьей волны КБТ, предложенного Э. Велшем (А. Wells, 2009). Скорее метакогнитивный тренинг основывается на комбинации когнитивно-поведенческой и метакогнитивной психотерапии с использованием техник социально-когнитивной ремедиации. Большое влияние на разработку метода оказало успешное применение метакогнитивного тренинга для пациентов с психотическим опытом, предложенным С.Морицом. Метакогнитивный тренинг для пациентов с депрессией включает в себя 8 занятий, длительностью 60 минут, посвященным искажениям мышления при депрессии, которые играют важную роль в развитии и поддержании симптомов расстройства. Каждое занятие сопровождается слайд-презентацией с теоретической информацией по теме занятия и практическими заданиями для группового обсуждения. Четыре занятия тренинга посвящены типичным искажениям

мышления для пациентов с депрессией, таким как ментальный фильтр, сверхобобщение, поспешные выводы, черно-белое мышление, магнификация и минимизация, чтение мыслей. Остальные четыре занятия охватывают такие темы, как память (ложные воспоминания), концентрация внимания, самооценка, восприятие собственных эмоций/чувств и других, влияние депрессии на поведение (избегание, руминации). В завершении каждого занятия участники группы получают раздаточный материал с тезисным содержанием занятия и упражнениями домашнего задания.

Сотрудниками Московского научно-исследовательского института психиатрии (МНИИП) были переведены материалы тренинга (слайд-презентации занятий и раздаточный материал). В настоящее время на базе стационарных отделений МНИИП проводится комплексное исследование влияния метакогнитивного тренинга для пациентов с депрессии на выраженность руминативного мышления и метакогнитивных убеждений в сравнении с психообразовательными интервенциями и оценка устойчивости полученных изменений (оценка проводится на начальном этапе реабилитационных воздействий, сразу после и спустя 6 месяцев). Также в задачи проводимого исследования входит выявление и оценка факторов хронификации депрессивных расстройств. Учитывая сроки госпитализации занятия проходят с повышенной регулярностью – 4 раза в неделю. Пациенты включаются в групповую работу по направлению лечащего врача.

Мы предполагаем, что результаты исследования будут иметь прикладное значение для реабилитации больных с депрессией, а также предоставят практический опыт ремедиации когнитивной сферы больных и будут способствовать улучшению их качества жизни. Также мы заинтересованы в выявлении и изучении специфичных факторов хронификации депрессии у пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством и биполярным аффективным расстройством.

Литература

1. Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? // Современная терапия психических расстройств. – 2016. – No 2. – С. 16–21.
2. Driessen, E. & Hollon, S.D. Cognitive behavioral therapy for mood disorders: Efficacy, moderators and mediators. *Psychiatr. Clin. North Am.* 33, 537–555 (2010).
3. Faissner, M., Kriston, L., Moritz, S., & Jelinek, L. (2018). Course and stability of cognitive and metacognitive beliefs in depression. *Depression and Anxiety*. doi:10.1002/da.22834
4. Jelinek, L., Hauschildt, M. & Moritz, S. *Metacognitive Training for Depression (D-MCT)*. (Beltz, 2015).
5. Jelinek, L., Moritz, S., & Hauschildt, M. (2017). Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability. *Journal of Affective Disorders*, 221, 17–24. doi:10.1016/j.jad.2017.06.003

Личностные факторы трудностей в обучении и помощь в их преодолении: анализ случая

Николаевская И.А.

Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия
nikolaevskayaia@mgppu.ru

Ключевые слова: рефлексивно-деятельностный подход, учебные трудности, психолого-педагогическое консультирование, отношение к трудности, преодоление учебных трудностей

Personality factors of learning difficulties and assistance in overcoming: case study

Nikolaevskaia I.

Moscow State University of Psychology & Education

Keywords: Reflective-Activity Approach, learning difficulties, psychological and pedagogical assistance, attitude to difficulties, overcoming learning difficulties

Проблема учебных трудностей являлась и является актуальной для всех участников образовательной системы – от администрации до родителей и учащихся. Многие авторы отмечают рост факторов риска, снижающих качество обучения и в целом влияющих на успешность учащихся, на их психологическое благополучие [4;6]. Многие исследователи отмечают необходимость объединения процессов обучения и воспитания, оказания психолого-педагогической помощи учащимся, поддержки личностного развития, создание благоприятных и безопасных условий для когнитивно-личностного развития учащихся [1;2;3;5;7]. В данном докладе представлен случай оказания психолого-педагогической помощи средствами рефлексивно-деятельностного подхода учащемуся четвертого класса, испытывающему трудности в обучении.

Учащийся обучался по усиленной программе, к тому же, пошёл в школу на год раньше своих одноклассников, высокий уровень требований со стороны школы и учителей являлся фактором, влияющим на психологическое благополучие учащегося. Учащийся демонстрировал сниженную самооценку, болезненные реакции на столкновение с трудностями, избегающее поведение, негативные высказывания о себе и т.д. Ситуация осложнялась высоким социальным давлением, учителя и родители предъявляли высокие требования, ругали за ошибки, фикси-

ровали внимание учащегося только на его трудностях. Постепенно отношение учащегося к ошибке стало крайне негативным. Получив замечание или плохую оценку в тетрадь, он сразу её выкидывал или прятал и начинал новую. На одной из совместных консультаций с семьей мать поделилась тем, что нашла за шкафом большое количество спрятанных тетрадей с «двойками» и «тройками».

С запросом к консультанту, работающему в рефлексивно-деятельностном подходе, обратилась мать учащегося. Основными её жалобами были нестабильная успеваемость, невнимательность на уроках, жалобы учителей. По словам учителей, учащийся присутствовал на уроке лишь несколько первых минут, затем «улетал» вниманием куда-то далеко и не погружался в содержание урока.

На первых консультациях контакт с учащимся был «плавающий», первые несколько занятий учащийся испытывал сильное недоверие к консультанту, т.к. традиционно консультант в рефлексивно-деятельностном подходе представляет себя как помощника в преодолении трудностей. Т.к. трудности и отношение к ним и были проблемным эпицентром в работе с учащимся, такое представление замысла совместной работы вызывало противоречивую реакцию у учащегося. Попытки консультанта поговорить о трудностях или ошибках проваливались, учащийся стабильно отвечал, что не имеет трудностей, не желает над этим работать и не видит смысла в таких занятиях.

В такой ситуации единственное, что возможно было осуществить – организовать работу по установлению доверительных отношений, устойчивого эмоционального контакта. Безусловно, это была жертва математикой, на первых трёх занятиях суммарное время занятий математикой не превышало и получаса, однако, это позволило консультанту и учащемуся ближе познакомиться друг с другом, консультант стабильно демонстрировал поддерживающее отношение к учащемуся, позитивное отношение к трудности и желание помогать, к четвёртому занятию это позволило «накопить» достаточно ресурса для осуществления совместной деятельности по преодолению учебных трудностей.

Занятие началось с того, что учащийся сам предложил решить контрольную работу по математике. Выбрал номера, которые нужно было решить и показал их консультанту. Учащийся уточнил свой замысел – он хотел организовать соревнование между собой и консультантом по решению этой контрольной. И консультант, и учащийся должны были решать задания самостоятельно, параллельно, каждый в своей тетради, а затем сверять ответы и определять, у кого больше верных ответов.

По счастливому стечению обстоятельств консультант дважды допустил ошибку в вычислениях в одном и том же примере, а учащийся решил этот пример верно. Произошла следующая ситуация:

К: я решила пример, но, кажется, я два раза ошиблась в одном и том же вычислении, представляешь

У: вы? Ошиблись?? Да лааадно... дайте посмотреть!

К: ну вот смотри, тут надо было вроде десятки переносить, а я сначала тут неправильно перенесла, потом тут, кошмар.

У: огоо!!

К: агаааа... а я сижу и думаю, что у меня вообще ответ не сходится, непонятно, в итоге проверила, и вот

У: а я этот пример правильно решил!

К: покажешь?

У: ну вот, смотрите, видите, у меня сразу правильно написано.

К: о, действительно. Ну что, я выиграла, у меня две ошибки, а у тебя ноль!

У: чтооо? Так нечестно! Нельзя соревноваться в ошибках, как вы вообще ошиблись, вы же мозг математики!

К: ну, бывает, подумаешь, я сегодня устала очень, вот и перенесла неправильно

У: два раза!

К: ага

Пауза (ученик смотрит в тетрадь)

У: я, кажется, у себя нашёл ошибку...

К: дааа? Круто! Покажешь?

У: ну... вот тут... я как бы решил сначала вот так, но тут неправильно, надо было вот так...

К: о, ты молодец, но счёт у нас всё равно с тобой 2:1

У: смеётся

У – учащийся, К – консультант

Данная ситуация является прецедентом. Впервые за занятия ошибка стала предметом обсуждения. Мы полагаем, что ресурсом для этого выступило спокойное отношение к своим ошибкам консультанта и его обсуждение этих ошибок с учащимся. Ошибка поменяла смысл, отношение к ней изменилось в этой ситуации. Более того, благодаря небольшому игровому элементу – соревнование по количеству ошибок – ошибка стала чем-то позитивным.

Консультант зафиксировал свои ошибки, показал их учащемуся, провёл рефлексию способа, который привёл к ошибкам. Такое отношение к ситуации трудности побудило и учащегося сменить позицию. Он нашёл свою ошибку и также предпринял попытку провести рефлексию способа.

Уже на следующем занятии учащийся впервые принёс для записей школьную тетрадь и предложил консультанту посмотреть на оценки и замечания учителя. Консультант вместе с учащимся рассматривали тетрадь и анализировали, за что были сделаны замечания, какие были допущены ошибки, пришли к выводу, что ситуация не очень страшная, и

все ошибки можно достаточно быстро исправить при желании. Далее работа шла продуктивно в рамках учебной деятельности, учащийся справлялся с трудностями и постепенно принимал помощь от консультанта. На восьмом занятии стала возможна следующая ситуация: учащийся допустил ошибку в вычислениях при решении уравнения, консультант показал на ошибку и спросил, почему она произошла. Учащийся, смотря на ошибку, задумался и объяснил, что он выбрал неверное действие. Консультант предложил обсудить способ выбора действия. Конечно, развернутое рефлексивное обсуждение пока организовать не удалось, однако, ошибка была зафиксирована, был отрефлексирован способ, и консультант рассказал об альтернативном способе выбора действия, которым учащийся смог в дальнейшем воспользоваться.

В данном случае мы можем зафиксировать такие личностные факторы учебных трудностей как сниженная самооценка и самоэффективность, негативное представление о своих возможностях, негативное отношение к трудностям и ошибкам, вероятно, повышенная учебная тревожность. Технологии оказания психолого-педагогической помощи строились не только в опоре на работу с учебной трудностью, консультанту было необходимо создать благоприятные условия для взаимодействия с учащимся, отношения сотрудничества, позитивного принятия и безоценочного отношения к трудностям и ошибкам. Этот ресурс позволил «сделать шаг» в учебной деятельности и преодолеть учебную трудность.

Литература

1. *Зарецкий В.К.* Проблемы профессиональной подготовки специалистов для работы с детьми с трудностями в обучении и развитии [Электронный ресурс] // Вестник практической психологии образования. 2020. Том 17. № 2. С. 53–66. doi:10.17759/bppe.2020170205
2. *Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б.* Связь образования, развития и здоровья с позиций культурно-исторической психологии // Культурно-историческая психология. 2020. Том 16. № 2. С. 89–106. doi:10.17759/chp.2020160211
3. *Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б.* Педагогическая, психологическая и психотерапевтическая помощь в процессе преодоления учебных трудностей как содействие развитию ребенка // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 3. С. 33–59. doi:10.17759/cpp.2017250303
4. *Исаев Е.И., Косарецкий С.Г., Михайлова А.М.* Зарубежный опыт профилактики и преодоления школьной неуспеваемости у детей, воспитывающихся в семьях с низким социально-экономическим статусом [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 7–16. doi:10.17759/jmfp.2019080101
5. *Крацов Г.Г., Крацова Е.Е.* Взаимосвязь обучения и развития: проблемы и перспективы // Культурно-историческая психология. 2020. Том 16. № 1. С. 4–12. doi:10.17759/chp.2020160101

6. *Лубовский Д.В.* Исследования психологического благополучия слабоуспевающих обучающихся в школах США [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 36–42. doi:10.17759/jmfp.2019080104
7. *Николаевская И.А.* Ситуационно-векторный анализ стенограмм занятий по преодолению учебных трудностей: анализ случая [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 186–203. doi:10.17759/cpse.2020090110

Типы нарушений деятельности человека

Поляков А.М.

*Белорусский государственный
университет, Минск, Беларусь*
Polyakov.bsu@gmail.com

Ключевые слова: психологическая диагностика, нарушения деятельности

The Types of Human Activity Disorders

Polyakov A.M.

Belarussian State University, Minsk, Belarus

Keywords: psychological diagnostics, activity disorders

Психологическая диагностика отклонений в развитии или нарушений психики предполагает не только сбор эмпирических фактов и оценку уровней развития психических функций или характеристик личности, но и построение целостного образа (описания) психики конкретного человека. Это необходимо для выявления ее качественного своеобразия, оценки перспектив развития, специфики взаимосвязей между различными функциями и компонентами личности, ядерного дефекта функционирования и возможностей его компенсации. При таком понимании диагностики психологический диагноз становится практически целесообразным и может использоваться для проектирования системы помощи, учитывающей индивидуальные особенности личности.

Такое понимание психологической диагностики ставит проблему не только сбора эмпирических фактов, говорящих об уровне развития и нарушениях отдельных психических функций или качеств личности, но их интерпретации, анализа и соотнесения друг с другом. Только в этом случае может быть построен целостный образ психики, отражающий динамику ее развития, имеющиеся дефекты, компенсаторные механизмы. Решение данной проблемы выглядит чрезвычайно привлекательным, но также и трудновыполнимым в силу того, что у психолога отсутствует четкий алгоритм связывания отдельных фактов в целостную картину функционирующей и развивающейся (распадающейся) психики. В некотором смысле ее решение представляет собой творческий акт [5].

Чрезвычайно полезными инструментами для решения этой проблемы являются категория деятельности и представления о ее структуре и предметном содержании, разработанные в деятельностном подходе А.Н.Леонтьева и его последователей. Они могут служить основанием

для интерпретации выявляемых психологических фактов нарушений психики, их анализа и истолкования в контексте ее системного строения. Подходы к такому анализу предложены в работах известных ученых в сфере медицинской и специальной психологии (А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, Б.С. Братусь, Ю.Ф. Поляков, В.Г. Петрова, В.И. Лубовский, Б.И. Пинский, Г.М. Дульнев и др.). Кроме того, частные аспекты нарушений деятельности исследовались в работах Е.А. Винниковой, З.И. Калмыковой, И.Ю. Кулагиной, В.В. Лебединского, Е.С. Мазур, Л.И. Переслени, А.М. Полякова, Н.Г. Салминой, Е.С. Слепович и др. [5]. Эти исследования убеждают нас в том, что категория деятельности, представления о ее структуре и связи с сознанием могут служить надежным конструктом для понимания механизмов и целостного описания различных вариантов аномалий психики человека.

Выявление конкретных типов нарушений деятельности в процессе психологической диагностики может служить связующим звеном между обнаружением отдельных психологических фактов и описанием целостной картины аномальной психики, т.е. определением психологического диагноза. Каждый тип нарушения деятельности, с одной стороны, уже предполагает некий синтез отдельных проявлений психической активности, говорящих как о сохранных, так и о нарушенных ее компонентах, а с другой – служит единицей анализа психологической структуры дефекта или патопсихологического синдрома, содержащей в себе ее сущностные характеристики и намечающей пути психологической помощи данной личности.

Наиболее полное описание различных вариантов нарушений деятельности человека, которое нам удалось обнаружить в литературе, представлено в трудах Б.В. Зейгарник [3]. В то же время, описанные Б.В. Зейгарник нарушения могут быть, во-первых, дополнены другими типами и, во-вторых, соотнесены с более широким кругом нарушений психики и психического развития. Например, в русле специальной психологии на материале изучения детей с отклонениями в развитии представлены достаточно важные исследования, которые вносят вклад в расширение коллекции нарушений деятельности человека, их обобщение и систематизацию [5]. На основании анализа литературных источников и наших собственных исследований, нам удалось обнаружить несколько основных типов нарушений деятельности человека, которые могут включать в свой состав либо набор отдельных проявлений, либо иметь различные варианты выражения (подтипы):

1. Нарушение опосредованности деятельности и иерархии мотивов, включающее в свой состав два компонента – нарушение опосредования и распад иерархизированной системы мотивов (Б.С. Братусь) [1]. Нарушение опосредования приводит к упрощению структуры деятельности [1; 5];

2. Нарушения смыслообразования и побудительной функции мотивов (М.М. Коченов) приводят к расщеплению смыслообразующей и побудительной функций мотивов, в результате чего то, что формально имеет для человека смысл, прекращает побуждать его к осуществлению деятельности. Смыслообразующие мотивы перестают служить источником активности и приобретают статус «знаемых» [3];
3. Нарушения произвольной регуляции деятельности (аспонтанность) выражаются в первую очередь в неспособности произвольно следовать установленной цели, повышенной откликаемости на внешние раздражители, отсутствии инициативы и некритичности [3; 5];
4. Нарушение процессов построения замысла затрагивает процессы целеобразования, соотнесения цели и общих требований к результату и процессу решения задачи, соотнесения цели и условий деятельности [4].
5. Нарушения операциональной стороны деятельности, проявляющиеся в несформированности, нарушениях или неправильном формировании способов деятельности (мыслительной, речевой, мнестической, общения и др.) [5];
6. Нарушения динамической стороны деятельности, которые можно разделить на два типа: 1) сниженная по сравнению с нормой активность в решении задач; 2) нарушения целенаправленности, которые можно разделить на два подтипа: а) трудности удержания в сознании цели на протяжении достаточно длительного времени; б) трудности перехода от одной цели к другой, выражающиеся в застремости на определенном способе решения задачи [3; 5];
7. Нарушения временной и иерархической организации целей, выражающиеся в проблемах соотнесения частных (ближних, реальных) и общих (дальних, идеальных) целей [2; 4; 5];
8. Системные нарушения деятельности, связанные с нарушением согласованной работы мотивационно-смыслового (личностного) и операционно-технического (исполнительского, инструментального) компонентов (уровней) деятельности как целостной системы. Нарушения деятельности как системы могут затрагивать как каждый из этих уровней в отдельности, так и взаимоотношения между ними.

Указанные типы нарушений деятельности не являются нозологически специфичными, т.е. один и тот же тип может встречаться при различных аномалиях развития или заболеваниях. Кроме того, составленная типология не претендует на завершенность и может быть дополнена другими типами нарушений.

Литература

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 304 с.
2. Братусь Б.С., Павленко В.Н. Соотношение структуры самооценки и целевой регуляции деятельности в норме и при аномальном развитии // Вопросы психологии. 1986. № 4. С. 146–154.

3. *Зейгарник Б.В.* Личность и патология деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1971. 100 с.
4. *Поляков А.М.* Особенности целеобразования у подростков с интеллектуальной недостаточностью // Вопросы психологии. 2009. № 6. С. 23–33.
5. Психологическая диагностика и коррекция отклонений в развитии у детей: учеб.-метод. пособие / Е.С.Слепович [и др.]; под ред. Е.С.Слепович, А.М.Полякова. Минск: БГУ, 2019. 295 с.

Особенности психического здоровья и временной перспективы секс-работниц: дизайн исследования

Попова В.В., Бурина Е.А.

Санкт-Петербургский Государственный Университет, Россия

p.veronika.valerievna@gmail.com, e.a.burina@spbu.ru

Ключевые слова: психическое здоровье, травматический стресс, временная перспектива, секс-работа

Features of mental health and time perspective of female sex workers: study design

Popova V.V., Burina E.A.

Saint Petersburg State University, Russia

Keywords: mental health, traumatic stress, time perspective, sex work

Секс-работа («direct sex-work»), одна из разновидностей коммерческого секса, подразумевает под собой оказание сексуальных услуг с непосредственным физическим контактом между клиентом и секс-работником. Большая часть работающих в этой сфере – женщины.

Такие психологические проблемы, как депрессия, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), диссоциация, пониженная самооценка, суицидальные мысли, являются среди секс-работниц высоко распространенными, согласно зарубежным исследованиям [2, 3, 4]. Однако в России проведенные исследования в большей степени лежат в области социологии, нежели чем в клинической психологии.

В ходе теоретического анализа был выделен ряд факторов, влияющих на психическое здоровье секс-работниц.

Таким образом, чем выше уровень пережитого насилия (как сексуального, так и физического) в процессе работы, тем выше показатели психических расстройств (ПТСР, депрессии) [2, 4]. Наличие насилия, совершенного в детстве, коррелирует с большей выраженностью симптомов [2]. Более высокий уровень распространенности психических расстройств связан с местом работы (улицей) и социально-демографическими характеристиками (мигранты) [4].

Секс-работницы нередко испытывают страх, что об их работе узнают, и скрывают ее, что ведет к риску оказаться в социальной изоляции. При этом при наличии субъективно переживаемой социальной поддержки обнаруживается меньшая выраженность психических заболеваний [4].

В случае самостигматизации, непринятия себя показатели психического здоровья снижены [3]. Вероятнее всего это связано с интериоризацией негативных внешних оценок от общества, которые отражаются на когнитивном элементе Я-концепции и самооценке.

Интересными представляются данные, что меньшая выраженность депрессивных и посттравматических симптомов связана с большей уверенностью секс-работниц в том, что они могут найти альтернативную работу [3]. Вопрос о том, насколько секс-работницы чувствуют возможность управлять своей жизнью, также является важным для их психологического благополучия.

Состояние, в котором находятся секс-работницы, можно определить как травматический стресс. Согласно Н. В. Тарабриной, стресс становится травматическим, если воздействия стрессора приводят к нарушению в психической сфере человека: «нарушается структура "самости"», когнитивная модель мира, аффективная сфера, неврологические механизмы, управляющие процессами научения, система памяти, эмоциональные пути научения» [1].

Травмирующим фактором для секс-работниц в большей части случаев становится насилие. От четверти до половины и больше секс-работниц переживают сексуальное и физическое насилие в процессе работы, в том числе и в России [2, 3, 4]. На успешность преодоления травматического стресса влияют социальная поддержка и выбираемые способы выхода из травмирующей ситуации. Практически половина секс-работниц прибегает к алкогольным и наркотическим средствам, чтобы дистанцироваться от своих переживаний, что вместе с другими факторами, перечисленными выше, негативно сказывается на психическом здоровье [2].

В исследовании М. Farley было установлено, что 89% опрошенных секс работников хотели бы выйти из сферы коммерческого секса [2]. Однако секс работницы могут столкнуться с рядом препятствий: от сопротивления сутенеров и отсутствия нужных навыков и знаний до собственной неуверенности [3]. Кроме того, в неблагоприятном психическом состоянии трудно строить планы, продумывать какие-либо варианты.

В связи с этими данными возникла гипотеза о том, что временная перспектива личности секс работниц будет отличаться несбалансированностью. При этом сам конструкт временной перспективы предположительно можно использовать как инструмент психологической помощи секс-работницам, так как его используют в терапии временной перспективы при ПТСР. Временная перспектива – «неосознанный процесс, посредством которого личный и социальный опыт человека размещается в определенные временные категории, или временные рамки, что помогает придать ему порядок, согласованность и смысл» [5]. И при депрессии, и при ПТСР временная перспектива отличается сфокусированностью на негативном образе прошлого и меньшей ориентированностью на будущее.

В ходе планируемого исследования предлагается изучить клинико-психологические особенности секс-работниц и проанализировать их взаимосвязь с временной перспективой личности, условиями работы, предыдущим жизненным опытом и социально-демографическими характеристиками. Выборка будет состоять из совершеннолетних женщин, имеющих опыт оказания сексуальных услуг с непосредственным сексуальным контактом, проживающих в Санкт-Петербурге.

Планируется использовать следующие методики: Опросник временной перспективы Зимбардо (ZTP1), Шкала самооценки депрессии Зунга, Миссисипская шкала посттравматического стрессового расстройства и Шкала диссоциации (DES). Для изучения социально-демографических характеристик выборки, условий секс-работы, наличия травматического опыта и отношения к будущему будет использована анкета. Для анализа данных планируется применить описательные статистики, анализ нормальности распределения по критерию Шапиро-Уилка, критерий χ^2 Пирсона, корреляционный анализ.

Особое внимание будет уделено информированию об исследовании, так как респондентки являются представителями уязвимой социальной группы. Само исследование займет около полутора часов, участницам будет предложено заполнить анкету и приведенные методики.

В целом, лица, вовлеченные в коммерческий секс, создают гетерогенную группу, поэтому получение данных о социально-демографических характеристиках вместе с данными об их психическом здоровье может дополнить существующее представление о проблеме секс-работы.

Литература

1. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
2. *Farley M., Cotton A., Lynne J., Zumbek S., Spiwak F., Reyes M.E., Alvarez D., Sezgin U.* Prostitution and Trafficking in Nine Countries // *Journal of Trauma Practice* 2003. Vol. 2. No. 3/4. С. 33–74.
3. *Krumrei-Mancuso E.J.* Sex Work and Mental Health: A Study of Women in the Netherlands// *Arch. Sex. Behav.* 2017. Vol. 46. No. 6. С. 1843–1856.
4. *Rössler W., Koch U., Lauber C., Hass A.-K., Altwegg M., Ajdacic-Gross V., Landolt K.* The mental health of female sex workers // *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2010. Vol. 122. No. 2. С. 143–152.
5. *Zimbardo P.G., Boyd J.N.* Putting Time in Perspective: A Valid, Reliable Individual-Differences Metric // *Journal of Personality and Social Psychology.* 1999. Vol. 77. No. 6. С. 1271–1288.

Апробация модифицированной методики воспринимаемого социокультурного давления

Рахманина А.А.

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП
им. Н.В.Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия
Rakhmanina.a@mail.ru

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП
им. Н.В.Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия
Kholmogorova-2007@yandex.ru

Ключевые слова: социокультурное давление, неудовлетворенность своим телом, физический перфекционизм, отношение к внешности

Approbation of the modified scale of perceived sociocultural pressure

Rakhmanina A.A.

*Sklifosovsky Research Institute of
Emergency Care, Moscow, Russia*

A.B. Kholmogorova

*Moscow State University of Psychology &
Education, Sklifosovsky Research Institute of
Emergency Care, Moscow, Russian Federation*

Keywords: socio-cultural pressure, body dissatisfaction, physical appearance perfectionism, attitude to appearance.

Проблема неудовлетворенности собственной внешностью существенно возросла с развитием социальных сетей, наполненных визуальными образами идеальных телесных стандартов. Наиболее подверженной стандартам идеальных пропорций оказываются подростки и молодежь, которые являются активными пользователями социальных сетей и ввиду возрастных особенностей обладают большей склонностью к неприятию своего тела. С точки зрения культурно-исторической концепции Л.С. Выготского социальная среда (в т.ч. принятые в культуре нормы) является основным источником развития личности, которые в процессе взаимодействия с ними «интериоризируются» во внутренний план. Интериоризация и принятие внешних стандартов идеального тела в свою очередь ведет к повышенным требованиям

к себе (росту физического перфекционизма), неудовлетворенности своим телом, а также росту тревожной и депрессивной симптоматики [A.S. Ahadzadeh et al., 2017]. Результаты исследований демонстрируют, что представители женского пола чаще испытывают неудовлетворенность, связанную с увеличением веса, в то время как юноши не удовлетворены недостатком мышечной массы [А.Б. Холмогорова, П.М. Тарханова, 2014; А.Б. Холмогорова, А.А. Дадеко, 2010].

Для того, что изучить влияние социокультурного давления и выделить, основные факторы, влияющие на неудовлетворенность своим телом и его последствие в виде развитие симптомов булимии, в 1996 году американские исследователи Eric Stice с коллегами создали шкалу Воспринимаемого социокультурного давления [E. Stice et al., 2002]. Данная шкала состоит из десяти утверждений, которые касаются давления со стороны семьи, друзей, партнера и масс-медиа на желание похудеть, например, «я заметил(а) серьезные намеки от моей семьи на то, что мне надо похудеть». Однако, авторы делают большой упор именно на давление, оказываемое на стремление к похудению. Тем не менее многие девушки и большая часть юношей отмечают, что чувствуют давление со стороны относительно недостаточности мышечной массы. Некоторые зарубежные авторы в последующих исследованиях предлагали молодым людям оценить давление на их желание набрать мышечную массу. Однако, в данном случае не учитывались изменения, связанные с тем, что актуальный тренд также негативно относится к «излишней» худобе у девушек соответствующей конституции, а в случае «приемлемого» веса предлагает работу над рельефом тела.

В связи с этим, нами была произведена модификация данного опросника, в которую были включены выражения, касающиеся набора мышечной массы и приведением тела в спортивную форму. Респондентам предлагалось оценить, насколько по шкале от 1 до 5 (абсолютно не соответствует – полностью соответствует) они оценивают давление на их желание похудеть/набрать мышечную массу/привести тело в спортивную форму. По результатам методики был посчитан средний балл по всем показателям. Также был подсчитан средний балл по влиянию каждого отдельного фактора, который оказывает давление (семья, масс-медиа, окружение (друзья, учебная группа, партнер)).

Для апробации методики мы использовали модификацию данной шкалы в исследовании различий социокультурного давления на молодежной выборке, состоящей из студентов – психологов 18–25 лет, обучающихся и проживающих в г. Москве (n = 125) и г. Астрахани (n = 75). Для изучения различий использовался критерий Манна-Уитни. Нами были посчитаны, как общие баллы воспринимаемого социокультурного давления, так и баллы по каждому фактору отдельно, а также баллы, по каждому направлению в соответствии с желаемыми изменениями

фигуры. Влияние макросоциального фактора, такого как среда проживания, на развитие физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом было также ранее показано в работе П.М. Тархановой [П.М. Тарханова, 2014]. Мы также решили проверить, будет ли проживание в мегаполисе оказывать негативное влияние на уровень удовлетворенности собственной внешностью.

Гипотеза о том, что оказываемое давление происходит по-разному в зависимости от пола, не подтвердилась. Респонденты независимо от пола отмечают как давление, оказываемое на их желание похудеть, так и давление, оказываемое на их желание набрать мышечную массу или изменить физическую форму. Однако, следует отметить влияние проживания, а соответственно и культурных различий, связанных с жизнью в мегаполисе и в других субъектах. Московские студенты чаще отмечают, что чувствуют давление на их желание похудеть ($p < 0,001$). Хотелось бы отметить, что в среднем студенты из Москвы отмечают давление со стороны масс-медиа как «значительное», в то время как респонденты из Астрахани в среднем оценивают социокультурное давление любого рода как незначительное, не отмечают его.

Соответствующие результаты демонстрируют, что большее значение в социокультурном давлении оказывает не столько фактор половой принадлежности, сколько социальные факторы – проживание в мегаполисе или небольшом городе, задающие различия в социальной ситуации развития и восприятии идеальных стандартов.

Литература

1. *Тарханова П.М.* Исследование влияния макро- и микросоциальных факторов на уровень физического перфекционизма и эмоционального благополучия у молодежи [Текст] / П.М. Тарханова // Культурно-историческая психология. – 2014. – № 1. – С. 89–95.
2. *Холмогорова А.Б., Дадеко А.А.* Физический перфекционизм как фактор расстройств аффективного спектра в современной культуре. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 3. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 13.09.2020).
3. *Холмогорова А.Б., Тарханова П.М.* Стандарты внешности и культура: роль физического перфекционизма и его последствия для здоровья подростков и молодежи // Вопросы психологии. – 2014. – № 2. – С. 52–65.
4. *Ahadzadeh A.S., Sharif S.P., Ong F.S.* Self-schema and self-discrepancy mediate the influence of Instagram usage on body image satisfaction among youth // Computers in Human Behavior. – 2017. – № 68. – P. 8–16.
5. *Stice E., Whitenton K.* Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girls: A longitudinal investigation // Developmental Psychology. – 2001. – № 38. – P. 669–678.

Особенности эмоциональной регуляции и использование социальных сетей у пациентов с аффективными расстройствами

Рыжинская Н.И.

*ФГБОУ ВО Московский государственный
медико-стоматологический университет
имени А.И. Евдокимова, Россия
evaevamail@mail.ru*

Ключевые слова: депрессия, самопрезентация, перфекционизм, социальные сети, регуляция эмоций

Features of emotional regulation and use of social media in patients with affective disorders

Ryzhinskaya N.I.

*Moscow state medical and dental university
named after A.I. Evdokimov, Russia*

Keywords: depression, self-presentation, perfectionism, social media, emotion regulation

Информационные технологии проникают во все сферы жизнедеятельности человека, трансформируя его собственный мир, становясь новыми звеньями опосредствования психических процессов [1]. Человек становится автором и редактором информации для предъявления себя окружающим в новой форме социальной реальности – социальных сетях. Взаимоотношения между различными особенностями личности (перфекционизмом, восприятием образа тела, самооценкой и др.) и самопрезентацией в контексте социальных сетей носят сложный, многофакторный характер и неоднозначно влияют на субъективное благополучие человека. Возникает проблема оценки степени функционального использования социальных сетей: как они встроены в процесс регуляции эмоций, можно ли диагностировать аффективные расстройства с помощью анализа профиля (проблема выявления депрессии остается острой). Депрессивные расстройства оказывают влияние на поведение пользователей и самопрезентацию, анализ которой может помочь в раннем обнаружении психических расстройств.

Цель исследования: изучение особенностей эмоциональной регуляции и самопрезентации в социальных сетях пациентов с аффективными расстройствами.

Материалы исследования: экспериментальную группу составили 17 пациентов мужского (n=12) и женского пола (n=5), средний возраст – 27,5±6,7 лет, которые стационарно лечились в ФГБНУ НЦПЗ. Диагнозы: депрессивные эпизоды средней и тяжелой степени без психотических симптомов; рекуррентное депрессивное расстройство средней степени (F32.1; F32.2; F33.1). Контрольная группа состояла из 30 респондентов мужского (n=7) и женского пола (n=23), которые не имели клинических психиатрических диагнозов. Средний возраст – 25,3±4,3 лет.

Методы исследования: 1. «Многомерная шкала перфекционизма» П. Хьюитта, Г. Флетта; 2. «Шкала депрессии» А. Бека; 3. «Шкала измерения тактик самопрезентации» С. Ли, Б. Куигли; 4. «Методика исследования самооценки Дембо-Рубинштейн»; 5. «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда; 6. Опросник «Проблемное использование социальных сетей» Д.В. Московченко, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский; 7. Анкета для исследования особенностей использования социальной сети «Instagram» (время использования, частота публикаций, время редактирования фотографий, интерес к определенным категориям изображений); 8. Проводился анализ фотографий в профиле «Instagram» для исследования преобладающих категорий изображений [2].

Результаты: у пациентов с клинической депрессией в 82 % случаев наблюдаются признаки депрессивного состояния различной степени тяжести, у контрольной группы 84 % не имеют показателей депрессии. Для обеих групп характерен высокий показатель перфекционизма ориентированного на себя (ЭГ – 63,06; КГ – 67,2) и высокий интегральный показатель перфекционизма (ЭГ – 166,24; КГ – 175,57). Преобладающими тактиками самопрезентации у обеих групп выступают: извинение (ЭГ – 31,82; КГ – 32,7) и желание понравится (ЭГ – 24,82; КГ – 30,1). Для пациентов с депрессией значимой по сравнению с группой нормы является тактика «Отречение» (ЭГ – 25,82; КГ – 21,3). Около половины респондентов обеих групп имеют адекватную самооценку (КГ – 56 %; ЭГ – 60 %). По шкалам внешность, уверенность в себе, счастье и привлекательность пациенты с депрессией оценивают себя ниже, чем контрольная группа. Для группы нормы наиболее значимой причиной использования социальных сетей является регуляция эмоций (КГ – 10,7; ЭГ – 3,5). Пациенты с депрессивным расстройством используют социальные сети с целью коммуникации так как предпочитают онлайн-общение (ЭГ – 9,13; КГ – 6,77). Общий индекс проблемного использования социальных сетей у группы нормы является более выраженным, чем у группы с психической патологией (КГ – 38,8; ЭГ – 30,13). Уровень развития социального интеллекта в целом более высок у группы нормы (КГ – 2,73; ЭГ – 2,45). Анализ анкеты «Instagram» показал, что частота публикаций для обеих групп характеризуется отсутствием определенной закономерности. Наиболее предпочтительными категориями фотогра-

фий для просмотра в чужих профилях для пациентов с депрессией являются «Путешествия» (ЭГ – 67 %), «С друзьями/коллегами/родственниками» (ЭГ – 60 %), «Важен текст (полезная информация, обзоры на книги/фильмы/выставки и т.п.)» и «Город» (ЭГ – 53 %). У контрольной группы наибольший интерес вызывают категории «Город» (КГ – 53 %), «Природа», «Путешествия», «Человек один в различных местах» и «Человек с друзьями/ коллегами/ родственниками (КГ – 40 %). Наиболее популярные категории для публикации: «С друзьями/коллегами/родственниками» (ЭГ – 73 %; КГ – 50 %) и «Селфи» (ЭГ – 50 %; КГ – 50 %). Анализ фотографий в профиле «Instagram» показал, что преобладающей категорией изображений у контрольной группы выступает точное отображение себя (66 % всех фотографий). Для экспериментальной группы наиболее характерна передача некоего смысла конкретной аудитории (54 %). «Игривая презентация» (провоцирование реакций, нарушение правил, смешение неуместных вариантов, глобальная идеализация: как хотелось бы, чтобы было; социальная идеализация: «Вещатель счастливых новостей», идеальное Я, должное Я) проявляется в небольшом количестве фотографий в основном у экспериментальной группы (7 %).

Выводы: 1. Для депрессивных пациентов характерны высокий показатель перфекционизма и отказ от использования социальных сетей, в случае разрушения перфекционистического образа себя; чаще, чем у здоровых, наблюдается заниженная самооценка по шкалам внешность, уверенность в себе, счастье и привлекательность; низкий уровень развития социального интеллекта в отличие от контрольной группы; в качестве преобладающих тактик самопрезентации выступают извинение, желание понравится и отречение.

2. Для пациентов с депрессивным расстройством характерно малое количество времени, затрачиваемого на мониторинг «Instagram» и меньшая широта интересов; свойственна публикация фото с целью передачи некоего смысла конкретной аудитории, в отличие от контрольной группы, где предпочтительно точное отображение себя. В качестве причины использования социальных сетей выступает предпочтение онлайн общения, которое не носит проблемного характера (для контрольной группы ведущим мотивом выступает эмоциональная регуляция).

Литература

1. Емелин В.А., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Технологии и идентичность: трансформация процессов идентификации под влиянием технологического прогресса // Современные исследования социальных проблем. – 2012, № 9 (17).
2. Vasalou A., Joinson A., Banziger T., Pitt J. Avatars in social media: balancing accuracy, playfulness and embodied messages // International Journal of Human-Computer Studies, 2008, № 66 (11).

Методологические проблемы психологического вмешательства при слуховых галлюцинациях в свете идей Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн

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

*Алтайский государственный
университет (ФГБОУ ВО АлтГУ), Барнаул, Россия
olgasagalakova@mail.ru
olga.zhirnova.2015@mail.ru
truevtsev@gmail.com*

Ключевые слова: слуховые галлюцинации, «голоса», патопсихология, тревога, культурно-деятельностный подход

Methodological problems of psychological intervention in auditory hallucinations in the light of the ideas of B.V. Zeigarnik and S. Ya. Rubinstein

*Olga A. Sagalakova,
Olga V. Zhirnova, Dmitry V. Truevtsev
Altai State University, Barnaul, Russia*

Keywords: auditory hallucinations, «voices», pathopsychology, anxiety, cultural-activity approach.

Тема патогенеза сложных психопатологических явлений, в частности галлюцинаций, – актуальная проблемная область в патопсихологии [2; 3]. В настоящий момент вследствие сохраняющей свои позиции в психиатрии своеобразной концептуализации слуховых галлюцинаций (СГ), или «голосов», сформировано своего рода «табу» для современных патопсихологических экспериментальных изысканий в данной области и разработки обоснованных стратегий психологического вмешательства при СГ [4].

Традиционная психиатрическая позиция (Ж.-Э. Эскироль, К. Ясперс и др.) к пониманию СГ прослеживается в DSM-5 и МКБ-11 – галлюцинации определяются как переживания, подобные восприятию «без внешнего стимула», «без объекта», продукт «больного мозга». Следовательно, и психиатрическое вмешательство при СГ нацелено на редукцию «позитивного симптома», не имеющего «понятной связи» с текущей ситуацией и деятельностью человека. Высокая толерантность «голосов» к фармако-

терапии, данные психологических исследований СГ диктуют важность рассмотрения проблемы обманов чувств под другим углом.

Для преодоления укоренившихся тенденций, ограничивающих возможности изучения механизмов патологического процесса и управления им, важен выбор целесообразных методологии и метода исследования. В трудах Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн эксперимент осмысливается как основной метод патопсихологии, способный выявить закономерности распада психической деятельности при условии их единства в норме и при патологии, а также возможности ее восстановления [1; 3]. В отечественной патопсихологии, сформулированной в рамках культурно-деятельностного подхода, изучаются не отдельные психические функции, а человек, решающий практическую деятельность [1]. А.Б. Холмогорова в контексте сравнения и интеграции подхода Л.С. Выготского, патопсихологии и положений когнитивно-поведенческой терапии подчеркивает важность классических идей Б.В. Зейгарник для современной психотерапии [5]. Патопсихологическое экспериментальное исследование выступает многообещающим методом изучения СГ.

В трудах Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн обсуждается проблема подмены предмета патопсихологии, что приводит к нечеткости методологических приемов и нарушению логики эксперимента [1; 3]. Часто, руководствуясь личным впечатлением об отсутствии звуков в помещении, врач, наблюдая и беседуя с пациентом, может заключить, что больной воспринимает то, «чего нет». В патопсихологии ставится под сомнение идея разграничения галлюцинаций и иллюзий по принципу отсутствия / наличия объекта восприятия, которая препятствует научной операционализации галлюцинаций – «продуцирование образов из мозга наружу?». С.Я. Рубинштейн проведена серия экспериментов, направленных на поиск особенностей патогенеза СГ. Получены уникальные результаты, которые, к сожалению, остались без должного внимания со стороны широкого круга специалистов [2]. Так, раздражители как внешней, так и внутренней среды через опосредованную цепь ассоциаций способны актуализировать галлюцинаторное явление – внешне кажущийся внезапным галлюцинаторный образ связан с реальными раздражителями [3].

В экспериментах С.Я. Рубинштейн обнаружен феномен, ассоциированный с интенсификацией СГ, – ситуация напряженного тревожного прислушивания [3]. В современных работах подчеркивается дезорганизующая роль тревоги, стресса оценивания, дисфункциональных когнитивных и метакогнитивных убеждений при «голосах». В контексте интеграции подходов при психологической работе со СГ особую роль играют задачи работы с мотивационной системой личности, метакогнитивным стилем, убеждениями о «голосах», ассертивностью командам «голоса», регуляцией социальной тревоги, способствующей интенсификации и враждебности СГ, редукцией дистресса [4].

Отход от механизмов «голосов», доминирование классической психиатрической позиции к пониманию СГ приводит к редукционизму и при психологическом вмешательстве. Условно современные методы психотерапии при СГ можно разделить на две группы: методы «третьей волны» КБТ (Mindfulness, Acceptance, Compassion, Cognitive therapy for command hallucinations), ориентированные на внимание и процессуальность психических процессов, и методы объективирования «голоса» для выработки ассертивных навыков с объектом замещения (Relating therapy, Avatar therapy). При разнообразии методов вмешательства при СГ ограничением на возможность свернуть патологический процесс выступает цель терапии – адаптация к командному «голосу» [4]; господствующие и по сей день отголоски архаичного понимания СГ сужают поле психологического изучения «голосов» и сокращают притязания вмешательства. Avatar therapy имеет пересечения с положениями патопсихологии, связанные с механизмом опосредствования психической деятельности; авторы Avatar therapy не провели методологического осмысления данного метода, однако его использование приводило к редукции «голоса» [4].

При работе со СГ важно учесть, что психика продолжает эволюционировать в измененных болезнью условиях, подчиняется единым в норме и патологии законам, опосредована по своему строению, формируется и осуществляется во взаимодействии с другими. Выявление сложной цепи опосредующих звеньев динамики СГ сопряжено с изменением цели психотерапии: от адаптации к дефекту – к сворачиванию патологического процесса, к пониманию восприятия как мотивированной деятельности активного субъекта [1]. Неслучайно деятельность тревожного прислушивания к вызывающим тревогу звукам может провоцировать СГ и в норме [3]. Идеи Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн позволяют переосмыслить имеющиеся методы вмешательства при СГ и разработать аутентичные приемы психологической работы при СГ.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1976. 240 с.
2. *Николаева В.В., С.Я. Рубинштейн:* о вкладе развития патопсихологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. Том 1. № 1. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49977.shtml> (дата обращения: 04.09.2020)
3. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальное исследование обманов слуха // Вопросы патопсихологии. М., 1970. С. 55–69.
4. *Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В.* Трансформация методологических представлений о «голосах» и вариантах вмешательства специалистов при слуховых галлюцинациях [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 34–61. DOI: 10.17759/cpse.2020090202
5. *Холмогорова А.Б.* Отечественная психология мышления и когнитивная терапия // Консультативная психология и психотерапия. 2001. Том 9. № 4. С. 154–164.

Уровень притязаний при невротических и личностных расстройствах

Сарайкин Д.М.

Национальный Медицинский Исследовательский

Центр Психиатрии и Неврологии им. В.М. Бехтерева,

Санкт-Петербург, Россия

saraikindm@yandex.ru

Ключевые слова: уровень притязаний, личностные расстройства, невротические расстройства

Level of claims in the case of neurotic and personality disorders

Saraykin D.

V.M. Bekhterev National medical research

center of psychiatry and neurology

Saint-Petersburg, Russia

Keywords: level of claims, personality disorders, neurotic disorders

Цель исследования: сравнить специфику уровня притязаний у больных с невротическими и личностными расстройствами.

Выборка: 80 больных, группа 1 – невротические расстройства (40 чел.), группа 2 – расстройства личности (40 чел), преобладающие жалобы – тревожно-депрессивного спектра.

База: НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева, отделение неврозов и психотерапии.

Методы: «Уровень притязаний», клинико-психологический метод (беседа, наблюдение).

Статистические методы: t-Стьюдента для признаков, имеющих нормальное распределение, U Манна-Уитни, угловой Z-критерий.

Результаты: в группе 1 статистически достоверно преобладает гармоничный (36 %) и ригидный свехосторожный профиль (28 %), в группе 2 – лабильный (53 %) профиль целеполагания. В группе 2 статистически больше атипичных шагов и шоковых реакций, выше амплитуда смежных выборов, больше число отказов от продолжения исследования в случае неудач. В группе 1 преобладает пониженная средняя высота притязаний, в группе 2 – нормальная средняя, но при этом она получена из сложения амбивалентных тенденций к крайне низкой и завышенной высоте.

После исследования больные с расстройствами личности достоверно чаще отмечали или чувство раздражения (25 % респондентов), или подчёркивали незначимость результата (20 %), в группе 1 таких спонтанных высказываний, касающихся процедуры исследования, не встречалось вообще.

Выводы: таким образом, у исследованных больных с расстройствами личности преобладает тактика избегания неудач, выбор сложности цели чаще является аффективно зависимым и амбивалентным, происходит отказ от преследования отсроченных целей в ситуации затруднения, наступает обесценивание. Больные же с невротическими расстройствами демонстрируют большую неуверенность, стремятся ставить перед собой реалистичные и прогнозируемо достижимые цели пониженной и средней сложности, в большей степени тестируют свои реальные ресурсы при постановке последующих задач.

Взаимосвязь личностных качеств и вариантов совладающего поведения у мужчин разного возраста*

Севастьянова У.Ю., Адеева Т.Н.

*Костромской государственной
университет, Россия, Кострома*

ulyanakostroma@mail.ru, adeeva.tanya@rambler.ru

Ключевые слова: ресурсы, совладающее поведение, юноши, зрелые мужчины

The relationship between personality traits and coping behavior options in men of different ages

Sevastyanova U. Yu., Adeeva T.N.

Kostroma State University, Russia, Kostroma

Keywords: resources, coping behavior, young men, mature men.

Введение. Проблема ресурсов в современной психологии, с одной стороны, является достаточно популярной, рассматривается с разных позиций в психологии личности, психологии развития, социальной, клинической психологии, психологии труда. С другой стороны, актуальными остаются вопросы изучения феноменологии ресурсов, факторов, детерминант становления системы ресурсов субъекта. Большое разнообразие подходов к феноменологии ресурсов позволяет, тем не менее, выделить значимые особенности явления. Опираясь на определение Н.Е. Водопьяновой, рассматриваем ресурсы в контексте адаптационных способностей личности, понимаем под психологическим ресурсом различные составляющие, «...эмоциональные, мотивационно-волевые, когнитивные и поведенческие конструкты...» [1, с. 290]. Традиционно разными исследователями подчеркивается, что ресурсы представляют собой средства, возможности, качества, необходимые для преодоления стрессовых ситуаций (С. Хобфолл; В.А. Бодров; К. Муздыбаев и др.). Важным параметром ресурсов является их взаимосвязь с совладающим поведением, с выбором определенной стратегии копинг-поведения в трудной жизненной ситуации. Исследования копинг-поведения позволяют рассмотреть внешние (социальные, материальные) ресурсы и внутренние, под которыми понимаются личностные свойства и качества.

* Исследование выполнено при поддержке РФФИ, проект № 20-013-00435А «Ментальные ресурсы субъекта при типичном и атипичном развитии: феноменология, динамика, факторы и механизмы формирования в онтогенезе».

Разрабатывая понятие личностного потенциала как интегральной целостной характеристики личности, Д.А. Леонтьев говорит о необходимости включения в его структуру метаресурсы, позволяющие личности эффективно функционировать в разнообразных жизненных ситуациях. В контексте нашей работы наиболее важны две группы ресурсов, выделяемые ученым. Во-первых, «ресурсы устойчивости» (сюда относятся ценностно-смысловые конструкты). Во-вторых, «ресурсы саморегуляции», среди которых автор называет такие свойства личности как «локус контроля, самоэффективность, толерантность к неопределенности, склонность к риску, полнезависимость» [4, с. 146,149].

В исследовании Т.Л. Крюковой показана приоритетность выбора определенных копинг-стратегий в зависимости от показателей тревожности, интернальности локус-контроля, выявлены взаимосвязи между социальным интеллектом, самоэффективностью личности и вариантом совладающего поведения [3, с. 146,149]. Определяя необходимые для эффективного взаимодействия с внешней средой в ситуации адаптации ресурсы, Н.Ю. Литвинова называет такие способности и качества личности как «целесопадание, рефлексия и креативность» [5, с.12]. Наконец, в исследовании Л.И. Дементий указывается на отсутствие прямолинейной связи между рядом личностных качеств и вариантом реакции в трудной жизненной ситуации. [2]. Нужно отметить, что, несмотря на наличие определенного количества работ в данной области, очень небольшое количество исследований посвящено людям на этапе зрелого возраста.

Целью данного исследования является определение взаимосвязи личностных качеств и стратегий совладающего поведения у мужчин разного возраста.

Выборку исследования составили 2 группы мужчин, 120 человек: юноши – 60 человек (18,5 лет), зрелые мужчины – 60 человек (42,5 лет).

Методы исследования: для изучения индивидуальных характеристик (свойств) личности мы использовали «Многофакторную личностную методику Р. Кеттелла». Методика «Опросник способов совладания» (Р. Лазарус, С. Фолкман, 1988; адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляева, 2004) был использован с целью изучения ситуативно – специфических стратегий совладающего поведения в трудных ситуациях.

Результаты исследования. У юношей наиболее выражена стратегия положительной переоценки трудной жизненной ситуации. В то время как зрелые мужчины чаще всего используют стратегию планирования решения проблемы. Это свидетельствует об опыте мужчин, ответственности за совершаемые поступки, что указывает на зрелость личности мужчины.

С целью определения связи личностных качеств и вариантов совладающего поведения у мужчин разного возраста нами был осуществлен корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции Спирмена.

У молодых мужчин параметр личностных характеристик Q3 (самооценка) коррелирует со стратегией совладания дистан-

цирования ($r=0,36$, $p=0,005$), а также отрицательно связан с конфронтативным стилем и избеганием ($r=-0,41$, $p=0,001$; $r=-0,32$, $p=0,01$).

Анализируя связи содержательно, можно утверждать, что у юношей высокая самооценка приводит к меньшему использованию избегания и конфронтации трудных жизненных ситуаций.

Также у юношей личностная характеристика Н (робость – смелость) связана с самоконтролем ($r=0,28$, $p=0,02$), а также отрицательно коррелирует с социальной поддержкой и ответственностью ($r=-0,28$, $p=0,03$; $r=-,41$, $p=0,001$). Смелость молодых людей подталкивает к возможности взятия ситуации в свои руки и меньшему обращению к близким людям за помощью. Но в свою очередь снижает ответственность в решении проблемы.

Фактор F (сдержанность – экспрессивность) положительно коррелирует со стратегией положительная переоценка ($r=0,3$, $p=0,02$). Сочетание факторов Н и F отражает склонность к рискованному поведению, что характерно для данного возраста.

У зрелых мужчин выявлены корреляционные связи Фактора А (общительность человека в группе) с конфронтативным стилем и положительной переоценкой ситуации ($r=0,28$, $p=0,03$; $r=0,28$, $p=0,02$). Также были выявлены следующие связи: показатель Н (робость – смелость) связан с конфронтативным стилем и социальной поддержкой ($r=0,26$, $p=0,04$; $r=0,33$, $p=0,01$). Сочетание факторов А и Н отражает потребность личности в общении, умении общаться. Общительные и смелые мужчины не боятся прибегнуть к помощи близкого человека, а также отстаивать свое мнение при решении проблем.

Делая вывод, можно отметить, что общительность, смелость, ответственность, контроль являются факторами реализации эффективного варианта совладающего поведения.

Литература

1. *Водопьянова Н.Е.* Психодиагностика стресса. СПб.: Питер, 2009. 336 с.
2. *Дементий Л.И.* Жизнестойкость, локус контроля и волевой субъективный контроль как копинг-ресурсы личности / Л.И. Дементий // Психология стресса и совладающего поведения : материалы III Международ. науч.-практ. конф. Кострома, 26–28 сент. 2013 г.: в 2 т. / отв. ред.: Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. Кострома : КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. Т. I. С. 241–243.
3. *Крюкова Т.Л.* Психология совладания в разные периоды жизни/ Кострома: Изд-во Костромского государственного университета, 2010. – 380 с.
4. *Леонтьев Д.А.* Психологические ресурсы преодоления стрессовых ситуаций: к уточнению базовых понятий / Д.А. Леонтьев // Психология стресса и совладающего поведения: материалы II-ой Международ. науч.-практ. конф. / отв. ред. Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, С.А. Хазова. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. С.40–42.
5. *Литвинова Н.Ю.* Психологические ресурсы совладающего поведения в жизнедеятельности человека : монография / Н.Ю. Литвинова; Владим. гос. ун-т им. А. Г. и Н.Г. Столетовых. Владимир : Изд-во ВлГУ, 2015. 88 с.

Общие вопросы психологической помощи семьям, воспитывающим детей с психическим недоразвитием

Сорокин В.М.

*Санкт-Петербургский
Государственный университет, Россия
vombat000@mail.ru*

Колосова Т.А.

*Санкт-Петербургский
Государственный университет, Россия
mama_t@mail.ru*

Кац Е.Э.

*ГБОУ школа № 755 «Региональный
Центр аутизма», Санкт-Петербург, Россия
katjakats@yandex.ru*

Ключевые слова: нарушения в развитии, особый ребенок, психологическая помощь

General issues of psychological assistance to families raising children with mental underdevelopment

Sorokin V.M.

Saint Petersburg State University, Russia

Kolosova T.A.

Saint Petersburg State University, Russia

Kats E.E.

*State budgetary educational institution school No. 755
“Regional Autism Center”. Saint-Peterburg. Russia*

Keywords: developmental disorders, special child, psychological assistance

Рождение ребенка с отклонениями в развитии создает драматичную для семьи ситуацию. Нестандартный ребенок является источником сложных переживаний для родителей. Такого рода семьи нуждаются во всесторонней психологической, педагогической и медицинской помощи. При этом, помощь ориентируется не только на характер нарушений у ребенка, но и на специфику реакций родителей [1]. Трудности в воспитании детей с нетипичным развитием определяются не только

особенностями родителей, в частности недостатками знаний и умений, но и ошибками допускаемыми специалистами, работающими в данный момент с семьей. В особенности это касается ситуации сообщения первоначального диагноза ребенка. Нередко это делается некорректно, без должной психологической подготовки, что зачастую может приводить к снижению способности родителей адекватно воспринимать информацию. Стремление дать как можно более полную картину заболевания ребенка способно напугать родителей.

Информация о нарушениях у ребенка должна быть правдивой, но дозированной. Родители должны получать время, для осмысления полученной информации.

В ситуации семейного сопровождения, по понятным причинам, следует уделять особое внимание состоянию матери, ибо кроме эмоционального шока доминирующим переживанием в большинстве случаев является чувство несправедливости. Широкие индивидуальные различия в подобной ситуации явление обычное. У определенной части матерей чувство несправедливости и жертвенности отсутствует. Этот тип матерей весьма продуктивно минует кризис рождения нетипичного ребенка.

Другой психологической проблемой воспитания ребенка с отклонениями в развитии является неадекватный уровень требований к нему, что затрудняет процесс его психического развития и в основном характерен для родителей с низким уровнем самооценки. Различия в понимании стратегий воспитания ребенка с отклонениями в развитии не редко приводят к распаду семьи. Дополнительным условием, способствующим разрушению семей, являются недостаточно прочные эмоциональные связи между супругами.

Важной особенностью психологического сопровождения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии, является формирование родительских установок на длительные и интенсивные педагогические воздействия, которые способны принести развивающий эффект наряду с процессом лечения.

Нелишне вспомнить основные характеристики родительских установок, описанных А.С. Спиваковской – адекватность, динамичность и прогностичность. Все эти характеристики безусловно тесно связаны при доминирующей роли первой, по мнению автора. То насколько знакомы родители с особенностями развития ребенка будет зависть гибкость их педагогических стратегий и предвидение грядущих изменений. Атипичный характер психического развития больного ребенка серьезно осложняет формирование адекватной картины в сознании родителей, ибо кроме возрастных и индивидуальных особенностей генеза психики в нее вплетаются еще и патогенные (аномальные). Последние чаще всего в восприятии родителей заслоняют возрастные характеристики ребенка.

При таком видении ребенка основным педагогическим подходом к нему остается охранительный режим и лечение. В подобной ситуации будущее ребенка представляется как инвариантное и простирается во времени до конца жизни родителей. Крайне редко, но мы сталкиваемся с родительскими установками на будущее, состоящими в том, что со временем все как-то образуется. Неадекватно позитивный прогноз так же не предполагает особой воспитательной активности родителей. Это говорит о важности формирования у родителей правильных представлений об общих и специфических закономерностях развития ребенка во временном контексте.

Непонимание поведения собственного ребенка часто провоцирует по отношению к нему родительскую агрессивность, а еще чаще состояние отвержения. Последнее может проявляться исключительно в заботе о физических нуждах ребенка. Дефицит эмоционального общения способствует дополнительному отставанию в развитии ребенка. Все сказанное означает, что недостатки воспитания ребенка во многом базируются на неточных, а порой неадекватных представлениях о его развитии и эти представления опосредованы личностными свойствами отца и матери.

Для многих семей характерны сильные эмоциональные связи между родителями и вдумчивое отношение к особенностям своего ребенка. А также позитивным, многовариантным и адекватным представлением о будущем ребенка. Безусловность любви к ребенку формирует в семье чувства уверенности и оптимизма, взаимной поддержки и помощи. В свойствах характера этих родителей отмечаются оптимизм, уверенность, открытость к людям. Проблемные ситуации расцениваются как атрибут человеческой жизни. Доминирует интернальный locus-контроль. Такого рода семьи принимают психологическую помощь как форму взаимодействия.

Не мало, по сути, и семей, характеризующихся отстраненным отношением к ребенку, который представляется родителям как беспроблемный. Родительская тревога, как правило, низкая. Отношения между супругами характеризуются взаимной рациональностью. Большой ребенок воспринимается как угроза собственного благополучия. Его будущее в сознании родителей по сути лишено содержания. Содержание коррекционной работы с подобными семьями может носить разнонаправленный характер, касающийся изменения отношения к ребенку и способов взаимодействия с ним. Так, актуальна работа с характером отношений между родителями и коррекция негативных черт личности, что способствует изменению отношений к ребенку.

Литература

1. *Мастюкова Е.М. Московкина А.Г.* Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. М., 2003.

Социодемографические и интерперсональные факторы хронического суицидального поведения

Суботич М.И.

ГБУЗ «НИИ СП им. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

chernaya_masha@mail.ru

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, ГБУЗ г. Москвы

«НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

Kholmogorova-2007@yandex.ru

Ключевые слова: суицидальное поведение, повторный суицид, пограничное расстройство личности

Sociodemographic and interpersonal factors of chronic suicidal behavior

M.I Subotich.

*Sklifosovsky research institute
of emergency, Moscow, Russia*

A.B. Kholmogorova

*Moscow State University of Psychology & Education,
Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,
Moscow, Russian Federation*

Keywords: suicidal behavior, repeated suicide, borderline personality disorder

Повторные суицидальные попытки и хроническое суицидальное поведение в настоящее время является актуальной проблемой. Суицидальная попытка в прошлом – фактор риска завершеного самоубийства. Известно, что повторные суицидальные попытки часто совершают лица, имеющие аутоагрессивные действия в анамнезе. Множество зарубежных исследований указывает на повышение риска совершения повторной суицидальной попытки в течение недели после выписки пациентов из скорпомощного стационара, проходивших лечение в психиатрическом отделении [L. Azcárate-Jiménez, J.J. López-Goñi, 2019]. Еще одной проблемой является «молодой» и «трудоспособный» возраст пациентов с хроническим суицидальным поведением, самоубийство занимает третью по значимости причину смерти у подростков. Повторные аутоагрессивные действия так же более характерны для жен-

щин, чем для мужчин. Женщины чаще предпринимают незаконченные суицидальные попытки, суицидальное поведение мужчин чаще приводит к завершённым самоубийствам [Cauffman E. 2004]. Наличие психического расстройства является фактором риска повторных суицидальных попыток [McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, 2008]. Таким образом, рассмотрение хронического суицидального поведения комплексно и определение различных биопсихосоциальных факторов риска повторных суицидальных попыток необходимо для профилактики и предотвращения хронического суицидального поведения [Joshi K, Billick SB. 2017]. Целью нашего исследования является анализ социодемографических и интерперсональных факторов влияющих на формирование хронического суицидального поведения.

Методы исследования:

- Интервью пациентов (содержащее в себе вопросы, направленные на выявление пола, возраста, социального, семейного статуса и причин суицидальных попыток у пациентов)
- Шкала депрессии (А.Beck, 1961; адаптация Н.В. Тарабриной, 2001); состоит из 21 пункта и направлена на оценку выраженности симптомов депрессии
- Шкала тревоги (А.Beck, 1961; адаптация Н.В. Тарабриной, 2001), состоит из 21 пункта и направлена на оценку выраженности симптомов тревоги

Результаты исследования:

В исследовании приняли участие 30 пациентов, совершивших повторную или неоднократную попытки суицида и находящихся на лечении в Соматопсихиатрическом отделении НИИ СП им. Н.В. Склифосовского. Подавляющее большинство обследованных – женщины (66 %), мужчины составляли 33 % от общего числа пациентов в выборке. Практически все пациенты находились в активном трудоспособном возрасте от 15 до 45 лет (90 % от общей выборки), почти половина пациентов из данной выборки были не трудоустроены (44 %). Подавляющее число пациентов не состояли в браке (70 % от общей выборки). Данные показатели свидетельствуют о проблемах социально-психологического характера, трудностях в поддержании близких и доверительных отношений.

Распределение в зависимости от психопатологической симптоматики показало, что половина пациентов имели диагнозы из класса аффективных расстройств – 15 человек (50 %), а другая – из класса расстройств личности (прежде всего пограничный и импульсивный тип) – 15 человек (50 %), при которых отмечается дефицит адаптивных способов совладания со стрессом и тяжелыми жизненными ситуациями.

Достаточно высокими являются показатели употребления алкоголя в момент самоповреждения и госпитализации – 80 % поступивших находились в алкогольном опьянении.

При оценке причин совершения неоднократных суицидальных попыток на основании анализа клинической беседы (интервьюирования) с пациентами было выделено 4 группы: 1. Конфликт со значимым близким (конфликты с супругом, партнером, родителем или другом) (70 %); 2. Сниженный фон настроения (трудности в определении конкретной причины) (23 %); 3. Смерть близкого (3 %); 4. Чувство одиночества (3 %); Данные показатели свидетельствуют о трудностях в построении близких отношений, искаженном социальном познании (трудностями в распознавании чувств, мыслей и намерений других людей характерных для лиц с ПРЛ), склонности к импульсивному прерыванию контактов, ожиданию негативного отношения со стороны партнера, непереносимости одиночества, страхе потерять значимых близких и представления себя, как беспомощного и без возможности справиться с трудностями в одиночку [Холмогорова А.Б., Суботич М.И. 2020]. Наличие сниженного фона настроения у данной группы пациентов и трудностей в определении конкретной причины (высказывания по типу «все плохо», «все навалилось») говорит о глобализированном стиле мышления, свойственном пациентам с депрессиями и, как следствие, высоком суицидальном риске. По шкале депрессии Бека у половины пациентов было выявлено отсутствие депрессивной симптоматики, а у второй половины выявлена депрессия различной степени тяжести (легкая – 20 %, умеренная-20 %, тяжелая-10 %). Это может свидетельствовать о низком уровне осознанности и склонности к импульсивности у лиц с расстройствами личности. Схожие результаты мы видим из данных по шкале тревоги Бека, так же у почти половины пациентов было отмечено отсутствие тревожной симптоматики (43 %), у второй половины (57 %) было выявлено наличие тревожных симптомов (7 % – легкая тревога, 25 %-тревога средней интенсивности, 25 % -высокая тревога)

Выводы:

Социодемографические факторы: в глобальном масштабе хронические суицидальные попытки более распространены среди женщин (66 %), суицидальное поведение мужчин чаще приводит к завершенным самоубийствам. В большинстве случаев данные пациенты находятся в трудоспособном возрасте (15–45 лет), зачастую не трудоустроены и не состоят в браке.

Интерперсональные факторы:

Импульсивность, низкий уровень осознанности, глобализированное мышление, трудности в построении доверительных отношений (страх быть брошенным, склонность к импульсивному прерыванию контактов, и непереносимость чувства одиночества) являются важными интерперсональными факторами хронического суицидального поведения.

Таким образом, можно сделать вывод о необходимости комплексного подхода к работе с пациентами с хроническим суицидальным пове-

дением. Особое внимание необходимо уделять лицам молодого возраста, чаще женщинам, нетрудоустроенным, с трудностями в поддержании близких отношений с одной стороны и зависимости – с другой, с отсутствием навыков совладания со стрессом, сниженном фоне настроения и наличием тревожной симптоматики.

Литература

1. *Холмогорова А.Б., Суботич М.И., Корх М.П., Рахманина А.А., Быкова М.С.* Деадаптивные 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.
2. *Azcárate-Jiménez L., López-Goñi J.J.* Suicidal behaviour recurrence in psychiatric emergency departments of patients without a prior suicide attempt, index and reattempters: A prospective study. *Rev PsiquiatrSaludMent*, 2018.
3. *Cauffman E.* A statewide screening of mental health symptoms among juvenile offenders in detention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 43:430–439, 2004.
4. *Joshi K, Billick SB.* Biopsychosocial Causes of Suicide and Suicide Prevention Outcome Studies in Juvenile Detention Facilities: A Review. *Psychiatr Q.* 2017 Mar
5. *McIntyre RS, Muzina DJ, Kemp DE, Blank D, Woldeyohannes HO, Lofchy J, Soczynska JK, Banik S, Konarski JZ.* Bipolar disorder and suicide: research synthesis and clinical translation. *Curr Psychiatry Rep.* 2008;10:66–72. doi: 10.1007/s11920-008-0012-7. – DOI – PubMed

Диагностика риска аффективных расстройств у лиц старшего возраста с сердечно-сосудистой патологией

Сыроквашина А.Д., Пуговкина О.Д.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

asyrokvashina@gmail.com, pugivkinaod@mgppu.ru

Ключевые слова: депрессивные расстройства, руминации, беспокойство, сердечно-сосудистые расстройства

Risk of affective disorders in older people with cardiovascular diseases

Syrovkashina A.D., Pugovkina O.D.

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: depressive disorders, rumination, anxiety, cardiovascular disease

Введение. Среди лиц, госпитализированных с сердечно-сосудистой патологией, высок риск возникновения тревожных и депрессивных расстройств как во время госпитализации, так и после выписки [Довженко, 2008]. Тревожные и депрессивные расстройства, в свою очередь, сами могут усугублять течение соматического заболевания. В связи с этим важной задачей становится своевременная диагностика риска аффективных расстройств у лиц с сердечно-сосудистой патологией.

Среди возможных механизмов возникновения и хронификации аффективных расстройств широко исследуются когнитивные факторы, и в частности, персеверативное мышление – руминации и беспокойство. Есть сведения и о прямой связи персевераций и усугубления сердечно-сосудистой патологии: персеверативное мышление провоцирует продолжительную активацию стресс-системы организма, что повышает риск гипертензии [Birk et al, 2019]. Все это делает беспокойство и руминации надежными индикаторами риска усугубления аффективного и соматического состояния, и следовательно, потребности в психологических вмешательствах у пациентов в условиях соматического стационара.

Целью данного эмпирического исследования стала проверка валидности использования опросников руминативного мышления и беспокойства на пилотажной выборке пациентов старшего возраста с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Материал и методы. Основная группа испытуемых: Пациенты кардиологического отделения НИИ скорой помощи им. Н.В. Склифосовского с сердечно-сосудистыми заболеваниями, $n = 9$, 51–84 лет.

Контрольная группа: практически здоровые взрослые жители Москвы и Московской области без установленной психической патологии и выраженных черт социальной дезадаптации, $n = 231$, 18–63 лет.

Использованные методики: Шкала оценки выраженности психопатологических симптомов (SCL-90-R) (Derogatis, Rickels, Rock, 1976; адаптация Довженко, Юдеевой, Петровой, 2003); Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale)) (Zigmond, Snaith, 1983, адаптация Дробижева, 2003); Шкала руминативного мышления (RRS (Ruminative Responses Scale)) (Treynor, Gonzalez, Nolen-Hoeksema, 2003; перевод А.Б. Холмогоровой, адаптировался в настоящем исследовании); Пенсильванский опросник беспокойства (The Penn State Worry Questionnaire (pSWQ)) (Meyer et al, 1990; адаптация Алишев, Габулакова, 2013).

Результаты. Результаты исследования показали, что средние баллы по всем шкалам у экспериментальной группы были ниже, чем у контрольной, причем значимо ниже были показатели руминаций, тревоги (HADS) и депрессии (SCL-90). Несмотря на это, показатели руминаций в экспериментальной группе имели значимую корреляцию с тревогой ($r=0.79$, $p>0.05$) и депрессией ($r=0.84$, $p>0.01$), а показатели беспокойства – с депрессией ($r=0.74$, $p>0.05$).

Выводы. Полученные данные могут объясняться как малой выборкой и/или особенностями опроса, так и возрастом испытуемых (показано, в частности, что показатель руминаций по самоотчету снижается у лиц старшего возраста [Sütterlin et al, 2011]), а также алекситимией, нередко свойственной больным с сердечно-сосудистой патологией. Эти гипотезы требуют экспериментальной проверки; подтверждение связи сниженных показателей с возрастом и типом заболевания будет указывать на необходимость корректировки балльной структуры опросников персеверативного мышления применительно к соответствующим группам.

Литература

1. Довженко Т.В. Расстройства депрессивного спектра с кардиалгическим синдромом у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями (клиника, диагностика, терапия) дис. ... доктора медицинских наук – Москва, 2008. – 327 с.
2. Birk J.L., Cornelius T., Edmondson D., Schwartz J.E. Duration of Perseverative Thinking as Related to Perceived Stress and Blood Pressure: An Ambulatory Monitoring Study // *Psychosom Med.* 2019; 81(7): 603–611.
3. Gerin W., Zawadzki M.J., Brosschot J.F., Thayer J.F., Christenfeld N.J. S., Campbell T.S., Smyth J.M. Rumination as a Mediator of Chronic Stress Effects on Hypertension: A Causal Model // *International Journal of Hypertension*, vol. 2012, Article ID 453465, 9 pages, 2012.
4. Sütterlin, S., Paap, M. C., Babic, S., Kübler, A., & Vögele, C. Rumination and age: some things get better. // *Journal of aging research*, 2012, 267327.

Обратная сторона сознательного планирования: прайминг самоопределяющих проекций будущего

Тучина О.Д.

*Московский научно-практический
центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия
shtuchina@gmail.com*

Д'Аргембо А.

Университет Льежа, Льеж, Бельгия

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Россия

Шустов Д.И.

*Рязанский Государственный Медицинский
Университет им. ак. И.П. Павлова, Россия*

Агибалова Т.В.

*Московский научно-практический
центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия*

Ключевые слова: проспективное мышление; прайминг; самоопределяющие проекции будущего

The Other Side of Explicit Prospection: Priming of Self-Defining Future Projections

Tuchina O.D.

*Moscow Research Centre for Addictions
of the Moscow Department of Healthcare*

D'Argembeau A.

University of Liege

Kholmogorova A.B.

Moscow State University of Psychology and Education

Shustov D.I.

I.P. Pavlov's Ryazan State Medical University, Russia

Agibalova T.V.

*Moscow Research Centre for Addictions
of the Moscow Department of Healthcare, Russia*

Keywords: future thinking; priming; self-defining future projections

Удивительная человеческая способность вспоминать свой прошлый опыт (автобиографическая память) и проецировать опыт в будущее (проспективное мышление) [2] позволяет человеку поддерживать чувство

идентичности на протяжении всей своей жизни. Хотя многие образы будущего возникают почти столь же часто, что и воспоминания, некоторые из них, возможно, имеют большее значение для достижения личных целей и устремлений и глубже связаны с концептуальным «Я». Они обозначаются как «самоопределяющие проекции будущего» (СПБ) – осознаваемые «психические образы возможных и высокозначимых событий будущего, которые предоставляют ключевую информацию для понимания своего "Я"» [1, С. 111].

К настоящему моменту сложился определенный консенсус о механизмах проспективного мышления, центральную партию в котором играют семантическая и эпизодическая системы декларативной памяти. В значительной мере непроясненной к настоящему моменту остается роль имплицитной (бессознательной, автоматической) системы в реализации проспективного мышления. Предполагается, что имплицитная память может влиять на последующее произвольное моделирование образов за счет механизма прайминга (фиксирования установки) [3]. Связанные исследования, в основном, касались краткосрочного сознательного планирования, не обладавшего высокой личностной значимостью для участников. Учитывая важность проспективного мышления для идентичности, обеспечения будущей деятельности и нормального психического функционирования, актуально изучение эффекта прайминга на среднесрочные и долгосрочные высокозначимые образы будущего. Таким образом, в основу данного пилотного исследования легли вопросы, способен ли прайминг повлиять на характеристики относительно устойчивых, значимых для идентичности образов будущего – СПБ – и можно ли использовать выбранную методологию для проведения планируемого кросскультурного исследования.

Общая гипотеза пилотного исследования. Имплицитная активация концепций индивидуализма/коллективизма изменяет содержательные (тематика, частота «Я-» и «мы-» лексики) и психологические (удовлетворенность психологических потребностей) характеристики СПБ.

Цель пилотного исследования – оценить эффект прайминга культурных идентичностей на содержательные и психологические характеристики СПБ в выборке русскоговорящих взрослых без выраженной психической патологии.

Методология исследования. Данное поперечное онлайн исследование проводилось в декабре 2019 – марте 2020 гг. как пилотное исследование прайминга СПБ в рамках планируемого кросскультурного исследования. Два варианта онлайн-опросника были случайным образом разосланы 2500 обучающимся и преподавателям высших образовательных учреждений Российской Федерации в возрасте от 18 до 69 лет. На рассылку ответили 199 респондентов; 8 человек были исключены из исследования, поскольку не смогли выполнить централь-

ное задание, и в исследование вошли 191 человек, средний возраст – 36,9 лет ($SD=10,4$). Первый вариант опросника включал прайминг концепции индивидуализма: Группа 1; 108 человек; 12 мужчин и 95 женщин; 1 небинарный участник, возраст– 37,6 ($SD=1,04$). Вторым вариантом включал прайминг коллективизма: Группа 2; 83 человека, 19 мужчин и 64 женщины, средний возраст – 36 ($SD=1,13$) лет. Все участники заполнили онлайн форму информированного согласия.

Процедура. Задаче формирования СПБ предшествовала процедура прайминга. Респонденты получали инструкцию подумать о своих отличиях от (Группа 1) или сходных чертах (Группа 2) со своими родными и друзьями, и затем выбрать эти аспекты из списка (внешность; способности; деятельность и т.д.). Далее участники записывали СПБ и оценивали степень удовлетворенности базовых психологических потребностей (компетентность; автономия; взаимосвязанность) по 7-балльной шкале. Тематическое содержание, интеграция смысла и специфичность СПБ оценивались экспертом в соответствии с валидизированными процедурами кодировки [1]. Анализ оценки 50 % текстов вторым экспертом показал достаточную степень согласованности мнений (каппа Козна более 0,6, $p<0,05$).

Результаты. Значимых различий между группами по возрасту, уровню образования и семейному статусу обнаружено не было ($p<0,05$). Влияние различий в гендерном распределении ($\chi^2=4,7$; $p=0,03$) на параметры СПБ в нашем исследовании было незначительным.

Для проверки сформированности уровней коллективизма и индивидуализма в результате прайминговой процедуры использовался тест INDCOL [4]. В Группе 2 наблюдалось значимое увеличение одного из частных параметров коллективизма ($p=0,048$) и тенденция к росту общего балла коллективизма ($p=0,059$). В соответствии с ожиданиями выявлена тенденция к росту частоты «Я-лексики» (местоимений в 1-м лице единственного числа) в Группе 1 ($p=0,08$), хотя частота «Мы-лексики» не различалась.

Что касается тематического содержания СПБ, в Группе 2 чаще моделировались события на тему «Взаимоотношения» (21,7 % против 10,2 % в Группе 1, $p=0,046$) и реже – эгоцентричные нарративы (45,6 % и 65,7 %, в Группе 2 и 1, соответственно, $p=0,006$).

Анализ взаимосвязей с использованием линейной и биномиальной регрессии выявил некоторое влияние показателей индивидуализма/коллективизма на содержание СПБ. Мы обнаружили возможное влияние параметров коллективизма на специфичность ($p=0,009$); интеграцию смысла ($p=0,04$); частоту Я-лексики ($p=0,028$). То есть, прайминг коллективизма был ассоциирован с меньшей специфичностью нарративов, меньшей интеграцией смысла и более редким использованием Я-лексики. Наоборот, показатели индивидуализма были связаны с ростом встречаемости Я-лексики ($p=0,01$).

Выводы. Предложенная процедура прайминга оказывала небольшой, но статистически значимый эффект на некоторые характеристики относительно устойчивых и личностно-значимых психических образов будущего. Особенно выраженным данный эффект был в группе, где проводился прайминг коллективизма. Результаты частично подтверждают гипотезу о том, что прайминг культурных идентичностей может влиять на сознательное моделирование СПб, причем эффект касается не только тематического и формального содержания, но и специфичности и интеграции смысла моделируемых образов будущего. С практической точки зрения, эти данные могли бы стать отправной точкой в исследованиях имплицитного влияния психотерапевтических отношений и неотрефлексированного вклада в терапевта в эксплицитные формы проспективного мышления пациентов (в частности, формирование лечебных намерений и планирование поведения, связанного со здоровьем) в клинической популяции.

Литература

1. *D'Argembeau, A., Lardi, C., van der Linden, M.* Self-defining future projections: Exploring the identity function of thinking about the future. *Memory*. 2012. Vol. 20(2). P. 110–120.
2. *Schacter D.L., Benoit R.G., Szpunar K.K.* Episodic future thinking: mechanisms and functions. *Current Opinion in Behavioral Sciences*. 2017. Vol. 17. P. 41–50.
3. *Szpunar, K.K.* Evidence for an implicit influence of memory on future thinking. *Memory & Cognition*. 2010. Vol. 38. P. 531–540.
4. *Triandis H.C. et al* The measurement of ethic aspects of individualism and collectivism across cultures. *Australian Journal of Psychology*, 1986. Vol. 38. P. 257–267.

Патопсихология здоровых: к постановке проблемы

Узлов Н.Д.

*АНО «Национальный исследовательский институт дополнительного профессионального образования и профессионального обучения», Москва, Россия
knots51@mail.ru*

Семенова М.Н.

*ФГБОУ ВО «Пермский национальный исследовательский политехнический университет» Березниковский филиал,
Березники, Пермский край, Россия
semenova_rus@mail.ru*

Ключевые слова: патопсихология, здоровые люди, расстройство

Аннотация: приводится обоснование возможности выделения нового раздела патопсихологии, направленного на изучение непатологических нарушений психической деятельности у здоровых людей

Pathopsychology of healthy people: to the problem statement

Uzlov N.D.

National Research Institute of Additional Professional Education and Professional Training, Moscow, Russia

Semenova M.N.

Perm National Research Polytechnic University, Berezniki Branch, Russia

Keywords: pathopsychology, healthy people, disorder

Abstract: the article substantiates the possibility of selecting a new section of pathopsychology aimed at studying non-pathological disorders of mental activity in healthy people.

Современный уровень развития общества характеризуется активным внедрением новых технологий, в которых доля участия человека все больше уменьшается, но возрастает роль информационных систем и искусственного интеллекта. Наряду с явным прогрессом, призванным улучшить и облегчить жизнь человека, это порождает массу проблем

психологического свойства, имеющих отношение к состоянию психического здоровья и все большему размыванию границ между нормой и патологией. Этому во многом способствует культурно-релятивистский подход, который пустил свои корни в массовое сознание в эпоху постмодерна. Он постулирует, что здоровое – это то, что соответствует представлениям данной культуры о норме. Мощным сдвигом в сторону расширения границ «нормальности» стал отказ от четких формулировок, дефиниций, психиатрических диагнозов, что наглядно иллюстрируют существующие классификации болезней (МКБ-10, DSM-IV, DSM-5 и др.). Еще сильнее феноменологический подход зафиксировал себя в МКБ-11, которая вступает в силу в январе 2022 года. Так, расстройства личности будут рассматриваться в широком диапазоне по степени выраженности; вводится даже нулевой уровень, соответствующий акцентуированию тех или иных черт.

Вместе с тем, современные исследователи фиксируют личностные и когнитивные нарушения, свойственные не только лицам с психическими расстройствами, но и фактически здоровым людям. В качестве одного из новых конструктов можно привести представление о «повреждающей психической организации», которая характеризует человека общества постмодерна. Авторы этой идеи Ц.П.Короленко и Н.В.Дмитриева описывают уже предпсихопатические личностные расстройства за границей с акцентуациями характера [1]. Широкое распространение получили концепции «клипового мышления», «цифрового слабоумия» и «информационной псевдобезразличности», раскрывающие когнитивные расстройства у пользователей Интернета и различных гаджетов и др.

С.Б.Переслегин, описывая дефицитарность мышления людей в эпоху массовой компьютеризации, вводит термин «сублимированное мышление». Он пишет, что в настоящее время людей, к мышлению не способных, но симулирующих, изображающих его настолько велико, что их правильно было бы называть «немыслящим большинством». При этом он не указывает, что это какая-то патология, болезнь. Мыслительную деятельность имитируют компьютерные программы – генераторы текстов. Способом аргументации становятся не логика и последовательность причинно-следственных связей, а эмоции или мнения. Согласно автору, сублимированное мышление не способно на то, чтобы производить новую информацию или организовывать новую деятельность. Его функция сводится в обслуживании потребностей семантической среды. Носители такого мышления мыслят чужими словами и теориями, усредненными суждениями, стереотипными конструктами, шаблонами. Для него характерна псевдорефлексия – слова и понятия ничего не несут в себе, а используются для бесконечного самоповторения [2]. Ярким примером тому является копипаст.

Наши наблюдения, основанные на анализе текстов слушателей, обучающихся дистанционно клинической психологии и приверженных к использованию плагиата, выявили нарушения мышления, которые мы расцениваем как непатологические. По своему содержанию они напоминают расстройства, квалифицируемые в патопсихологии как соскальзывание и резонерство. В более широком контексте были обнаружены проблемы языковой грамотности (чтения и письма). Они проявляются в неспособности обучающихся улавливать главные мысли и смыслы прочитанного, неумении выделить главное и существенное, затруднениях в передаче сути прочитанного в письменной форме, нарушениях логической последовательности при движения мысли от общего к частному, дедукции, конкретизации, систематизации и др. [5]. Сходные нарушения были обнаружены экспериментально у студентов-очников технического вуза, испытывающих сложности в установлении логических связей (различия-сходства понятий) в семантических полях значений [3].

В медицинской и психологической литературе активно поднимается тема возможности психотерапии и даже психофармакотерапии здоровых лиц. В этом смысле показательной является статья С.Л.Соловьевой, которая обобщает и обосновывает эти подходы. Автором приводятся основные принципы психотерапии для здоровых: ориентиром воздействия, по ее мнению, является идентичность, а психологическое вмешательство осуществляется на уровне психического состояния клиента с ориентацией на его индивидуальную норму [4].

Клиническая патопсихология является областью, обслуживающей запросы, главным образом, большой и пограничной психиатрии. Однако, на наш взгляд, вне ее поля зрения пока еще остаются психические феномены и отклонения, имеющие отношение к здоровым людям, которые появились в XXI веке, и требующие квалификации и научного объяснения. Вероятно, решить эти вопросы может ее новое направление – патопсихология здоровых с разработкой соответствующей теории, методологии и инструментария, отвечающего поставленным задачам.

Литература

1. *Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В.* Номо Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире: Монография. Новосибирск: Изд. НГПУ, 2009. 248 с.
2. *Переслегин С., Переслегина Е., Желтов А., Луковников Н.* Сумма стратегии. СПб., 2013. 187 с.
3. *Семенов Р.А., Семенова М.Н., Дорофеев А.С.* Характеристики языковой грамотности и особенности функционирования мыслительных процессов у студентов технического вуза // Молодежная наука в развитии регионов: Матер. Всерос. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых (Березники, 29 апреля 2020). Пермь: Изд-во Перм. нац. исслед. политех. ун-та, 2020. С.370–373.

4. *Соловьева С.Л.* Основы психотерапии для «практически здоровых» // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2016. № 3(38) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 01.09.2020).
5. *Узлов Н.Д.* Непатологические феномены расстройств мышления в платяных текстах студентов и слушателей, обучающихся психологии, и методы их коррекции // Неврологический вестник. 2019. № 4. С.76–82.

Самосознание у больных, страдающих тревожным расстройством

Фанталова Е.Б.

*Московский Государственный Психолого-
Педагогический Университет, Москва, Россия*

elenafantal@yandex.ru

Ключевые слова: самосознание, тревожное расстройство

Self- consciousness in patients with anxiety disorder

Fantalova E.B.

*Moscow State University of Psychology
and Education, Moscow, Russia*

Keywords: Self-consciousness , anxiety disorder

Самосознание – один из наиболее известных и устойчивых психологических феноменов, раскрывающих способность человека осознавать собственное «Я», а также свои интересы, потребности, ценности, свое поведение и переживания. Оно представляет собой особую форму сознания, направленную на чувства и переживания самого человека.

Человек с детства осознает себя в качестве субъекта взаимодействия с другими людьми и, как результат представления о самом себе, у него постепенно, согласно Бернсу, складывается свой «Образ Я» [1].

В ситуации пандемии симптомы социальной тревоги усиливаются практически у каждого человека в силу необычности новых требований социума. Особую значимость в плане изучения самосознания в период пандемии и оказания им психологической помощи представляет контингент больных, страдающих тревожным расстройством личности, которое характеризуется постоянным стремлением к социальной замкнутости, чувством неполноценности, чрезвычайной чувствительностью к негативным оценкам окружающих людей и избеганием социума. Лица с тревожным расстройством часто считают, что они не умеют общаться или что их личность не интересна, они избегают нахождения в обществе из-за страха быть осмеянными, униженными и отверженными, часто преподносят себя как индивидуалистов и говорят о собственной отчужденности от общества.

Настоящая работа выполнялась под нашим руководством студентом А.А. Юшиным и была направлена на изучение самосознания лиц с трево-

жными расстройствами, на раскрытие собственно психологического аспекта этих расстройств и возможного обоснования методов их психотерапии.

Цель работы – сравнительный анализ особенностей самосознания лиц с тревожными расстройствами и здоровых людей.

Материал исследования состоял из экспериментальной и контрольной групп. В экспериментальную группу (база –городская ПБ № 13) входили мужчины, больные тревожным расстройством, имеющие следующие клинические диагнозы: F 41.9 -тревожное расстройство неутончённое, F 41.1 – генерализованное тревожное расстройство, F 40 – фобическое тревожное расстройство, F 41 – паническое расстройство (эпизодическая пароксизмальная тревожность). Возраст обследуемых – от 18 до 30 лет (15 человек).

В контрольную группу входили здоровые мужчины в возрасте от 18 до 30 лет (15 человек).

Объект исследования – самосознание личности.

Предмет исследования – компоненты самосознания, а именно: самооценка, самоотношение и образ «Я» у больных с тревожными расстройствами и здоровых лиц.

Было выдвинуто две гипотезы исследования:

- для самосознания мужчин в возрасте от 18–30 лет, страдающих тревожным расстройством, будут характерны специфические особенности (отличия) по сравнению с самосознанием здоровых мужчин;
- уровень самооценки мужчин, больных тревожным расстройством, в среднем будет ниже, чем уровень самооценки здоровых мужчин.

В качестве методов исследования были использованы:

1. Анализ анамнестических данных больных ;
2. Наблюдение за больными (нестандартизированное) ;
3. Клинико-психологическая беседа ;
4. Личностный опросник самоотношения Столина – Пантеева ;
5. Проективный рисуночный тест: рисунок Гудинаф-Харриса «Я – в трех проекциях» (адаптация и подсчет содержательного различия между рисунками Е.Б. Фанталовой) [2,3,4]
6. Исследование самооценки по методу Дембо-Рубинштейн (модификация П.В. Яньшина с элементами клинической беседы) ;

Полученные данные обрабатывались в программе SPSS. В качестве методов математической статистики были использованы: U-критерий Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. Обнаружено, что специфические особенности самосознания для больных с тревожными расстройствами по сравнению со здоровой группой лиц отмечаются по таким показателям как «Ожидание положительного отношения от других», «Самопринятие», «Самопоследовательность», «Самоинтерес». Эти показатели оказались в среднем ниже в группе больных тревожным расстройством, чем в груп-

пе здоровых мужчин, что может свидетельствовать о непринятии себя, своего Я и некоторых своих личностных черт больными тревожным расстройством. Также это говорит об их заниженном интересе к себе и о проблемах взаимодействия с обществом по сравнению со здоровыми людьми. Последнее, возможно, связано с тем, что мужчины, больные тревожным расстройством, реже ожидают положительное отношение к себе от людей, с которыми они взаимодействуют. Таким образом, первая гипотеза исследования подтвердилась.

По результатам методики «Я – в трех проекциях» у больных тревожными расстройствами отмечается тенденция к заниженной самооценке. Это может быть связано с тем, что испытуемые в экспериментальной группе негативно относятся к своей болезни. К тому же они находятся в психиатрической больнице. Этот факт осознаётся ими и сказывается на их самооценке, понижая её. Также у испытуемых экспериментальной группы наблюдается повышенная тревожность по сравнению с испытуемыми контрольной группы, что тоже может быть связано с перечисленными выше факторами. Эти результаты подтверждают вторую гипотезу исследования.

Результаты методики исследования самооценки по Дембо-Рубинштейн показывают заниженную самооценку у испытуемых из экспериментальной группы. Это может указывать на наличие множества внутренних конфликтов. Этот вывод также подтверждает вторую гипотезу исследования, в которой предполагается, что уровень самооценки мужчин, больных тревожным расстройством, в среднем будет ниже, чем уровень самооценки здоровых мужчин. При этом различий по уровню притязаний между группами получено не было.

Литература

1. Бернс Р. Развитие Я – концепции и воспитание. М.: Прогресс, 1987. 420 с.
2. Фанталова Е.Б. Аннотированный указатель методов психологической диагностики. Учебно-методическое пособие. М.: МГСУ «Союз», 1997. С. 35 -36.
3. 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.
4. Фанталова Е.Б. Я – образ в условиях переживания внутренних конфликтов у студентов // Современная психодиагностика в России. Преодоление кризиса: сборник материалов III Всероссийской конференции по психологической диагностике: в 2 т. / редколлегия: Н.А. Батулин (отв. ред.) и др. Челябинск: Издательский центр ЮУрГУ, 2015. Т.2. С.184–187.

Применение проективных методик для исследования образа семьи взрослых с интеллектуальными нарушениями*

Хазова С.А., Шипова Н.С.

Костромской государственной университет, Россия

hazova_svetlana@mail.ru, ronia_777@mail.ru

Ключевые слова: взрослые с интеллектуальными нарушениями, диагностика, проективные методики, цветовой тест отношений, образ семьи

Application of projective techniques for studying the family image of adults with mental disabilities

Khazova S.A., Shipova N.S.

Kostroma State University, Russia

Keywords: adults with mental disabilities, diagnosis, projective techniques, colour test of relations, the family image

Введение. Вопросы исследования специфики личностного развития и особенностей социального функционирования взрослых с ограниченными возможностями здоровья, в том числе, с нарушениями интеллекта, крайне редко становятся предметом профессиональной дискуссии, хотя количество исследований, выполненных на данной категории лиц, неуклонно возрастает. Исследователи обычно сталкиваются с почти полным отсутствием специального инструментария, учитывающего возможности взрослых респондентов разных нозологических групп, с отсутствием тестовых норм для данной категории лиц при использовании стандартных методик, так как существующие в специальной педагогике и психологии методики ориентированы в основном на исследование особенностей когнитивной сферы, обучения и адаптации детей и подростков с ограниченными возможностями здоровья.

Трудность зачастую представляет собой изучение личностных характеристик взрослых, имеющих интеллектуальные нарушения, поскольку из-за тотального недоразвития всех сторон психики (познавательных способностей, речи, моторики, эмоционально-волевой сферы, низкой активности в сфере коммуникации) возникает необходимость

* Работа выполнена в рамках государственного задания Минобрнауки России № FZEW-2020-0005.

адаптации диагностического материала: инструкции к заданию, способов предъявления методик, возможно, изменение самого стимульного материала (Лубовский, Валявко, 2016; Хазова, Адеева, Тихонова, Шипова, 2018). В процессе проведения проективных методик дополнительную проблему создает сочетание особенностей испытуемых, обусловленных дефектом, и специфики диагностического инструментария.

Методы и методики исследования. С целью изучения эмоционально-отношенческого компонента образа семьи у взрослых инвалидов с детства с интеллектуальной недостаточностью ($n=39$, 23 мужчины и 16 женщин, в возрасте от 18 до 47 лет ($M=35$, $SD=9,2$), у всех респондентов установлен статус УО легкой степени) нами использовался Цветовой тест отношений – ЦТО Бажина Е.Ф., Эткинды А.М., (1985), выполнение которого сопровождалось интервью.

Считается, что методики, основанные на особенностях цветового восприятия и цветовых ассоциаций, являются достаточно чувствительными для исследования состояния, переживаний и отношения человека, поскольку психически здоровый человек хорошо понимает эмоциональное содержание основных цветов. Считается также, что характер цветопредпочтений не зависит от интеллектуального уровня человека (Суркова, 2008). Однако есть данные о том, что умственно отсталые школьники предпочитают яркую цветовую гамму, не всегда правильно отражающую цвет и цветовые отношения изображаемых предметов, характеризуются снижением цветовой чувствительности, недостаточной дифференцированностью, узостью и замедленностью восприятия цвета, трудностями усвоения сенсорных цветовых эталонов, игнорированием цвета при описании предметов (Головина, 1974). Этот же автор отмечает, что снижение цветовой чувствительности у большинства из них не столь велико, а специфика цветовосприятия и использования цвета связаны с особенностями высших психических функций, преимущественно, с осмысливанием цвета предметов и отражением его в речи.

Алгоритм проведения методики был стандартным: первым этапом было выделение наиболее значимых людей (беседа), затем респондентам предлагалось рассмотреть цветные карточки и выбрать наиболее подходящие цвета, чтобы охарактеризовать себя и близких; после этого требовалось выбрать предпочитаемый цвет и ранжировать остальные. На последнем этапе экспериментатор вновь возвращался к названным уже членам семьи и просил охарактеризовать их и свои отношения с ними.

Результаты. Необходимо отметить своеобразие цветовых выборов респондентов: так, к предпочитаемым наряду с красным были отнесены оранжевый, фиолетовый, зеленый, синий цвета, поэтому на данном этапе мы соотносили не значение цвета, а его ранг в выборе. В результате анализ цветовых ассоциаций позволяет говорить об эмоционально положительном отношении к матери и отцу в 67 % случаев, поскольку они

чаще всего обозначались предпочитаемыми цветами, находящимися на 1–3 позиции при ранжировании цвета. У 33 % зафиксировано нейтральное отношение к отцу и матери, которое маркировалось цветами, находящимися на 4–6 позициях в индивидуальных предпочтениях. Важным фактом является совпадение цвета (30 %) в обозначении себя и матери, что позволяет говорить об идентификации с матерью. К числу эмоционально близких респонденты относят также сиблингов, близких родственников (дядя), любимых. Что касается отношения к прародителям, в основном к бабушкам, то их фигуры чаще всего маркируются цветами, имеющими 3–6 позиции в ранжировании, что говорит, в целом, о положительном, но несколько дистантном отношении, хотя в интервью преобладают положительные характеристики.

Интересно, что в некоторых случаях (около 30 %) присутствует рассогласование цветового выбора и вербального описания. Например, респондент П. обозначил мать серым цветом (шестое место в индивидуальном ранжировании), отца – фиолетовым (4 ранг). Это может указывать на нестабильность взаимоотношений с матерью и отцом, их недостаточную эмоциональность, желание уйти от общения с респондентом, которое ощущается им. При этом в интервью описываются исключительно теплые отношения с обоими родителями. Это свидетельствует и о расхождении между осознаваемыми и неосознаваемыми компонентами образа семьи. Причиной этого могут быть трудности в осознании и вербализации эмоций и ориентации ответов на социальную желательность.

Резюме. Таким образом, применение проективных цветовых тестов для лиц, имеющих интеллектуальные нарушения, возможно с некоторыми особенностями: учет специфики цветовосприятия данной категории лиц, возможность модификации методики с ориентацией на психическое особенности респондентов.

Литература

1. Головина Т.Н. Изобразительная деятельность учащихся вспомогательной школы. – М.: Просвещение, 1974.
2. Лубовский В.И., Валякко С.М. О психодиагностическом значении тестовой инструкции // Специальное образование. – 2016. – № 2. – С. 65–76.
3. Суркова Е.Г. Проективные методы диагностики: Психологическое консультирование детей и подростков. – М.: Аспект Пресс, 2008.
4. Хазова С.А., Адеева Т.Н., Тихонова И.В., Шитова Н.С. Методы изучения качества жизни и жизненных траекторий лиц с ограниченными возможностями здоровья. – Кострома : Костром. гос. ун-т, 2018. – 132 с.

Особенности в выражении чувства вины у лиц с депрессивными проявлениями в группе условной нормы

Хохлова О.Ю.

*Московский государственный
университет им М.В. Ломоносова, Россия
Университет Мидлсекс, Дубай, ОАЭ
o.khokhlova@mdx.ac.ae*

Виноградова М.Г.

*Университет Мидлсекс, Дубай, ОАЭ
mvinogradova@yandex.ru*

Ключевые слова: вина, моральные эмоции, TOSCA-3, эмоционально-аффективная сфера

Differences in guilt level in normal population with depressive symptoms

Khokhlova O.Y.

*Lomonosov Moscow State University, Russia
Middlesex University Dubai, Dubai UAE*

Vinogradova M.G.

Middlesex University Dubai, Dubai UAE

Keywords: guilt, moral emotions, TOSCA-3, affective sphere

Введение. Традиционно для психологии чувство вины определяется через такие конструкты как «Эго», «Суперэго», совесть, этические чувства, социальный контроль, эмоционально-ценностное отношение к себе и искаженный способ интерпретации событий. Несмотря на сложность и неоднородность этого переживания, можно подытожить, что большинство исследователей рассматривают чувство вины как комплексное эмоциональное переживание, возникающее у человека в случаях, когда он не может соответствовать основным социальным и моральным стандартам. Наиболее распространено обращение к модели аффективных расстройств, позволяющей обсуждать связь возникающих эмоциональных реакций и состояний, устойчивых личностных черт и поведенческих паттернов. Однако, указанные особенности представляются очень важными для понимания эмоциональной жизни психически здоровых людей. Так, например, вина не только ассоциируется с таким патологическим состоянием, как клиническая депрессия, но и

с депрессивными переживаниями в повседневной жизни [Orth, Berking, & Burkhardt, 2006; Tangney, Wagner, & Gramzow, 1992].

Таким образом, перспективным представляется изучение и определение роли чувства вины в формировании устойчивых паттернов поведения, а также ее связь с депрессивными переживаниями в нормальной популяции. Целью данного исследования является изучение связи чувства вины с депрессивными переживаниями в норме, а также изучение возможных качественных различий этой связи в зависимости от интенсивности депрессивных симптомов.

Материалы и методы. Исследование проведено онлайн в 2019 г. среди русскоязычного населения. В нем приняли участие 161 человек (133 женщины и 28 мужчин) в возрасте от 18 до 61 лет ($M = 31.45$, $SD = 8.52$), не имеющих клинических диагнозов.

Для измерения чувств вины и стыда мы использовали апробированный на русскоязычной выборке опросник TOSCA-3 [Tangney, Dearing, Wagner & Gramzow, 2002]. Опросник состоит из 11 негативных и 5 позитивных сценариев и включает в себя шесть субшкал: стыд, беспристрастность, вина, тенденция видеть причину во внешних обстоятельствах, α -гордость и β -гордость. Для оценки интенсивности депрессивной симптоматики участникам была предложена шкала депрессии А.Бека. Оценка результатов данной шкалы позволяет дифференцировать разную степень интенсивности депрессивных переживаний от их полного отсутствия до тяжелой депрессии.

Результаты. Первоначальный этап статистической обработки заключался в подсчете данных описательной статистики, в ходе которого было установлено, что 29 (18 %) принимавших участие в исследовании респондентов, набрали 20 и более баллов по шкале депрессии А.Бека, что отвечает выраженной и тяжелой депрессии.

Основной этап статистической обработки полученных данных направлен на выявление потенциальной корреляции между виной и депрессивными переживаниями. По результатам корреляционного анализа, субшкала вины положительно коррелирует со шкалой депрессивности ($r(159)=0.239$, $p<0.01$). Помимо корреляционного анализа на этом этапе был также проведен однофакторный дисперсионный анализ. Для обсуждения связи интенсивности депрессивных переживаний и переживаний вины, все испытуемые были разделены на группы на основании выраженности депрессивных проявлений, таким образом, мы получили три группы испытуемых: (1) без выявленных депрессивных проявлений ($n=71$); (2) с легкой и умеренной депрессией ($n=61$) и (3) с выраженной и тяжелой депрессией ($n=29$). Были обнаружены статистически значимые различия в переживании вины между группами с разной интенсивностью выраженности депрессии [$F(2,158)=3.67$, $p=0.028$], а именно, наблюдалось увеличение интенсивности вины

с усилением депрессивных проявлений. Последующий *post hoc* анализ с применением критерия Тьюки показал, что статистические значимые различия ($p=0.021$) в переживаниях вины наблюдались только между группой без депрессивных симптомов ($M=56.66$, $SD=12.49$) и группой с выраженной и тяжелой депрессией ($M=58.89$, $SD=12.07$).

Выводы. Результаты исследования согласуются с зарубежными исследованиями эмоциональной сферы, отмечающих связь чувства вины и депрессивных проявлений [Fernández-Theoduloz et al 2019; Henriksen & Škodlar, 2018]. Было обнаружено, что вина коррелирует с депрессивными переживаниями и качественно по-разному взаимосвязана с разной выраженностью депрессивных проявлений.

Следует отметить, что речь идет в первую очередь о сообщаемых переживаниях вины и депрессии. Можно предположить, что их предъявление при опросе может отражать общую озабоченность своим состоянием, переживание собственного неблагополучия, которые могут недостаточно рефлексироваться субъектом или служить для выражения поиска помощи, привлечения внимания к своим переживаниям. Таким образом, представляется перспективным дальнейшее изучение вопроса о «коммуникативном» аспекте чувства вины, роли факта предъявления своего переживания в пространстве социального взаимодействия (и при непосредственном межличностном, и при варианте взаимодействия онлайн).

Литература

1. Fernández-Theoduloz, G., Paz, V., Nicolaisen-Sobesky, E., Pérez, A., Buunk, A. P., Cabana, Á., & Gradin, V.B. (2019). Social avoidance in depression: A study using a social decision-making task. *Journal of abnormal psychology*, 128(3), 234.
2. Henriksen, M. G., & Škodlar, B. (2018). Varieties of emotions: a phenomenological exploration of guilt, shame and despair in depression and schizophrenia. *Discipline Filosofiche*, 28(2), 61–81.
3. Orth, U., Berking, M., & Burkhardt, S. (2006). Self-conscious emotions and depression: Rumination explains why shame but not guilt is maladaptive. *Personality and social psychology bulletin*, 32(12), 1608–1619.
4. Tangney, J.P., Dearing, R.L. (2002). *Shame and guilt*. New York: Guilford Press.

Патопсихологический анализ нарушений когнитивных процессов при шизотипических расстройствах

Чеплюк А.А.

*МГУ имени М.В. Ломоносова
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
Минздрава России, Москва, Россия
staysha@yandex.ru*

Виноградова М.Г.

МГУ имени М.В. Ломоносова

Ключевые слова: шизотипическое расстройство, шизотипическое расстройство личности, познавательные процессы, тест Векслера, патопсихологический эксперимент

Pathopsychological analysis of the cognitive impairment in schizotypal disorders

Chepelyuk A.A.

*Lomonosov Moscow State University,
Federal State Autonomous Educational Institution
of Higher Education I.M. Sechenov First Moscow State
Medical University of the Ministry of Health of the
Russian Federation, Moscow, Russian Federation*

Vinogradova M.G.

Lomonosov Moscow State University

Keywords: schizotypal disorder, schizotypal personality disorder, cognition, WAIS, pathopsychological experiment

Введение. В настоящее время наблюдается высокий интерес к роли когнитивных процессов в реализации патологии психической деятельности при шизотипическом расстройстве. Данный интерес обусловлен пониманием шизотипического расстройства в качестве переходного фенотипа расстройств шизофренического спектра, а также рассмотрением когнитивных нарушений в качестве одного из уровней заболевания наряду с биологическим и феноменологическим, и как самостоятельной мишени для фармакотерапии [2]. Существующая психопатологическая и нозологическая гетерогенность внутри шизотипического расстройства требует эмпирических исследований и, прежде всего, психологических, которые позволяют, помимо патофизиологических и патогенетических механизмов, характерных для медицинской модели, исследо-

вать также и психологические механизмы когнитивных нарушений при различных проявлениях шизотипического расстройства.

Цель настоящего исследования состоит в психологической квалификации и оценке выраженности когнитивных нарушений при различных видах шизотипического расстройства.

Материал и методы. Тест интеллекта Д. Векслера [1], экспериментальное патопсихологическое обследование (10 слов, таблицы Шульте, «Пиктограмма», «Сравнение понятий», «Классификация предметов», «Исключение предметов», «Сложные аналогии», тест рисуночной фрустрации С. Розенцвейга).

В исследовании приняли участие больные с шизотипическими расстройствами: 42 пациента с диагнозом «Шизотипическое расстройство личности» (ШРЛ, F.21.8 по МКБ-10) и 40 пациентов с диагнозом «Неврозоподобная шизофрения» (НШ, F.21.3 по МКБ-10) в возрасте от 18 до 55 лет.

Результаты. Пациенты с ШРЛ имели более высокие баллы по субтестам «Сходство» ($p=0,048$), «Недостающие детали» ($p=0,006$) и, на уровне тенденции, субтесту «Шифровка» ($p=0,51$) по сравнению с пациентами с НШ. Более высокие баллы больных с ШРЛ при выполнении субтеста «Сходства» были связаны с преобладанием обобщений на основе стандартных общезначимых признаков. У пациентов с НШ по мере усложнения стимульного материала в ответах преобладали псевдоконкретные и малозначимые признаки. В субтесте «Недостающие детали» ответы пациентов с ШРЛ зачастую содержали несущественные признаки при доступности также общезначимых, которые сообщались пациентами впоследствии, что иногда выходило за рамки отведенного на ответы времени. В ответах же больных с НШ преобладали латентные признаки без возможности скорректировать собственные решения. При выполнении субтеста «Шифровка» пациенты с ШРЛ наряду с правильной прорисовкой символов допускали изменение их наклона, размера, обнаруживали неправильную стыковку линий в символе, лишние линии. Больные с НШ допускали больше ошибок в связи с произвольной трансформацией внешнезаданных образов, легкостью привнесения дополнительных элементов.

Полученные данные свидетельствуют о меньшей степени выраженности в сравнении с больным с НШ и неравномерности нарушений избирательности в познавательной деятельности у больных с ШРЛ, способности к опоре на общепринятые признаки наряду с малозначимыми, доступности выбора первых в качестве критериев правильных решений. Для подробного анализа условий нарушений познавательной деятельности (касающихся особенностей инструкций к заданиям, степени структурированности стимульного материала, модальности предъявления и т.д.) при различных видах шизотипических расстройств было

проведено экспериментальное патопсихологическое обследование, позволяющее исследовать психические процессы в развернутом виде.

Ведущей характеристикой психической деятельности больных ШРЛ являлась неравномерность нарушений продуктивности когнитивных процессов, близость большинства когнитивных показателей (непосредственного и опосредованного запоминания, работоспособности, концентрации внимания) к нормативным значениям и проявление нарушений только в особых условиях организации выполнения. Так, при работе с эмоционально-нейтральной информацией и структурированными условиями выполнения пациентам были доступны обобщенные и лаконичные формулировки. Вместе с тем, при усложнении заданий в виде нарастания степеней свободы в ответах, а также объема стимульного ряда отмечалась легкость актуализации малозначимых признаков, обобщения по типу цепных комплексов. В случае работы с аффективно-насыщенным зрительным перцептивным материалом наблюдалось застревание на отдельных характеристиках эмоционально-значимых элементов заданий с выраженным увеличением латентного времени выполнения и ограничением доступного уровня обобщений. В ситуациях неуспеха больным была свойственна направленность на рассуждательство и критическое отношение к своим возможностям с избеганием развернутых ответов, одновременно с уходом в фантазирование. Подобные феномены могут рассматриваться в качестве парадоксальной компенсаторной стратегии, позволяющей, при свойственной больным с ШРЛ чувствительности к негативным оценкам окружающих, одновременно быть недоступным для них, сохранять чувство внутренней независимости, отдельности и защищенности от влияния окружающих.

Больные с НШ обнаруживали выраженные нарушения мотивационного компонента психической деятельности в условиях увеличения степени неопределенности заданий в виде отказов от выполнения отдельных компонентов заданий, пресыщаемости в условиях длительной монотонной деятельности при достаточном темпе выполнения отдельных заданий, нарушений избирательности мнестических процессов, повышения числа оригинальных нестандартных схематических образов, а также псевдоабстрактных по мере увеличения степени эмоциональной насыщенности стимульных понятий. При увеличении сложности заданий наблюдались импульсивные решения, сложности построения программ решения, элементы разноплановости, легкость актуализации латентных признаков и их выбор в качестве приоритетных при доступности, однако, обобщений на основе общезначимых признаков, снижение способности к простраиванию умозаключений с опорой на опыт различных ситуаций социального взаимодействия.

Выводы. Применение количественных психодиагностических методов выявило снижение продуктивности психической деятельности

пациентов с НШ в сравнении с больными с ШРЛ. Метод патопсихологического эксперимента позволяет раскрыть психологические механизмы данного снижения.

Литература

1. *Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И.* Тест Векслера. Диагностика уровня развития интеллекта (взрослый вариант): методическое руководство// – СПб: Имятон, 2006. – 112 с.
2. *Lenzenweger M.F.* Schizotypy, schizotypic psychopathology and schizophrenia // *World Psychiatry.* – 2018 – Vol. 17, № 1 – P. 25–26. doi: 10.1002/wps.20479

Модификация методики «Классификация предметов / Детский вариант», пилотажное исследование

Черная Ю.С.

*Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева
Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет*

Матюшкина А.А.

*Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева*

Ключевые слова: классификация предметов, психодиагностика
детей, модификация методики

Modification of the method «Classification of objects / Children’s version», pilot study

Chernaya Y.S.

*V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology
St. Petersburg State Pediatric Medical University*

Matyushkina A.A.

*V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology*

Keywords: classification of subjects, psychodiagnostics of children,
modification of methods

Введение. Методика «Классификация предметов», предложенная К. Гольдштейном и впоследствии разработанная Б.В. Зейгарник и Л.С. Выготским [1] широко используется клиническими психологами в практических и научных изысканиях. Однако, назрела необходимость в модификации методики в силу социальных изменений, увеличения теоретического и практического опыта, накопленного специалистами и изменяющегося клинического запроса. В нашей работе мы предприняли попытку расширить возможности методики, применив новейшие достижения когнитивных наук, патопсихологии и нейропсихологии.

Методика. В данных тезисах представлена пилотная разработка модифицированной методики «Классификация предметов/Детский вариант». В отличие от версии Б.В. Зейгарник и Л.С. Выготского набор кар-

точек был модифицирован. Методика содержит 79 карточек, которые могут формироваться в стандартные тематические группы (например: мебель, одежда, животные, посуда и т.д.). В наборе представлены группы карточек: черно-белые, контурные черно-белые, цветные реалистичные, цветные стилизованные, цветные с цветным однотонным фоном.

На данный момент пройден первый этап стандартизации модифицированной методики «Классификация предметов/Детский вариант» – организация единообразной процедуры проведения: определены условия проведения методики; определена инструкция, этапность ее предъявления, модификации инструкции в зависимости от исследуемой нозологии; определен стандарт стимульного материала – количество, размер, плотность бумаги, особенности цветопередачи; зафиксированы временные рамки для выполнения данного вида исследования для разных возрастных групп и нозологий; разрабатывается стандартный бланк для фиксации результатов с отметками временного контроля для оценки нейродинамического обеспечения когнитивного процесса и и кодировкой маркеров выявляемых феноменов; отслеживается влияние ситуационных переменных на протекание выполнения методики; четко и методично отслеживаются интервенции исследующего в процесс классификации, которые проводятся по типу контролируемого эксперимента.

На примере клинического случая представлена схема работы с обновленной методикой «Классификация предметов/Детский вариант». В исследовании принимал участие пациент В. 13 лет, мужского пола с диагнозом на момент обращения «Резидуально-органическое поражение головного мозга с когнитивными и речевыми нарушениями. Синдром эмоциональной неустойчивости с аффективными реакциями. (F06.828)».

На первом этапе перед испытуемым выкладываются все карточки в хаотичном порядке. Испытуемому В. было предложено разделить карточки на группы. После получения инструкции испытуемый принял решение делить карточки на ряды, в каждом из которых разделил карточки на группы (оригинальные названия карточек и групп приведены ниже).

В итоге манипуляций испытуемым был сформировалось 4 ряда («Еда»; «Где можно жить»; «Домашние вещи и мебель»; «Животные») и 15 групп. В 1 ряд «Еда» входит 4 группы: «Сделано из продуктов» (бутерброд, мороженое, пачка молока, чашка чая); «Средства мытья» (мыло, зубная щетка и паста); «Фрукты» (банан, вишня, клубника, арбуз, яблоко, яблоня (дерево с плодами)); «Овощи» (пшено(поле с колосьями), подсолнух, огурец, капуста, морковь, помидор). 2 ряд «Где можно жить», был представлен 3 группами: «Средства передвижения» (машина, поезд, самолет, яхта); «Место жилья» (дом, палатка, замок); «Где можно жить и природа» (горы, пустыня (на карточке изображен кактус), гроза с дождем, дерево, цветок, лес, река, солнце, луна). 3 ряд «Домашние вещи и мебель» состоит из 5 групп: «Электровещи» (чай-

ник (электрический), лампа настольная, лампа с абажуром); «Обычные вещи» (чайник, кружка, посудные принадлежности (вилка и нож), бутылка, тарелка, кастрюля, сковородка, чайник); «Игрушки» (мячик, мишка, робот, кубики, кукла, пирамидка); «Мебель» (стул на колесах, диван (кресло), 2 кровати, стол, стул, шкаф, ваза, стол, шкаф); «Одежда» (майка, куртка, свитер, шарф, сапоги). В 4 ряду «Животные» входят 3 группы: «Дикие травоядные животные» (птица, слон, олень, заяц, мышь), «Дикие хищники» (волк, лиса, змей, крокодил); «Домашние животные» (кошка, корова, змея, мышь, конь, собака, заяц, олень, птица). Стоит отметить, что испытуемый В. переложил некоторые карточки (птица, змея, олень, мышь) из группы «Дикие травоядные животные» в группу «Домашние животные», мотивируя это тем, что эти животные бывают и домашними. Далее испытуемому было предложено разделить все карточки на 2 группы. Испытуемый объединил в группу «Дом и принадлежности» карточки из 2 и 3 рядов, а в группу «Животные и еда» карточки из 1 и 4 рядов.

Качественная оценка полученных данных дает возможность сделать заключение на основании нетипичности деления карточки не просто на группы, а на иерархическую систему, и необычности подбора групп о состоянии мышления, в протекании процесса которого выявляются следующие особенности: отмечаются явления гиперассоциативности, нарушающие селективность, избирательное отношение к информации, что снижает целенаправленность познавательной деятельности; равновероятно возникают как стандартные, так и нестандартные информативные признаки при совершении категориального выбора. Набор общих знаний смешивается с заученными способами категориального выбора и равновероятно всплывающим контентом из сети интернет, который не подвергается критическому осмыслению и равноправно участвует при осуществлении процесса мышления и формирования гипотез.

Заключение. На примере разбора данного клинического случая была сделана попытка показать преимущества модифицированной методики Классификация Предметов для оценки состояния когнитивных функций. После накопления большего массива данных планируется переход на второй этап стандартизации методики с целью создания единой образной системы автоматизированной оценки получаемых данных.

Литература

1. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2010. 224 с.

Alexithymia as a multidimensional construct and its relationship with cognitive emotion regulation, flexibility of coping with stress and psycho-emotional disorders

Larionov P.M.

*Kazimierz Wielki University, Bydgoszcz, Poland
pavel@ukw.edu.pl*

Keywords: alexithymia, cognitive emotion regulation, flexibility of coping with stress, types of alexithymia, Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ).

Alexithymia is a multidimensional construct, which consists of two components – affective and cognitive. The affective component of alexithymia is represented by the two alexithymic features, which are low emotional arousability and the poverty of fantasy and imagination. The cognitive component of alexithymia includes three features and is expressed in difficulty identifying emotions, difficulty verbalizing emotional states and the poor level of analyzing person's own emotions. The affective and cognitive components of alexithymia are based on various neuropsychological mechanisms [3; 5]. B. Bermond et al. tend to believe that there are several types of alexithymia. Type I alexithymia is expressed in cognitive and emotional deficits (severity of all alexithymic traits). Type II alexithymia is observed within the absence of any deficit in the emotional sphere, but in the presence of a deficit in the cognitive one (the personality has three strongly expressed alexithymic features related to the cognitive component of the alexithymia construct). Alexithymia type III is diagnosed in the presence of deficits in the emotional sphere and their absence in the cognitive one [3].

On the one hand, scholars consider alexithymia to be a personality risk factor for psychosomatic diseases [4]. On the other hand, alexithymia is more likely to be a personality trait that can be shown in both normal and pathological conditions [1]. The role of alexithymia in psychosomatic health is determined depending on the alexithymic personality's living conditions, the characteristics of their activity and the system of relationships.

Taking into consideration the multidimensionality and heterogeneity of the alexithymia construct, which consists of five different features, this study attempts to research the role of the cognitive and affective components of alexithymia and particular alexithymic traits in the process of a person's coping behavior and cognitive emotion regulation. It is assumed that the cognitive component of alexithymia determines the quality of a person's psycho-

logical functioning (including the presence of psychological and emotional symptoms), whereas the key feature of alexithymia, which has negative consequences for a person, is the difficulty identifying emotions.

Methods

109 young people (82.6 % of women) in the age of 19 to 34 filled out the following questionnaires: the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire (BVAQ), the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and the Flexibility of Coping with Stress Questionnaire (FCSQ-14) and the Four-Dimensional Symptom Questionnaire (4DSQ) for assessing distress, depression, anxiety and somatization.

Results

1. Among all the alexithymic traits, difficulty identifying one's own emotions is the only negative predictor of the adaptive cognitive emotion regulation strategies: the worse a person understands their emotions, the less he/she uses such adaptive emotion regulation strategies as acceptance, positive refocusing, refocus on planning, positive reappraisal and putting into perspective.
2. Two of the alexithymic traits – low emotional arousability and the low level of analyzing one's own emotions – are negative predictors of maladaptive cognitive emotion regulation strategies: the less a person is emotionally arousable and the more a person is inclined to analyze their emotions, the less he/she uses such maladaptive emotion regulation strategies as rumination, catastrophizing, self-blame and blaming others.
3. Difficulty identifying one's own emotions is a negative predictor of coping flexibility (CF), whereas low emotional arousability is a positive one: the better a person understands their emotions and the less emotionally arousable he/she is, the more flexible (functional) their coping is.
4. It is assumed that among the two features related to the affective component of alexithymia, the most important role is played by the emotional arousability, rather than by the poverty of fantasy, since it is high or low emotional arousability that determines the “amount” of the emotions which a person needs to process at the cognitive level.
5. People without alexithymia and people with type III alexithymia are characterized by favorable coping behavior, expressed in the more frequent use of adaptive cognitive emotion regulation strategies and higher CF, that is, a high capability for adaptive behavior under stress. People with type I and II alexithymia are characterized by the opposite tendency.
6. The main relationship between the cognitive and affective components of alexithymia is as follows: the more emotionally reactive a person is and the less he/she is able to process their emotions cognitively (to analyze, identify and verbalize them), the less adaptive such a person is and the more prone to maladjustment as well as to the development of psycho-emotional disorders he/she is.

Conclusion

Alexithymia is a multidimensional heterogeneous construct, the components of which play various roles in the processes of individual's adaptation to the changing environmental conditions [2].

References

1. *Брель Е.Ю.* Алекситимия в норме и патологии: психологическая структура и возможности превенции: автореферат дисс. ... докт. психол. наук. Томск, 2018. 40 с.
2. *Ларионов П.М.* Алекситимия и агрессия как предикторы психоэмоциональных нарушений // Вестник психотерапии. 2020. № 74(79). С. 76–96.
3. *Bermond B., Clayton K., Liberova A., et al.* A cognitive and an affective dimension of alexithymia in six languages and seven populations // *Cognition and Emotion*. 2007. Vol. 21, № 5. P. 1125–1136. doi:10.1080/02699930601056989
4. *Fava G.A., Cosci F., Sonino N.* Current Psychosomatic Practice // *Psychotherapy and Psychosomatics*. 2017. Vol. 86(1). P. 13–30. doi:10.1159/000448856
5. *Vorst H.C.M., Bermond B.* Validity and reliability of the Bermond-Vorst Alexithymia Questionnaire // *Personality and Individual Differences*. 2001. Vol. 30(3). P. 413–434.

РАЗДЕЛ 4

ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ, ПОДРОСТКОВ И МОЛОДЕЖИ В ИНФОРМАЦИОННУЮ ЭПОХУ

Раздел, посвященный проблемам психического здоровья детей и молодежи в современном мире, оказался одним из самых больших по количеству участников и опубликованных материалов, что, безусловно, отражает высочайшую актуальность проблематики. Блюма Вульфовна во всех сборниках по патопсихологии всегда уделяла внимание вопросам детской патопсихологии, детского психического здоровья. В этом отношении настоящая конференция, приуроченная к 120-летию со дня рождения Б.В. Зейгарник, продолжает традиции, заложенные классиком. Материалов, относящихся к «привычной» детской патопсихологии, немного, но полностью представлено современное расширение проблем и сфер интересов, областей деятельности клинических психологов. Изменившаяся общая культурно-историческая ситуация и индивидуальные социальные ситуации развития отражаются в тех ключевых проблемах, вокруг которых можно сгруппировать материалы данного раздела:

- Детско-родительские отношения и проблемы семьи, имеющей «особого» ребенка.
- Вопросы кризисов развития и их значение как факторов риска для психического здоровья.
- Суицидальное поведение, факторы и риски его возникновения у детей, подростков и молодежи, возможность предупреждения, профилактики и помощи.
- Оценка разных типов дизонтогенеза в современной ситуации увеличения определенных вариантов отклонений (расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания с гиперактивностью), снижения количества других (умственная отсталость), изменение клинической картины третьих (шизофрения и другая психическая патология).
- Новые области приложения клинико-психологического анализа в детстве (перинатальная психология, вопросы влияния или последствий экстракорпорального оплодотворения на психическое развитие детей, рожденных с помощью этой процедуры и др.).
- Интернет и психическое здоровье детей и подростков.
- Возрастно-специфическая патология детства и юности, ее риски для психического здоровья.
- Новые взгляды на раннее развитие с позиций формирования психического здоровья/патологии и многое другое.

Отрадно, что представлены в большинстве своем эмпирические и экспериментальные исследования, есть сообщения о работе разнообразных центров помощи детям, новых средствах диагностики, абилитации, реабилитации и коррекции, затрагиваются вопросы дифференциальной диагностики в детской клинической патологии. Также раздел включает и описание отдельных случаев, как иллюстрации психологической квалификации разных видов патологии, подхода в работе, вида диагностики и др. Отдельной строкой хочется выделить работы, отражающие организационные вопросы работы психологов, отдельных центров, или в научно-практической работе по проблематике болезни (травмы, стресс, дизонтогенез, нозология).

Раздел включает и работы, где исследование сосредоточено на проблемах обучающейся молодежи (студентов), детей на разных уровнях и программах образовательной траектории. Последнее особенно важно в свете современного инклюзивного образования.

Есть и теоретические работы, представляющие подходы к уже существующим проблемам нарушенного или особого развития ребенка, или новым, возникающим у нас на глазах.

Широко представлена география авторов материалов (Россия, Узбекистан, Украина, Белоруссия, Финляндия и др.). Варьируется масштаб представленных выборок, многосторонности обследования, своеобразия и новизны дизайна исследований, однако все они вносят свой вклад в картину психического здоровья и его нарушений у детей и молодежи в современной цифровой (и не только!) эпохе.

Благодарим всех участников за желание поделиться результатами своих исследований, практической работы, теоретических размышлений. Сплав науки и практики, междисциплинарность проводимых исследований отражают «смежный» (по выражению Б.В.Зейгарник) характер патопсихологии (и современной клинической психологии!), в том числе в детской клинической психологии.

***Наталья Владимировна Зверева, к.псх.н.**
профессор кафедры нейро- и патопсихологии
развития факультета клинической и
специальной психологии ФГБОУ ВО МГППУ;
ведущий научный сотрудник отдела
медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ*

Особенности суицидальных тенденций у подростков

Абдуллаева В.К., Бабаракхимова С.Б.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ключевые слова: подростки; эмоциональные расстройства; суицидальное поведение; самоповреждения

Features Of Suicidal Tendencies In Adolescents

Abdullaeva V.K., Babarakhimova S.B.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Keywords: adolescent; emotional disorders; suicide behavior; self-harm

Введение: усиление суицидальной активности в подростковом возрасте за последние десятилетия определяет интерес к этой теме широкого круга специалистов, как российских, так и зарубежных [1;3]. Наличие взаимосвязи попыток самоубийств детей и подростков с отклоняющимся поведением: побегами из дома, прогулами школы, ранним курением, мелкими правонарушениями, конфликтами с родителями, алкоголизацией, наркотизацией, сексуальными эксцессами отмечают в своих исследованиях зарубежные и отечественные психиатры и психологи [2;4;5].

Цель исследования: изучить особенности формирования суицидальных тенденций у подростков для улучшения и оптимизации медико-психологической помощи данному контингенту населения.

Материал и методы: в группу исследования вошли 86 подростков в возрасте 15–19 лет с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. Для определения степени суицидального риска была использована «Колумбийская шкала оценки тяжести суицидального риска» (Posner K., Brent D., Lucas C., 2009). Для оценки выраженности депрессивной симптоматики применялись шкала оценки депрессии Цунга, а для определения устойчивых личностных характеристик испытуемых использован ПДО А.Е. Личко.

Результаты исследования и обсуждения: по данным нашего исследования подростки чаще всего воспитывались в семьях, для которых была характерна гипопротекция (46 %) и эмоциональное отвержение (25,5 %). Реже встречались семьи с гиперпротекцией – доминирующей (14 %) и потворствующей (10 %), а также где на ребенка накладывалась повышенная моральная ответственность (4,5 %). При гипопротекции в семьях наблюдалось равнодушное отношение к ребенку, отсутствие контроля за поведением подростка, имелся недостаток внимания, забо-

ты и руководства, истинного интереса родителей к делам своего ребенка, его волнениям, увлечениям. При этом стиле воспитания подросток полностью был предоставлен сам себе и окружающей микросоциальной среде, где и попадал под влияние старших по возрасту и подвержен ранней алкоголизации и наркотизации. Доминирующую гиперпротекцию установили, когда выявлялась чрезмерная опека, мелочный контроль за каждым шагом подростка, постоянный надзор и наблюдение, приводящие к развитию чувства неуверенности у ребенка. Семьи, в которых ребенок воспитывался по типу «кумира семьи», характеризовались чрезмерным покровительством, баловством подростка, исполнением любых его желаний и прихотей. Ребенка не только освобождали от любых трудностей и неприятных обязанностей, но и непрестанно восхищались его успехами и талантами, порой даже незначительным способностям придавалось сверхценное значение со стороны родителей и родственников. Такие семьи мы относили к категории потворствующей гиперпротекции. При эмоциональном отвержении подросток постоянно ощущал, что им тяготятся, что он – обуза в жизни родителей. Особенно сильно это ощущалось в семьях, где рождались младшие братья или сестры, которым уделялось больше внимания и забот. Как крайний вариант эмоционального отвержения выявлено воспитание по типу «ежовых рукавиц» с физическими, несоразмерными вине, жестокими наказаниями или психологическим насилием. В процессе неправильных стилей родительского воспитания формировались акцентуированные личностные черты характера у подростков. С помощью опросника Личко были выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 больных (10 %), психастенический тип личности у 22 больных (25,5 %), лабильный тип был выявлен в 46 % случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14 %), в 4,5 % случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался лабильным типом. Эти подростки были склонны к перепадам настроения, неустойчивому эмоциональному фону, быстрой смене аффективных реакций, длительной фиксации негативных ситуаций и воспоминаний из прошлого. Депрессивное расстройство средней тяжести по шкале Цунга было выявлено у 6 пациентов с истероидным типом личности, которые стремились к признанию себя лучшими среди сверстников, лидерству и перфекционизму. Вместе с этим, выявлялась изменчивость настроения и черты реактивной лабильности, выраженная потребность нравиться окружающим, яркость эмоциональных проявлений при некоторой их поверхностности, склонность к манипулятивному поведению, эгоцентризм, честолюбие, переоценка собственных способностей. Исследование выраженности аффективных расстройств по шкале Цунга в условиях стационара выявило наличие легкого депрессивного

расстройств у 71 % пациентов, в 29 % случаев – депрессивное расстройство средней степени. В ряде наблюдений, особенно при наличии психотравмирующих обстоятельств, депрессивная симптоматика была более очерченной, с идеями собственной неполноценности, мыслями и представлениями о смерти (69 %), чувством немотивированной вины и нестойкими расстройствами влечений (23 %). Основными факторами, способствовавшими возникновению саморазрушающего аутоагрессивного поведения в виде суицидальных мыслей и тенденций у подростков, были неправильные стили родительского отношения, приводящие к конфликтам в межличностных взаимоотношениях. В ходе исследования было установлено наличие только суицидальных мыслей у 15 % обследуемых, суицидальных мыслей с намерениями и планированием у 42 % обследуемых, в 1/3 (33 %) случаев пациенты с суицидальными мыслями совершали суицидальные попытки. Основными причинами суицидальных тенденций были проблемы во взаимоотношениях с родителями (50 % случаев), конфликты с учителями и воспитателями в школах и колледжах (25 %), конфликты со сверстниками (15 %), внутриличностные проблемы (10 %).

Выводы: таким образом, проведенное исследование установило, что неблагоприятный психоэмоциональный фон является преопределяющим фактором в формировании суицидальных тенденций у подростков в силу их незрелости в личностном плане и наличие стилей неправильного родительского воспитания в дисфункциональных и деструктивных семьях способствует развитию суицидального риска.

Литература

1. *Абдуллаева В.К.* Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Журнал «Вопросы науки и образования» / Научно-практический журнал № 6(52) март 2019. С. 54–59.
2. *Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.* Влияние дисморфофобических расстройств на формирование депрессий у подростков с учётом личностных особенностей. /Актуальные вопросы психического здоровья /Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием посвящённой памяти профессора В.И. Григорьева. Рязань, 2015 – С. 12–18.
3. *Искандарова Ж.М., Бабарахимова С.Б.* Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью// Вопросы наркологии. 2016. № 11–12. С.98–100.
4. *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
5. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al.* Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24–27.

Успех работы полипрофессиональной команды в реабилитации детей с особенностями ментальной сферы

Абрамов К.В., Астафьева А.С., Ермакова М.В.

ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

Ключевые слова: дети и подростки, ментальные нарушения, реабилитация, социализация, блиц-осмотр, полипрофессиональная команда

The success of the polyprofessional teams in the rehabilitation of children with the peculiarities of the mental sphere

Abramov K.V., Astafieva A.S., Ermakova M.V.

SBHI of city Moscow “Scientific-practical center of mental health of children and adolescents in the name of G. E. Sukhareva health department of the city of Moscow”

Keywords: children and adolescents, mental disorders, rehabilitation, socialization, blitz examination, polyprofessional team

Глобальным трендом в сфере психического здоровья является создание полипрофессиональной команды для оказания помощи пациентам. Такой подход является более эффективным в связи с тем, что у команды специалистов есть возможность увидеть особенности функционирования пациента на разных уровнях: биологическом, психологическом, микро – и макро – социальном.

В нашей работе мы поделимся опытом Центра им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ по внедрению данного подхода.

В нашем центре создано отделение Реабилитации, Адаaptации и Социализации (РАС), среди ключевых принципов работы которого – подключение полипрофессиональной команды. Для создания системной и эффективной программы реабилитации на базе отделения РАС разработана процедура диагностики и построения коррекционно-развивающего маршрута для ребенка и его семьи – блиц-осмотр.

Необходимость этой процедуры обусловлена тем, что в реабилитацию каждого пациента в среднем включено 7 специалистов разных профилей: врач-психиатр, клинический психолог (нейропсихолог), патопси-

холог), семейный психолог, арт-терапевт, инструктор АФК, логопед, дефектолог, воспитатель.

Блиц-осмотр – часовое структурированное мероприятие, на котором присутствует пациент с родителями или законными представителями, лечащий врач пациента, специалисты разных направлений и профилей.

Блиц-осмотр состоит из нескольких этапов:

1. Краткое ознакомление с анамнезом пациента до приглашения семьи;
2. Обозначение для семьи состава команды специалистов, описание процедуры осмотра, его целей и задач;
3. Структурированный вопрос семьи, включающий формулирование основных трудностей, ожиданий от госпитализации, общие сведения о семье;
4. Последовательные вопросы от каждого специалиста семье и/или пациенту;
5. Резюмирование и обратная связь для семьи;
6. Групповое обсуждение случая всеми специалистами в отсутствие семьи, определение направления, количества и частоты занятий.

Для проведения блиц-осмотра важно наличие просторного кабинета с безопасной богатой сенсорной средой. Ребенок может делать в кабинете то, что он хочет: играть один или со взрослым, рассматривать материалы, пользоваться спортивным инвентарем и так далее. Параллельно с расспросом, частью диагностической процедуры является включение специалистов во взаимодействие с ребенком и наблюдение за его спонтанной деятельностью. При таком одновременном описании родителями трудностей ребенка и игрой специалистов с ним, удастся в реальном времени сформулировать и проверить диагностические гипотезы.

Преимущества блица заключаются в том, что:

1. Каждый специалист интерпретирует совместно наблюдаемый феномен с позиции своего подхода и в итоге процедуры мы получаем более полное, объемное и системное видение пациента и его ситуации.
2. По итогу осмотра команда специалистов имеет возможность выработать общую стратегию коррекционной работы и разделить зоны ответственности с учетом рекомендаций смежных специалистов по взаимодействию с ребенком и его семьей.
3. Совместный блиц-осмотр позволяет в сжатые сроки приступить к коррекционно-реабилитационной работе, не затрачивая время каждого специалиста в отдельности на сбор анамнеза и прояснение запроса. Это имеет решающее значение в связи с ограниченными сроками госпитализации.
4. Родители с самого начала госпитализации включаются в сотрудничество не только с лечащим врачом, но и с другими специалистами, что помогает им лучше ориентироваться в направлении работы каж-

дого специалиста, систематизировать запрос и увидеть пути его реализации. Все это вкупе способствует повышению комплаентности.

5. Уже по итогам одной процедуры родитель получает развернутую обратную связь, касающуюся особенностей, трудностей, ресурсов и адаптационного потенциала.

Преимущества блиц-осмотра во многом обеспечены подбором тематических блоков вопросов для этапа структурированного расспроса. Их особенностью является то, что информация, полученная из ответов может быть использована специалистом каждого профиля для выдвижения и проверки диагностических гипотез в своей области, а также выделения направления индивидуальной и групповой коррекционной работы. В качестве примера такого тематического блока можно привести: «Интересы ребенка», включающего вопросы относительно содержания, разнообразия и устойчивости интересов; «Эмоциональная сфера», включающего вопросы относительно уместности и силы эмоциональных реакций, способности к дифференциации и номинации своих и чужих эмоциональных состояний, динамики эмоционального состояния, навыков эмоциональной регуляции.

Таким образом, успех работы полипрофессиональной команды обусловлен возможностью рассматривать нарушения пациента с разных точек зрения и опираясь на разные научные парадигмы, а затем обобщать полученные данные и объединять их в общую концепцию. Далее, опираясь на общее видение, выстраивать комплексный и внутренне непротиворечивый реабилитационный маршрут для пациента и его семьи.

Влияние насилия в детском возрасте на формирование аутоагрессивного поведения

*Абрамова А.А., Кузнецова С.О.,
Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г.*
ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»
aida-abramova@yandex.ru

Ключевые слова: насилие, аутоагрессия, самоповреждение

Influence of violence in childhood on the formation of autoaggressive behavior

*Abramova A.A., Kuznetsova S.O.,
Enikolopov S.N., Efremov A.G.*
FSBSI “Mental Health Research Center”
aida-abramova@yandex.ru

Keywords: violence, auto-aggression, self-harm

Введение. Актуальность данного исследования продиктована постепенно увеличивающимся количеством исследований в медицинской и психологической науке, посвященным исследованию особенностей самоповреждающего поведения и аутоагрессии норме и при психических расстройствах [1, 2]. Многие исследователи показывают значимые корреляции между физическим и сексуальным насилием, случившемся в детстве, с различными формами аутоагрессивного поведения в более старшем возрасте. Следует отметить, что в современном обществе число аутоагрессоров молодого возраста увеличивается с каждым годом, также растет количество совершения повторных попыток самоповреждений. При этом юношеский возраст наиболее сильно подвержен данным тенденциям, именно в этом возрасте отмечаются самые разнообразные формы и степени аутоагрессивного поведения и рост тенденции к повторному совершению самоповреждений.

Цель нашего исследования состояла в изучении взаимосвязи между пережитым в детстве сексуальным злоупотреблением (насилием) и формами, выраженностью аутоагрессии, наличием самоповреждающего поведения, расстройствами пищевого поведения, наличием суицидальных мыслей и неудовлетворенностью собственным телом у людей в более старшем возрасте. Мы опираемся на предположение о том, что сниженное чувство собственного достоинства, выступающее как результат неудовлетворенности собственным телом, будет служить свя-

зующим звеном между пережитым в детстве насилием и проявлениями аутоагрессивного поведения во взрослом возрасте.

Материал и методы. В нашем исследовании участвовали 113 человек юношеского возраста, из них 104 девушки и 9 юношей. Средний возраст испытуемых составил 19,9 лет (стандартное отклонение – 5,2). Испытуемые отбирались в рамках плановой диспансеризации абитуриентов и студентов нескольких вузов г. Москвы. Испытуемые заполняли в электронном виде анонимные опросники, обязательно указывая демографические данные, а также информацию о частоте, дате начала, длительности и способах аутоагрессивного поведения. Участие в исследовании было добровольным.

В данном исследовании нами были использованы методы опроса, субъективного шкалирования и математический анализ. Для сбора первичной информации была написана соответствующая программа на языке программирования Visual Basic (версия 6.0). Исходя из цели исследования, нами были использованы следующие методики: 1) краткая методика фиксации нарушений пищевого поведения (The SCOFF Questionnaire), 2) шкала измерения степени неудовлетворенности имиджем тела (The Body Satisfaction Scale), 3) шкала самоповреждающего поведения, 4) шкала фиксации пережитых травм детства (краткая форма), 5) шкала оценки частоты появления суицидальных мыслей (The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory). Математическая обработка полученных результатов осуществлялась с использованием основных базовых статистических процедур и процедуры анализа дисперсий one-way ANOVA.

Результаты. Согласно результатам, полученным в нашем исследовании, испытуемые, имеющие пережитое в детстве сексуальное насилие, статистически значимо чаще ($p < 0,05$) говорят и о других различных травмирующих моментах пережитого опыта, эмоциональном злоупотреблении взрослыми в детстве, эмоциональном игнорировании ребенка значимыми взрослыми, а также о физическом пренебрежении, заброшенности ребенка со стороны родителей, физическом насилии со стороны значимых взрослых, по сравнению с группой испытуемых без опыта насилия в детском возрасте. В тоже время было выявлено, что такие типы самоповреждений, как порезы, удары, прижигания статистически значимо чаще присутствуют в группе испытуемых с сексуальным насилием, по сравнению с контрольной группой. При этом, еженедельно совершают акты аутоагрессивного поведения 46,9 % испытуемых из группы с сексуальным насилием. По количеству видов физических самоповреждений группы также различались, у 82,3 % испытуемых с сексуальным насилием было выявлено более двух видов физических самоповреждений.

Статистически значимые различия между исследуемыми группами были получены также по шкале нарушений пищевого поведения,

в группе аутоагрессоров выше показатели по шкале. Настоящие результаты подтверждаются данными исследований, отмечающими наличие положительных корреляций между пережитым сексуальным насилием в детском возрасте и расстройствами пищевого поведения во взрослом возрасте. Таким образом, можно сделать вывод о том, что травмирующий опыт пережитого в детстве сексуального насилия может являться фактором, связанным с формированием неудовлетворенности собственным телом, как в целом, так и отдельных частей. При этом, данная травмирующая связка пережитого насилия с образом тела (или его частей) вызывает расстройства пищевого поведения или повышает риск преднамеренного самоповреждающего поведения, имея своей целью, желание изменить форму своего тела (или какую-то его часть), уменьшив, тем самым, интенсивность переживания от травматического события.

Также, в группе испытуемых с опытом сексуального злоупотребления отмечались статистически значимые более высокие показатели риска суицидального поведения и степени наличия суицидальных мыслей, чем в группе испытуемых без злоупотребления. Таким образом, пережитый травматический опыт в детстве вызывает большое количество негативных эмоциональных переживаний, с которыми человек не может справиться, что в свою очередь приводит к аутоагрессивному поведению, которое является предиктором суицидального поведения. Важно отметить, что до сих пор остаются невыясненными дифференцирующие критерии, согласно которым одни люди, пережившие сексуальное насилие в детстве, приходят к суицидальному поведению на фоне суицидальных мыслей, а другие – на таком же фоне суицидальных мыслей – к преднамеренному самоповреждающему поведению несуйцидального характера. Исходя из результатов нашего исследования, можно выдвинуть гипотезу о том, что, преднамеренное самоповреждение может выступать в качестве альтернативы суицидальному поведению, как способ совладания с эмоциональными переживаниями, связанными с травмирующей, стрессовой, шоковой ситуацией от пережитого в раннем возрасте сексуального насилия.

Выводы. Данное исследование направлено на акцентирование внимания на проблеме влияния пережитого в детстве сексуального насилия и других форм злоупотребления на возникновение самоповреждающего поведения в более старшем возрасте, а также рассматривает пережитое сексуальное насилие в детском возрасте как фактора риска возникновения целого ряда других негативных поведенческих проявлений, сопровождающих аутоагрессию. Полученные нами результаты можно использовать для создания индивидуальных психопрофилактических программ, а также для психокоррекционной, психотерапевтической работы с детьми, подростками и людьми более старшего возраста.

Литература

1. *Масагутов Р.М.* Гендерные различия в проявлениях аутоагрессии у подростков // Вопросы психологии. 2003. № 3. С. 35–42.
2. *Остроглазов В., Лисина М.А.* Клинико-психопатологическая характеристика состояний у лиц, совершивших суицидальные попытки // Журнал неврологии и психиатрии. 2000. № 6. С. 18–20.

Привязанность и способность к ментализации у подростков-сирот

Авакян Т.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

avakyantv@mgppu.ru

Воликова С.В.

МНИИП (филиал ФГБУ «НМИЦ ПН

им. В.П. Сербского»), Москва, Россия

svetlanavv2006@yandex.ru

Ключевые слова: привязанность, подростки-сироты, ментализация, социальное познание

Attachment and mentalization in adolescent orphans

Avakyan T.V.

Moscow State University of Psychology and Education

Volikova S.V.

Moscow Research Institute of Psychiatry

(branch of the V. Serbsky FMRCPN), Russia

Keywords: attachment, adolescent orphans, mentalization, social cognition

Введение. Привязанность является важной характеристикой, тесно связанной с развитием социального познания и определяющей качество взаимоотношений с окружающими людьми [А.Б. Холмогорова, 2016; M.A.J. Zeegers et al., 2019]. Одно из направлений исследования социального познания – способность к ментализации – изучает понимание психического состояния (эмоций, чувств, намерений) других людей. Показано, что сироты хуже понимают чувства и эмоции окружающих [А.В. Хачатурова, Е.А. Сергиенко, 2009; J. Vick et al., 2017]. Процесс формирования личности подростка-сироты проходит в условиях особой социальной ситуации – проживании в учреждении, где уклад жизни коренным образом отличается от проживания в семье, что не может не оказывать влияния на дальнейшую социализацию [А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых, 2009]. В связи с этим, важно исследовать, с какими факторами связаны нарушения социального познания у подростков-сирот.

Материал и методы. Для исследования влияния специфики социальной ситуации на способность к ментализации у подростков-сирот нами было выделено несколько параметров: наличие опыта жизни

в семье, возраст изъятия из кровной семьи, количество перемещений из учреждения в учреждение в течение жизни, длительность проживания в учреждении. Кроме этого оценивался тип привязанности. Выборку составили 68 подростков-сирот, воспитывающихся в учреждении для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Возраст от 10 до 17 лет ($M=14$ лет). Из них 5 подростков не имели опыта жизни в семье, а 63 подростка проживали в кровной семье до помещения в учреждение. Распределение подростков по возрасту изъятия из кровной семьи следующее: 14 чел. помещены в учреждение до 3 лет, 12 чел. с 4 до 6 лет, 27 чел. с 7 до 11 лет, 15 чел. в возрасте старше 12 лет. Оценка привязанности осуществлялась с помощью «Теста привязанности», разработанного на основе классификации М. Эйнсворт (С. Hazan, P. Shaver). Испытуемому предлагалось выбрать из трех утверждений то, которое наиболее точно описывает ощущения и переживания, возникающие в процессе общения с людьми. В нашей работе избегающий и амбивалентный типы были объединены в общую группу «ненадежная привязанность», что обусловлено малочисленностью выборки. Способность к ментализации оценивалась с помощью подростковой версии теста «Чтение психического состояния по глазам» (С. Varon-Cohen), в котором необходимо определить, что чувствует изображенный на фотографии человек. Каждая фотография, представляющая собой только область глаз, сопровождается 4 вариантами ответа, из которых нужно выбрать правильный вариант. Уровень алекситимии оценивался с помощью опросника TAS-20-R (G.J. Taylor с соавт.), включающего в себя 3 субшкалы. Статистическая обработка проводилась методом двухфакторного дисперсионного анализа 2-way ANOVA (3x2).

Результаты. Количество подростков-сирот с надежной привязанностью составило 37 человек, а с ненадежной – 28. Было обнаружено, что тип привязанности совокупно с возрастом изъятия из кровной семьи оказывают влияние на способность к ментализации в дальнейшем ($p=,008^{**}$). Так наибольший дефицит способности к пониманию психического состояния другого человека наблюдается у подростков с ненадежной привязанностью, изъятых из кровной семьи в раннем (до 3 лет) возрасте. А среди подростков с надежной привязанностью лучше с задачей на ментализацию справляются те, кто был изъят из семьи в раннем возрасте, по сравнению с подростками-сиротами, поступившими в учреждение в дошкольном и школьном возрасте. Можно предположить, что надежная привязанность выступает в качестве основы для более успешного развития ментализации.

Длительность проживания в учреждении (более 5 лет или менее 5 лет) в совокупности с типом привязанности не обнаруживает различий в способности к ментализации. Однако получено различие в трудностях с описанием собственных чувств другим людям. Так, у подростков-си-

рот с надежной привязанностью больше трудностей в описании своих чувств среди тех, кто длительно проживает в учреждении, более 5 лет. Проживая в учреждении, подросток реже обращается к своим чувствам, меньше говорит о своих переживаниях с другими. Долго проживая в институциональной системе, подросток медленней развивает рефлексивные навыки, ему становится сложнее определять свое состояние и подбирать нужные слова для описания другому человеку. У подростков-сирот с ненадежной привязанностью наоборот – труднее описать свои чувства и состояние тем, кто проживает в учреждении менее 5 лет. Вероятно, выявленные затруднения связаны с медленно перерабатываемым стрессом, вызванным изъятием из семьи или переводом в новое учреждение – резко поменявшийся порядок жизни приводит к необходимости адаптироваться к новому окружению, привыкнуть к новым правилам и ограничениям. Подросткам с ненадежной привязанностью требуется больше времени для переживания такого сильного стресса, чем подросткам с надежной привязанностью. Значительно больше ресурсов нужно для того, чтобы почувствовать себя в безопасности и описывать окружающим людям свое внутреннее состояние. Кроме этого с помощью корреляционного анализа показано, что чем чаще подросток перемещался из одного учреждения в другое в течение жизни, тем выше общий показатель алекситимии и тем меньше удовольствия от общения с окружающими людьми он получает.

Выводы. Таким образом, специфические характеристики социальной ситуации подростков-сирот (возраст изъятия из кровной семьи, длительность проживания в учреждении) в совокупности с типом привязанности оказывают влияние на развитие компонентов социального познания. Эти данные важно учитывать при составлении коррекционных программ и в реабилитационной работе с подростками, проживающими вне семьи.

Литература

1. Социальное познание как высшая психическая функция и его развитие в онтогенезе [Текст] / под ред. А.Б. Холмогоровой. – М.: НЕОЛИТ, 2016. – 312 с.
2. Прихожан, А. М., Толстых, Н.Н. Особенности развития личности детей, воспитывающихся в условиях материнской депривации [Текст] / А.М. Прихожан, Н.Н. Толстых // Психологическая наука и образование. – 2009. – № 3. – С. 5–12.
3. Хачатурова, А. В., Сергиенко, Е.А. Становление модели психического в условиях семейной депривации [Текст] / А.В. Хачатурова, Е.А. Сергиенко // Психология. Журнал ВШЭ. – 2009. – № 2. – С. 161–172.
4. Bick, J., Luyster, R., Fox, N. A., Zeanah, C. H., Nelson, C.A. Effects of early institutionalization on emotion processing in 12-year-old youth [Text] / J. Bick, R. Luyster, N.A. Fox, C.H. Zeanah, C.A. Nelson //

Dev. Psychopathol. – 2017. – Vol. 29. – P. 1749–1761. -doi: 10.1017/S0954579417001377.

5. *Zeegers, M. A. J., Meins, E., Stams, G.-J. J. M., Bögels, M. S., Colonnesi, C.* Does attachment security predict children's thinking-about-thinking and thinking-about-feeling? A meta-analytic review [Text] / M. A.J. Zeegers, E. Meins, G.-J. J.M. Stams, M.S. Bögels, C. Colonnesi // *Developmental review.* – 2019. – 54. DOI: 10.1016/j.dr.2019.100885

Эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия матерей с детьми дошкольного возраста, с учетом объективных и субъективных составляющих жизненной ситуации

Александрова О.В.

ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена,

Санкт-Петербург, Россия

al-ov@bk.ru

Петрасова Е.Г.

ФГБОУ ВО РГПУ им. А.И. Герцена,

Санкт-Петербург, Россия, Финляндия

elena.petrasovapsy@gmail.com

Ключевые слова: болезнь, ребенок, родители, оценка ситуации, родительское отношение

Emotional side of the parent-child interaction between mothers and preschool children, taking into account the objective and subjective components of the life situation

Alexandrova O.V.

Herzen State Pedagogical University

of Russia, Saint Petersburg, Russia

Petrosova E.G.

Herzen State Pedagogical University of

Russia, Saint Petersburg, Russia, Finland

Keywords: illness, child, relative, situation assessment, parents' attitude

Введение. Система детско-родительских отношений является важным показателем социально-психологической адаптации ребенка к особенностям той жизненной ситуации (ЖС), в которой находится семья. Поскольку при взаимодействии родителя и ребенка наиболее активной стороной является именно взрослый человек, родитель, который целенаправленно организует данное взаимодействие и направляет его, встает вопрос – какое значение на этот процесс оказывает комплекс субъективных и объективных составляющих ЖС, где к первым относят средовые значимые для человека условия, а ко вторым – особенности отношения субъекта к ним и к самому себе в этих условиях [2]. Исходя из

этого, мы предположили, что неоднозначность отражения объективной ситуации в ее субъективной репрезентации матерями дошкольников, соотносится со степенью выраженности характеристик, относящихся к эмоциональной стороне детско-родительского взаимодействия.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 74 женщины, имеющие в семье детей дошкольного возраста от 3 до 6 лет. В группу матерей, находящихся в объективно трудной ЖС (группа № 1), вошли матери ($n=24$) в возрасте от 19 до 40 лет с детьми (средний возраст детей $M=4,26$ лет) с тяжелыми и неизлечимыми заболеваниями. Нормативная выборка (обыденная ЖС) представлена русскоязычными женщинами ($n=50$) в возрасте от 19 до 40 лет из России и из-за рубежа, с условно здоровыми детьми (средний возраст детей $M=4,9$ лет). Из них: женщины, проживающие в России ($n=33$; $M=29,48$ лет) – группа № 2; женщины из Финляндии ($n=17$; $M=30,71$ лет) – группа № 3. В качестве контрольной выборки использовались данные, приведенные в литературе ($n=104$) [2].

Субъективное отражение текущей ЖС исследовалось с помощью авторской анкеты и методики «Семантический дифференциал жизненной ситуации» О.В. Александровой, И.Б. Дермановой («СДЖС»). Сбор биографические данных также производился с помощью анкеты, а для выявления выраженности основных параметров родительского отношения к ребенку, использовался опросник эмоциональных отношений в семье Е.И. Захаровой («ОДРЭВ»). Математическая обработка результатов проводилась с помощью методов описательной статистики, U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. В объективно трудной ЖС, обусловленной длительной неизлечимой болезнью ребенка, для матерей (группа № 1), в среднем, не характерен ярко выраженный дефицит какой-либо характеристики эмоциональной стороны взаимодействия («ОДРЭВ»). Исключение: матери недостаточно понимают чувства и желания ребенка на уровне ниже критериального значения по методике ($M=3,017$ и $M=3,2$), а стремление физически контактировать со своим ребенком (обнимать, держать за руку), напротив, превышает средние значения ($M=4,11$ и $M=4,033$) [2].

Для последующего анализа родительского отношения матерей, находящихся в объективно нормативной ЖС, были обследованы русскоязычные женщины, проживающие в России и за рубежом. Им было предложено оценить основные сферы своей жизни по десятибалльной шкале. Обнаружено: матери из России (группа № 2), в сравнении с женщинами из зарубежной выборки (группа № 3), воспринимают текущую ЖС как менее благополучную. А именно: общее состояние оценивается ими как менее позитивное ($M=4,91$ и $7,59$; при $p=0,000$); они в меньшей степени удовлетворены своим финансовым ($M=3,7$ против $6,88$; при $p=0,000$) и социальным положением ($M=5,52$ и $M=6,88$; при $p=0,041$). Эмоциональная ($M=5,33$ и $M=7,12$; при $p=0,037$), интимная ($M=5,33$ и

$M=7,24$; при $p=0,002$) и профессиональные ($M=4,61$ и $6,71$; при $p=0,007$) стороны жизни воспринимаются ими как менее успешные, а возможности личностного роста, как недостаточные ($M=5,33$ и $7,24$; при $p=0,002$) (анкета). Уровень эмоционального переживания ($M=29,48$ и $M=17,76$; при $p=0,007$) и энергетический заряд ситуации ($M=28,80$ и $M=19,09$; при $p=0,024$), а также ощущение владения ситуацией ($M=30,17$ и $16,44$; при $p=0,002$) – у них выше, как и позитивные ожидания от ситуации ($M=28,97$ и $18,76$; при $p=0,019$), («СДЖС»). То есть, объективно нормативная ЖС, в которой находятся матери дошкольников из России, в сравнении с русскоязычными женщинами из Финляндии, воспринимается ими как более трудная (напряженная) и эмоционально-заряженная. При этом, высокие позитивные ожидания и ощущение владения ситуацией, могут выполнять как роль защитного механизма психики, так и личностного ресурса личности при низком ощущении собственного благополучия в оценке основных сфер жизни. Обнаружено, что матери из России менее чувствительны к своим детям и хуже понимают их чувства и желания ($M=3,6$ и $M=4,6$; при $p=0,005$) в сочетании с более низким уровнем понимания причин их состояния ($M=3,2$ и $M=4,2$; при $p=0,043$). Они более критичны к себе и демонстрируют большую неуверенность в своей родительской позиции ($M=4$ и $M=5$; при $p=0,026$). Их отличает сниженный эмоциональный фон при взаимодействии с ребенком ($M=3,2$ и $M=4,6$; при $p=0,022$), а также более низкая способность воздействовать на его эмоциональное состояние ($M=3,6$ и $M=4,6$; при $p=0,039$).

Матери болеющих детей (группа № 1) значительно превосходят матерей в нормативной ЖС (группа № 2) в способности рефлексировать чувства и настроение ребенка ($M=3,49$ и $M=3,18$; при $p=0,021$). Их тенденция испытывать позитивные чувства в ситуации взаимодействия с ребенком, умение получать удовольствие от общения с ним – более выражены ($M=3,69$ и $M=3,43$; при $p=0,044$). Преобладает позитивный эмоциональный фон взаимодействия ($M=3,33$ и $3,05$; при $p=0,014$); отмечается выраженное стремление к телесному контакту ($M=3,77$ и $M=3,43$; при $p=0,015$) и оказанию ребенку эмоциональной поддержки ($M=3,58$ и $M=3,3$; при $p=0,002$). Тогда как эмоциональная сторона детско-родительского взаимодействия матерей с болеющими детьми (группа № 1) значительно отличается от русскоязычных матерей из Финляндии (группа № 3) лишь низкой способностью правильно оценивать эмоциональное состояние собственного ребенка ($M=3,26$ и $M=3,67$; при $p=0,016$).

Заключение. На гармоничность детско-родительского взаимодействия в условно нормативной (обыденной) ЖС влияет скорее субъективное восприятие степени тяжести переживаемой ЖС, а в объективно трудной ЖС, по-видимому, важное значение играет сам характер переживаемой ЖС. Так, ситуация длительной и неизлечимой болезни ребенка отличается высокой степенью экзистенциальной исполненности,

что, по-видимому, способствует снижению негативных проявлений по всем параметрам эмоционального взаимодействия.

Литература

1. *Александрова О.В., Дерманова И.Б.* Семантический дифференциал жизненной ситуации // *Консультативная психология и психотерапия.* – 2018. – Т. 26. № 3. – С. 127–145.
2. *Захарова Е.И.* Особенности взаимодействия матерей с детьми в условиях «позднего» материнства // *Национальный психологический журнал.* – 2014. – № 2 (14) – С.97–101.

Оценка эмоционального состояния и отношения к ребенку у женщины во время беременности и после его рождения как способ раннего выявления риска нарушений психического здоровья

Аникина В.О.

Санкт-Петербургский государственный университет, Россия

Ключевые слова: ранее выявление, психическое здоровье, беременность, эмоциональное состояние, представление о ребенке

Assessment of emotional states and attitude to a child in pregnancy and after birth of a child as a tool for early detection of mental health problems

Anikina V.O.

Saint-Petersburg State University, Russia

Keywords: early detection, mental health, pregnancy, emotional state, attitude to a child

Исследования показывают, что ранний детский опыт, отношения с близким, ухаживающим за ребенком взрослым, сказываются на его последующем функционировании во взрослом возрасте, а нарушения в сфере ранних отношений могут приводить к трудностям в отношениях с другими людьми в жизни, к нарушениям психического и физического здоровья (тревоги, депрессии, и пр., суицидальным попыткам, девиантному поведению, расстройствам пищевого, сексуального поведения, сердечно-сосудистым, легочным заболеваниям, диабету, пр.).

Эти данные и клинические наблюдения привели специалистов-психологов к вопросам профилактики нарушений в области психического здоровья. Все больше разрабатывается программ психологического сопровождения семей с маленькими детьми, которые семья может выбрать самостоятельно, ориентируясь на свой запрос. Таким запросом чаще всего является раннее (педагогическое) развитие ребенка, то есть освоение им определенных навыков. При этом нередко из внимания родителей, а иногда и самих специалистов, занимающихся ранним развитием, уходит важность качества взаимодействия, подстройка матери и ребенка, которые являются основой отношений привязанности и залогом будущего психического здоровья ребенка. Если же у семьи нет запроса, если роди-

тели ребенка не осознают наличия у них проблем воспитания, то может пройти достаточно большое количество времени, прежде чем ребенок и семья получат необходимую помощь в области психического здоровья. Если время будет упущено, проблема может усугубиться. О важности раннего выявления риска развития проблем психического здоровья много лет говорят зарубежные коллеги (Аникина, 2016).

В связи с задачей раннего выявления представляется важным сотрудничество со специалистами медицинских учреждений, которые наблюдают ребенка и семью с момента беременности и после его рождения, а именно – совместная работа психологов с неонатологами, педиатрами, гинекологами. Именно эти специалисты могут заметить признаки депрессии у матери, как во время беременности, так и после рождения ребенка; именно к этим специалистам женщина обращается, если у нее возникают вопросы, связанные со здоровьем и развитием ребенка. В настоящее время наблюдается положительный сдвиг в такой совместной работе психологов и медиков. Психологи работают в больницах и родильных домах, но в системе поликлинического приема психологическая служба отсутствует.

Одним из направлений психологической работы, позволяющих выявить риск возникновения нарушений психического здоровья, является оценка динамики эмоционального состояния женщины, ее представлений о ребенке в момент беременности и после его рождения. Многое известно про физиологические изменения в организме женщины, однако мало изучен вопрос ее эмоционального состояния, динамики представлений о ребенке и отношения к нему. Исследования показывают, что такие характеристики матери как депрессия, стресс, тревожность могут влиять на ее восприятие характеристик младенца, его поведения и его настроения (McGrath et al., 2008), она более чувствительна к негативным сигналам ребёнка и его дистрессу (Radesky et al., 2013), склонна к пренебрежению, насильственному обращению (Turney, 2011).

Одним из важных элементов, влияющих на отношение матери к ее ребенку, является ее представления о ребенке. Эти представления впоследствии могут оправдаться либо, наоборот, возникают противоречия между ожиданиями от ребенка и его реальными особенностями. Беременные женщины могут иметь идеализированные представления о себе (Setterberg, 2017), а искажение представлений о ребенке после его рождения в сравнении с представлениями о нем во время беременности у матерей в основном обусловлены проблемами ее психического здоровья, а также особенностями родов и самого младенца (Flykt, et al., 2014). У матерей, имеющих более сбалансированные представления о ребенке, дети демонстрируют безопасную привязанность в возрасте 1 года (Huth-Vocks, et al., 2011), а родители с небезопасной привязанностью имеют менее позитивные представления о своей способности заботиться о ребенке, их родительская мотивация более эгоистичная (Fonseca, et al., 2018).

Особую группу женщин составляют те, кто прибегает к зачатию при помощи экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). Существующие исследования и клинические наблюдения показывают, что эти женщины нередко обладают специфическими психологическими характеристиками и отношением к ребенку. Данная группа женщин продолжает расти благодаря развитию медицины, но остается практически не изученной, а имеющиеся научные данные противоречивы.

Таким образом, оценка эмоционального состояния женщины во время беременности, ее представлений о ребенке и отношения к нему, а также динамики этих состояний является важным инструментом для раннего выявления нарушений психического здоровья. Такая работа возможна в тесном сотрудничестве со специалистами медицинских учреждений, сопровождающих женщину во время беременности и после рождения ребенка. Исследование поддержано грантом РФФИ № 20–013–00859 А.

Литература

1. *Аникина В.О.* Проблема раннего выявления нарушений психического здоровья. // Психическое здоровье человека XXI века: Сборник научных статей. ИД “Городец”, 2016. — 237–239.
2. *Flykt M., Palosaari E., Lindblom J., Vänskä M., Poikkeus P., Repokari L., Tiitinen A., Tulppala M., Punamäki R.* What Explains Violated Expectations of Parent–Child Relationship in Transition to Parenthood? *Journal of Family Psychology*. 2014, Vol. 28, No. 2, 148–159.
3. *Fonseca A, Nazaré B., Canavarro C.* Mothers’ and fathers’ attachment and caregiving representations during transition to parenthood: an actor–partner approach. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2018. 36:3, 246–260.
4. *Huth-Bocks, A., Theran S., Levendosky A., Bogat A.* A social-contextual understanding of concordance and discordance between maternal prenatal representations of the infant and infant–mother attachment. *Infant Mental Health Journal*, 2011. Vol. 32(4), 405–426
5. *McGrath J.M., Records K., Rice M.* Maternal depression and infant temperament characteristics // *Infant Behavior and Development*. January 2008. Vol. 31. Issue 1. P.71–80.
6. *Radesky J.S., Zuckerman B., Silverstein M., Rivara F.P., Barr M., Taylor J.A., Lengua L.J., Barr R.G.* Inconsolable infant crying and maternal postpartum depressive symptoms // *Pediatrics*. June 2013. Vol. 131. № 6. e1857–e1864.
7. *Setterberg S.* The Fantasmatic and Imaginary Child of the Pregnant Woman. *Gen Psychiatr.* 2019; 32(2)
8. *Turney K.* Labored love: Examining the link between maternal depression and parenting behaviors // *Social Science Research*. 2011. № 40 (1). P. 399–415.

Отношение к болезни девушек с анорексией на ранних этапах ремиссии

Баканова А.А., Новикова С.В.

ФГБОУ ВО «РГПУ им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия

ba2006@mail.ru, sofina1ove2012@gmail.com

Ключевые слова: анорексия, ремиссия, отношение к болезни

Attitude to the disease in girls with anorexia in the early stages of remission

Bakanova A.A., Novikova S.V.

The Herzen State Pedagogical

University of Russia, St. Petersburg, Russia

Keywords: anorexia, remission, relationship to the disorder

Введение. Анорексия, согласно МКБ-10, определяется как расстройство, характеризующееся снижением веса, вызываемым и/или поддерживаемым самим пациентом. Это очень тяжёлое и трудно поддающееся лечению заболевание, распространённое, по большей части, среди женщин [3]. Чаще всего данное заболевание характерно для подростков от 13 до 20 лет, а самый пик приходится на 15–16 лет [1]. Среди факторов заболевания выделяют социальный и биологический [2], а также личностные факторы, факторы культуры, фактор стрессовых событий и возрастной фактор [3].

Так как формирование анорексии связано с целым рядом факторов, то достижение ремиссии и приверженность лечению является сложным и длительным процессом, что обуславливает актуальность исследования отношения девушек с анорексией к своему заболеванию в контексте психологических факторов приверженности лечению.

Материал и методы. Целью исследования являлось изучение отношения к своему заболеванию у девушек, больных анорексией, в контексте приверженности лечению. Гипотезой выступило предположение о том, что в отношении к своему заболеванию у девушек с анорексией можно выявить характеристики, которые могут способствовать или препятствовать приверженности лечению и, соответственно, достижению ремиссии.

В основу исследования был положен феноменологический подход, в рамках которого было разработано структурированное клинико-психологическое интервью, состоящее из 25 вопросов преимущественно открытого типа, разбитых на три блока. Первый блок содержит соци-

ально-демографическую информацию. Второй блок вопросов посвящён отношению девушек с анорексией к своей болезни (от начала заболевания до ремиссии). Третий блок вопросов раскрывает субъективные ресурсы и препятствия к выздоровлению у девушек с анорексией.

В исследовании приняли участие 7 девушек в возрасте от 16 до 25 лет (средний возраст – 19,8 лет). Все девушки состояли в тематических группах в социальных сетях и принимали участие в исследовании добровольно. Двум девушкам был поставлен диагноз F50.0 «Нервная анорексия» более 5-ти лет назад. Вне зависимости от наличия или отсутствия официального диагноза девушки сообщили, что наблюдают симптомы расстройства пищевого поведения на протяжении от 1,5 до 13 лет (средний стаж заболевания составил 5 лет). С учетом их актуального возраста начало заболевания приходится у этих девушек на период с 12 до 17 лет (средний возраст начала заболевания 14 лет). На момент исследования их заболевание (по субъективным оценкам) находится в ремиссии не меньше года. Результаты, полученные с помощью интервью, обрабатывались с помощью нарративного анализа.

Результаты.

1. Среди пусковых механизмов расстройства пищевого поведения чаще называются недовольство своим телом, негативная оценка собственной внешности, недовольство жизнью («я ненавидела своё отражение в зеркале»). Можно предположить, что похудание рассматривается девушками как способ изменения себя и своей жизни.
2. Изменения в пищевом поведении девушками не идентифицируются как начало развития заболевания, что приводит к отказу за помощью к медицинской помощи на протяжении всего заболевания («больной я себя не считала в период расстройств никогда. Только позже я узнала, что РПП – это серьёзный диагноз»). Примечательно, что отношение к болезни в начальном ее периоде является, скорее, положительным («считала, что нашла лёгкий и приятный способ быстро худеть»). В случае медикаментозного лечения приверженность к нему оказывается низкой («мне назначали гормоны, витамины и антидепрессанты, но это было бесполезно»).
3. Развитие заболевания характеризуется снижением физической и социальной активности (вплоть до утраты отношений с друзьями), представлением о враждебности со стороны окружающих, негативным фоном настроения, а также усиливающейся ненавистью к себе («я не гуляла, ни с кем не общалась и только училась; все считали меня странной»).
4. При описании динамики развития заболевания характерным ее признаком является волнообразный характер течения и цикличность: диета (снижение веса) – осознание проблемы (попытка уйти в ремиссию) – компульсивное переедание (набор веса) – диета и т.д.

(«я была полностью поглощена этой темой, а также я находилась в замкнутом круге «диета-срыв-обжираловка»»). Достижение ремиссии для большинства девушек оказывается трудной задачей, связанной с переживанием гнева по отношению к себе.

5. Девушки с анорексией в большей степени склонны обращаться за психологической помощью, чем за медицинской, однако приверженность профессиональной психологической поддержке также оказывается низкой. Девушки предпочитают искать поддержку в различных интернет-сообществах, площадках с видеоресурсами и в литературе, избегая обращаться к врачам («мой опыт лечения – книги, ютуб каналы, блоги в инсте, фильмы, поддержка от близких»).
6. Признаками, характерными для ремиссии, называются улучшение отношения к себе, стабильные отношения с едой, контролируемость мыслей о еде и похудании. Субъективным препятствием для ремиссии выступает амбивалентное отношение к еде, которая воспринимается как нечто одновременно враждебное и желанное; а процесс приёма пищи сопровождается чувством стыда и ненависти к себе.

Выводы. Исследование показало, что у девушек с анорексией не сформировано отношение к изменению пищевого поведения как к болезни, что может обуславливать их редкое обращение за медицинской помощью. Также результаты позволяют предположить, что значимым препятствием в лечении РПП является представление о внешности как о «мериле собственной ценности».

Среди характеристик отношения к болезни и себе, субъективно затрудняющих наступление ремиссии и препятствующих приверженности лечению, можно выделить: 1) негативное отношение к своей жизни и личности вместе с представлением о том, что причина этой неудовлетворенности – излишний вес; 2) представление о похудании как о способе решения проблем, возникающих в отношениях с собой и другими; 3) амбивалентное отношение к пище, вызывающее чувство стыда.

Среди характеристик, позитивно влияющих на приверженность лечению и выход в ремиссию, можно выделить следующие: 1) психологическая поддержка близких людей и специалистов, а также информационная поддержка о лечении расстройств пищевого поведения (РПП) как способы поддержания мотивации к выздоровлению; 2) постепенное улучшение физического и психологического состояния в процессе лечения/ремиссии; 3) понимание причин РПП, лежащих больше в плоскости отношений с собой («осознать, для чего мне тело и почему оно не должно быть истощённым»); 4) такие личностные качества, как терпение, упорство и принятие ответственности за свое здоровье.

Основными направлениями для психопрофилактики расстройств пищевого поведения можно назвать следующие: информирование о пищевых расстройствах как о заболеваниях, имеющих свои симптомы,

риски и последствия для здоровья; работа с самооценкой своей личности, своей внешности и собственной жизни; актуализация внутренних ресурсов, способствующих повышению удовлетворенности жизнью, отношениями с собой и другими людьми.

Литература

1. *Коркина М.В., Цивилько М.А., Марилов В.В.* Нервная анорексия: Монография. М.: Медицина, 1986 [Электронный ресурс] // URL: <http://www.psychiatry.ru/lib/55/book/58> (Дата обращения: 02.08.2020)
2. *Сулейманов Р.А., Артемьева М.С.* Социальные и биологические факторы в генезе нервной анорексии// Материалы Российской конференции «Современные принципы терапии и реабилитации психически больных». – М., 2006. – С. 183–184. [Электронный ресурс] // URL:<http://www.phil.gu.se/sffp/reports/36.%20Solejmanov%20&%20Artemeva.pdf> (Дата обращения: 02.08.2020);
3. *Kinnaird E., Norton C., Tchanturia K.* Clinicians' views on treatment adaptations for men with eating disorders: a qualitative study. *BMJ Open* 2018; 8. doi:10.1136/bmjopen-2018-021934 [Электронный ресурс] // URL: <https://bmjopen.bmj.com/content/8/8/e021934> (Дата обращения: 02.08.2020)

Сравнительный анализ удовлетворенности качеством жизни студентов Кировского ГМУ с учетом влияния полового фактора

Барбакова Л.М.

*Кировский государственный
медицинский университет, Россия*
liliabarbakova@yandex.ru

Ключевые слова: Качество жизни, половой фактор, гендер, студенты

Comparative analysis of satisfaction with the quality of life of students of Kirov state medical university, taking into account the influence of sex factor

Barbakova L.M.

Kirov State Medical University, Russia

Keywords: quality of life, sex factor, gender, students

Введение. Качество жизни (КЖ) является интегральной характеристикой физического, психологического, эмоционального и социального функционирования, основанной на субъективном восприятии респондента. [1] Удовлетворенность КЖ является составной частью более широкого понятия «субъективного благополучия». [2] В литературе имеется информация о том, что пол является важным фактором, определяющим различия в физическом и психологическом здоровье. [3, 4] Считается, что для женщин характерны более низкие субъективные показатели здоровья. Существует следующий парадокс – «женщины болеют чаще, мужчины умирают раньше». [5] Настоящая исследовательская работа направлена на выявление различий показателей КЖ у мужчин и женщин, студентов Кировского государственного медицинского университета (КГМУ).

Целью исследования является проведение сравнительного анализа удовлетворенности КЖ студентов КГМУ с учетом влияния полового фактора.

Материалы и методы. С целью выявления особенностей удовлетворенности в различных сферах жизни среди студентов КГМУ, было опрошено 60 студентов в возрасте 18–26 лет (30 мужчин и 30 женщин). Средний возраст в группе мужчин составил $22,1 \pm 1,62$ года; женщин – $21,5 \pm 1,52$ года. Группы формировались методом случайной выборки: по возрасту, социальному положению, уровню образования были од-

народными. КЖ оценивалось с помощью русскоязычной версии международного стандартизированного опросника SF-36. Представленный опросник является общим и позволяет оценивать КЖ здоровой популяции, обладает высокой чувствительностью, является кратким и обладает достаточной простотой в интерпретации результатов. Опросник SF-36 включает в себя 36 вопросов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP), интенсивность боли (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE), психическое функционирование (MH). Респонденты получали анкету, в которой самостоятельно отмечали наиболее подходящие для них варианты ответа. Результаты опроса представляются в виде оценок в баллах от 0 до 100.

Статистическая обработка полученных результатов проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office с помощью t критерия Стьюдента. Различия между группами считали статистически значимыми при $p \leq 0,05$.

Результаты. Средние показатели в группах мужчин и женщин [среднее арифметическое \pm стандартное квадратичное отклонение (медиана)]: физическое функционирование $94,2 \pm 12,12$ (100) и $95,5 \pm 6,1$ (97,5), статистическая значимость 0,59; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием $88,3 \pm 20,14$ (100) и $75 \pm 39,79$ (100), статистическая значимость 0,11; интенсивность боли $83,9 \pm 21,64$ (100) и $76,2 \pm 27,06$ (84), статистическая значимость 0,23; общее состояние здоровья $71,2 \pm 17,69$ (72) и $66,5 \pm 16,14$ (69,5), статистическая значимость 0,28; жизненная активность $67,5 \pm 19,01$ (67,5) и $67,8 \pm 16,26$ (70), статистическая значимость 0,94; социальное функционирование $80,83 \pm 18,18$ (87,5) и $77 \pm 24,60$ (87,5), статистическая значимость 0,10; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием $71,1 \pm 7,78$ (100) и $68,5 \pm 17,43$ (70) статистическая значимость 0,50; психическое функционирование $70 \pm 18,98$ (72) и $68,5 \pm 17,43$ (70), статистическая значимость 0,76.

Выводы. В данном исследовании показатели КЖ, оцениваемые с помощью опросника SF-16, статистически значимо не отличались между студентами мужчинами и студентами женщинами.

Литература

1. Сирусина Ад. В., Сирусина Аэ. В., Ком Т.Л., Шаламова Е.Ю., Рагозин О.Н. Гендерные и возрастные особенности качества жизни населения северного региона // Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2014. № 3(30) С. 33–39. [<https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-i-vozzrastnyie-osobennosti-kachestva-zhizni-naseleniya-severnogo-regiona/viewer>]

2. *Галиахметова Л.И.* Благополучие, субъективное благополучие, удовлетворенность жизнью: проблема взаимосвязи // Вестник Башкирского университета. 2015. № 3(20). С. 1114–1118. [<https://cyberleninka.ru/article/n/blagopoluchie-subektivnoe-blagopoluchie-udovletvorennost-zhiznyu-problema-vzaimosvyazi/viewer>]
3. *Агаджанян Н.А., Радыш И.В.* Качество и образ жизни студенческой молодежи // Экология человека. 2009. № 5. С. 3–8. [<https://cyberleninka.ru/article/n/kachestvo-i-obraz-zhizni-studencheskoy-molodezhi/viewer>]
4. *Захаров Н.Б.* Уровень качества жизни больных с расстройствами шизофренического спектра с учетом гендерного фактора // Вятский медицинский вестник. 2018. № 2(58). С. 40–44. [<https://cyberleninka.ru/article/n/uroven-kachestva-zhizni-bolnyh-s-rasstroystvami-shizofrenicheskogo-spektra-s-uchetom-gendernogo-faktora/viewer>]
5. *Шаламова Е.Ю., Сафонова В.Р.* Гендерно-половые особенности качества жизни студентов младших курсов северного медицинского вуза // Экология человека. 2013. № 4. С. 8–12. [<https://cyberleninka.ru/article/n/genderno-polovye-osobennosti-kachestva-zhizni-studentov-mladshih-kursov-severnogo-meditsinskogo-vuza/viewer>]

Проявление перфекционизма у студентов-педагогов

Басанова Е.Е.

ФГБОУ ВО «Пятигорский

государственный университет», г. Пятигорск

lenmit@yandex.ru

Ключевые слова: здоровый перфекционизм, патологический перфекционизм, перфекционистская самопрезентация, студенчество

Manifestation of perfectionism in students-teachers

Basanova E.E.

FSBEI HE at Pyatigorsk State University

Keywords: healthy perfectionism, pathological perfectionism, perfectionist self-presentation, students

Проблема перфекционизма становится все более распространенной, она связана с возрастающими требованиями к выполняемой деятельности. Исследователи феномена перфекционизма едины в своем мнении и обозначают его, как стремление к получению идеального результата деятельности, выдвижению высоких требований к выполняемой деятельности.

Деятельность учащихся постоянно оценивается педагогами, родителями, другими учащимися и, несомненно, самими студентами тоже. И даже, если ребенок не являлся изначально перфекционистом, то он может обучаться у педагога, склонного к перфекционизму, что также может осложнять обучение.

Принято выделять здоровый и патологический перфекционизм [Н.Г. Гараян, А.Б.Холмогорова, Т.Ю.Юдеева]. Здоровый перфекционизм является движущей силой развития личности. При здоровом перфекционизме личность, достигая поставленной цели, как правило, удовлетворена результатом, объективно оценивает свои возможности и ограничения, оптимистично настроена в отношении результата деятельности. Патологический или «невротический» перфекционизм превращает жизнь человека в испытание. Им движет страх не справиться, стыд за не идеальный результат деятельности, в результате человек переживает высокий уровень тревожности. Внимание фокусируется не на ресурсах личности, а на ограничениях, которые необходимо преодолеть любым способом.

Патологический перфекционизм крайне негативно влияет на психическое и физиологическое здоровье. Некоторые ученые связывают перфекционизм с тревожными и депрессивными расстройствам [Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, Т.Ю. Юдеева], с нарушениями пищевой жизни [И.Г. Малкина-Пых], с неблагополучием личности [Е.А. Филатова, Е.П. Пчелкина].

Существует прямая и сильная взаимосвязь между перфекционизмом и тревожностью личности. В процессе постоянного недовольства своей работой или своими действиями, в различных жизненных ситуациях, даже по относительно малым поводам, человек склонен часто переживать сильную тревогу.

Исследование проявления здорового и патологического перфекционизма у студентов проводилось на базе Пятигорского государственного университета. В исследовании приняли участие 120 человек, обучающихся по направлению «Педагогические науки». Субъекты исследования были выбраны не случайно, поскольку психологическое благополучие и психологическое здоровье педагога непосредственно влияет на качество образования и эффективность педагогической деятельности.

Для исследования перфекционизма применялись методика П. Хьюитта и Г. Флетта «Многомерная шкала перфекционизма», методика П. Хьюитта «Шкала перфекционистской самопрезентации», методика исследования самооценки личности С.А.Будасси.

Студенты были разделены на две группы. Критерием выделения групп послужила интегральная шкала методики П. Хьюитта и Г. Флетта. В первую группу вошли учащиеся с высоким уровнем перфекционизма ($M=173,10$). Во вторую группу вошли студенты с низким уровнем перфекционизма ($M=138,0$). Таким образом, первая группа была названа – перфекционисты, вторая группа – неперфекционисты.

Между группами были обнаружены статистически значимые различия по всем четырем шкалам методики П. Хьюитта и Г. Флетта «Многомерная шкала перфекционизма» (при $p \leq 0,001$). Так, перфекционизм проявляется у студентов-педагогов во всех сферах: по отношению к себе, по отношению к окружающим. Они стремятся соответствовать стандартам и ожиданиям других, даже, если считают их чрезмерно завышенными. К себе перфекционисты выдвигают высокие требования, занимаются постоянным мониторингом своей деятельности и личности. К окружающим людям перфекционисты также серьезно требовательны, стараются их подвести под завышенные собственные стандарты, что приводит к нарушению межличностных отношений, отсутствию доверия и повышению конфликтности.

Значимые различия между перфекционистами и неперфекционистами студентов-педагогов были выявлены по шкале «Демонстрация совершенства» методики П. Хьюитта «Шкала перфекционистской самопрезентации» (при $p \leq 0,001$). Таким образом, перфекционисты стремят-

ся выглядеть для окружающих безупречными, с целью замаскировать собственное несовершенство от других. Интересным представляется тот факт, что по двум другим шкалам методики «Шкала перфекционистской самопрезентации»: шкале «Поведенческое не проявление несовершенства» и шкале «Вербальное не проявление несовершенства» между исследуемыми группами студентов-педагогов не было выявлено статистических различий. При этом средние показатели обеих групп по шкале «Поведенческое не проявление несовершенства» ($M=49,78$ и $M=41,64$ соответственно) попали в диапазон высоких значений, несмотря на то, что у перфекционистов это значение объективно выше. На основании чего можно сделать вывод, что студенты педагоги независимо от уровня перфекционизма стремятся так себя вести публично, чтобы окружающим не было заметно их несовершенство. По шкале «Вербальное не проявление несовершенства» средние значения обеих групп попали в диапазон средней выраженности ($M=27,84$ и $M=24,4$ соответственно), что свидетельствует о склонности студентов педагогов избегать разговоров с окружающими о собственном несовершенстве.

Многие исследователи утверждают, что уровень перфекционизма влияет на самооценку личности. Этот факт был подтвержден и в данном исследовании. Так, обнаружены значимые различия в уровне самооценки по методике С.А.Будасси между перфекционистами и неперфекционистами студентами педагогами (при $p \leq 0,03$). Так, перфекционисты характеризуются низкой самооценкой ($M = -0,06$), оценивают свои возможности и ресурсы ниже реально существующих. Студенты неперфекционисты, напротив, характеризуются средней адекватной самооценкой ($M = 0,46$), они знают ограничения собственных возможностей и акцентируют внимание на своих достоинствах, принимая свои недостатки.

Таким образом, среди студентов – педагогов были выявлены лица с высоким и низким уровнем перфекционизма. Перфекционисты характеризуются высокими требованиями к себе и окружающим, для них важно соответствовать, даже завышенным, стандартам других людей. Можно предположить, что в процессе профессиональной деятельности у данных студентов могут возникнуть трудности с качеством образования, с формированием доверия к ученикам и построению межличностных отношений. Перфекционисты стремятся любым способом замаскировать свои недостатки, чтобы получить высокую оценку окружающих. Эти люди фокусируются на своих ограничениях, осознание которых приводит к снижению самооценки.

Поэтому необходимо среди студентов, будущих педагогов, выявлять лиц, склонных к патологическому перфекционизму, и проводить среди них коррекционную работу силами Психологических служб ВУЗов и средних профессиональных заведений, с целью профилактики психологического и физиологического здоровья учащихся и самих педагогов.

Литература

1. *Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю.* Перфекционизм, депрессия и тревога // Московский психотерапевтический журнал, 2001, № 4. URL: https://psyjournals.ru/files/22758/mpj_2001_n4_Garanyan%20i%20dr.pdf
2. *Малкина-Пых И.Г.* Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением // Экология человека. 2010. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/perfektsionizm-i-udovletvorennost-obrazom-tela-v-strukture-lichnosti-patsientov-s-narusheniyami-pischevogo-povedeniya-i-alimentarnym>
3. *Филатова Е.А., Пчелкина Е.П.* Исследование характеристик идеального я при перфекционизме // Научные ведомости БелГУ. Серия: Гуманитарные науки. 2016. № 28 (240). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-harakteristik-idealnogo-ya-pri-perfektsionizme>

Особенности произвольного внимания детей с СДВГ, учащихся начальных классов

Белоусов А.А., Горячева Т.Г.

МЕДСИ, Москва, Россия; РНИМУ

им. Н.И.Пирогова, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

npsbelousov@mail.ru

Ключевые слова: гиперактивность, нарушение внимания, трудности обучения, нейропсихология, социальная дезадаптация

Features of voluntary attention of children with ADHD, primary school students

Belousov A. A., Goryacheva T. G.

MEDSI, Moscow, Russian Federation;

Pirogov Russian National Research Medical University,

Moscow University of Psychology and Education

Keywords: hyperactivity, attention disorders, learning difficulties, movement disorders, neuropsychology, social disadaptation

Введение. Задержка формирования произвольного внимания в начальных классах является одной из причин трудностей обучения учащихся. Повышенное напряжение на уроках, отставание в скорости усвоения умений и навыков по сравнению со сверстниками отражается на мотивации к обучению. Особенно это касается детей с синдромом дефицита внимания и гиперактивностью (СДВГ).

Последствием описанных трудностей может стать негативная, неадекватная самооценка, социальная дезадаптация, невротоподобные и психопатологические расстройства, проявляющиеся в виде навязчивых действий или повышенной тревожности. Отвлекаемость во время уроков, отсутствие заинтересованности, непонимание длинных объяснений, невосприимчивость, как к похвале, так и к наказаниям, ведут к постоянным конфликтам с учителями.

По статистическим данным СДВГ встречается примерно у 5 % детей. Высокая частота встречаемости СДВГ, трудности усвоения школьной программы, школьная дезадаптация, угроза формирования делинквентного поведения, создают необходимость в своевременной диагностике и подборе наиболее эффективных программ психологической коррекции.

В соответствии с основными подходами отечественной нейропсихологии, эффективным методом коррекции, является воздействие на центральные механизмы этих нарушений. Чтобы определить эти меха-

низмы, симптомы имеющихся нарушения необходимо квалифицировать, т.е. необходимость понять какие свойства внимания нарушены и оценить особенности их взаимоотношений с отклонениями в функционировании определенных областей мозга.

Целью работы стало эмпирическое исследование особенностей основных характеристик внимания (концентрация, объем, распределение, устойчивость, переключаемость) у детей 9–11 лет, страдающих СДВГ.

Материал. В экспериментальную группу вошло 25 детей, имеющих диагноз по МКБ-10 F90.0 «Нарушение активности и внимания», из них 10 в возрасте 9 лет, 11 в возрасте 10 лет и 4 в возрасте 11 лет. Все дети экспериментальной группы были обследованы психиатром, невропатологом и клиническим психологом. Отношение мальчиков и девочек в группе составило 19 и 6 человек соответственно. Контрольная группа так же состояла из 25 человек. Основаниями для включения в контрольную группу были отсутствие неврологических и психических заболеваний, жалоб родителей и учителей на поведение ребенка и хорошая успеваемость в школе на момент обследования

В исследовании применялись следующие методики: Корректирующая проба (тест Бурдона), Методика «Совмещение признаков» В.М. Когана, Таблицы Шульте, Методика Пьерона-Рузера. Статистическая обработка данных была произведена с использованием программы SPSS Statistics 23.0.

Полученные результаты показали что:

1. Дети 9–11 лет, страдающие СДВГ, отстают в степени концентрации, устойчивости, распределении, объеме и переключении внимания от здоровых сверстников.
2. У детей с СДВГ в результате выполнения нескольких чередующихся заданий, направленных на разные свойства внимания, утомление наступает гораздо быстрее, чем у здоровых детей и проявляется к концу исследования в более выраженном снижении устойчивости и концентрации внимания. Это говорит о трудностях переключения внимания с одного объекта на другой, с одного вида деятельности на другой.
3. По ходу выполнения заданий утомление у детей с СДВГ более выражено в первую очередь в концентрации внимания, в то время как у здоровых детей в результате усталости замедляется деятельность, изменяется стратегия выполнения задания, но при этом концентрация внимания сохраняется на том же уровне.

Выводы. Исходя из полученных данных, можно сделать выводы, что во время коррекционно-развивающей работы с детьми, страдающими СДВГ, нужно использовать методики, направленные на развитие всех основных свойств внимания. Необходимо уделять достаточное количество времени каждому из них. В дополнение к классическим

упражнениям, направленным на тренировку концентрации внимания, насыщенным дистракторами, использовать одновременную работу с несколькими объектами и проводить переключение между способами выполнения заданий. Важно учитывать более низкий энергетический потенциал таких детей и проводить занятия в небольших временных промежутках, уделяя больше времени восстановлению.

Специфика логического мышления современных дошкольников с ЗПР

Беляева С.И., Дребезгина И.В.

Российский государственный педагогический

университет имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

belyaevavsveta@inbox.ru, inesss.drebezgina@gmail.com

Ключевые слова: логическое мышление, современные дошкольники, задержка психического развития

Specificity of logical thinking of modern preschoolers with mixed specific developmental disorders

Belyaeva S.I., Drebezgina I.V.

*Herzen State Pedagogical University of
Russia, St. Petersburg, Russian Federation*

Keywords: logical thinking, modern preschoolers, mixed specific developmental disorders

Введение. Развитие интеллектуальной сферы современных старших дошкольников происходит в особых условиях, отличных от условий развития прошлых поколений, что связано с возрастанием влияния информационной среды и тем, какой объем времени она занимает в их жизни [2]. При этом дети с задержкой психического развития также подвергаются этому воздействию, так как на структуру дефекта оказывают влияние не только биологические предпосылки, но и та информационная и историческая среда, в которой растет ребенок, имеющий особенности развития [1]. В связи с активным влиянием информационных технологий на формирующуюся психику ребенка, актуальным представляется исследование изменений специфики логического мышления современных детей с задержкой психического развития (ЗПР) в сопоставлении с исследованиями прошлого века. Целью исследования стало изучение особенностей логического мышления современных старших дошкольников с задержкой психического развития.

Материал и методы Для реализации поставленной цели в 2019 году на базах дошкольных учреждений города Санкт-Петербурга было организовано и проведено исследование старших дошкольников с ЗПР с применением методик, полностью аналогичных использованным в архивном исследовании 1982 года [3] с последующим сопоставлением полученных результатов с данными архивной работы. Выборку современного исследования составили 30 детей в возрасте 6,5–7 лет (эксперимен-

тальная группа – 15 детей с ЗПР, контрольная группа – 15 нормативно развивающихся детей), которые сопоставлялись с архивной выборкой из 54 детей (34 ребенка – с ЗПР, 20 – нормативно развивающихся). Использовалась методика, разработанная Т.В. Розановой и Т.А. Стрекаловой [3], которая представляет собой серию обучающих экспериментов. В настоящей работе представлены две серии экспериментов: изучение умения формулировать общие и частные суждения с кванторами «все» и «некоторые», а также изучение умения формулировать выводы на основе двух исходных суждений.

Результаты В первой серии экспериментов исследовалось умение формулировать общие и частные суждения с кванторами «все» и «некоторые». Для этой цели перед испытуемым по порядку раскладывались шесть наборов, каждый из которых состоял из девяти карточек с изображением предметов, о свойствах которых задавались последовательные вопросы (например, «Все или некоторые черные предметы на картинках – это обувь?»). Средний процент количества правильных ответов по всем шести заданиям значимых различий не обнаружил: у современных дошкольников с ЗПР он составил 48 %, а в архивной выборке – 53,3 %, однако показательной оказалась динамика успешности выполнения заданий. Было выявлено, что у современных дошкольников с ЗПР наблюдалось постепенное снижение успешности выполнения заданий от первого к последнему по мере их усложнения (успешность выполнения падала от 67 % в первом задании до 20 % в последнем). Этот результат является прямо противоположным данным исследования прошлых лет, где дети постепенно научаясь, справлялись с заданиями все лучше (от 0 % в первом задании до 85 % в последнем). Полученные данные свидетельствуют о том, что современные дети с ЗПР, усвоив принцип применения понятий «все» и «некоторые» в более легких заданиях, продолжали стереотипно применять его и в более сложных, что можно определить как случай неадекватного логического переноса. При этом, дети современной выборки более успешно, чем дети сопоставляемой группы, справлялись с заданиями, где были вопросы о конкретных характеристиках объектов, которые могут быть представлены наглядно (цвет, форма, материал), но менее успешно выполняли задания, в которых содержались вопросы об абстрактных характеристиках объектов, обозначенных обобщенными понятиями (например, «Вся или некоторая мебель – стулья?», «Все или некоторые стулья – мебель?»).

Во второй серии экспериментов исследовалось формальная логика – умение формулировать выводы на основе двух исходных суждений без опоры на наглядный материал (например, «Корова приносит пользу, лошадь тоже приносит пользу и собака приносит пользу. Корова, лошадь и собака – это домашние животные. Значит, ...»). Если ребенок не мог ответить самостоятельно, то давалась возможность получения помощи

(наводящего вопроса) от экспериментатора («Что можно сказать про домашних животных?»). Результаты показали, что никто из современных детей с ЗПР не справился с построением умозаключений самостоятельно, и даже после оказания помощи. В архивной выборке дети с ЗПР справились с заданием более успешно – среди них только 27 % детей не смогли выполнить задание, остальные либо справились самостоятельно (20 %), либо после оказания помощи (53 %).

Резюме По результатам сравнительного анализа современной и архивной выборок детей старшего дошкольного возраста с ЗПР было выявлено, что при выполнении заданий на исследование умения формулировать общие и частные суждения современные дети менее успешно, чем дети прошлого века, справляются с заданиями, в которых необходимо осуществить обобщение и сопоставление абстрактных свойств предметов. При этом, они успешнее, чем дети сопоставляемой выборки, выполняют задания, где можно оперировать с конкретными наглядными характеристиками объектов.

Исследование формальной логики свидетельствует о том, современные дети с ЗПР затрудняются в осуществлении логических операций по построению умозаключения путем сопоставления суждений без опоры на наглядность.

Таким образом, можно сделать вывод о снижении способности современных старших дошкольников с ЗПР к оперированию абстрактными и обобщенными свойствами предметов.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 3. Проблемы развития психики / под ред. А.М. Матюшкиной. М.: Педагогика. 1983. 368 с.
2. *Карцева А.А.* Социокультурные параметры общества: содержание современного культурно-исторического процесса / А.А. Карцева // Известия СПбГАУ. 2015. № 5. С.34–38.
3. *Стрекалова Т.А.* Формирование логического мышления у дошкольников с задержкой психического развития.: дис. ... канд. псих. наук: 19.00.10. Москва. 1982. 166 с.

Особенности детско-родительских отношений в семьях с подростком, больным бронхиальной астмой

Васина А.Н.

*Московская служба психологической помощи населению,
Первый МГМУ имени И.М. Сеченова, г. Москва, РФ
vsnssh2@mail.ru*

Климашева Т.Д.

*Центр по работе с населением
«Преображенец»», г. Москва, РФ
tatyana.klimasheva@mail.ru*

Ключевые слова: бронхиальная астма, детско-родительские отношения, тяжесть болезни, пол

Features of child-parent relationships in families with a teenager with bronchial asthma

Vasina A.N.

*psychologist of the first category of the Moscow service
of psychological assistance to the population, associate Professor
of the Department of pedagogy and medical psychology of The First
Sechenov Moscow state medical University, Moscow, Russia*

Klimasheva T.D.

*a psychologist at the Centre for work with population of the
«Preobrazhenets»», Moscow, Russia, tatyana.klimasheva@mail.ru*

Keywords: bronchial asthma, child-parent relationships, severity of the disease, gender

Введение Подростковый возраст характеризуется кардинальными физиологическими, социальными и психологическими изменениями. На этом жизненном этапе возрасте часто обостряются болезни. Это обусловило наше внимание к этой возрастной группе. Наш интерес к больным бронхиальной астмой обусловлен тем, что психосоматические факторы имеют большое влияние в патогенезе бронхиальной астмы. Исследователи неоднократно отмечали, что больные бронхиальной астмой характеризуются изменениями в психологической сфере, отмечены изменения в детско-родительских отношениях данных больных ([1, 2, 3 и пр.) и т.д. Наша работа продолжает исследование детско-родительских отношений подростков, больных бронхиальной астмой, конкретизируя факторы тяжести болезни и пола больных.

Материал Мы исследовали 30 подростков: 15 детей – условно здоровые, 15 детей, больных бронхиальной астмой различной степени тяжести. Возраст детей составлял от 11 до 16 лет. В исследуемой группе преобладали мальчики – 69 %, девочек было 31 %. Дети с тяжелым течением бронхиальной астмы (I группа) составили 18 %, со средне тяжелым (II группа) – 60 %, с легким (III группа) – 22 %.

Методы. Были использованы следующие методики: 1) проективный тест «Рисунок семьи»; 2) детский проективный тест Рене Жиля; 3) методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним», в основе которой – опросник, создан Е.Шафер; 4) «Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-5)» Д.Х. Олсона.

Результаты. Методика Рене Жиля показала, что отношения подростков с бронхиальной астмой характеризуются нарушением отношений в семье. При этом наблюдались и изменения в зависимости от тяжести заболевания. Так, чем тяжелее было заболевание, тем больше снижались показатели по следующим параметрам: «близкие отношения с матерью», «близкие отношения с отцом», «близкие отношения с сестрами и братьями», «близкие отношения с бабушками и дедушками», «стремление доминировать», «товарищеский тип взаимодействия», повышались показатели по параметру «ограничение контакта». Не наблюдалось различий по параметру «отношения к матери и к отцу как к супругам».

Методика «Поведение родителей и отношение подростков к ним» также показала, что отношения «мать – дитя» зависят от тяжести заболевания: близкие эмоциональные отношения обнаружены у 66,7 % детей II группы, у 87 % – III группы, и в 42,9 % случаев – изолированность, замкнутость (I группа). Также было показано повышение уровня директивности, подростки с бронхиальной астмой также отметили отсутствие проявлений враждебности со стороны родителей к ним. Наряду с этим родителями детей с бронхиальной астмой постоянно демонстрируется положительная активность, ответственность за судьбу своих детей. Родители больных детей более непоследовательны в своих воспитательных требованиях, чем родители здоровых детей. По шкале «Автономность» ситуация одинакова.

Процесс рисования дети всех групп больных бронхиальной астмой начинали не сразу. Рисунок «Семья» дети почти во всех случаях начинали с изображением матери, ее фигуры, лица. Лицо матери как наиболее выдающееся рисовалось тщательно, дети старались отобразить те или иные особенности. В последнюю очередь ребенок рисовал себя (II и III группы).

В I группе, где дети имели тяжелое течение бронхиальной астмы, 38 % рисунков начинались с абстрактного изображения или с изображения других членов семьи, при этом воспроизведение несколько раз

уничтожалось. Фигуру матери дети рисовали последней, неоконченной, часто на расстоянии от себя. Здоровые дети принимали задание сразу, рисовали радостно, с объяснением рисунков. Практически не было исправлений, что свидетельствует об эмоциональном благополучии.

Структура семьи на рисунках детей I группы неполная: отсутствуют или фигура матери, или отца, или все члены семьи. Это говорит о негативном отношении к семье в целом (42,9 %), к матери (38 %) или к другому члену семьи. У детей II группы только в 8 % рисунков отсутствовало изображение самого ребенка, а другие дети рисовали полную семью. Дети, которые имели длительную ремиссию или легкое течение заболевания, воспроизвели полную семью, как и дети контрольной группы.

Расположение членов семьи и особенности изображенных фигур у детей I группы значительно отличаются от рисунков здоровых детей. Фигуры изображены на рисунках на расстоянии друг от друга, для работы часто избирался черный цвет. Изображения были схематичными, иногда незаконченными. Фигура матери рисуется нечетко, без деталей, с длинными руками, что говорит о низком уровне эмоциональных связей в семье, отрицательное отношение к матери, удаленность, низкий уровень собственного восприятия.

У детей II и III групп мать, как правило, представлена самостоятельной фигурой, подчеркнута ее значимость для ребенка (92 % и 100 % соответственно). Фигура матери изображена тщательно, с большим количеством деталей. Другие члены семьи нарисованы рядом, яркими цветами. Это подчеркивает положительное отношение к матери, высокий уровень эмоциональных связей.

Как показывают полученные данные по методике Д.Х. Олсона, процент функциональных семейных структур по оценкам больных подростков составляет только 46,43 % у девочек и 56,81 % у мальчиков, что меньше, чем в контрольной группе. Семейная структура характеризуется сбалансированным объединенным гибким типом (32,14 % девочек, 45,45 % мальчиков). Несбалансированные типы семьи встречаются в 32,14 % девочек и 22,73 % мальчиков, при этом у девочек доминирует раздельный хаотичный (10,71 %), у мальчиков – объединенный хаотический тип (18,18 %). Восприятие своей семьи, как дисфункциональной, определено у 21,42 % девочек и у 20,45 % мальчиков, при этом доминирующими являются разобщенный хаотичный (10,71 % у девочек, 11,36 % у мальчиков) и запутанный хаотичный (10,71 % у девочек и 6,82 % – у мальчиков) типы.

Выводы. Т. о. детско-родительские отношения подростков, больных бронхиальной астмой, отличаются от детско-родительских отношений здоровых подростков, при чем отмечаются различия у детей с разной тяжестью заболевания и у детей разного пола.

Литература

1. *Исаев Д.Н.* Психосоматические расстройства у детей: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2000. – 512 с.
2. *Менделевич В.Д., Соловьева С.Л.* Неврология и психосоматическая медицина. – М.: М50 ИД Городец, 2016. – 596 с.
3. *Соколова Е.Т., Николаева В.В.* Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. М.: SvR-Аргус, 1995. – 359 с.

Влияние дисфункциональных семейных коммуникаций на запрет на выражение чувств у молодежи

Воликова С.В., Данилова Е.К., Снегирева Т.В.

*Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, ФГБОУ ВО МГППУ
psytab2006@yandex.ru*

Ключевые слова: семейные факторы, запрет на выражение чувств, молодежь

The dysfunctional family communication influence to the ban on expressing feelings among the young people

Volikova S.V., Danilova E.K., Snegireva T.V.

*Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology
Moscow State University of Psychology & Education*

Keywords: family factors, the ban on the expression of feelings, young people

Введение. Исследования показывают, что дисфункциональные установки по отношению к проявлению чувств связаны с эмоциональными нарушениями у пациентов разного возраста, в том числе и молодежи. Запрет на выражение чувств (ЗВЧ) является личностным фактором течения и хронификации нарушений эмоциональной сферы. Поэтому актуальным остается вопрос исследования факторов, влияющих на возникновение такой дисфункциональной личностной установки как запрет на выражение чувств. Опыт практической работы говорит о том, что запрет на выражение чувств (ЗВЧ) у молодежи зависит от установок в родительской семье по отношению к эмоциональной сфере, от характера эмоциональных коммуникаций в семье. Исследования этих факторов важны, т.к. позволяют более точно понять механизм возникновения нарушений в эмоциональной сфере у молодежи, а также понять системный механизм возникновения, течения и хронификации нарушений эмоциональной сферы молодежи, в том числе и в виде симптомов депрессивных и тревожных расстройств.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 200 человек из популяции (110 девушек, 90 юношей) в возрасте от 21 до 24 лет.

Методики: 1) для исследования нарушений семейной системы: опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (СЭК) (Холмогорова, Воликова); опросник «Self-Expressiveness in the family questionnaire» (SEFQ) (Halberstadt, Cassidy, Stifter, Parke, Fox); 2) для исследования уровня запрета на выражение чувств: опросник «Запрет на выражение чувств» (ЗВЧ) (Зарецкий, Холмогорова, Гаранян); опросник «Emotion Regulation Questionnaire» (ERQ) (Гросс, адаптация А.А. Панкратовой, Д.С. Корниенко).

Результаты. Выделены три подгруппы: 1) с высоким уровнем ЗВЧ (основная группа), 2) с низким уровнем ЗВЧ (контрольная группа), 3) со средним уровнем ЗВЧ (группа сравнения). В данной публикации описаны результаты сравнения группы с высоким и низким уровнем ЗВЧ. Сравнение особенностей эмоциональных коммуникаций в родительских семьях у молодых людей с высоким и низким уровнем ЗВЧ выявило, что молодые люди с высоким уровнем ЗВЧ воспитывались в семьях с большим количеством дисфункциональных установок по отношению к эмоциональной сфере. Молодые люди с высоким уровнем ЗВЧ описывают свои родительские семьи как семьи с повышенным уровнем родительской критики. Отмечают, что родители были склонны либо фиксироваться на негативных чувствах, либо игнорировать эмоциональную сферу членов семьи. Исследование выявило, что в родительских семьях молодежи с высоким уровнем ЗВЧ имела место установка на то, чтобы представлять семью в глазах окружающих исключительно в позитивном свете. Также результаты исследования позволяют говорить, что чем выше запрет на выражение чувств, тем больше нарушений в семейных коммуникациях.

Был проведен регрессионный анализ с целью проверки гипотезы о влиянии нарушений в семейных коммуникациях на проявление запрета на выражение чувств у молодежи. Регрессионный анализ показал, что на выраженность установки на ЗВЧ оказывают влияние нарушения семейных эмоциональных коммуникаций в виде: родительской критики, игнорирования эмоциональной сферы, стремления любой ценой скрывать проблемы семьи и представлять семью в глазах других исключительно в позитивном свете, деструктивного родительского контроля. Все обозначенные показатели способствуют усилению выраженности запрета на выражение чувств у молодежи.

Выводы. Семейные дисфункции в виде родительской критики, фиксации родителей на негативных событиях, игнорирование эмоций и чувств, стремления скрывать проблемы семьи перед окружающими, деструктивный родительский контроль могут приводить к тому, что у растущего в такой семье ребёнка формируется убеждение, что чувства надо игнорировать, подавлять или скрывать. Запрет на выражение чувств возникает, закрепляется в детском, подростковом возрасте и сохраня-

ется в виде убеждений во взрослом возрасте. Все это может негативно сказываться на эмоциональной сфере, усиливать риски возникновения и хронификации симптомов эмоциональных нарушений. Таким образом, семейные дисфункции, а также личностная установка на запрет на выражение чувств должны быть мишенями психологической помощи молодежи и подросткам из группы риска по эмоциональным расстройствам, а также с симптомами депрессивных и тревожных расстройств.

Особенности структуры темперамента у детей с трудностями обучения (опыт применения опросника структуры темперамента ОСТ-77)

Дианова А.А.

ФГБОУ ВО МГППУ, ЧОУ СОШ

начальная Ломоносовская Школа, Москва, Россия

andradianova@gmail

Сергиенко А.А.

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

aumsan@gmail.com

Ключевые слова: структура темперамента, трудности обучения, индивидуальные особенности

Особенности структуры темперамента у детей с трудностями обучения (опыт применения опросника структуры темперамента ОСТ-77)

Dianova A.A.

MSUPE, educational psychologist

Primary Lomonosov School, Russia

Sergienko A.A.

Mental Health Research Center (MHRC), MSUPE, Russia

Keywords: temperament, learning difficulties, individual characteristics

Введение. Современные исследования [1] отмечают увеличение числа детей в начальной школе, которые испытывают значительные проблемы в обучении и в усвоении школьных предметов. При этом, у большинства из этих детей не выявляют грубой патологии, а обнаруживают варианты развития в пределах нижних границ нормы (по данным психолого-педагогических (ППК) и психолого-медико-психологических (ПМПК) комиссий, а также по данным патопсихологических клинических исследований).

Как нам представляется, одним из предикторов развития успешности таких детей, в частности, успешности в обучении, могут служить темперамент и особенности его структуры [2,4].

Темперамент человека, являясь базисной составляющей психики, влияет на различные психические процессы и их составляющие, такие как: скорость восприятия, быстрота мышления, длительность сосредоточения внимания и т.п.); пластичность и устойчивость психических явлений, лёгкость их смены и переключения; темп и ритм деятельности;

интенсивность психических процессов (например, сила эмоций, активность воли); направленность психической деятельности на определённые объекты (экстраверсия или интроверсия). Согласно В.М.Русалову темперамент является психосоциобиологической категорией, независимым базовым образований психики [2,3,5].

Цель работы: 1) определить сочетание черт или определенных яркие черты в структуре темперамента, которые часто встречаются у детей с трудностями обучения; 2) проверить существует ли корреляция между особенностями темперамента (структурой или определенными характеристиками темперамента) у младших школьников с трудностями обучения.

Материалы и методы. Испытуемые: дети в возрасте 7–10 лет, ученики 1–3 классов ЧОУ СОШ «Ломоносовская школа» (32 учащихся) и ГБОУ № 630 имени дважды Героя Советского Союза Г.П. Кравченко г. Москвы (15 учащихся). Из них 19 мальчиков и 24 девочки. У всех детей была проведена диагностика наглядно-образного, вербально-логического, и наглядно-действенного мышления, на основании результатов которой и по «четвертным» оценкам дети были разделены на группы «дети с трудностями обучения» (18 учащихся), «успешные школьники» (29 учащихся).

Методы исследования: для исследования мышления использовались методики с применением балльных оценок: методика «Кубики Кооса» (англ. Kohs Block Design Test); методика «Малая предметная классификация» (модифицированная Т.К.Мелешко и др.); методика «Рассказ по картинкам с последовательным развертыванием сюжета «Умная галка» (предложено Цветковой Л.С. и др.); для оценки структуры темперамента использовался вариант опросника ОСТ-77 (STQ-77), версия для оценивания детей 8–11 лет (STQ-77E-C3) В.М. Русалова, И.Н. Трофимовой, на вопросы которого отвечали родители испытуемых [2].

Результаты. Анализ результатов теста ОСТ-77 показал, что самыми часто встречающимися чертами в структуре темперамента детей с трудностями обучения являются: моторная и социальная эргичность (у 7 из 18 детей), нейротизм (у 6 из 18 детей). Отмечено, что у 4 из 7 детей моторная и социальная эргичность одновременно показали высокий уровень. Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что дети с трудностями обучения обладают предпосылками наибольшей выносливости (способности продолжать деятельность без снижения работоспособности) при выполнении двигательной и социальной деятельности, и одновременно тревожны. Чертами, которые представлены в структурном ансамбле темперамента детей с трудностями обучения в наименьшей степени являются поиск впечатлений и вербально-социальный темп (у 12 из 18 детей). Это указывает на то, что дети с трудностями обучения не склонны к поиску рискованных видов деятельности ради необычных впечатлений и обладают низким темпом в ситуациях вербального общения.

По результатам исследования был составлен усредненный профиль ансамбля темперамента детей с трудностями обучения: низкий уровень в структуре темперамента имеют черты «Социальный темп» и «Поиск Впечатлений», а высокий – «Нейротизм», «Моторная» и «Социальная» эргичность.

Анализ корреляционных взаимосвязей, составляющих структуры темперамента в группе детей с трудностями обучения показал, что моторная эргичность и моторный темп имеют ряд корреляций с другими параметрами структуры темперамента. Среди них наибольшая положительная корреляция с поиском впечатлений, социальной эргичностью, социальным темпом, пластичностью. Отрицательная корреляция с нейротизмом.

Заключение. Исследование показало, что существует определенная специфичность структуры темперамента, характеризующая детей с трудностями обучения. Возможно такой специфический функциональный ансамбль базово заданных черт темперамента, где наряду с высокой моторной и социальной выносливостью заложена высокая тревожность и низкая способность понимания речи в коммуникативных взаимодействиях вкупе с низкой способностью поиска возбуждающих адреналиновую систему впечатлений, формирует личностные особенности характерные для детей с трудностями обучения.

Литература

1. *Гриндер М.* Исправление школьного конвейера. пер с англ. М., 1989 г.
2. *Русалов В.М.* Биологические основы индивидуально-психологических различий. – М.: Наука, 1979 г.
3. *Русалов В.М., Трофимова И.Н.* О представленности типов психической деятельности в различных моделях темперамента. Психологический журнал, 2011, том 32, № 3, с. 74–84
4. *Стреляу Я.* Роль темперамента в психическом развитии. – М.: Прогресс, 2007. – 70 с.
5. *Trofimova I.* (2016) The interlocking between functional aspects of activities and a neurochemical model of adult temperament. In: Arnold, M. C (Ed.) Temperaments: Individual Differences, Social and Environmental Influences and Impact on Quality of Life. Nova Science Publishers, Inc., NY pp. 77–147.

Установки студентов разных специальностей по отношению к работе психолога-консультанта

Долныкова А.А., Коренькова П.А.

Московский НИИ психиатрии –

филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского»

Минздрава России, ФГБОУ ВО МГППУ, Россия

psylab2006@yandex.ru

Ключевые слова: студент, студенты-психологи, психологическое консультирование

Different specialties students' attitudes to the psychologist-counselor's work

Dolnykova A.A., Koren'kova P.A.

Moscow Research Institute of Psychiatry – Branch of The Serbsky

Federal Medical Research Center for Psychiatry and Narcology

Moscow State University of Psychology & Education

Keywords: a student, students-psychologists, psychological counseling

Введение. В последние десятилетия отечественная практическая психология стала стремительно продвигаться от диагностических задач к задачам психологического консультирования и психотерапии. Отношение к деятельности практического психолога также изменилось. Психологи стали работать в образовательных учреждениях, не только в психиатрических медицинских учреждениях. Появились муниципальные и частные учреждения, где психологи занимаются и диагностикой, и консультированием, и психотерапией. Фигура консультирующего психолога стала часто появляться в масс-медиа, что является косвенным, но значимым признаком изменения роли психолога в социуме. При этом по-прежнему нередко приходится сталкиваться с негативными установками по отношению к фигуре психолога и возможностям психологического консультирования. Негативное отношение к психологам и возможности получения психологической помощи препятствует обращению за такой помощью. Поэтому нам представлялось важным исследовать установки молодого поколения по отношению к психологам и получению психологической помощи и факторы, которые влияют на формирование этих установок. С этой целью мы провели исследование отношения студентов (психологов и студентов других специальностей) к работе психолога.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 98 студентов (52 студента обучающихся психологическом факультете, и 46 студентов, получающих другие специальности, (56 девушек, 42 юноши) в возрасте от 20 до 27 лет. Для выяснения установок по отношению к психологическому консультированию мы создали анкету, направленную на выявление установок по отношению к личности психолога и возможности обратиться за психологической помощью.

Результаты. Сравнивались результаты двух групп студентов – имеющих и не имеющих психологическую подготовку. Согласно полученным результатам и молодые люди, выбравшие психологию как профессию, имеющие психологические знания и студенты не психологических специальностей, не считают работу психолога несерьёзной, подавляющее большинство людей в обеих группах убеждены, что психологи хорошо разбираются в людях. Почти все студенты психологи и три четверти студентов других специальностей считают, что словам психолога можно доверять. В остальном разница во взглядах между двумя обследованными группами была гораздо больше. Примерно половина студентов не психологических специальностей, в отличие от студентов-психологов, считают, что сами психологи – странные люди, что они могут повлиять на психику клиента, очень многие студенты – не психологи, убеждены, что психолог навязывает свою точку зрения, что в общении с ним человек испытывает дискомфорт, что ему не очень то можно доверять. Знаменательно, что почти треть студентов – психологов считает, что психологи – сложные и непонятные люди, к ним присоединяется подавляющее большинство студентов – не психологов.

Подавляющее большинство студентов всех специальностей готовы прибегнуть при необходимости к помощи психолога, считают, что в этом нет ничего страшного, что при тревожных и депрессивных состояниях психологи, как и врачи могут помогать тем, кто к ним обращается. Все студенты-психологи считают, что не нужно стесняться обращения к психологу. Важно, что примерно две трети студентов- не психологов считают также.

Выводы. В результате исследования можно сделать вывод о том, что сейчас молодёжная студенческая среда обладает представлениями о возможности обращения к психологу для получения консультации, о том, что работа с психологом может приносить пользу. Достаточно большое число студентов считает, что этого не стоит стесняться. Но многие студенты – не психологи ожидают, что будут испытывать дискомфорт на консультации, что психолог навязывает свои точки зрения, не очень доверяют психологам. Эти данные говорят о том, что знание психологии способствует положительному отношению к возможности получения психологической помощи, но и многие люди, не сведущие в психологии, на нынешнем этапе развития нашего социального сознания готовы её принимать, хотя старые представления о психологах пока ещё сохраняются в какой-то мере и в молодёжной среде.

О взаимосвязи личностных черт и фаббинга у молодежи*

Екимчик О.А., Рулева Е.С., Крюкова Т.Л.

*Костромской государственной
университет, Кострома, Россия*

tat.krukova44@gmail.com,

olga-ekimchik@rambler.ru, e.ruleva44@gmail.com

Ключевые слова: фаббинг, личностные черты, психическое здоровье, молодежь

About the relationship of personality traits and fabbing for youth

*Ekimchik O.A., Ruleva E.S., Kryukova T.L.
Kostroma State University, Kostroma, Russia*

Keywords: fabbing, personality traits, mental health, youth

В последнее десятилетие среди молодежи отмечается резкий рост аддикций, возникающих на фоне использования смартфона: Интернет-зависимость, игровая зависимость, зависимость от социальных сетей, смс-зависимость. Кроме того, возник такой феномен социального поведения как фаббинг или пренебрежение собеседником в процессе общения посредством отвлечения на смартфон / гаджет [1]. Дискуссионным является вопрос: фаббинг – это зависимость или социальная норма? Факторы фаббинга нуждаются в тщательном изучении, и, по нашему мнению, из всех психологических факторов большой интерес представляют личностные черты.

Изучение взаимосвязи личностных черт и фаббинга представлено небольшим количеством исследований. Среди изучаемых черт – нарциссизм, перфекционизм, а также нейротизм и добросовестность (черты Большой пятерки). Было установлено, что нейротизм как прямо, так и косвенно связан с фаббингом. Люди с высоким уровнем эмоциональной нестабильности более уязвимы к критике и негативным реакциям, идущим из реального мира. Общение в социальных сетях является для них более безопасной платформой представления своего «Я» [4]. Оказалось, что добросовестность, в отличие от нейротизма, является фактором-протектором проблемного использования Интернета и фаббинга. Пользователь с выраженной добросовестностью способен удерживаться от чрезмерного увлечения Интернетом и социальными сетями [2].

* работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ № 18-013-01005.

Значительный вклад в проблемное использование Интернета и фаббинга вносят, как установлено исследователями, такие черты, как нарциссизм и перфекционизм. Именно Сеть предоставляет возможность удовлетворения нарциссической потребности в одобрении в относительно безопасных условиях виртуальной среды [2].

В предыдущем исследовании нами была обнаружена взаимосвязь личностных черт тревожности и локуса контроля – с игровой зависимостью как предпосылкой фаббинга. В исследовании приняли участие 66 человек (в основном, юноши в возрасте 16–17 лет), разделенные на 2 группы: зависимые от игр и без игровой зависимости. Установлено, что для зависимых от игр были характерны высокая личностная тревожность и экстернальный локус контроля. Различия выявлены и в копинг-стратегиях: дистанцирование, уход в себя, несовладание, игнорирование в первой группе и решение проблемы, задачи, друзья, работа, достижения, позитивный фокус и чувство принадлежности во второй [3].

Основная проблема настоящего исследования: существует ли взаимосвязь между проявлениями фаббинга и личностными чертами? Цель: изучить проявления фаббинга и их взаимосвязь с личностными чертами в студенческой среде. Мы предположили, что отдельные черты, измеряемые с помощью «Большой пятерки», сопряжены с проявлениями фаббинга.

Метод. В исследовании приняли участие 44 студента в возрасте от 18 до 24 лет: 17 юношей (ср. возраст – 21) и 27 девушек (ср. возраст – 20). Методики: Шкала «Фаббинг» (Phubbing, Roberts, 2015, апробирована Крюковой, Екимчик, Крыловой, Рулевой 2019), методика «Фаббинг партнера» (Partnerphubbing, Roberts, David, 2015, апробирована Екимчик, Крыловой, 2019); вариант пятифакторного личностного опросника Косты и МакКре (5PFQ, Tsuji, 1992, адаптирован Хромовым, 1999); методы статистического анализа.

Результаты. В целом фаббинг ($m=29,95$; $SD=8,39$) и фаббинг партнера ($m=3,43$; $SD=0,93$) выражены умеренно в данной выборке. Преобладают открытость новому опыту ($m=52,93$; $SD=29,95$) и добросовестность ($m=50,11$; $SD=13,24$). Наименьшие показатели получены по экстраверсии ($m=45,14$; $SD=13,65$).

Выявлены достоверно значимые разнонаправленные корреляционные связи между личностными чертами и интенсивностью проявлений фаббинга: отрицательные – между фаббингом и экстраверсией ($r=-0,41$; $p=0,01$); дружелюбием ($r=-0,50$; $p=0,000$). Для респондентов с высоким уровнем экстраверсии характерны ориентированность на общение с людьми и поиск возможностей для социального взаимодействия, а дружелюбие предполагает потребность в социальном окружении, гармоничность существования в социуме, взаимоуважение. Фаббинг положительно связан с нейротизмом ($r=0,42$; $p=0,01$). Люди с высоким уровнем эмоциональной нестабильности склонны к негативному восприятию мира, что может при-

вести к избеганию реальных взаимодействий через проблемное использование Интернета и, как следствие, фаббинг. Уход от общения в социальные сети может являться для них защитным механизмом.

Установлено, что одна из личностных черт «Большой пятерки» и возраст являются предикторами фаббинга в поведении молодежи ($R=0,66$ $R^2=0,43$ $F=15,4$ $p=0,000$). А именно, вероятность проявления фаббинга в поведении снижают дружелюбие ($\beta=-0,62$ $p=0,000$) и возраст ($\beta=-0,39$ $p=0,003$). Причем влиянием этих факторов объясняется 43 % дисперсии фаббинга у молодежи.

Связей между оценкой фаббинга партнера и личностными чертами субъекта не выявлено. Это подтверждает такой факт: фаббинг является объективно существующим феноменом социального поведения, а не особенностью восприятия общения с партнером, обусловленной личностными чертами.

Согласно результатам исследования, констатируем подтверждение гипотезы: черты личности, характеризующие ее направленность на социальное взаимодействие и общительность, снижают проявления интенсивности фаббинга у студентов, а эмоциональная неустойчивость способствует ему.

Выводы. Полученные результаты позволяют утверждать: личностные черты могут являться факторами фаббинга. Фаббинг как вид аддиктивного поведения может иметь множество последствий для психического здоровья человека: тревожность, беспокойство и депривационные расстройства при отсутствии доступа к гаджету [1], а нарушение самоконтроля в отношении использования компьютера и Интернета приводит к ухудшению самочувствия и дистрессу [5]. Личностные черты являются предикторами фаббинга, что, в свою очередь, может повлечь за собой нарушения психического здоровья. Эта идея требует дальнейшего исследования и тщательной проверки.

Литература

1. *Крюкова Т.Л., Екимчик О.А.* Фаббинг как угроза благополучию близких отношений // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 3. С. 61–76.
2. *Холмогорова А.Б., Герасимова А.А.* Психологические факторы проблемного использования Интернета у девушек подросткового и юношеского возраста // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Том 27. № 3. С. 138–155. doi: 10.17759/cpp.2019270309
3. *Tatiana Kryukova, Maria Saporovskaya* (2017). What specific computer games addicted teens' traits may contribute to addictive behaviour? Journal of Behavioral Addictions. Vol. 6, Number 1, March 2017. Suppl. 1. Pp. 1–74 (2017). P. 28. [<http://www.akademai.com/doi/pdf/10.1556/JBA.6.2017.Suppl.1>].
4. *T'ng S. T., Ho K.H., & Low S.K.* (2018). Are you “phubbing” me? The Determinants of Phubbing Behavior and Assessment of Measurement In-

- variance across Sex Differences. *International and Multidisciplinary Journal of Social Sciences*. 7(2), 159–190. doi: 10.17583/rimcis.2018.3318
5. *Weinstein A., Lejoyeux M.* (2010). Internet addiction or excessive Internet use. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*. 36(5), 277–283. doi:10.3109/00952990.2010.491880

Прямая и непрямая самооценка у подростков с шизотипическим расстройством и расстройством личности

Зверева М.В., Казачкова М.А.

ФГБНУ Научный центр

психического здоровья, Москва, Россия

maremerald@gmail.com

ГБУЗ «Научно-практический центр

психического здоровья детей и подростков

им. Г.Е. Сухаревой», Москва, Россия

m.a.kazachkova@gmail.com

Ключевые слова: самооценка, подростки, расстройства личности, шизотипическое расстройство, цветовой тест

Direct and indirect self-esteem in adolescents with schizotypal and personality disorder

Zvereva M.V., Kazachkova M.A.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Sukhareva Scientific-practical Children's

Mental Health Centre, Moscow, Russia

Keywords: self-esteem, adolescent, personality disorder, schizotypal disorder, color test

Введение: В материалах работы представлен первый этап модификации и нового способа применения двух классических тестов на самооценку Дембо-Рубинштейн и Цветового теста отношения Эткинда. Самооценка по Дембо-Рубинштейн метод диагностики, направленный на изучение самооценки испытуемого, разработанный Т. В. Дембо в 1962 году и дополненный С. Я. Рубинштейн в 1970 году [2]. Наиболее известна модификация А.М. Прихожан, которая предполагает количественный подсчет данных и получение уровня притязаний испытуемого: вычисляется путем вычитания из оценки «идеального я» оценки «реального я». Цветовой тест отношений (ЦТО) – проективная методика, разработанная в 80х советским психиатром Е. Ф. Бажиным совместно с психологом А. М. Эткиндом [3]. ЦТО направлен на отражение неосознаваемых и частично сознательных эмоциональных отношений человека по отношению к другим: людям, объектам, а также явлениям окружающей действительности. В основе цветового теста отношений лежит предположение о том, что существует прямая взаимосвязь между

цветовыми ассоциациями, которые возникают у человека при взаимодействии с чем-либо из его окружения, и непосредственным к ним отношением человека. Таким образом, ЦТО минуя защитные механизмы сознания, благодаря непрямой оценке через выбираемые стимулы, позволяет получить доступ к реальным, но неосознаваемым компонентам отношений человека. Модификация прямой и непрямой самооценки по Дембо-Рубинштейн и ЦТО заключается в следующем предположении. Самооценка по Дембо-Рубинштейн отражает социально желаемые, приемлемые (или наоборот в случае психопатологии достаточно вычурные) показатели самооценки «реальное я» и уровень притязаний через «идеальное я». Тогда как методика ЦТО позволяет выявить неосознаваемые параметры самооценки «реальное я» и уровня притязаний через «идеальное я». Чем сильнее рассогласование между прямой самооценкой по Дембо-Рубинштейн и непрямой по ЦТО, тем вероятнее наличие внутреннего конфликта у испытуемого, трудностей рефлексии относительно собственной самооценки, возможно даже и неосознавание наличия патологического процесса. В связи с этим предположением была проведена модификация обеих методик для проведения совместного анализа данных по самооценке прямой (Дембо-Рубинштейн) и непрямой (ЦТО) [1]. Самооценка по Дембо-Рубинштейн проводится по 4 классическим шкалам «Здоровье», «Разум», «Характер», «Счастье» по 8 см каждая (для удобства сравнения с 8ми цветовой шкалой ЦТО). Подросткам предлагается обозначить свое положение в «реальном» и «идеальном» месте на каждой шкале. Тест отношения к цвету предлагает выбрать один цвет из восьми на выбранные позиции «реальный» и «идеальный» по тем же шкалам, что и «здоровье», «ум», «характер», «счастье». После выбора по всем шкалам предлагается расположить цвета от неприятного к приятному. Интерпретация данных проходит в два этапа. На первом этапе данные по шкалам Дембо-Рубинштейн переводятся в цифровые значения. Восьмибальная шкала от 1 до 8, где положениям «в данный момент» (реальное я) и «где бы хотелось» (идеальное я) присваивается значение исходя из того, в какой промежуток попала отметка. Баллы по цветовому тесту отношений присваиваются исходя из ранга, полученного благодаря восьмибальной шкале от неприятного (1 балл) к приятному (8 баллов). Таким образом получается прямая оценка «реального я» и «идеального я» по методике самооценки Дембо-Рубинштейн и непрямая по цветовому тесту отношений. Следующий этап интерпретации данных состоит в вычислении «разрывов» между показателями по каждой из шкал по «реальному я» и «идеальному я» отдельно для методики Дембо-Рубинштейн и для цветового теста отношений. Данный показатель получается путем вычитания из показателя «идеальное я» показателя «реальное я» по каждой шкале в методиках. Заключительный этап интерпретации данных – сравнение «разрывов» по шкалам между прямой оценкой по Дембо-Рубинштейн и

непрямой по цветовому тесту отношений. Показатель получается путем вычитания из «разрыва» по шкале по Дембо-Рубинштейн «разрыва» по той же шкале по цветовому тесту отношений. Данные берутся по модулю, чтобы избежать попадания в отрицательные значения. Конечные результаты методики прямой и непрямой оценки по Дембо-Рубинштейн и цветовому тесту отношений – показатель «разрыва» по шкалам между прямой и непрямой оценкой. Чем больше показатель разрыва, тем сильнее выражен конфликт самооценки прямой – по Дембо-Рубинштейн и непрямой – по ЦТО. Предполагается, что у здоровых испытуемых разрыв находится в пределах одного-двух стандартных отклонений.

Цель: изучение различий между прямой и непрямой самооценкой у подростков с диагнозами шизотипическое расстройство (F21) и расстройство личности (F60).

Материал: Подростки обоего пола, средний возраст 15,6: F21–9 человек, F60–12 человек, нормативная группа (N) – 12 человек.

Методы: прямая самооценка по тесту Дембо-Рубинштейн и непрямая самооценка по тесту Эткинда по цветовому отношению.

Результаты. Использованы непараметрический критерий Краскала – Уоллиса. Достоверные различия были получены по шкалам Дембо-Рубинштейн «Здоровье» между нормативной группой (N) и группой с расстройством личности (F60) для обоих показателей: «реальное Я» ($N = 10,208$, $p < 0,009$), «идеальное Я» ($N = 7,750$, $p < 0,015$), и шкале «Характер» «реальное Я» между группой N и группой с F60 ($N = 9,500$, $p < 0,024$) и между нормативной группой (N) и группой с шизотипическим расстройством (F21) ($N = 9,375$, $p < 0,016$). Что касается разрыва между прямой и косвенной самооценкой, значимые различия были получены по шкале «Здоровье» между группой N и каждой из клинических групп: группа N и группа F21 – $N = 10,333$, $p < 0,043$, группа N и группа F60 – $N = 15,167$, $p < 0,000$; а также для шкалы «Счастье» между группой N и группой F60 – $N = 10,083$, $p < 0,029$.

Выводы: Исходя из данных, полученных на первом этапе модификации совместного применения методик на самооценку Дембо-Рубинштейн и ЦТО, у здоровых подростков не наблюдается значимого разрыва между «реальным Я» и «идеальным Я» при сравнении прямой и непрямой самооценки. Подростки с диагнозом шизотипическое расстройство (F21) и расстройства личности (F60) имеют статистически значимый больший разрыв между прямой и косвенной самооценкой по показателям «Здоровье» и «Счастье», что может свидетельствовать о наличии нестабильного отношения к себе и внутренних противоречий, а также о возможном неосознаваемом «понимании» своего болезненного состояния.

Литература

1. *Зверева М.В.* Опыт комплексного использования цветового теста отношений и методики Дембо-Рубинштейн в исследовании личност-

- ных особенностей лиц молодого возраста с психической патологией // Психиатрия № 3(71) 2016 56–57 с.
2. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Изд-во Института Психотерапии, 2010 г., С. 224.
 3. *Эткинд А.М.* Цветовой Тест Отношений: метод, рекомендации / А.М. Эткинд; Ленинградский науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – Л., 1983 г.

Дифференциальная диагностика когнитивного дизонтогенеза у детей и подростков при шизофрении: диагноз и ведущий синдром

Зверева Н.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Балакирева Е.Е.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: когнитивный дизонтогенез, шизофрения, дети и подростки, патопсихологическая диагностика, психопатологические синдромы

Differential diagnosis of cognitive dysontogenesis in children and adolescents with schizophrenia

Zvereva N.V.

FSBSI Mental Health

Research Center, Moscow, Russia

Moscow State University of Psychology

and Education, Moscow, Russia

Balakireva E.E.

FSBSI Mental Health Research

Center, Moscow, Russia

Keywords: cognitive dysontogenesis, schizophrenia, children and adolescents, pathopsychological diagnostics, psychopathological syndromes

Введение. Практика совместной клинико-психологической диагностики, осуществляемой психиатрами и психологами в детской психиатрической клинике, насчитывает в нашей стране более полувека. С классических работ, проводимых в 6-й детской психиатрической больнице в г.Москве (в настоящее время НИЦ ПЗДП им. Сухаревой Г.Е.) с середины 1960-х гг XX века и выполненных под руководством Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн, до настоящего времени важной задачей остается диагностика познавательного развития (наличие специфических нарушений, дефекта) при проведении дифференциальной диагностики заболеваний [3]. Основываясь на данных работ наших учителей, Б.В. Зейгарник, Г.Е. Сухаревой, мы придерживаемся и в настоящее время совместной деятельности при постановке диа-

гноза. Верный диагноз помогает в правильном, дифференцированном подходе к лечению пациента, с рекомендациями по прогнозу заболевания и выработке дальнейшего маршрута ведения пациентов. Введение в ракурс рассмотрения ведущего синдрома при психологической диагностике детей и подростков, страдающих шизофренией, встречается нечасто, однако современные реалии требуют дифференцированного подхода с опорой на преморбидные (с учетом ранних антенатальных факторов), клинические и социальные характеристики пациентов [4]. В отделе клинической психологии НЦПЗ с начала 2000-х годов разрабатывается концепция когнитивного дизонтогенеза. Оценивается степень выраженности дефицитов в развитии познавательных процессов, наличие специфических для патологии признаков, а также сформированного/формирующегося дефекта в когнитивной сфере [1,2] у пациентов в сопоставлении с нормативным развитием сверстников. С точки зрения психиатрии прогностическая значимость ведущего синдрома при эндогенной психической патологии имеет большое значение, это м.б. и специфически детские (патологическое фантазирование, например) и базовые психопатологические синдромы (кататонический, аффективный, психопатоподобный). В данной работе мы обобщили материалы патопсихологической квалификации когнитивного дизонтогенеза с учетом фактора ведущего синдрома у детей и подростков при шизофрении. Частота встречаемости этого расстройства относительно невелика и является устойчивой, при этом почти каждый случай вызывает много вопросов при проведении дифференциальной диагностики. Мы проанализировали имеющиеся материалы исследований для того, чтобы наши коллеги, и детские психиатры, и детские клинические психологи могли воспользоваться нашим опытом в своей работе.

Цель работы выделение основных позиций для дифференциальной диагностики когнитивного дизонтогенеза при эндогенной психической патологии.

Материал. Обследованы дети и подростки (141 человек) в возрасте от 6 до 16 лет, которые являлись пациентами детского клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ. Среди них 93 мальчика (средний возраст 11,3 лет) и 48 девочек (средний возраст 12,4 лет). Все дети находились на стационарном лечении, получали специализированную терапию, были проконсультированы научными сотрудниками отдела детской психиатрии. В результате обследования диагностированы следующие нозологические формы по МКБ 10 (F20.8–54 ребенка – Г1, F21.x – 68 детей – Г2, F2xx – 14 детей -Г3).

Методы: клинко-психопатологический, с проведением анализа истории болезни, экспериментально-психологический. Методики патопсихологической диагностики: 10 слов, простые и сложные парные ассоциации, таблицы Шульте, конструирование объектов [2]. Математическая обработка данных – критерий Фишера.

Результаты. Получено, что в каждой диагностической группе есть все виды когнитивного дизонтогенеза (КД). Регрессивно-дефектирующий КД (далее Р-Д): Г1–40 %, Г2–33 %, Г3–14 %; дефицитарный КД (далее Д): Г1–24 %, Г2–27 %, Г3–21 %; искаженный КД (далее И): Г1–24 %, Г2–25 %, Г3–38 %. Отсутствие КД: Г1–13 %, Г2–15 %, Г3–29 %. Различия между группами Г1 и Г3 достоверны по частоте Р-Д КД на уровне 0,05 ($\phi^*_{эмп} = 1.904$).

Рассмотрим виды КД и уровня когнитивного развития (дефицитов в отдельных познавательных процессах) для всех диагнозов: для Р-Д чаще всего встречаются дефициты в простых парных ассоциациях (63 %), в таблицах Шульте (28 %), а коэффициент стандартности – 6 %; для Д – наиболее частотные дефициты в таблицах Шульте (31 %), коэффициенте стандартности (23 %), простых парных ассоциациях (22 %), объеме непосредственного слухоречевого запоминания (14 %); для И – частотные дефициты коэффициента стандартности (42 %), в таблицах Шульте (22 %) и сложных парных ассоциациях (14 %). У пациентов без когнитивных нарушений можно отметить легкие дефициты в коэффициенте стандартности (38 %), простых парных ассоциациях (19 %). Различия по коэффициенту стандартности достоверны Р-Д и других видов КД на уровне 0,01 ($\phi^*_{эмп} = 4.123$). По простым парным ассоциациям различия также достоверные отличия между Р-Д и И на уровне 0,01 ($\phi^*_{эмп} = 5.388$).

Рассмотрим ведущие синдромы (кататонический, аффективный, психопатоподобный) при выделенных видах КД. Частота кататонического синдрома при Р-Д – 9 %, при Д КД – 17 %, при И – 2 %, различия Р-Д и И КД значимы на уровне 0,05 ($\phi^*_{эмп} = 2.004$). Частота аффективного синдрома при Р-Д – 16 %, при Д – 31 %, при И – 30 %, различия Д и И с Р-Д достоверны на уровне 0,05 ($\phi^*_{эмп} = 1.871$). Частота психопатоподобного синдрома при Р-Д – 12 %, при Д – 32 %, при И – 19 %, различия Р-Д и Д достоверны на уровне 0,05 ($\phi^*_{эмп} = 2.151$). **Максимальное синдромальное разнообразие встречалось при Р-Д.**

Резюме. Совместная работа врача и психолога позволяет оценить вклад ведущего синдрома в картину когнитивных дефицитов при эндогенной психической патологии у детей и подростков, что в свою очередь помогает в верификации диагноза. Синдромальный подход с учетом когнитивного дизонтогенеза определенного вида позволяет выделить наиболее подверженные дефицитарности познавательные процессы (или их составляющие). Проведенное исследование показало, что наиболее тяжелым является кататонический синдром, а – аффективный менее тяжелым. Для разных вариантов когнитивного дизонтогенеза определены наиболее информативные показатели патопсихологической диагностики: при Р-Д – это объем простых парных ассоциаций, при Д – временные показатели в таблицах Шульте, при И – показатели коэффи-

циента стандартности. Чем тяжелее протекает заболевание, тем меньше проявлений диссоциации и больше нарушений динамических параметров деятельности, чем легче протекает заболевание, тем более заметными становятся нарушения мышления или его выраженное своеобразие. Выделенные параметры познавательной деятельности вместе с клинической оценкой необходимы при проведении дифференциальной диагностики.

Литература

1. *Зверева Н.В.* Концепция когнитивного дизонтогенеза: история разработки и результаты исследований нарушений мышления. // Психиатрия, 2018. № 2 (78). С. 31–40.
2. *Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И.* Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018. Т. 118. № 5–2. С. 3–11.
3. *Иванова А.Я.* Сборник трудов по патопсихологии детского возраста/ А.Я.Иванова, Э.С.Мандрусова; под ред. Э.С.Мандрусовой – М-Берлин: Директ –Медиа, 2015.
4. *Иовчук Н.М., Северный А.А., Морозова Н.Б.* Детская социальная психиатрия для непсихиатров. – СПб.: Питер, 2006.

Оценка когнитивного развития детей и подростков, зачатых с помощью ЭКО: клинико-психологический и психометрический подходы

Зверева Н.В., Сергиенко А.А.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Строгова С.Е., Суркова К.Л., Зверева М.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: дети, подростки, когнитивное развитие, психологическая диагностика, ЭКО

Assessment the cognitive development of children and adolescents conceived with IVF: clinical psychological and psychometric approaches

Zvereva N.V., Sergienko A.A.,

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

MSUPE, Moscow, Russia

Strogova S.E., Surkova K. L, Zvereva M.V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: children, adolescents, cognitive development, psychological diagnostics, IVF

Введение. Увеличение частоты рождений детей с ЭКО и противоречивость данных об их психическом (эмоциональном и когнитивном) развитии, а также малое количество работ, анализирующих когнитивное развитие детей в широком возрастном диапазоне, определили цель и постановку задач исследования. Исследование является комплексным (психологическое, нейрофизиологическое и иммунологическое) и посвящено изучению когнитивного развития детей 3–15 лет, рожденных с применением ЭКО. Представлены результаты по психологической диагностике.

Цель: оценка особенностей когнитивного онтогенеза (дизонтогенеза) у детей 3–15 лет, зачатых с помощью ЭКО и других ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий).

Методы исследования: беседа и анкетирование родителей, WISC-II (детский тест Векслера), экспериментально-психологические методики для оценки когнитивного развития (память, внимание, мышление и восприятие), нейропсихологическая диагностика (дети 3-4 лет проходили

адаптированное нейропсихологическое обследование и не участвовали в психометрии по тесту Векслера), методы математической обработки данных (описательные статистики).

Материал исследования. Критерии включения: возраст ребенка от 3 до 15 лет включительно, зачатие с помощью процедуры ЭКО и других ВРТ. Критерии исключения: естественное зачатие.

Испытуемые: Обследовано 27 детей (13 мальчиков и 14 девочек) в возрасте от 3 до 15 лет, рожденных с помощью ЭКО. Из них 3 пары dizygотных близнецов. 4 ребенка имели выставленный диагноз нарушения психического развития в виде: аутизма, эпилепсии, шизотипического расстройства. Все дети, за исключением трех случаев, воспитывались в полных семьях. Большинство детей обучаются в общеобразовательных учреждениях, посещают детский сад. Испытуемые участвовали в исследовании добровольно с письменного согласия родителей. Причины обращения к процедуре ЭКО связаны либо с женским, либо с мужским бесплодием. Процедура ЭКО проводилась по короткому или по длинному протоколу, в платных центрах и по квоте Минздрава или по ОМС, для оплодотворения использовался только родительский материал. Количество проведенных подсадов (процедур ЭКО) от 1 до 6. Примерно половина исследуемых детей появилось на свет в результате кесарева сечения. Сроки раннего психомоторного развития детей, со слов родителей, в большинстве случаев совпадали с нормативными. Наблюдались разнообразные варианты своеобразия речевого развития, работа с логопедом, нейропсихологом.

Результаты. По результатам беседы с родителями и анкетирования выявлено, что в анамнезе у большинства прошедших исследование детей и подростков отмечалось то или иное перинатальное или пренатальное поражение ЦНС.

По результатам теста Векслера общий интеллектуальный показатель не идентичен в группах с малым (111 баллов) и большим (104 балла) количеством подсадов. Диссоциация между вербальным и невербальным интеллектом встречалась более чем у 80 % испытуемых. Чаще встречалось преобладание невербального интеллекта, у испытуемых из группы с малым числом подсадов ЭКО. У испытуемых с выставленными диагнозами средние показатели интеллекта были ниже, чем у остальной группы (84,5 балла), также отмечалась диссоциация вербального и невербального интеллекта.

Оценка когнитивного развития по данным экспериментально-психологического исследования (патопсихологическая диагностика состояния памяти, внимания, мышления и восприятия) проводилась с детьми от 5 лет, выявлено широкое разнообразие вариантов развития. Опережающего когнитивного развития не было ни у одного из обследованных детей. У части младших детей отмечается общее недоразвитие

речи, различные варианты темпов познавательного развития, проблемы с произвольной слухоречевой памятью: снижение объема, трудности включения в деятельность, невысокие показатели эффективности памяти и т.д. Отмечается низкий показатель первоначального объема при запоминании 10 слов и хороший показатель отсроченного воспроизведения в той же методике. Для внимания отмечены как нормативные показатели, так и снижение темпа деятельности, трудности распределения внимания, поведенческие особенности по типу элементов полевого поведения. Особенности памяти и внимания оказываются более заметными по сравнению с результатами методик на оценку мышления, в основном выполнение заданий в пределах возрастной нормы для тех, кому, они доступны, исключение составляют 3 детей, страдающих психической патологией. Наиболее благоприятной остается сфера зрительного восприятия, где практически нет проблем ни с перцептивными действиями, ни с синтезом или избирательностью.

По результатам нейропсихологического обследования имеется сходство части обследованных испытуемых с детьми и подростками с резидуальной органической патологией разной степени тяжести, преили перинатального генеза. В когнитивном развитии обнаружено, в той или иной степени тяжести, недоразвитие или дисфункция следующих нейропсихологических факторов: 1) Энергетического фактора (диэнцефального и стволового) – в разной степени выраженности наблюдается у всех обследованных детей; 2) Регуляторного фактора; 3) Кинетического; 4) Слухо-речевой памяти – по типу повышенной тормозимости следов, наблюдается как про- так и, чаще, ретроактивное торможение следов. Выявлена зависимость увеличения функциональной недостаточности (увеличения симптомов дисфункции) энергетического и регуляторного факторов в зависимости от увеличения количества подсадов ЭКО (данные по другим нейропсихологическим факторам – в стадии анализа). Наибольшие отличия выявлены у тех, у кого количество подсадов было больше 3 (4–6 подсадов). Степень «тяжести» дисфункции энергетического фактора и на уровне стволовых и на уровне диэнцефальных структур возрастает на 12 %. Функциональная недостаточность регуляторного фактора возрастает почти на 30 %. В зависимости от возраста испытуемых (анализ в группах до 8 лет и старше) выявлена тенденция снижения обнаружения дисфункции энергетического фактора на уровне стволовых структур (~25 %) и функциональной недостаточности регуляторного фактора (~30 %). Сравнение усредненных данных в группах по функциональному состоянию энергетического фактора на уровне диэнцефальных структур не показало различий. Нейропсихологическая и логопедическая оценка детей младшей группы показала, что рожденные после многократных попыток ЭКО дети находятся в зоне риска по негативному развитию когнитивной и речевой сферы

Резюме. При комплексном обследовании на первый план выступают тенденция к снижению динамических показателей познавательной деятельности, при этом общая оценка когнитивного развития наблюдалась в вариантах от высокой нормы до значительной задержки развития (при наличии психиатрического диагноза). Полученные результаты будут дополнены и верифицированы при расширении основной выборки, сопоставлении с нормативной группой во всему комплексу методик, с учетом их возраста, особенностей перинатального периода, сроков овладения «miles stones» (ключевыми навыками), а также особенностей самой процедуры ЭКО и семейной ситуации.

Влияние родительских установок на коррекционный процесс у детей с аутистическими расстройствами

Иванова И.А., Султанова А.С.

Психологический Центр

«Сателлит», Москва, Россия

irina_a_ivanova@mail.ru

ФГБНУ «Институт изучения детства,

семьи и воспитания РАО», Москва, Россия

alfiya_sultanova@mail.ru

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, родительские установки, динамика коррекционного процесса

The influence of parental attitudes on the correction process in children with autistic disorders

Ivanova I.A., Sultanova A.S.

Psychological Center “Satellite”, Moscow, Russia

Institute for the study of childhood, family and education

of Russian academy of education, Moscow, Russia

Keywords: autism spectrum disorders, parental attitudes, dynamics of the correctional process

На протяжении последних лет специалисты во всем мире отмечают неуклонный рост числа детей с аутистическими расстройствами. Разработка вопросов помощи детям с данной патологией является актуальнейшей междисциплинарной проблемой. За последние десятилетия создано достаточно много коррекционных и обучающих программ для детей с РАС; в нашей стране начинают внедряться различные формы инклюзивного обучения этих детей. Эффективность коррекционно-обучающих мероприятий зависит от многих факторов, и одним из ключевых факторов является позиция/установки членов семьи, воспитывающей ребенка с РАС. Под родительскими установками, или позициями, понимается «система или совокупность родительского эмоционального отношения к ребенку, восприятие ребенка родителем и способов поведения с ним» [Бодалев А. А., Столин В. В. и др., 1989, с. 19–20]. От родительских установок зависят, в частности, принятие диагноза ребенка, качество комплаенса, выбор коррекционных методов, соблюдение рекомендаций педагогов и других специалистов, стабильность в посещении развивающих занятий.

С целью уточнения влияния родительских установок и некоторых других семейных факторов на коррекционный процесс детей с РАС нами было предпринято исследование, в котором приняли участие 65 детей в возрасте от 3,5 до 13 лет с различными формами аутизма: детский аутизм (F84.0) – 33 чел., атипичный аутизм (F84.1) – 21 чел., синдром Аспергера (F84.5) – 11 чел. Использовались следующие методы: стандартизированная беседа, сочинение «Мой ребенок», опросник «Анализ семейного воспитания» (АСВ) [Эйдемиллер Э. Г., Юстицкис В., 2008]. Дети с РАС и их семьи находились под наблюдением специалистов на фоне консультативной и коррекционной работы.

Результаты исследования показывают, что во многих семьях с детьми с аутистическими расстройствами наблюдаются нарушения стиля воспитания. Отмечались случаи эмоционального отторжения родителями ребенка с РАС (9%), но чаще (около 25%) регистрировалось возникновение патологической привязанности к ребенку. В 35% случаев отмечалось сочетание гиперопеки, потворствующей гиперпротекции, снижения требований-обязанностей, запретов и санкций; в 25% – сочетание неустойчивости стиля воспитания (переходы от повышенного внимания к эмоциональному отвержению) и воспитательной неуверенности. Данные нарушения родительской позиции крайне негативно сказываются на коррекционном процессе. В случае гиперопеки родители не закрепляют результат, полученный на занятиях. При потворствующей гиперопеке члены семьи сконцентрированы на желаниях ребенка с РАС и часто отказываются от всего, на что ребенок реагирует негативно, в том числе и от посещения коррекционных занятий. Родители с воспитательной неуверенностью, как правило, не готовы к регулярным длительным (часто – многолетним) коррекционно-развивающим занятиям с постепенным включением специалистом дополнительных методов, а постоянно находятся в поисках «волшебного средства». Дети в таких семьях часто перегружены занятиями, посещениями различных учреждений и специалистов, кратковременными программами коррекции, откровенно сомнительными «лечебными» и развивающими методами, измучены всевозможными диетами и различными сменяющими друг друга процедурами, эффективность которых при аутизме является недоказанной (например, клизмами, хелированием, гирудотерапией и пр.). Наша практика наблюдения за такими случаями показывает, что этот подход к коррекции РАС оказывается крайне неэффективным и может привести к негативному результату, усугубляя аутистические проявления у ребенка. Похожий вариант, при котором также наблюдается негативный результат, – самостоятельное, бесконтрольное и поэтому, как правило, несвоевременное и неадекватное применение родителями техник и методов, доказавших свою эффективность при работе специалистов с детьми, имеющими РАС.

В исследовании довольно часто регистрировалась разноплановость стилей воспитания у членов семьи детей с РАС (около 40 %). Наиболее характерны следующие сочетания: гиперпротекция со стороны матери и эмоциональное отвержение со стороны отца; эмоциональное отвержение и нетерпимость со стороны матери и доминирующая гиперпротекция со стороны бабушки; воспитательная неуверенность у матери и чрезмерность санкций у отца. Противоречивость и неадекватность родительских позиций наносит ущерб психическому развитию ребенка и препятствует ходу коррекционного процесса. Также для многих семей, воспитывающих детей с РАС, характерна тенденция к социальной изоляции, повышенное внимание к здоровью ребенка (в т.ч. физическому), снижение эмоционального фона, повышение конфликтности у членов семьи, недостаточная гибкость стиля воспитания при изменении состояния ребенка в процессе коррекции.

Данные проведенного исследования позволяют выделить основные факторы, оказывающие влияние на формирование родительских установок в семьях с ребенком с РАС: 1. Социально-психологический статус семьи: является ли семья полной или неполной, молодой или зрелой, работают ли родители, какое количество детей в семье. Эти факторы являются особенно важными для своевременного выявления РАС. 2. Личностные особенности взрослых членов семьи. Выбор способа взаимодействия с особым ребенком, пути коррекционной работы зависит от особенностей личности родителей, их мировоззрения, уровня личностного развития. 3. Внутрисемейные, в т.ч. супружеские, взаимоотношения. Зачастую вместо совместной содружественной работы по преодолению болезненного состояния ребенка начинаются взаимные обвинения, семейные конфликты, препятствующие проведению коррекционных мероприятий.

Таким образом, особенности родительской позиции, специфика семейного воспитания являются важнейшими факторами, которые могут как положительно, так и отрицательно влиять на ход коррекционного процесса и динамику психического развития детей с РАС. Для успешной коррекционной работы необходима помощь специалистов не только ребенку с аутизмом, но и всей семье в целом.

Литература

1. *Бодалев А.А., Столин В.В., Соколова Е.Т., Спиваковская А.С.* и др. Семья в психологической консультации: опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Педагогика, 1989.
2. *Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В.* Психология и психотерапия семьи. – СПб.: Питер, 2008.

Исследование внутренней картины дефекта подростков с нарушением интеллекта: постановка проблемы

Илларионова-Шелковская М.С.

Костромской государственной университет, Москва, Россия

psihosska@gmail.com

Ключевые слова: внутренняя картина дефекта, нарушения интеллекта, подростковый возраст, Я-концепция

Study of the internal picture of the defects in adolescents with intellectual disorders: formulation of the problem

Illarionova-Shelkovskaya M.S.

Kostroma State University, Moscow, Russia

Keywords: internal picture of the defect, intellectual disabilities, adolescence, self-concept

Гуманистическая цель современного образования заключается в максимальном раскрытии потенциальных возможностей личности ребенка, содействии полноценному развитию в личностном и познавательном плане, в том числе детей с ограниченными возможностями здоровья, в частности с нарушением интеллекта.

Актуальность и значимость изучения внутренней картины дефекта подростков с нарушением интеллекта определяется необходимостью выявить особенности их самовосприятия, перспективы личностного развития, социальной адаптации, выявить затруднения, которые отрицательно сказываются на функциональной стороне процесса взаимодействия с социумом, особенно на этапе обучения в выпускных классах. Исследования Т.Н. Адеевой (2019), Е.Е. Бочаровой (2017), Е.Б. Быковой (2017) и других ученых доказывают, что усиление переживания дефекта интеллектуального нарушения приходится именно на подростковый возраст.

Как показывает анализ научных исследований особенностей личностного и социального развития подростков с интеллектуальными нарушениями, психическое недоразвитие носит тотальный характер, охватывает все сферы психики: сенсорную, моторную, интеллектуальную, эмоциональную, волевою, личностную, что является определяющей характеристикой умственной отсталости.

При сравнении личностного развития подростков с типичным и нарушенным интеллектом, мы можем отметить общие закономерности,

однако имеются и различия в сроках и темпах, в своеобразии характеристик самооценки, самовосприятия, развития Я – концепции, что связано с имеющимися дефектами умственного развития.

Т.И. Кузьмина отмечает [2], что структура и содержание Я-концепции подростков с нарушением интеллекта во многом определяют характер деятельности и поведения, адекватность общения и взаимодействия с окружающими. Нарушение личностного и социального развития подростков с нарушением интеллекта связано с той средой развития, в которой осуществляется их жизнедеятельность, социализация. Говоря о подростках с умственной отсталостью, ученые (С.Я. Рубинштейн, И.В. Белякова, В.Ф. Петренко и др.) обращают внимание на то, что данной категории детей наиболее присущи: нарушение различных типов идентификации (именной, возрастной, половой, телесной), недоразвитие рефлексии.

Внутренняя картина дефекта, которая является составной частью Я-концепции и представляет собой сложное интегративное образование, включающее в себя комплекс физических ощущений, эмоциональных состояний и переживаний, систему знаний о причинах своего нарушения и возможностях его изменения, представления о самореализации и оценку жизненной перспективы [3], влияет на мотивацию к достижению успеха, успешность социальной адаптации лиц с нарушением интеллекта.

Внутренняя картина дефекта как личностная реакция на дефект может привести как к формированию комплекса неполноценности, заниженной самооценке и уровню притязаний, так и к возникновению компенсаторной активности, являющейся источником развития (у различных нозологических групп). Реакция большинства инвалидов по зрению на собственный дефект может характеризоваться как крайне болезненная, приводящая к депрессии. В свою очередь, глухие дети дошкольного и младшего школьного возраста переживают наличие дефекта не так остро, как их слепорожденные сверстники. Е.А. Гайдукевич отмечает схожесть личностной реакции на дефект детей с нарушениями зрения и слуха, которая нередко принимает острый характер [1]. У подростков часто возникает подавленное настроение, тоска, ощущение безысходности, мысли о собственной неполноценности, обреченности.

Самоописания подростков с умственной отсталостью представляют характеристики преимущественно положительной направленности. Только к старшему подростковому возрасту они начинают более объективно оценивать себя, признавать у себя наличие отрицательных характеристик. Изучая самосознание учащихся с недоразвитием интеллекта, исследователи (Е.А. Гайдукевич, О.В. Корчагина, Т.Н. Адеева и др.) отмечают у них сниженную потребность в саморефлексии. Представления о себе у умственно отсталых подростков формируются на усвое-

нии обобщенных оценочных характеристик, даваемых окружающими. В результате этого подростки, обучающиеся в специальных школах, не имеют четкого, полного и адекватного представления о собственных качествах, некритично оценивают свои возможности и не соотносят их с уровнем сложности выполняемой деятельности.

Несмотря на широкое внимание ученых к изучению личностного и социального развития детей с умственной отсталостью, внутренняя картина дефекта подростков с нарушением интеллекта требует продолжения исследований, и остается актуальной для дальнейшего изучения.

Мы можем предположить, что переживание дефекта подростками с нарушением интеллекта находит отражение в содержании Я-концепции, которое обуславливает специфику их личностного развития в целом. Исходя из результатов предыдущих исследований, мы выдвигаем гипотезы: 1) о существовании специфики отношения к дефекту подростков с интеллектуальными нарушениями в сравнении с другими нозологическими группами; 2) о существовании отличий в структуре внутренней картины дефекта у младших и старших подростков с интеллектуальными нарушениями.

На наш взгляд, также недостаточно разработанной остается проблема создания диагностического инструментария для исследования Я-концепции при нарушении интеллекта, а также описания состояния Я-концепции и предпосылок к ее становлению у лиц с легкой умственной отсталостью на разных возрастных этапах: от младшего школьного возраста до юношеского.

Литература

1. *Гайдукевич Е.А.* Проблема внутренней картины дефекта в специальной психологии // Известия РГПУ им. А.И. Герцена, – 2011. – № 132. – С.331–336
2. *Кузьмина Т.И.* Динамика формирования Я-концепции у лиц с легкой степенью умственной отсталостью: автореф. дис...канд. психол. наук. – Москва, 2009. – 26 с.
3. *Тихонова И.В., Адеева Т.Н., Севастьянова У.Ю.* Внутренняя картина дефекта и личностные особенности младших школьников с дефицитным развитием как факторы нарушения адаптации // Психология стресса и совладающего поведения: вызовы, ресурсы, благополучие: Материалы V международной научной конференции, Кострома, 2019. – Т. 2 – С. 98–103.

Особенности пространственного восприятия у подростков с шизотипическим расстройством личности

Кладкова К.Н.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

ksn02021994@mail.ru

Сергиенко А.А.

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва, Россия

aumsan@gmail.com

Ключевые слова: пространственное восприятие, шизотипическое расстройство, подростковый возраст

Spatial perception features in adolescents with schizotypal personality disorder

Kladkova K.N.

MSUPE master's graduate, Moscow, Russia

Sergienko A.A.

Mental Health Research Center (MHRC), MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: spatial perception, schizotypal personality disorder, adolescence

Введение. Пространственная организация психической деятельности является основой для нормативного формирования и развития многих аспектов психики, включая необходимые когнитивные навыки, предопределяющие как готовность к освоению школьной программы, так и успешное завершение данного процесса. Сформированность пространственного и квазипространственного восприятия составляет основу вербального и конструктивного мышления. Малейшие отклонения от нормативного созревания мозга в подростковом возрасте, в том числе связанные с нейрокогнитивным дизонтогенезом, порождаемым психическими нарушениями, могут приводить к нарушениям формирования пространственного фактора. Анализ литературных источников по проблеме показывает, что несмотря на имеющиеся исследования в сфере нарушения пространственного фактора при шизотипическом расстройстве личности (ШТР) [1; 2 и др.], законченной модели таких нарушений в подростковом возрасте еще не создано. Возникает потребность в комплексном исследовании и последующем формировании нейропсихологической модели нарушений пространственного фактора у подростков с ШТР.

Цель работы – исследование особенностей пространственного фактора (пространственного и квази-пространственного восприятия, пространственных представлений) у подростков с шизотипическим расстройством личности.

Материалы и методы.

Исследуемые и базы исследования. В исследовании приняли участие 26 подростков в возрасте 11–16 лет (учащиеся средней и старшей общеобразовательной школы). Из них 13 (6-мальчиков, 7-девочек) составили экспериментальную группу – подростки с подтвержденным наличием ШТР (F21), которые находились на стационарном лечении в 7 детском отделении ФГБНУ НЦПЗ. Остальные 13 подростков (8-мальчиков, 5-девочек) учащиеся общеобразовательной школы без каких-либо выставленных диагнозов составили контрольную группу, отнесенную к условной норме.

Методы исследования. Использовалась специально подобранная батарея нейропсихологических проб, направленная на исследование пространственного восприятия и его составляющих, латеральных предпочтений. Также применялись пробы на исследование зрительной памяти, зрительного внимания, динамического праксиса, в которых, путем качественного и количественного анализа выявлялись особенности пространственного и квазипространственного восприятия, пространственных представлений. Для статистической обработки был применен непараметрический критерий U Манна-Уитни, используемый для оценки различий между двумя независимыми выборками.

Результаты. В исследовании выявлено, что у подростков с ШТР функциональная сформированность пространственной организации движений и действий (сомато-пространственное восприятие и сомато-пространственные представления) снижена по отношению к нормотипичной группе и коррелирует со спецификой профиля латеральных предпочтений (ПЛП). Кроме этого, подростков с ШТР характеризует определенная специфичность латеральных предпочтений. Так 38 % испытуемых с ШТР имеет тенденцию к правополушарному профилю, 38 % – к смешанному профилю и 24 % имеет тенденцию к левополушарному профилю, в то время как большинство нормотипичных испытуемых (92 %) имеет тенденцию к левополушарному ПЛП. Также была выявлена дефицитарность межполушарного взаимодействия, как на уровне кинетического, так и на уровне кинестетического фактора.

Функциональная сформированность зрительно-пространственного восприятия и зрительно-пространственных представлений в подростков с ШТР имеет свои особенности. Подростки с ШТР допускают достоверно больше метрических ошибок и 180 градусных зеркальных реверсий чем испытуемые контрольной группы ($p < 0,05$).

В плане функциональной сформированности квази-пространственного восприятия были выявлены значимые отличия в понимании фраз,

требующих двойного сопоставления (тесты Бине – $p < 0,01$). Снижение в других пробах на квази-пространственное восприятие (понимание предложных конструкций, понимание флективных отношений, понимание конструкций родительного падежа) – выявлено на уровне тенденций.

Подростки с ШТР отличаются дефицитарностью пространственного компонента в мыслительной деятельности, что свидетельствует о нарушении перцептивной стороны аналитико-синтетической деятельности. Также, на уровне тенденции они имеют трудности программирования хода решения при выполнении задач и заданий.

В группе подростков с ШТР выявлено меньшее количество корреляций между показателями успешности выполнения нейропсихологических проб, что может свидетельствовать о некоторой редукции функциональных связей между разными компонентами пространственного фактора при ШТР.

При исследовании зрительного внимания и нейродинамических показателей психической деятельности, как базисных составляющих пространственного восприятия, было обнаружено, что подростки с ШТР имеют более выраженную асимметрию и меньшую скорость, подвижность произвольного зрительного внимания ($p < 0,01$). Также, у испытуемых с ШТР наблюдался дефицит общей нейродинамики в ходе всего обследования. Можно говорить о негативном влиянии функции зрительного внимания и фактора общей нейродинамики в структуре зрительно-пространственного восприятия.

Изначально предполагалось, что у подростков с ШТР недостаточность межполушарного взаимодействия (на уровне кинестетики и/или на уровне кинетического фактора) влияет на пространственное и/или квази-пространственное восприятие. Данное предположение частично подтвердилось: успешность выполнения проб на межполушарное взаимодействие на уровне кинестетического фактора коррелирует с успешностью квази-пространственного восприятия ($R=0,8$). Чем сложнее испытуемым было справиться с пробой на перенос позы по кинестетическому образцу, тем более низкие результаты они показали в пробах на квази-пространственное восприятие (понимание флективных отношений и конструкций родительного падежа).

Резюме. У подростков с ШТР существуют специфические особенности пространственного восприятия и ряда составляющих пространственной организации психической деятельности, отличающиеся от состояния аналогичных функций в группе «нормотипичного развития».

Литература

1. *Ferri F., Ambrosini E., Costantini M.* Spatiotemporal processing of somatosensory stimuli in schizotypy // *Sci Rep.* 2016. № 6. P. 38735.
2. *Gogtay N, Vyas N.S., Testa R., Wood S.J., Pantelis C.* Age of Onset of Schizophrenia: Perspectives from Structural Neuroimaging Studies // *Schizophrenia Bulletin.* 2011. № 37. P. 504–513.

Своевременное выявление и сопровождение обучающихся с поврежденным или искаженным вариантом развития в связи с нарушениями мышления

Коблик Е.Г., Садовникова Т.А.

*ГАОУ ДПО г. Москвы «Московский центр качества образования», Москва, Россия
soc-in@bk.ru, tanuya99@mail.ru*

Сотникова Ю.А.

*НМИЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачёва «Русское поле», Москва, Россия
sotnikovaua@mail.ru*

Ключевые слова: поврежденное развитие, искаженное развитие, нарушения мышления, специальные условия для получения образования, своевременность

Early identification and support of students with distorted and damaged development due to thought disorder

Koblik E.G. Sadovnikova T.A.

State Autonomous Educational Institution for Supplementary Professional Education of Moscow. Moscow, Russia

Sotnikova Y.A.

Dmitry Rogachev National Medical research Center Of Pediatric Hematology, Oncology and Immunology. Moscow, Russia

Keywords: distorted development, damaged development, thought disorder, specific educational conditions, timeliness

Аннотация: дети с поврежденным и искаженным развитием в силу имеющихся нарушений мышления составляют одну из категорий детей, нуждающихся в определении специальных условий образования и межведомственном сопровождении на всех этапах обучения. Своевременный переход при обучении на адаптированные основные образовательные программы, индивидуальный образовательный маршрут обеспечивает ребенка единой системой сопровождения в процессе обучения.

Все препятствия и трудности – это ступени, по которым мы растем ввысь...

Фридрих Вильгельм Ницше

Для прогноза психического развития и выбора траектории обучения детей с вариантом поврежденного или искаженного развития крайне важна своевременная диагностика, последовательная и скоординированная работа коррекционных педагогов, родителей, медиков. Особую категорию детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) и инвалидностью составляют дети, перенесшие инфекционные заболевания, интоксикацию, онкологические заболевания, травмы ЦНС, дети, имеющие наследственные дегенеративные и обменные заболевания головного мозга, выраженные психические расстройства, эпилепсию. У части детей с поврежденным развитием на первый план выступают обеднение или утрата сформированных ранее навыков, снижение интеллектуальной работоспособности и продуктивности, уплощение мотивации, патохарактерологическое развитие личности, низкая социальная адаптация. У детей с искаженным развитием в первую очередь наблюдаются нарушения мышления (искажение процесса обобщения, нарушение потребностно-мотивационного компонента мышления) и, безусловно, выраженное снижение активной социализации.

При разработке адаптированных основных общеобразовательных программ (АООП) и реализации коррекционных направлений работы специалистов с такими детьми важно учитывать различные формы патологии мышления в становлении и развитии познавательной деятельности ребенка. В структуре патологически измененного мышления детей с ОВЗ и инвалидностью наблюдаются сложные сочетания разных видов нарушений: нарушения операционной стороны мышления, нарушения динамики мышления, нарушения личностного компонента мышления [1].

Заболевания детей, которые могут привести к комплексным вариантам нарушений мышления – это эпилепсия, психические расстройства, инсульты, онкологические заболевания, перенесенные инфекционные заболевания, а также различные повреждения ЦНС. Кратко обозначим специфику нарушений мышления некоторых из них.

Эпилепсия – достаточно распространенное неврологическое заболевание, которое приводит к двигательным, чувствительным, вегетативным и когнитивным нарушениям. Эпилепсия у детей проявляется гораздо чаще, чем у взрослых, по причине динамично развивающегося головного мозга ребенка. Причины эпилепсии у детей могут быть самыми различными: генетическая предрасположенность и наследственность, черепно-мозговые травмы, родовые травмы, перенесенные инфекционные заболевания (грипп, пневмония), также на развитие заболевания оказывают влияние различные опухолевые процессы в головном мозге

(опухоль, киста, гематома). В качестве наиболее значимых последствий болезни можно выделить следующее: задержка психического развития или тотальное недоразвитие психических функций, низкая социальная адаптация, нарушения памяти, личностные изменения. Если эта болезнь началась в детском возрасте происходят изменения личности, которые характеризуются обычно как сочетание агрессивности, угодливости и педантичности. Мышление при эпилепсии становится конкретным, тугоподвижным, обстоятельным, характеризуется нарушением способности отделять главное от второстепенного, затруднениями в оперировании абстрактными понятиями. В динамике мышления отмечается ригидность, трудности переключения с одной темы на другую, застревание на деталях. Все это приводит к снижению обучаемости, памяти, работоспособности. Происходит обеднение словарного запаса, понижение речевой активности. Эпилепсия может стать причиной умственной отсталости. В результате дети с эпилепсией часто сталкиваются с невозможностью осваивать основную образовательную программу (ООП) и нуждаются в своевременном переводе на АООП, чаще всего на АООП для обучающихся с задержкой психического развития или на АООП для обучающихся с умственной отсталостью. Своевременная медицинская диагностика и диагностика уровня мышления крайне важна и при инсультах. Инсульт у детей возникает реже, чем у взрослых и пожилых людей, но его последствия бывают не менее опасными. К основным факторам риска возникновения инсультов можно отнести: разнообразные аутоиммунные заболевания; лейкемии; операции на головном мозге или сердце; мигрени с аурой; травмы шеи или головного мозга; метаболические болезни. Несвоевременно диагностированные геморрагические и ишемические инсульты в детском возрасте могут стать причиной инвалидности и даже летального исхода. Благодаря тому, что детский организм находится в стадии активного роста и развития, инсульт у детей переносится легче, чем у взрослых. Способность к регенерации и росту способствует замене отмерших клеток и возникновению новых нейронных связей. В большинстве случаев при должном лечении и реабилитации ребенок после инсульта полностью восстанавливается. Однако при поздней диагностике возникают следующие последствия: увеличение количества детей, нуждающихся в постоянном уходе, в 70 % случаях возможны постоянные или временные нарушения в виде паралича, неврологические заболевания, задержка психического развития, выраженное снижение памяти, нарушения мышления по типу снижения процесса обобщения, эмоциональная лабильность. В свою очередь, при поздней диагностике, либо при неполном восстановлении дети, пережившие инсульт также, как и дети с эпилепсией испытывают трудности в освоении ООП и нуждаются в как можно более раннем переводе на АООП, соответствующую ведущему поражению.

Что касается детей с психическими расстройствами шизотипического круга, то для них характерны трудности адаптации, нарушения эмоционально-волевой сферы, протестные реакции, негативизм в общении, импульсивность, раздражительность, высокий уровень тревожности, стереотипные действия, психосоматические реакции. При обучении в школе у таких детей отмечается острое восприятие неудачи в обучении, критики одноклассников, болезненное реагирование на оценки, трудности в общении, демонстрация заниженной самооценки, проявление агрессивности. В подростковом возрасте школьная неуспешность таких детей может приводить к различным формам девиантного и саморазрушающего поведения, невротическим реакциям, срывам привычных адаптационных механизмов, полному отказу от учебы и изоляции. К особенностям мыслительной деятельности данной группы детей следует отнести разноплановость, соскальзывания, сочетание конкретности и сверхабстрактности суждений, вязкость или расплывчатость мыслительных процессов, сложности обобщения, установления причинно-следственных связей. Зачастую наблюдается распад целенаправленной психической деятельности, хаотичность и непредсказуемость поведения, стойкие нарушения мышления и восприятия реальности, необоснованная агрессивность. В связи с подобными нарушениями мышления таким детям также важно перейти на АООП (чаще на АООП для детей с задержкой психического развития) или на обучение по индивидуальному учебному плану. Кроме того, часто они переходят на обучение на дому или в рамках медицинской организации.

Отдельно необходимо выделить категорию детей, перенесших онкологическое заболевание, особенно опухоли ЦНС. Как в связи с заболеванием, так и в связи с высокой интоксикацией в процессе лечения у достаточно большой части детей наблюдаются следующие последствия: так называемые нейрокогнитивные дефициты (снижение уровня обобщения, снижение концентрации внимания, снижение памяти, медленный темп обработки информации, низкая скорость реакции); синдром хронической усталости (фатиг синдром); социальные дефициты (потеря или недоразвитие коммуникативных навыков, узкий круг общения); низкоадаптивные копинг-стратегии, такие как избегание, дефицит поиска помощи, дефицит поведения преодоления; трудности целеполагания и др. Эти дети чаще оказываются в изоляции, становятся жертвами буллинга, имеют мало друзей, так как длительно находятся на домашнем обучении. Подчеркнем, что мероприятия, способствующие возвращению ребенка в сад или школу в виде скоординированного партнерства пациентов, их семей, медиков и школьного персонала крайне важны для его последующей адаптации.

Своевременный перевод в случае трудностей освоения ОПП на АООП также необходим большей части этих детей для более гармо-

ничного вхождения в социум и прицельности оказываемой им помощи в обучении. В зависимости от ведущих поражений это могут быть все 10 видов АООП.

Большая роль в психолого-медико-педагогическом сопровождении детей с данными видами нарушений отводится медицинским психологам и педагогам – психологам, так как они выступают связующим звеном между семьей, ребенком, медицинскими работниками, различными социальными службами. Психолог принимает активное участие в программе реабилитации, а затем сопровождает ребенка в ходе адаптации к социуму после перенесенного заболевания.

Необходимо также отметить, что возможно, после пандемии коронавируса при возвращении учеников в школы, появится определенная категория учащихся, которая будет нуждаться в психологическом сопровождении школьного психолога. Психолого-педагогические консилиумы образовательных организаций будут выявлять таких детей, оказывать им психологическую помощь и поддержку, а при необходимости направлять таких детей на ПМПК для определения или изменения образовательного маршрута.

Заканчивая описывать детей выбранной категории, стоит отметить, что спецификой нарушений мышления при поврежденном развитии является мозаичный характер имеющихся трудностей. Например, дети, перенесшие опухоли головного мозга, даже при диагнозе «умственная отсталость» сохраняют ряд функций на уровне «до болезни». При различного рода повреждениях мы сталкиваемся, как правило, с неравномерным характером нарушений – часть функций невозможно реализовать, а часть остается на прежнем уровне. Мозаичность нарушений мышления касается и искаженного развития, так ребенок может иметь специфический интерес и достигать ощутимых успехов в этой сфере. Подобную специфику необходимо иметь в виду при диагностике актуального уровня развития.

Итак, мы осветили некоторую специфику когнитивных нарушений у детей при различных видах поврежденного и искаженного развития. Безусловно данная категория детей с ОВЗ и инвалидностью особенно нуждается в последовательной траектории развития, социализации и обучения, в том числе профессионального, с созданием специальных условий, удовлетворяющих их особые образовательные потребности, с системным подходом к их развитию на всех этапах образования.

Специальные условия, для получения образования детей с ОВЗ, инвалидностью определяются в Москве Центральной психолого-медико-педагогической комиссией (ЦПМПК), деятельность которой регламентируется Приказом Минобрнауки РФ от 20.09.2013г. № 1082. Основные направления деятельности ЦПМПК:

– проведение комплексного психолого-медико-педагогического обследования обучающихся с целью как можно раннего выявления

особенностей их развития, затрудняющих освоение основных образовательных программ;

- рекомендации по разработке оптимального образовательного маршрута для каждого обучающегося с ОВЗ, инвалидностью, перевод на АООП;
- рекомендации по созданию для обучающегося с ОВЗ, инвалидностью специальных условий при сдаче ГИА.

В ходе обследования специалисты ЦПМПК учитывают возрастные особенности и нормативы развития детей, выявляют актуальное развитие психических функций и определяют в ходе обучающего эксперимента зону ближайшего развития ребенка.

Крайне важными критериями психологического оценивания являются также, как и при классическом патопсихологическом обследовании (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн): степень включенности ребенка в ситуацию обследования, целенаправленность и мотивированность его деятельности, критичность к своим результатам, особенности работоспособности и динамики психических процессов.

Опыт работы ЦПМПК показывает, что своевременный перевод обучающегося на АООП позволяет преодолеть возникшие трудности в обучении, успешно освоить образовательную программу. Кроме того, таким детям может быть рекомендовано обучение по индивидуальному учебному плану (ст.34 ФЗ от 29.12.2012 № 273 «Об образовании в РФ») или организация обучения на дому (Приказ Минздрава России от 30.06.2016 № 436 н «Об утверждении перечня заболеваний, наличие которых дает право на обучение по основным общеобразовательным программам на дому»). Профессиональное обучение и профессиональное образование обучающихся с ОВЗ также осуществляются на основе образовательных программ, адаптированных при необходимости для их обучения [ФЗ № 273 гл.11, статья 79, п.8].

ЦПМПК города Москвы успешно взаимодействует с медицинскими и образовательными организациями. Совместно со специалистами ГБУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ» проводятся расширенные межведомственные заседания ЦПМПК. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр детской гематологии, онкологии и иммунологии имени Дмитрия Рогачева» при необходимости рекомендует родителям после лечения и реабилитации обратиться на ЦПМПК для уточнения, изменения образовательного маршрута. С ФГБНУ Научный центр психического здоровья, ФГБОУ ВО Московский государственный психолого-педагогический университет, ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики РАО» специалисты ЦПМПК участвуют в совместных конференциях, обмениваются опытом по сопровождению детей с ОВЗ и инвалидностью. Для образовательных организаций города Москвы специалисты ЦПМПК проводят обучающие семинары.

Только слаженная работа медиков, образовательных организаций и ЦПМПК обеспечит каждого ребенка, нуждающегося в специальных условиях образования, своевременной помощью и индивидуальным подходом к образованию и развитию в целом.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология – Изд. 2-е, переработанное и дополненное. – М.: Издательство Московского университета, 1986.
2. Приказ Минобрнауки России от 20.09.2013г. № 1082 «Об утверждении положения о психолого-медико-педагогической комиссии». <https://минобрнауки.рф/>
3. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ <https://минобрнауки.рф/>

Виртуальная коммуникация о депрессии и суициде с использованием интернет-мемов

Костюхина Е.Д., Холмогорова А.В.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
houspaj@gmail.com, psylab2006@yandex.ru

Ключевые слова: интернет-мемы, депрессия, копинг-стратегии

WEB-communication about depression and suicide using internet memes

Kostuyhina E.D., Kholmogorova A.V.
Moscow State University of
Psychology and Education, Moscow, Russia

Key words: internet memes, depression, coping strategies

В 21 веке новым способом выражения смешного стали интернет-мемы, интегрировавшие или вытеснившие другие формы юмора из интернет-пространства. При этом в последние годы набирают популярность мемы про депрессию и суицид, т.н. депрессивные мемы. Рассматривающие депрессивную симптоматику, переживания и поведение людей с депрессией и суицидальными мыслями, а также отношения общества к людям с депрессией, они становятся важной частью репрезентации депрессии как расстройства в интернете.

По данным Всемирной организации здравоохранения на 2020 год в мире более 264 миллионов людей имеют депрессию, а суицид при этом является второй по распространенности причиной смерти людей от 15 до 29 лет, что определяет депрессию как одну из важнейших проблем.

По данным исследования U. Akram с коллегами респонденты с симптомами депрессии чаще оценивали депрессивные мемы как более смешные, близкие, повышающие настроение, чем недепрессивные мемы и в сравнении с респондентами без симптомов депрессии [U. Akram et al, 2020].

Особенности чувства юмора при депрессии, такие как более частое использование самоуничижительного стиля юмора и редкое использование позитивных стилей юмора [M.L. Kfrerer, 2018], могут приводить к тому, что подобный контент, в значительной части содержащий элементы черного юмора, привлекателен для подростков и молодых людей с симптомами депрессии.

Сочетание данных факторов показывает важность изучения влияния просмотра депрессивных мемов на людей с симптомами депрессии.

В нашем исследовании были выдвинуты следующие гипотезы:

1. Имеется связь между интересом к интернет-мемам про депрессию и суицид и способами совладания со стрессом, в частности респонденты, имеющие с симптомами депрессии и интересующиеся интернет-мемами про депрессию и суицид, чаще используют копинг-стратегию «Использование юмора» для совладания со стрессом.
2. После просмотра интернет-мемов про депрессию и суицид имеет место положительная динамика настроения.

Исследование проводилось в два этапа:

На первом был проведен интернет-опрос респондентов для выявления особенностей эмоциональной регуляции у респондентов, интересующихся мемами про депрессию и суицид.

Выборку составили 447 респондентов в возрасте от 13 до 25 лет, средний возраст 19,3. Из них: 42,4 % респондентов не имеют симптомов депрессии, 17,1 % имеют симптомы легкой степени тяжести, 19,3 % – симптомы умеренной степени тяжести, 21,3 % – тяжелой.

На втором этапе был проведен интернет-опрос респондентов, использующих интернет-мемы про депрессию и суицид в повседневном общении, для выявления влияния данного контента на настроение.

Выборку составили 687 респондентов в возрасте 14–25 лет, средний возраст 19,3. Из них: не имеют симптомов депрессии 45,7 % респондентов, у 20,2 % – легкая степень, 19,2 % – умеренная степень и у 15,8 % респондентов тяжелая степень выраженности симптомов депрессии; 53,1 % респондентов отмечают, что им «часто» или «почти всегда» нравятся мемы про депрессию и суицид.

По результатам исследования была выявлена обратная связь между близостью мемов про депрессию и суицид и продуктивными копинг-стратегиями, направленными на эмоциональную проработку, планирование и решение проблем, а также прямая связь с копинг-стратегиями избегающего и отрицающего характера.

Аналогичные связи прослеживаются между копинг-стратегиями и интересом к мемам про депрессию и суицид.

Также было выявлено, что респонденты, не имеющие симптомов депрессии, не демонстрируют значимых различий по ухудшению/улучшению настроения после просмотра мемов. При этом респонденты, имеющие выраженные симптомы депрессии разной степени тяжести, чаще отмечают улучшение настроения, чем ухудшение после просмотра мемов про депрессию и суицид. Наиболее выражено это разделение в группе респондентов с тяжелой степенью выраженности симптомов депрессии.

Эти результаты позволяют предположить, что просмотр мемов про депрессию и суицид респондентами с выраженными симптомами депрессии является формой избегающего поведения. Просмотр подобного контента и смех над ним позволяет респонденту дистанцироваться

от своих ощущений и переживаний, что означает, что в долгосрочной перспективе проблема остается нерешаемой.

Таким образом, согласно данным проведенного корреляционного анализа близость и интерес к мемам про депрессию и суицид отрицательно связаны с продуктивными копинг-стратегиями и положительно связаны непродуктивными копинг-стратегиями избегающего характера. Связи с копинг-стратегией «Использование юмора» не обнаруживается. Из чего следует, что просмотр интернет-мемов про депрессию и суицид является непродуктивной формой совладания с депрессивной симптоматикой и связанными с этим переживаниями, так как является способом неконструктивного самовыражения и совладания в форме отрицания и дистанцирования от тяжелых чувств и проблем.

В целом просмотр интернет-мемов про депрессию и суицид не оказывает значительного влияния на настроение. При этом наибольшая связь прослеживается с интересом к подобному контенту: респонденты, которым нравятся мемы про депрессию и суицид, чаще отмечают улучшение настроения после их просмотра. Респонденты, не имеющие симптомов депрессии, не демонстрируют значимых различий по ухудшению/улучшению настроения после просмотра мемов. А респонденты, имеющие выраженные симптомы депрессии разной степени тяжести, чаще отмечают улучшение настроения, чем ухудшение после просмотра мемов про депрессию и суицид. Наиболее выражено это разделение в группе респондентов с тяжелой степенью выраженности симптомов депрессии. Таким образом, данный в целом неконструктивный способ совладания с тяжелыми чувствами дает временное облегчение и таким образом может закрепляться как поведенческая стратегия.

Литература

1. 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. № 10(899).
2. M.L. Kfrerer. “An Analysis of the Relationship between Humor Styles and Depression” (2018). *Electronic Thesis and Dissertation Repository*. 5687.

Участие в фитнес-блогах и неудовлетворенность своим телом у девушек

Лепешева С.О.

ГБОУ Школа № 152, Москва, Россия

lanalepeshevapsy@yandex.ru

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Ключевые слова: неудовлетворенность телом, девушки, фитнес-блоги

Participation in fitness blogs and dissatisfaction with their bodies in girls

Lepesheva S.O.

GBOU School number 152, Moscow, Russia

Kholmogorova A.B.

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: body dissatisfaction, girls, fitness blogs

За последнее десятилетие социальные сети глубоко укоренились в нашей культуре. В то время как социальные сети первоначально были созданы, чтобы помочь каждому человеку оставаться на связи с друзьями и семьей, на данный момент их использование стало более разнообразным. Например, набирает популярность ведение фитнес-блогов с изображениями спортивных фигур и организация фитнес-марафонов. Участвуя в таких проектах, девушки стремятся быть похожими на создателя и автора этого блога. Но многим из них никогда не удастся выглядеть так же, и их ждет разочарование. Это переживание может привести к снижению самооценки и неудовлетворенности своим телом.

Только на первый взгляд, фитнес-культура в социальных сетях способствует здоровому питанию, вырабатывает привычку тренироваться и пропагандирует идею, что достижение вашей идеальной физической формы в ваших руках. Большое количество исследований показывает, что именно масс-медиа оказывает преимущественное влияние на рост неудовлетворенности своим телом [А.Б. Холмогорова, П.М. Тарханова, 2]; [О.В. Шалыгина, А.Б. Холмогорова, 4]; [Д.Х. Клэй, 6].

Изучение взаимосвязи между просмотром Интернет-контентов, посвященных «идеальным» параметрам тела и внешности, и неудовлетворенностью собственной внешностью является актуальной проблемой. Изображения в контенте, посвященного фитнесу, влияют на

восприятие человеком своего внешнего вида, а также на его мысли и чувства, которые возникают в результате этого восприятия.

В современном мире мы постоянно видим нереалистичные образы красоты. Тем не менее, социальные сети безостановочно распространяют информацию о том, что идеальные фигуры нормальны, желательны и достижимы. В последнее время спортивное телосложение, характеризующееся тонкой талией в сочетании с рельефным, подтянутым животом, мощными бицепсами и упругими ягодицами стало более популярным в СМИ и на данный период считается «идеалом» для женщин [Д.Х. Клэй, 6]. Это смещение популярности на спортивный идеал фигуры, произошло благодаря глобальному движению в социальных сетях, известному как «fitspiration» (объединение слов «фитнес» и «вдохновение»). В основе изучения воздействий идеальных изображений на восприятие собственного тела лежит теория социального сравнения. Теория процессов социального сравнения, разработанная Фестингером, является одной из самых влиятельных попыток объяснить, каким образом другие люди влияют на наше собственное мышление. Данная теория утверждает, что процессы социального сравнения формируют нашу самооценку. Чаще всего сравнение у женщин происходит относительно культурных идеалов красоты, транслируемых СМИ и своих сверстников. Процесс социального сравнения собственной фигуры с изображениями в спортивных блогах/журналах приводит к тому, что девушки начинают чувствовать себя несовершенными, непривлекательными, неудачливыми. Несоответствие какой-либо части тела такому изображению формирует чувство вины за то, что она недостаточно старается, либо совсем не старается выглядеть так же. Негативные последствия такого рода социокультурного давления на эмоциональное благополучие и удовлетворенность своим телом у девушек на российской популяции впервые рассмотрены в дипломе А.А. Рахманиной [А.А. Рахманина, 1].

В данном исследовании были поставлены следующие задачи:

1. Мета-анализ информации о фитнес-блогах
2. Анкетирование участников исследования на тему просмотров фитнес-блогов и их представлений о стандартах телесной красоты, эмоционального неблагополучия и личностных характеристик.
3. Измерение уровня физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом у девушек-подписчиц фитнес-блогов
4. Составление психологического портрета девушек, проводящих много времени в фитнес-блогах

Гипотезы исследования:

1. Современные социальные сети используют спортивные блоги в качестве агентов патогенных ценностей и установок в виде пропаганды нереалистичных стандартов идеального тела и фиксированности на внешнем облике

2. Девушки-участницы фитнес-блогов ориентируется на высокие стандарты внешности и имеют жесткие представления об идеальной фигуре и ее отдельных частях
3. Чем чаще девушка, просматривает изображения в фитнес-блогах, тем выше у нее уровень физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом

Методический комплекс:

1. Опросник «Физического перфекционизма» (А.Б. Холмогорова, А.А. Дадеко, 2010)
2. Анкета подписчика фитнес-блогов
3. Опросник «Ситуативной неудовлетворённости образом тела» (SIBID, Cash, 1994; адаптация Баранская, Ткаченко, Татаурова, 2008).

В исследовании приняли участие 112 респондентов женского пола в возрастном диапазоне 18–36. Результаты анкетирования респондентов подтвердили, что за последнее время произошли изменения в представлениях об идеальной фигуре у девушек. «Атлетический идеал», характеризующийся видимым рельефом, мускулистой верхней частью тела, плоским животом с прессом и упругими ягодичами, стал популярным среди различных социальных групп и преобладает в описании их представлений об идеальной фигуре.

Результаты, полученные в данной работе, соответствуют данным многих современных зарубежных и отечественных исследований. Для начала следует отметить то, что были получены данные о смещении популярности с худого на спортивный идеал фигуры, что подтвердило нашу гипотезу для девушек-подписчиц фитнес-блогов, которая ранее была подтверждена на студенческой выборке в дипломной работе А.А.Рахманиной [А.А. Рахманина, 1]. «Атлетический идеал», характеризующийся как тонкостью, так и видимым рельефом, включая более мускулистую верхнюю часть тела, плоский живот с прессом и упругую нижнюю часть тела, стал популярным среди различных социальных групп. Участницы нашего исследования подтвердили данную гипотезу, в описании их представлений об идеальной фигуре значительно преобладает мускулистый, рельефный образ. Было показано, что девушки-участницы фитнес-блогов ориентируется на высокие стандарты внешности и имеют жесткие представления об идеальной фигуре и ее отдельных частях. Если сравнить данные предыдущих исследований, можно сказать об увеличении процента девушек с ориентацией на высокие стандарты внешней привлекательности. Так, в исследовании П.М. Тархановой 70 % девушек имеют чрезвычайно высокую значимость внешности и ориентируются на завышенные стандарты красоты, тогда как в нашем исследовании ориентация на высокие стандарты продемонстрировал 81 % девушек.

В нашем исследовании было продемонстрировано влияние времени, которое девушки тратят в социальной сети Инстаграм на показате-

ли чрезмерных требований к своему телу (неудовлетворенности своим телом, физического перфекционизма и социокультурного давления), эмоционального неблагополучия (симптомов социальной тревожности и депрессии), а также дезадаптивных личностных черт (гиперсензитивного нарциссизма и перфекционизма). Что подтвердило гипотезу о том, что чем больше времени девушки посвящают просмотру изображений в фитнес-блогах, тем выше у них показатели чрезмерных требований к своему телу, эмоционального неблагополучия, а также дезадаптивных личностных черт. Таким образом, в данном исследовании на основе полученных данных был составлен психологический портрет девушек, которые проводят более 90 минут в сутки за просмотром социальной сети Instagram. У данной категории пользователей, которые являются подписчиками фитнес-блогов, новостная лента состоит преимущественно из изображений идеальных спортивных фигур, отмечается сочетание неудовлетворенности своим телом с высоким уровнем перфекционизма. Данной категории девушек свойственен высокий уровень физического перфекционизма, что является фактором риска по эмоциональному неблагополучию. По данным многих исследований это может приводить к появлению у девушек стремления любыми доступными способами добиться идеальной внешности [А.Б. Холмогорова, П.М. Тарханова, 2]. В результате они вовлекаются в деятельность по усовершенствованию своего тела, пренебрегая при этом возможным риском для своего физического здоровья. В качестве такой деятельности выступает увлеченность фитнес-блогами и участие в фитнес-марафонах, которые захватывают внимание девушек, поглощают много времени и способствует формированию представлений о нереалистичных стандартах красоты.

Выводы:

1. На современном этапе идеал «худой» фигуры, характерный для конца 1990-х и начала 2000-х гг., претерпел существенные изменения. Новый идеал – «рельефное» спортивное тело, которое изображается подтянутым и содержащим большое количество мышечной массы с низким содержанием жира в организме – широко пропагандируется в фитнес-блогах и социальных сетях.
2. Переживания, связанные с внешностью, начинают приобретать характер эпидемии – все большее количество людей испытывает озабоченность, а часто и неудовлетворенность тем, как они выглядят. Девушки-участницы фитнес-блогов ориентируются на высокие стандарты внешности и имеют жесткие представления об идеальной фигуре и ее отдельных частях. Эмпирические исследования показали, что просмотр изображений с идеальными фигурами связан с высоким уровнем физического перфекционизма и неудовлетворенности телом, а также тревогой и подавленным настроением.

3. Проведенное эмпирическое исследование девушек-подписчиц показало, что девушки, проводящие в фитнес-блогах более 90 минут в день, отличаются более высоким уровнем физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом.

Литература

1. *А.А. Рахманина*. Влияние социокультурных стандартов на представление о теле и эмоциональное благополучие молодежи, 2018
2. *А.Б. Холмогорова, П.М. Тарханова*. Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом, 2013
4. *О.В. Шальгина, А.Б. Холмогорова*. Роль модных кукол в усвоении нереалистичных социальных стандартов телесной привлекательности у девочек-дошкольниц //Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4.
5. *Л.М. Грос, М. П. Левин, С.К. Мурнен*. Влияние экспериментального представления тонких медиаизображений на удовлетворенность телом: метааналитический обзор // Международный журнал расстройств пищевого поведения, 2002. № 16.
6. *Клэй, Д.Х.* Образ тела и самооценка среди девочек-подростков: проверка влияния социокультурных факторов. // Журнал исследований подросткового возраста 2005. № 14.

Физическое и психическое развитие детей, зачатых посредством ЭКО: динамика на протяжении первых полутора лет жизни*

*Лещинская С.Б., Стоянова И.Я.,
Бохан Т.Г., Терехина О.В., Силаева А.В.
Национальный исследовательский Томский
государственный университет, Россия
s_leschins94@mail.ru*

Ключевые слова: вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, психическое развитие, физическое развитие, дети

Physical and mental development of children born through in vitro fertilization: dynamics during first 18 month after birth

*Leshchinskaia S.B., Stoyanova I. Ya.,
Bokhan T.G., Terekhina O.V., Silaeva A.V.
National Research Tomsk State University, Russia*

Key words: assisted reproductive technology, in vitro fertilization, psychological development, physical development, children

Введение. Растущая распространенность экстракорпорального оплодотворения, как одного из наиболее эффективных методов лечения бесплодия, признанного во всем мире, приводит к росту числа детей, рожденных в результате индуцированной беременности. Дискуссии о том, является ли данная категория детей группой риска по соматическому и психическому здоровью и развитию, активно ведутся в научном сообществе. Результаты исследований свидетельствуют как об отсутствии значимых различий [1], так и об их наличии [5]. Более того, особенности развития детей от индуцированной беременности могут нивелироваться или, напротив, проявляться с течением времени [3].

Данное исследование является пилотным. Его цель – предварительный анализ особенностей динамики физического и психического развития детей от индуцированной беременности в период с 9 до 18 мес. жизни.

Материал и методы. Выборку составили участники проспективно-го лонгитюдного исследования детского развития (PLIS): 187 детей от

* Выполнено при поддержке программы повышения конкурентоспособности ТГУ.

естественного зачатия (ЕЗ) и 84 ребенка от беременности, наступившей в результате ЭКО. Было проведено 2 среза: возраст 9 и 18 месяцев.

Данные были получены на основе:

1. Медицинских карт новорожденных детей;
2. Диагностических буклетов для родителей на возраст ребенка 9 и 18 мес.:
 - А. Физическое развитие: данные о росте и массе тела детей на каждом из этапов;
 - Б. Психическое развитие:
 - Темперамент ребенка (The Infant Characteristics Questionnaire, Bates E., 1979). Шкалы: суетливый/сложный, неприспособляемый, скучный, непредсказуемый [2];
 - Социомоторное развитие (методика, используемая в Квебекском лонгитюдном исследовании детского развития QLSCD [4]): социальное развитие, моторное развитие.

Статистическая обработка данных была осуществлена при помощи пакета IBM SPSS Statistics (описательная статистика, критерий χ^2 Пирсона, критерий Манна-Уитни, t-критерий Стьюдента)

Результаты. На первом этапе осуществлен сравнительный анализ показателей здоровья, развития и темпераментных характеристик детей на каждом из возрастных этапов в группах ЕЗ и ЭКО при помощи критерия Манна-Уитни и t-критерия Стьюдента, в зависимости от соответствия данных нормальному распределению.

В возрасте 9 месяцев у детей из группы ЭКО был выявлен более низкий рост ($U=1487$; $p=0,026$) и более низкий уровень моторного развития ($U=1673$; $p=0,003$), чем у детей группы ЕЗ. В возрасте 18 мес. различия между группами отсутствовали.

На втором этапе общая выборка детей была разделена на 2 группы на основе данных медицинских карт. В первую группу вошли дети, имеющие не менее одного из следующих факторов риска: тяжелое состояние ребенка при рождении, низкий балл по шкале Апгар, масса тела при рождении менее 3 кг, наличие врожденных пороков развития и родовых травм, перевод на второй этап выхаживания (ЕЗ: 27 детей, ЭКО: 29 детей). Во вторую – контрольную- группу вошли дети, не имеющие ни одного из вышеперечисленных факторов риска (ЕЗ: 160 детей, ЭКО: 55 детей). Согласно критерию χ^2 Пирсона ($\chi^2(1; N=270) = 14,697$; $p=0,000$), в группе ЭКО значимо большее число детей вошло в группу риска, чем в группе ЕЗ.

В возрасте 9 месяцев у детей группы риска, зачатых естественным способом ($U=1042,5$; $p=0,001$) и при помощи ЭКО ($U=392,5$; $p=0,003$) был выявлен значимо более низкий вес, чем у детей из группы условно здоровых. Значимые различия в показателях роста отсутствовали.

Различия между группой риска и контрольной группой детей ЕЗ в темпераменте, моторном и социальном развитии были не значимы. У детей из группы ЭКО значимые различия были выявлены по шкале темперамента «скучный» ($t=-2,386$; $p=0,019$), характеризующей склон-

ность ребенка к избеганию самостоятельной активности и взаимодействия с людьми. Дети из группы риска имели значимо более высокий балл по шкале, чем дети из контрольной группы.

В возрасте 18 мес. значимые различия в показателях физического и психического здоровья и развития между детьми из группы риска и группы здоровых детей отсутствовали как у детей с индуцированной, так и с естественной беременностью.

Выводы. Таким образом, у детей, рожденных в результате индуцированной беременности, был выявлен более низкий рост и более низкий уровень моторного развития, что нивелировалось к возрасту полутора лет. Согласно полученным данным, дети от индуцированной беременности значимо чаще были отнесены к группе риска в связи с такими факторами, как низкий балл по шкале Апгар, врожденные пороки развития, родовые травмы и низкая масса тела. Такие дети, вне зависимости от типа зачатия, в течение первых 9 месяцев жизни имели более низкую массу тела, чем дети, более здоровые при рождении, что, однако, нивелировалось к возрасту 18 месяцев. Показатели моторного, социального и речевого развития детей из группы риска, а также общее состояние их здоровья не отличались от их сверстников из контрольной группы. В возрасте 9 месяцев дети из группы риска, зачатые при помощи ЭКО, имели тенденцию быть более пассивными в игре и общении, что может быть связано с их более низкой массой тела и, следовательно, сниженным жизненным тонусом. К возрасту 18 мес. эти различия исчезали.

Полученные результаты свидетельствуют о благоприятных тенденциях, характеризующих развитие детей с ЭКО. Необходима репликация исследования на расширенной выборке для получения более точных данных.

Литература

1. Орлова О.С., Печенина В.А. Становление речевой функции у детей-близнецов, рожденных спонтанно и в результате применения экстракорпорального оплодотворения // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. – 2016. – No 4–2. – С. 237–245
2. Bates J.E., C.A. Bennett, Freeland, M.L. Lounsbury. Measurement of Infant Difficultiness // Child Development. – 1979. – Vol. 50, № 3. – P. 794–803.
3. Hediger M., Bell E., Druschel Ch., Louis G. Assisted reproductive technologies and children's neurodevelopmental status. Fertility and sterility. – 2013. – № 99. – P. 311–317
4. Japel C., R.E. Tremblay, P. McDuff. Motor, Social and Cognitive Development, Part I – Motor and Social Development // Longitudinal Study of Child Development in Québec (ÉLDEQ 1998–2002). – 2001. – Vol. 1, № 8. – 86 с.
5. Punamäki R.L., Tiitinen A., Lindblom J. Mental health and developmental outcomes for children born after ART: A comparative prospective study on child gender and treatment type // Human reproduction (Oxford, England). – 2015. – Vol. 31, is. 1. – P. 100–107.

Когнитивный стиль и суицидальный риск обучающихся

Михайлова И.В.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный
университет», г. Ульяновск, Россия
44kd11@gmail.com

Ключевые слова: полезависимость – полenezависимость, суицидальный риск, пандемия

Cognitive style and suicidal risk of students

Mikhailova I.V.

Ulyanovsk State University,
Ulyanovsk, Russian Federation

Keywords: field dependence-field independence, suicidal risk, pandemic

Введение. В настоящее время в обществе существует потребность в понимании ресурсов личности по преодолению трудных или критических ситуаций, особенно это актуально в связи со школьным обучением в период пандемии. В контексте одной ситуации субъекты, имеющие различия в когнитивных конструктах, будут иметь различия в предпочтительных репертуарах поведения, вплоть до наличия суицидального риска.

Проблема когнитивного стиля как способа переработки информации и конструирования социальной реальности представлена в трудах классических и современных авторов (М.В. Балевой [1], С.Н. Сорокоумовой, С.П. Елшанского, Е.Б. Пучковой, Ю.В. Суховершиной [5], О.А. Бокова [2] и др.). Проблема суицидального риска актуальна и в настоящее время, её исследованием продолжают заниматься такие автор, как О.И. Ефимова [4], Е.В. Борисоник [3] и др.

Цель проведенного исследования состоит в изучении когнитивного стиля и суицидального риска обучающихся с разным социометрическим статусом.

Материал и методы. В исследовании использовался метод социометрии Дж. Морено; метод психодиагностики (использовались: методика «Включенные фигуры» К. Готтшальдта и опросник суицидального риска А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой); статистический метод (U-критерий Манна-Уитни).

Исследование проводилось как в очном, так и в дистанционном формате на базе школы «Юного психолога» УИЛ «Психолог» УлГУ, а также общеобразовательных учреждений Ульяновской области с февраля

по май 2020 года. В исследовании приняло участие 118 человек в возрасте от 14 до 18 лет.

Результаты. Первоначально были выявлены респонденты с разным социометрическим статусом, то есть были определены лидеры и аутсайдеры групп учащихся, а также испытуемые со средним социометрическим статусом.

Следующим шагом в нашем исследовании было выявление когнитивного стиля полезависимость – полenezависимость испытуемых по методике «Включенные фигуры» К. Готтшальдта в контексте разного социометрического статуса.

Сравнивая когнитивный стиль обучающихся с разным социометрическим статусом по шкалам полезависимость – полenezависимость с применением U-критерия Манна-Уитни мы выявили различия между аутсайдерами и среднестатусными членами группы на уровне $p < 0,05$, однако не было установлено значимых различий в когнитивном стиле полезависимость -полenezависимость между аутсайдерами и лидерами, а также лидерами и среднестатусными членами группы.

Таким образом, при решении поставленной задачи в виде предложенной нами методики на поиск простых изображений в сложных, испытуемые-аутсайдеры проявили заметную полenezависимость относительно испытуемых со средним социометрическим статусом, что может характеризовать их как субъектов более мобильных, которые могут варьировать когнитивный стиль полезависимость – полenezависимость применительно к контексту каждой ситуации.

Следующим шагом нашего исследования было изучение суицидального риска обучающихся выпускных и не выпускных классов в период пандемии при помощи методики А.Г. Шмелева в модификации Т.Н. Разуваевой.

По полученным результатам исследования было ожидаемо установлено, что общий суицидальный риск выше у испытуемых выпускных классов, сдающих выпускные экзамены, чем у респондентов не выпускных классов ($p < 0,01$).

Было выявлено, что уровень антисуицидальных факторов выше в группе аутсайдеров, по сравнению с респондентами лидерами и среднестатусными членами группы, хотя стоит подчеркнуть, что уровень суицидального риска был не высоким во всех эмпирических группах.

Выводы. По результатам исследования когнитивного стиля обучающихся с разным социометрическим статусом мы выяснили, что в контексте разных ситуаций, аутсайдеры могут демонстрировать гибкость и мобильность в проявлении когнитивного стиля. В то время как среднестатусным студентам характерен полезависимый подход, переносимый из ситуации в ситуацию. Студенты с высоким социометрическим статусом не выявили значимых различий по данному параметру, однако тяготеют к полезависимому когнитивному стилю.

Уровень суицидального риска был не высоким во всех эмпирических группах, однако этот показатель значимо был выше в группе лидеров и группе со среднестатусными респондентами. Полученные результаты согласуются с другими исследованиями на эту тему. Испытуемые, которые в школьном классе попали в группу аутсайдеров уже могли развить личностные и социально-психологические ресурсы, которые помогли бы им справиться со стрессовой ситуацией. Одним из таких ресурсов, по нашему мнению, является полнезависимость респондентов с низким социальным статусом.

Стоит отметить, что в связи с возникновением пандемии и соблюдением самоизоляции в целях безопасности исследование проводилось дистанционно. Необходимо также отметить, что из-за сложившейся обстановки вследствие пандемии коронавируса некоторые результаты при обработке могут иметь некоторую погрешность в своей достоверности.

Литература

1. *Балева М.В.* Роль когнитивных стилей в процессе социальной перцепции конкретного и безличного другого // Вестник Пермского университета. Философия. Психология. Социология. 2020. № 1. С. 106–117.
2. *Бокова О.А., Мельникова Ю.А.* Когнитивные стили как метаспособность: теоретические предпосылки исследования // Новое в психолого-педагогических исследованиях. 2019. № 3 (55). С. 85–99.
3. *Борисоник Е.В.* Завершенный суицид и суицидальная попытка близкого человека как ситуация экстремального стресса для ближайшего окружения [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 62–67. doi:10.17759/jmfp.2020090106
4. *Ефимова О.И.* Научные подходы к анализу аутодеструктивного поведения // Профилактика зависимостей. 2019. № 1 (17). С. 226–242.
5. *Сорокоумова С.Н.* Когнитивные стили и персонализация обучения студентов-психологов / Сорокоумова С.Н., Елшанский С.П., Пучкова Е.Б., Суховершина Ю.В. // Вестник Мининского университета. 2020. Т. 8. № 1 (30). С. 10.

Особенности зрительного восприятия у детей дошкольного возраста с трудностями зрительного гнозиса (из опыта работы)

Набиулина А.С.

ГБОУ школа № 2089, Москва, Россия

Baburaks@yandex.ru

Матюхина И.В.

ГБОУ школа № 2089, Москва, Россия

Boeva_i@list.ru

Ключевые слова: зрительное восприятие, дошкольный возраст, расстройства аутистического спектра.

The peculiarities of visual perception in preschool children with difficulties in visual gnosis (from experience)

Nabiulina A.S.

GBOU school № 2089 Moscow, Russia

Matyukhina I.V.

GBOU school № 2089 Moscow, Russia

Keywords: visual perception, preschool age, autism spectrum disorders

Как указывают зарубежные и отечественные ученые Баенская Е.Р., Никольская О.С., и мн. др. расстройства аутистического спектра рассматривается как комплексное нарушение развития, включающее стойкие трудности с социальным взаимодействием, когнитивные, двигательные и сенсорные нарушения, обусловленные биологическим характером возникновения [2].

Как указывает Переверзева Д.С., споры о характере нарушения зрительного восприятия у детей с РАС ведутся много лет и есть много трудностей диагностического характера у детей дошкольного возраста [5].

В настоящее время многие исследователи указывают на гипер или гипочувствительность при РАС. Гиперчувствительность как указывает Багдашина О.Б., может быть следствием других отклонений сенсорного восприятия, которые могут включать в себя «трудности фильтрации сенсорной информации, замедленную обработку информации», а расстройство аутистического спектра, по ее мнению, связано с «сенсорными отклонениями», которые намного сложнее, чем тактильная защищенность [1]

У детей с РАС нарушения зрительного реагирования и сосредоточения наблюдаются уже в раннем возрасте [2].

Как отмечают Т.Г. Горячева., Ю.В. Никитина., в дошкольном возрасте чаще становится заметной фрагментарность восприятия, грубые нарушения пространственных представлений, «наблюдается задержка психоречевого развития вследствие недостатка устойчивого внимания и целенаправленных действий, в сфере восприятия наблюдается фиксация на деталях, фрагментарность [3].

Как указывают зарубежные исследователи Ф. Колдуэлл., Д. Хорвуд искажение зрительных объектов проявляется у детей с РАС в виде стремления ребенка «ограничить поле зрения, глядя через крохотное отверстие», объекты и предметы воспринимаются как отдельные детали и не складываются в один образ. При этом детали воспринимать проще, чем целое [4].

На фрагментарность восприятия указывает и Богдашина О.Б., при котором дети с РАС не могут «разделить целостную картину на отдельные значимые единицы, поэтому они обрабатывают только те части, которые привлекли их внимание». Как отмечает Богдашина О.Б., «дети с РАС не способны различать главные и побочные сенсорные стимулы, а именно, они воспринимают все без фильтрации и отбора». Сенсорная информация одновременно воспринимается детально и целостно, при этом все детали воспринимаются, но не обрабатываются» [1].

Мы опишем опыт целенаправленного наблюдения за ребенком дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра, с целью выявления особенностей зрительного гнозиса.

Проиллюстрируем на конкретном примере. Мальчик 6 лет и 2 месяца с РАС.

Посещает дошкольное учреждение с 2017 года, обучается в общеобразовательной группе, в условиях инклюзии.

В ходе целенаправленного наблюдения мы использовали метод наблюдения и опросник Богдашиной О.Б. для определения сенсорного профиля, отражающего основные сенсорные особенности.

Мы выявили определённые черты зрительного восприятия: по наблюдениям за ребенком и фотографируя объекты, на которые он смотрит. Мы увидели, что:

- ребенок смотрит через что – то, что помогает ему, анализировать, дробя сложную форму на более мелкие.

А также в группе:

- не подходит к игрушкам, не берет их, не рассматривает;
- во время приема пищи самостоятельно не находит свое место и не садится за стол;
- взаимодействует с предметами, находящимися от него только на расстоянии вытянутой руки (рассыпает цветные палочки, кубики выстраивает в ряд и т.п.);
- если в руках оказывается предмет или игрушка фиксируется на отдельных деталях (колесо от машинки, стрелка на весах и т.д.).

- среди игрушек внимание мальчика привлекает сова с большими черными глазами (близко подносит к лицу и как бы всматривается в глаза совы, фиксируя свое внимание только на отдельных частях (глазах совы)).
- проявляет интерес к картинкам с изображением природы, долго рассматривает каждую из них;
- при предъявлении геометрических форм особенно выделяет круг, другие геометрические формы игнорирует.
- если смотрит на человека в упор, то разглядывает отдельные части лица или одежды.

Во время прогулки:

- смотрит на небо через отверстие в крыши;
- смотрит через качели в щель, рассматривая покрытие для детских площадок. – ребенок берет конструктор и смотрит в дырочку, отсекая боковое зрение;
- смотрит через рамку, фокусируясь на каком-либо предмете.
- на прогулке дети слепили снеговика, ребенок подходил к нему, ходил вокруг, но фиксировал свое внимание на желтом ведре на голове снеговика.

В ходе применения опросника О.Б. Богдашиной для определения сенсорного профиля, мы можем сделать вывод о том, что основные проблемы связаны со зрительной системой (внимание ребенка часто привлекается не вещью, а ее частью, сенсорно привлекательной).

Литература

1. *О.Б. Богдашина.* Особенности сенсорного восприятия при аутизме.: введение в проблему. Сибирский вестник специального образования № 2(6) 2012. С. – 1–24.
2. *Е.Р. Баенская.* Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е.Р. Баенская. – 2-е изд. – М.: Теревинф, 2009. – (Особый ребенок). – 112 с.
3. *Т.Г. Горячева., Ю.В. Никитина.* Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции: Учебно-методическое пособие. – М.: Генезис, 2008. – 168 с.
4. *Колдуэлл, Фиби.* Интенсивное взаимодействие и сенсорная интеграция в работе с тяжелыми формами аутизма /Фиби Колдуэлл, Джейн Хорвуд. – М.: Теревинф, 2020. – 128 с.
5. *Д.С. Переверзева.* Особенности процесса зрительного опознания у детей 3–7 лет с расстройствами аутистического спектра. Экспериментальная психология, 2011, том 4, № 3, с. 59–73.

Особенности влияния образовательной среды на формирование жизненных ориентиров студенческой молодёжи, проживающей в экстремальной социогенной ситуации

Никулина А.А.

ГОУ ВПО «Горловский институт иностранных языков», г. Горловка, ДНР

Ключевые слова: ценностные ориентации, экстремальная ситуация, образование, молодёжь

The influence of the educational environment's features on the formation of life guidelines of student youth living in an extreme sociogenic situation

Nikulina A.

SEI HPE "Gorlovka Institute for Foreign Languages", Gorlovka, DPR

Keywords: value orientations, extreme situation, education, youth

Проблема осмысления ценностей человеческого бытия стала одной из ключевых в предыдущем столетии и не теряет своей актуальности и в настоящее время. Ценности и ценностные ориентации выступают важными объектами исследования психологии. Так, в психологии проблема ценностных ориентаций личности и общества изначально занимала ведущие позиции, и, по мнению Вунда В., стала «высшей» в области психологии.

Анализируя научную литературу, мы можем предоставить следующую дефиницию понятию «ценности личности». Так, ценности личности – это «совокупность мотивов и целей личности, определяющих ее направленность, главные устремления, личностную позицию, оказывающих влияние на общий подход к миру, к самому себе, придающих смысл поведению и поступкам» [5, С. 79].

Как мы видим, ценности, как важнейший компонент структуры личности, непосредственно взаимосвязаны с направленностью, устойчивостью, целостностью «Я» и мировоззрением личности.

Актуальным вопросом остается проблема изучения особенностей формирования ценностных ориентаций у студенческой молодёжи, проживающей в экстремальных условиях, а также факторов, которые оказывают влияние на их формирование.

Особенно важно, по нашему мнению, рассмотреть данный процесс на примере студенческой молодёжи, так как именно данный возраст выступает основополагающим в формировании жизненных ориентиров, а молодежь, в свою очередь, является своеобразным социальным аккумулятором тех изменений, которые происходят в обществе.

При этом несформированность системы ценностей является угрозой формирования потребительского отношения к жизни, бездуховности, что в дальнейшем приведёт к безразличию к себе и другим, апатии и, в конечном итоге, грозит потерей нравственного и духовного здоровья нации [2].

Рассматривая проблему человека сквозь призму различных наук, мы можем утверждать, что существует неразрывная связь между человеком и условиями, в которых он проживает. Поэтому, безусловно, важно учитывать особенности жизненных ситуаций, в которых человек находится. Это является необходимостью для того, чтобы предотвратить девиантное развития личности, а также для оказания своевременной социально-психологической помощи [4]. Одной из подобных ситуации, в которых может оказаться человек в роли жертвы, ликвидатора последствий чрезвычайных событий, свидетелем военных действий или террористических актов и является экстремальная ситуация.

Итак, «экстремальная ситуация (от лат. *extremus* – крайний, критический) – внезапно возникшая ситуация, угрожающая или субъективно воспринимаемая человеком как угрожающая жизни, здоровью, личностной целостности, благополучию» [4]. Именно поэтому, на наш взгляд, особенно сложно формировать ценностные ориентиры у молодых людей, проживающих в экстремальной, социогенной ситуации гражданской войны. Любая экстремальная ситуация оказывается серьезное, а иногда и разрушительное воздействие на личность. Безусловно, проживание в подобных условиях влияет и на формирование ценностных ориентаций.

Особую значимость в реабилитации и в придании позитивного вектора развития личности оказывает именно образовательная среда. Рассмотрим данную проблему более подробно на примере молодёжи, которая являются непосредственным участником образовательного процесса.

В работах Низовских Н.А. представлена иерархическая модель жизненных ориентаций студенческой молодёжи:

1. ценности уважения, любви и доброты по отношению к людям, прежде всего близким, родным;
2. нравственные ценности (не лги, не укради, не мучайся совестью);
3. ориентация на образованность (хорошо учиться, развивать интеллект);
4. ценность воспитанности и самоконтроля;
5. ценность общительности;
6. ценность организованности и аккуратности;
7. ценность трудолюбия и т.д.» [5, С. 79].

Анализируя ряд научных работ и официальных документов, мы пришли к выводу о том, что образовательные учреждения оказывают значимое влияние на формирование ценностных ориентаций молодежи и основаны на следующих параметрах:

- разнообразии направлений научной и творческой деятельности;
- многообразии использования форм, методов и технологий работы с молодёжью с целью создания условий для личностного, профессионального и творческого развития каждого человека, его адаптации к социальным изменениям;
- гуманистической направленности всех видов образовательной деятельности: диалогичности, создания ситуаций успеха, позволяющих сформировать положительное отношение к миру, людям, природе и самому себе, тем самым способствуя формированию ценностных ориентаций;
- коммуникативной функции деятельности учреждений дополнительного образования, способствующей социализации молодёжи, связанной с усвоением социальных ценностей, социального опыта [3].

Таким образом, для формирования ценностных ориентаций у молодёжи и их полноценного функционирования в условиях экстремальности, а также непосредственно адаптации к подобным условиям, реализации собственных социально-значимых качеств и потенциала необходимо посещение ими образовательных учреждений, в которых присутствуют планы взаимодействия, анализ успехов и достижений, создание творческой атмосферы и учета особенностей социума.

Литература

1. *Белашева И.В.* Психология экстремальных и чрезвычайных состояний: учебное пособие / Белашева И.В., Суворова А.В., Польшакова И.Н., Осипова Н.В., Ершова Д.А. – Ставрополь: Изд-во СКФУ, 2015. – 262 с.
2. *Капезина Т.Т.* Исследование ценностных ориентаций у студентов младших и старших курсов / Т.Т. Капезина // Общество. Наука. Государство. 2015. № 2 (2). [Электронный ресурс] – Режим доступа. – URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-tsennostnyh-orientatsiy-u-studentov-mladshih-i-starshih-kursov/viewer>
3. Концепция модернизации дополнительного образования детей РФ до 2010г. Журнал «Образовательная политика № 2(64), 2014 [электронный ресурс] – Режим доступа. - URL: <https://docviewer.yandex.ru>.
4. *Осухова Н.Г.* Психологическая помощь в трудных и экстремальных ситуациях: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальности «Социальная работа» / Н.Г. Осухова. – Москва : Академия, 2012. – 319 с.
5. *Ходько А.Ф.* Ценностные ориентации в структуре личности студента / А.Ф. Ходько // Вестник МДПУ имени И.П. Шамякина, 2010. – С. 79.

Возможности и ограничения клинико-психологической диагностики обратимых форм психической ретардации в практике психолого-медико-педагогической комиссии

Новикова Г.Р.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России

gr_novikova@mail.ru

Ключевые слова: психический дизонтогенез, ретардация, клинико-психологическая диагностика, нейропсихологический метод, психолого-медико-педагогическая комиссия

Psychological Diagnosis of Reversible Forms of Mental Delay in the Practice of a Joint Board of Healthcare Specialists and Teachers: Opportunities and Limitations

Novikova G.R.

*Serbsky National Medical Research Centre
for Psychiatry and Addiction, Moscow, Russia*

Keywords: Developmental Disorder, Mental Delay, Psychological Diagnosis, Neuropsychological Assessment, Joint Board of Healthcare Specialists and Teachers

В соответствии с законодательными требованиями (Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 N 273-ФЗ) наличие недостатков в физическом и (или) психологическом развитии детей, препятствующих получению ими образования без создания специальных условий, подтверждает психолого-медико-педагогическая комиссия (ПМПК). При производстве экспертной оценки недостатки в психологическом развитии детей квалифицируются в соответствии с типом психического дизонтогенеза и наличия вторичных дизонтогенетических расстройств, осложняющих первичное нарушение. Итоговое заключение ПМПК оформляется на основании диагностических выводов отдельных специалистов психолого-педагогического и медицинского профиля. Сохраняют актуальность вопросы дифференциальной диагностики сходных клинических проявлений в континууме между нормальным и аномальным онтогенезом при анализе легких форм задержанного психического развития (ЗПР), а также проблема междисциплинарной интеграции разнородных диагностических выводов.

В МКБ-10 задержки психического развития, связанные с незрелостью психики и мозговых структур, рассматриваются как синдром, входящий в структуру группы расстройств: «расстройства психологического (психического) развития» (F80-F89), «эмоциональные расстройства и расстройства поведения, начинающимся обычно в детском и подростковом возрасте» (F90-F98), «легкие когнитивные нарушения» (F06.7). Утратив значимость в качестве медицинского (психиатрического) диагноза, представление о задержках психического развития как отдельных групп состояний с патологией развития сохраняется в психолого-педагогической науке и практике. Психолого-педагогическая оценка ЗПР основывается на сопоставлении результатов диагностики реального уровня развития ребенка с возрастными нормативами. Однако сама по себе диагностика возрастного периода даже тогда, когда она выполнена методологически и методически корректно (учет всей совокупности личностных и интеллектуальных особенностей, взятых в единстве и динамике с социальной ситуацией развития), еще не дает ответа на вопрос о мере способности ребенка быть субъектом учения, субъектом педагогического процесса и образовательной деятельности.

С целью разработки интегрированных клинико-психологических критериев обратимых форм психического дизонтогенеза по типу ретардации нами изучались особенности созревания высших психических функций (ВПФ) у детей в возрасте 6–8 лет с ЗПР различной этиологии. С опорой на оригинальную систему нейропсихологической оценки состояний сформированности ВПФ были выделены два механизма структурно-динамических отклонений в рамках общего континуума изучения расстройств. Первый механизм отражает замедление темпа становления возрастной динамики нормального онтогенеза в виде нарушения процесса перехода к более сложным функциональным системам. Он включает легкие формы ретардации различной этиологии (конституциональная; в связи с негрубыми обменно-трофическими расстройствами во внутриутробном периоде или в первые годы жизни ребенка; длительное психогенно-стрессовое воздействие, преимущественно различные формы семейной депривации). Второй механизм наблюдается при расстройствах по типу церебральной альтерации, в основе которых лежат ранние резидуальные церебральные органические состояния. Специфика нейропсихологических профилей, соотнесенных с механизмами структурно-динамических отклонений, определяется рядом показателей: а) сформированность компонентов ВПФ, выделенных в соответствии с действием нейропсихологических факторов (регуляционного, нейродинамического, частных модально-специфических), б) этап интериоризации психического процесса (от развернутого, осознанного, произвольного до автоматизации умственных действий и формирования навыка), в) возможность компенсации отклонений; г) динамика

возрастного развития. Предложенный подход к анализу состава сложной популяции детей с ЗПР позволяет исследовать характерные для обратимых форм психической ретардации взаимосвязи между дизонтогенетическими проявлениями и своеобразием психопатологических синдромов дифференцированных вариантов ЗПР.

Реальные потребности консультативно-диагностической практики, когда время проведения эксперимента лимитировано, делают актуальным нейропсихологическое экспресс-обследование. Оно представляет собой ориентировочный этап диагностики и предполагает последующее углубленное изучение основного нарушения с квалификацией синдрома. Его целью является: а) выделение преобладающих в клинико-нейропсихологической картине симптомов либо незрелости, либо повреждения структурных компонентов функциональных систем, б) установление взаимозависимости между наблюдаемой несформированностью высших корковых функций и уровнем организации соответствующей психической деятельности (в частности, недостаточность сенсомоторной основы, особенности речевого регулирования, степень интериоризации). Такой анализ позволяет дифференцировать ретардированные или энцефалопатические формы психического дизонтогенеза, различать степени сформированности ВПФ.

Нейропсихологическое экспресс-обследование детей в возрасте 6–8 лет направлено на изучение состояний сформированности произвольной организации предметных действий, динамического и пространственного праксиса, слухо-речевой памяти, зрительно-пространственного гнозиса, наглядно-образного и вербально-логического мышления. По ходу эксперимента моделируются условия, при которых имеющиеся дефекты либо компенсируются, либо затрудняют выполнение задачи. Нейропсихологическая квалификация симптомов учитывает характер истощения, наступающий в процессе опыта; влияние побочных раздражителей; зависимость эффективности выполнения заданий от скорости предъявления стимулов, темпа деятельности, расширения объема предлагаемых задач. Обязательным экспериментальным приемом является вариация способов организации деятельности ребенка. Диагностический алгоритм включает также приемы клинической беседы и наблюдение.

Особенности исполнительных функций у детей дошкольного и младшего школьного возраста с ограниченными возможностями здоровья

Ординарцева Е.В.

ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия

e.ordinarceva@yandex.ru

Сергиенко А.А.

ФГБНУ НЦПЗ, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия

aumsan@gmail.com

Ключевые слова: исполнительные функции, произвольная деятельность, дошкольный возраст, младший школьный возраст, ограниченные возможности здоровья

Executive functions peculiarities in children of preschool and primary school age with special needs

Ordinartseva E.

Moscow State University of Psychology&Education,

Sergienko A.

PhD, MHRC of RAMS, MSUPE

Keywords: executive functions, voluntary activity, preschool age, primary school age, special needs

Введение. В связи с тенденцией роста числа детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) в современной популяции, возникает потребность в их адаптации к условиям социума (формировании «запаздывающих» психических функций, выявлении особенностей их развития в разных группах ОВЗ, при необходимости, коррекции функций, имеющих наибольшее значение для процесса адаптации). В частности, такими функциями, которые, с одной стороны, наиболее важны для процесса адаптации, а с другой, недостаточно сформированы у различных групп детей с ОВЗ, являются исполнительные функции.

Исполнительные функции относятся к нисходящим психическим процессам, которые необходимы для произвольной регуляции при невозможности действовать автоматически, непроизвольно. Использование исполнительных функций всегда требует усилий. Многие исследователи выделяют три типа исполнительных функций [4]: ингибирование, рабочая память и когнитивная гибкость. На основании перечисленных исполнительных функций формируются функции высшего порядка: планирование, решение проблем и рассуждение [3]. Исполнительные функции

являются навыками, которые обеспечивают психическое и физическое здоровье, успешность когнитивной и социальной деятельности.

Предполагается, что дети с разными вариантами ОВЗ имеют, наряду с общими, специфические нарушения исполнительных функций. Цель данной работы: выявить особенности исполнительных функций у детей с разными вариантами ОВЗ.

Материал и методы. В рамках тезисов обобщаются результаты двух экспериментальных серий (ЭС1 и ЭС2).

ЭС 1. 14 детей 5–7 лет с ОВЗ, имеющие по заключению психолого-педагогических комиссий общеобразовательных учреждений (ППК) или центральной психолого-медико-педагогической комиссии г. Москвы (ЦПМПК) диагнозы – синдром дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ), задержка психического развития (ЗПР), расстройство аутистического спектра (РАС), тяжелые нарушения речи (ТНР). Контрольную группу составили 13 детей, не имеющих ОВЗ. Всего в ЭС1 было включено 27 детей.

ЭС 2. 23 ребенка 6–8 лет с ОВЗ, имеющие диагноз СДВГ, РАС или ТНР по заключению ППК или ЦПМПК.

В исследовании был использован комплекс методов нейропсихологического обследования. Применялся принцип деления методик по сферам, предложенный в работе А.П. Бизюка [2]: кинестетический праксис, динамический праксис, конструктивный и пространственный праксис, внимание, произвольная деятельность (комплексная методика «Построй свой дом» [1] и др.). Также использовались компьютерные методики для оценки исполнительных функций (Simon task тест, Тест Струпа, Висконсинский тест сортировки карточек).

Результаты. В ЭС1 выяснилось, что дети с СДВГ совершают достоверно больше ошибок в выполнении пробы на динамический праксис ($p < 0,05$), чем дети с другими рассматриваемыми типами ОВЗ. Это чаще всего связано с регуляторным фактором. Также в группе детей с СДВГ менее выражен коэффициент асимметрии при выполнении методики «Асимметрия зрительного внимания», чем у других групп ОВЗ ($p < 0,01$). По нашему мнению, такой результат можно объяснить способностью детей с СДВГ к высокой продуктивности только в условиях четко регламентируемой, но непродолжительной деятельности.

Для выявления наиболее «чувствительных» проб в плане определения сформированности исполнительных функций, по результатам ЭС1 был проведен корреляционный анализ между показателями по всем проведенным диагностическим методикам в группе детей с и без ОВЗ. Наибольшее количество достоверных взаимосвязей было обнаружено между показателями методики «Реакция выбора» и остальными. Оказалось, что, чем лучше ребенок с ОВЗ справился с данным заданием, тем лучше у него развиты основные элементы произвольной деятельности: целеполагание, планирование, самоконтроль, саморефлексия и моделирование. В то же время он лучше и быстрее выполняет задания на внимание, про-

бы на пространственный и конструктивный праксис. Это может означать, что способность к выполнению двигательных программ по инструкции, способность к оттормаживанию доминантной реакции, возможность переключения с одной программы на другую во многом обуславливает способность и к выполнению других заданий на исполнительные функции.

По результатам ЭС2 (группа детей 6–8 лет) выяснилось, что дети с РАС справились с тестами реакция выбора «Стук-рука» и пробой на реципрокную координацию достоверно хуже детей с ТНР ($p < 0.05$). Также есть основания полагать, что дети с СДВГ выполнили эти пробы лучше, чем дети с РАС, но различия не достигают уровня достоверности, вероятно, в силу недостаточного объема выборки исследования. Более того, выяснилось, что в этой возрастной группе дети с РАС справились с пробой на динамический праксис («Заборчик») хуже всех. Так, по показателю коэффициента ошибок (Сергиенко А.А. 2018) у них значение достоверно выше, чем у детей с ТНР ($p < 0.05$). Таким образом, дети с РАС испытывают наибольшие трудности среди других категорий детей в выполнении заданий на ингибицию доминантного ответа, как одного из основных элементов исполнительных функций. Дети с ТНР наиболее успешно справляются с пробами на серийную организацию движений и в целом более эффективны при выполнении заданий на исполнительные функции.

Выводы

1. Специфический профиль нейрокогнитивного дефицита, характерный для разных подгрупп детей с ОВЗ, влияет на разные аспекты исполнительных функций.
2. Наблюдается различная возрастная динамика ингибиторного контроля, специфичная для разных групп детей с ОВЗ. Наибольшие сложности ингибиции доминантного ответа с тенденцией к негативной динамике испытывают дети с РАС.
3. Динамический и регуляторный праксис выступают предикторами развития исполнительных функций, в том числе ингибиторного контроля, в рассматриваемых группах детей с ОВЗ.

Литература

1. *Белехов Ю.Н.* Экспериментальная методика диагностики развития системных компонентов саморегуляции деятельности у детей 6–10 лет «Построй свой дом». – М.: Институт психологии РАН, 2013. – 3 с.
2. *Бизюк А.П.* Компендиум методов нейропсихологического исследования. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
3. *Lunt L., Bramham J., Morris R.G., Bullock P.R., Selway R.P.* et al. Prefrontal cortex dysfunction and “jumping to conclusions”: bias or deficit? // *J. Neuropsychol.* – 2012. – V. 6. – P. 65–78.
4. *Miyake A., Friedman N.P., Emerson M.J., Witzki A., Howerter A., Wagner T.D.* The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex ‘frontal lobe’ tasks: a latent variable analysis // *CPsy.* – 2000. – № 41. – P. 49–100.

Страх негативной оценки внешности и неудовлетворенность телом в юношеском возрасте*

Польская Н.А.

МГППУ, Москва, Россия

polskayana@yandex.ru

Ключевые слова: страх негативной оценки внешности, чувствительность к отвержению из-за внешности, неудовлетворенность телом, юношеский возраст

Fear of negative appearance evaluation and body dissatisfaction in youth

Polskaya N.A.

*Moscow State University of Psychology
and Education, Moscow, Russia*

Keywords: fear of negative appearance evaluation, appearance-based rejection sensitivity, body dissatisfaction, youth

Физическая привлекательность высоко ценится в современной культуре. Как отмечают исследователи, физически привлекательные люди реже чувствуют стигматизацию со стороны других, считаются более желанными в качестве друзей и романтических партнеров, имеют значительные преимущества при трудоустройстве [5]. Идеализация физической привлекательности, в частности, стройного (худого) тела поддерживается традиционными (телевидение, глянцево-журналы) и онлайн-медиа [3], что может стать причиной развития у некоторых людей повышенной чувствительности к отвержению на основе их внешнего вида [5] и страха негативной оценки из-за внешности [4]. Тревожное ожидание отвержения из-за несоответствия стандартам и идеалам физической привлекательности сопровождается как опасениями по поводу собственного внешнего вида, так и опасениями быть отвергнутым другими на основании физической непривлекательности.

Наиболее уязвимыми к развитию чувствительности к отвержению и страха негативной оценки из-за внешнего вида являются девушки и женщины, что объясняется культурными ожиданиями в отношении женской привлекательности и сексуальной объективацией в медиа и

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

межличностных отношениях. Объективирующие культурные установки со временем интернализируются женщиной, что выражается в придании особого значения своему внешнему виду в ущерб внутренним ощущениям, чувствам и качествам [3]. В конечном итоге подобная самообъективация может стать причиной и механизмом развития эмоциональных, личностных расстройств и расстройств пищевого поведения (РПП). В данном сообщении представлены результаты исследования связи страха негативной оценки внешности и неудовлетворенности телом.

Выборка и методики. Страх негативной оценки внешности (СНО) измерялся с помощью одноименной однофакторной шкалы, разработанной J.D. Lundgren с соавторами в 2004 г. [4]. Шкала является компактным инструментом, включает шесть пунктов, связанных с проявлениями беспокойства и страха по поводу внешнего вида. В общей сложности шкалу заполнили более тысячи человек, преимущественно подросткового, юношеского и молодого возраста (альфа Кронбаха – 0,92). В данном сообщении будут представлены результаты по юношеской выборке.

Общая характеристика выборки: N=631, 605 (95,5 %) девушек и 26 (4,1 %) юношей в возрасте от 16 лет до 21 года. Распределение по уровню образования: 307 (48,7 %) – обучаются в ВУЗе; 76 (12 %) – в колледже; 197 (31,2 %) – в общеобразовательной школе; 51 (8,1 %) – нигде не обучаются.

Неудовлетворенность телом измерялась с помощью однофакторной шкалы образа собственного тела [2] и шкалы оценки пищевого поведения (ШОПП), включающей субшкалы: стремление к худобе, булимия, неудовлетворенность телом, неэффективность, перфекционизм, недоверие в межличностных отношениях, интероцептивная некомпетентность [1].

Результаты и обсуждение. Оценка взаимосвязей между шкалой СНО и ШОПП (коэффициент Пирсона) показала значимые корреляции страха негативной оценки внешности со шкалами булимии ($r=0,513$, $p=0,000$), интероцептивной некомпетентности ($r=0,531$, $p=0,000$), недоверия в межличностных отношениях ($r=0,344$, $p=0,000$), неудовлетворенности телом ($r=0,629$, $p=0,000$), неэффективности ($r=0,612$, $p=0,000$), перфекционизма ($r=0,312$, $p=0,000$). Также значимые связи были получены между страхом негативной оценки внешности и шкалой образа собственного тела ($r=0,629$, $p=0,000$). Связь возраста и страха негативной оценки внешности была значимой, хотя и невысокой по значению ($r=-0,17$, $p=0,000$).

Оценка влияния страха негативной оценки внешности на образ тела и пищевое поведение на основе регрессионной модели (линейная регрессия, метод принудительного включения) продемонстрировала, что страх негативной оценки внешности может выступать в роли предиктора образа собственного тела (параметры модели: $R^2=0,395$; $\beta=0,629$, $t=20,28$, $p=0,000$), а также нарушений пищевого поведения: булимии

(параметры модели: $R^2=0,263$; $\beta=0,513$, $t=14,976$, $p=0,000$), интроцептивной некомпетентности (параметры модели: $R^2=0,28$; $\beta=0,531$, $t=15,7$, $p=0,000$), неудовлетворенности телом (параметры модели: $R^2=0,395$; $\beta=0,629$, $t=20,281$, $p=0,000$), неэффективности (параметры модели: $R^2=0,374$; $\beta=0,612$, $t=19,396$, $p=0,000$) и др.

Полученные результаты подтверждают валидность шкалы «Страх негативной оценки внешности», возможности ее использования в скрининговых исследованиях, направленных на раннее выявление расстройств пищевого поведения. Они хорошо согласуются с данными, полученными авторами оригинальной версии данной шкалы. По всей видимости, страх негативной оценки внешности связан с более широкой областью социальной тревожности, а именно – с беспокойством из-за внешнего вида.

По мере взросления страх негативной оценки внешности имеет тенденцию к снижению, его наиболее высокие показатели по нашей выборке относятся к 16-летнему возрасту.

Помимо того, что страх негативной оценки тела характеризует негативный образ тела, он может служить как прогностическим признаком риска развития РПП, так и одним из критериев оценки тяжести РПП на клиническом уровне.

Выводы. Таким образом, выявленные связи страха негативной оценки внешности с образом тела и нарушениями пищевого поведения, а также прогностические возможности шкалы «Страх негативной оценки внешности» в раннем выявлении и мониторинге РПП позволяют использовать эту шкалу в психологической практике.

Литература

1. *Ильчик О.А., Сивуха С.В., Скугаревский О.А., Суихи С.* Русскоязычная адаптация методики «Шкала оценки пищевого поведения» // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. 2011. № 1. С. 39–50.
2. *Скугаревский О.А.* Нарушения пищевого поведения. Минск: БГМУ, 2007. 340 с.
3. *Якубовская Д.К., Польская Н.А.* Идеал «худого тела» и самообъективация в социальных медиа // VII Всероссийская научно-практическая конференция по психологии развития (чтения памяти Л.Ф. Обухова) «Возможности и риски цифровой среды». Сборник материалов конференции (тезисов). Том 2. / ред. Баилова Т.А. и др. М.: Издательство ФГБОУ ВО МГППУ, 2019. С. 368–371.
4. *Lundgren J.D., Anderson D.A., Thompson J.K.* Fear of negative appearance evaluation: Development and evaluation of a new construct for risk factor work in the field of eating disorders // *Eating Behaviors*. 2004. Vol. 5. № 1. P. 75–84.
5. *Park L.E., DiRaddo A.M., Calogero R.M.* Sociocultural influence and appearance-based rejection sensitivity among college students // *Psychology of Women Quarterly*. 2009. Vol. 33. № 1. P. 108–119.

Сравнительный анализ уровня развития социальных навыков у детей с разной степенью тяжести аутистических проявлений

Пустовая А.В.

*Национальный исследовательский Томский государственный университет, Россия
Психолого-дефектологический центр «Мир семьи», Новосибирск, Россия
a.pustovaya@list.ru*

Пустовая Е.Н.

*Психолого-дефектологический центр «Мир семьи», Новосибирск, Россия
enpustovaya@mail.ru*

Гуткевич Е.В.

*Национальный исследовательский Томский государственный университет, Россия
Научно-исследовательский институт психического здоровья Томского национального исследовательского медицинского центра Российской академии наук, Россия
gutkevichelena@gmail.com*

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, социальные навыки, социальная адаптация

Comparative analysis of the level of development of social skills in children with varying degrees of severity of autistic manifestations

Pustovaya A.V.

*National Research Tomsk State University, Russia
Psychological and Defectological Center «World of Family», Novosibirsk, Russia*

Pustovaya E.N.

Psychological and Defectological Center «World of Family», Novosibirsk, Russia

Gutkevich E.V.

*National Research Tomsk State University, Russia
Federal State Budgetary Scientific Institute «Tomsk National Research Medical Center of Russian Academy of Sciences» Mental Health Research Institute, Russia*

Keywords: autism spectrum disorders, social skills, social adaptation

Введение. Социальные условия, в которые должен вращаться ребенок, составляют, с одной стороны, всю ту область неприспособленности ребенка, из которой исходят творческие силы его развития; существование препятствий, толкающих ребенка к развитию, коренится в условиях окружающей среды, в которую должен войти ребенок; с другой стороны на достижение необходимого социального уровня направлено все развитие ребенка. Хронологически все три момента этого процесса можно изобразить так: 1) неприспособленность ребенка к социо-культурной среде соз-

дает мощные препятствия на пути роста его психики; 2) эти препятствия служат стимулом для компенсаторного развития, становятся его целевой точкой и направляют весь процесс; 3) наличие препятствий повышает и заставляет совершенствоваться функции и приводит к преодолению этих препятствий, а значит, к приспособленности [1].

У детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) отклонения в социальном развитии и социальных взаимодействиях проявляются в недостаточном или полном отсутствии потребности в установлении социальных связей с окружающими людьми, отгороженности от внешнего мира, недифференцированном и слабом проявлении эмоциональных реакций по отношению к самому себе и близким людям. В настоящее время в связи с широким распространением расстройств психического здоровья у детей и подростков актуальным является изучение проблем социально-психологической реализации детей с РАС.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 38 детей в возрасте от 3 до 10 лет с диагнозами по МКБ-10 [4]: F 84.0 (24 ребенка), F 84.1 (4 ребенка), F 84.4 (6 детей), F 84.5 (4 ребенка), 24 ребенка имели группу инвалидности. В соответствии с «Психологической классификацией аутизма», построенной с учетом степени тяжести аутистических проявлений и степени искажения психического развития, были выделены следующие 4 группы: I группа – аутизм как полная отрешенность от внешнего мира; II группа – аутизм как активное отвержение внешнего мира и защита от него, постоянное стремление к упорядочиванию; III группа – аутизм как захваченность собственными впечатлениями; IV группа – аутизм как трудность устанавливать визуальный контакт, эмоциональная привязанность к матери [2]. Для оценки уровня социального развития была использована методика «Социограмма. Педагогический анализ социального развития детей с множественными нарушениями (форма РАС-1)». Методика разработана Х.С. Гюнцбургом, включает в себя блоки: самообслуживание (39 пунктов), речь и познавательные способности (40 пунктов), социальная приспособленность (40 баллов). Каждое совпадение с пунктом опросника оценивается в 1 балл [3].

Количественные психологические показатели социального развития детей с РАС представлены в виде средних значений в 4 выделенных группах. Для оценки связи между группой и уровнем развития социальных навыков был использован критерий Спирмена с оценкой его значимости.

Результаты. Распределение обследуемых детей (%) на группы в соответствии с психологической классификацией показало, что в I группу вошли 37% детей; во II группу – 29; в III группу – 24; в IV группу – 10.

Показатели уровня социального развития для детей, вошедших в I группу, с учетом критерия Спирмена ($p \leq 0.05$) (%): самообслуживание – 13.3; речь и познавательные способности – 3.7; социальная при-

способленность – 2.2. Для детей, вошедших во II группу ($p \leq 0.05$) (%): самообслуживание – 27.1; речь и познавательные способности – 18.2; социальная приспособленность – 12. Для детей, вошедших в III группу ($p \leq 0.05$) (%): самообслуживание – 60.5; речь и познавательные способности – 58.2; социальная приспособленность – 36. Для детей, вошедших в IV группу ($p \leq 0.05$) (%): самообслуживание – 49.2; речь и познавательные способности – 31.7; социальная приспособленность – 21.7.

Сравнительный анализ полученных данных показал, что уровень развития социальной приспособленности выше в группе с самыми высокими показателями уровня развития самообслуживания, речи и познавательных способностей (III группа). Самый низкий уровень социальной приспособленности характерен для детей с самыми низкими показателями уровня развития самообслуживания, речи и познавательных способностей (I группа).

Выводы. Количественные характеристики уровня развития социальных навыков у детей с расстройствами аутистического спектра различаются в выделенных группах. Для детей I группы проблемными являются все обследуемые сферы; для детей II группы наиболее проблемными являются речь, понятие числа, сравнения и элементарные понятия, игра, бытовая деятельность, мелкая моторика; для детей III группы наиболее проблемными являются двигательная способность, речь, игра, бытовая деятельность; для детей IV группы наиболее проблемными являются двигательная способность, одевание и раздевание, речь, сравнения и элементарные понятия, игра, бытовая деятельность. Это позволяет предположить, что развитие у детей с расстройствами аутистического спектра навыков самообслуживания, познавательных способностей и речи поможет им приспособиться к окружающей социальной среде.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Проблемы дефектологии / Сост., авт. вступ. ст. и библиогр. Т.М. Лифанова ; Авт. коммент. М.А. Степанова. – М.: Просвещение, 1995. – 527 с.
2. *Никольская О.С.* Аутичный ребенок. Пути помощи. / О.С. Никольская, Е.Р. Баенская, М.М. Либлинг. – М.: Теревинф, 2017. – 288 с.
3. *Шипицына Л.М.* «Необучаемый» ребенок в семье и обществе. Социализация детей с нарушением интеллекта. / Л.М. Шипицына. – 2-е изд., перераб. и дополн. – СПб.: Речь, 2005. – 477 с.
4. <https://www.mkb-10.com/index.php?pid=4429> [Электронный ресурс]

Опыт диагностики переживания гендерного насилия подростком с шизотипическим расстройством личности (анализ случая)

Рется С.Э., Луковцева З.В.

МГППУ, Москва, Россия

retsyas-stasya@yandex.ru, kp_books@mail.ru

Ключевые слова: гендерное насилие, психические расстройства, шизотипическое расстройство личности, подростковый возраст, анализ случая

Attempt in diagnosing experiences of gender violence by a teenager with schizotypal personality disorder (case analysis)

Retsya S.E., Lukovtseva Z.V.

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: gender-based violence, mental disorder, schizotypal personality disorder, adolescence, case analysis

Под гендерным насилием (ГН) понимается любое воздействие на человека, наносящее ему ущерб (психологический, физический или иной) и мотивированное гендерной принадлежностью одной из сторон и/или гендерными взаимоотношениями между ними [Е.П. Ильин, 2013]. Наиболее тяжелыми, а значит, и обсуждаемыми являются физическое и сексуальное ГН, ситуация же с экономическим, репродуктивным и психологическим ГН носит противоположный характер. При этом внимание исследователей и специалистов-практиков привлекают в основном последствия подобных психических травм (например, инцеста) [Е.Г. Дозорцева, 2018], тогда как проблематика переживания пострадавших остается малоизученной.

Л.С. Выготский понимал *переживание* как непосредственный психический опыт, различая в нем сам акт (процессуальную сторону) и специфическое содержание; иными словами, данный термин позволяет описать то, *как* человек переживает определенные события и *что* он переживает [Е.И. Изотова, 2016]. Противопоставляя переживание объективно фиксируемым психологическим процессам и состояниям, мы можем определить его как субъективное восприятие и отражение происходящего с человеком. Изучение переживания ГН позволяет углубить понимание субъективной (внутренней) стороны воздействия этой

психической травмы на пострадавшего, а значит, и приобрести особый взгляд на возможности реабилитации, терапии, профилактики.

Отказ от выявления «типичных» или «нетипичных», нормативных или клинически значимых последствий ГН (и решения иных стандартных задач) в пользу фокусировки на внутренних процессах пострадавшего представляется особенно важным, если речь идет о подростке. Подростковый возраст характеризуется сензитивностью к насилию (причиной тому служат физиологические изменения в организме, формирование межличностных отношений нового качества и многое другое) [Е.Г. Дозорцева, 2018].

Представленный анализ случая иллюстрирует возможности выявления переживания ГН у подростка с психическим расстройством, не обусловленным насильственным опытом. Пострадавшая – 16-летняя М., пациентка психиатрического стационара (F21 «Шизотипическое расстройство личности»), травматический опыт – изнасилование, произошедшее год назад).

М. – невысокая, худая девушка с живым, подвижным лицом. На лечение поступила повторно (первая госпитализация была полгода назад), по собственной инициативе. На беседу с психологом соглашается охотно, выражая заинтересованность «помочь в проведении исследования». В процессе обсуждения травматического опыта выражение лица становится отстраненным, мимика беднеет. Говорит негромко, монотонно. Рассказывает о своих переживаниях (в том числе и связанных с насилием) отстраненно, словно перечисляя малозначимые факты, и оживляется лишь когда речь заходит о ее молодом человеке.

Диагностический инструментарий был представлен беседой, проективными методиками «Идентификация ситуаций гендерного насилия», «Линия жизни», Клиническая шкала диагностики ПТСР [С.Э. Ретя, 2020]. Практически все ситуации, составляющие стимульный материал методики «Идентификация ситуаций ГН», интерпретирует как негативно окрашенные, конфликтные. Осуждает применителей насилия, акцентируя внимание на последствиях их действий для пострадавших:

«Речь о том, что родители вымещают злость на детях и вызывают у них состояние, когда дети замыкаются и отстраняются от родителей <...>. Это часто приводит к депрессии и расстройствам пищевого поведения (потому что они начинают думать, что еду они тоже не заслужили)»;

«Чаще всего такие ситуации доводят девушек до расстройств пищевого поведения. Она сама должна принимать решения насчет своего тела».

Изображая «Линию жизни», М. называет самыми важными событиями свое удочерение, пережитое сексуальное насилие, госпитализации в психиатрический стационар, волонтерскую деятельность в психиатрической больнице и начало поддерживающих и теплых отношений с молодым человеком. О наличии травматического опыта упоминает

самостоятельно, акцентирует на нем внимание (как непосредственно в процессе исследования, так и вне, в общении с другими пациентками и во взаимодействии с персоналом). Однако описывает опыт практически безэмоционально: «Изнасилование. Произошло в 15 лет. Лежала в больнице [соматического профиля], в смешанной палате. Был мальчик, которому я нравилась <...>. Пошла мыться, одна. У меня закружилась голова, я потеряла в душе сознание. Когда пришла в себя, он уже натягивал трусы, сказал: «Ну что, получила?». У меня шла кровь». Последующее состояние описывает скупой: «Все пыталась понять, за что со мной это произошло <...>. Боялась прикосновений <...>. Началась депрессия, были суицидальные мысли <...>. Всё время рыдала, меня начало рвать после еды». Рвота после приема пищи продолжается и спустя год после случившегося; М. характеризует позывы как непровольные, однако медперсонал сообщает, что она вызывает рвоту самостоятельно.

К *объективным последствиям* насилия относятся: посттравматические реакции (суицидальные тенденции, рвота после приемов пищи и др.); депрессивное состояние; усиление социальной дезадаптации в части взаимоотношений со сверстниками и приемными родителями. К сфере *субъективного переживания* мы относим фиксацию на посттравматических реакциях в виде стремления к многократному их обсуждению и демонстративному проявлению. Эти феномены показывают, как М. обходится со своим травматическим опытом сообразно значимости последнего для ее внутреннего мира и одновременно отражают особенности симптоматики, связанной с основным диагнозом (F21 по МКБ-10) – своеобразии эмоциональных реакций, вычурность поведения, навязчивости.

Литература

1. Дозорцева Е.Г., Нуцкова Е.В. Изучение психологических последствий сексуального насилия у детей и подростков как основа профилактической работы // сборник научных статей по материалам II Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». – 2018. – С. 272–274.
2. Изотова Е.И., Марцинковская Т.Д. Проблема переживания в концепциях Выготского и Теплова: современный контекст // Cultural-Historical Psychology. 2016. – Т. 12. – № . 4. – С. 4–11.
3. Ильин Е.П. Насилие как психологический феномен // Universum: Вестник Герценовского университета. – 2013. – № . 1. – С. 167–174.
4. Ретя С.Э. Особенности переживания опыта гендерного насилия подростками с различными психическими расстройствами // Сборник Тезисов участников межвузовской научно-практической интернет-конференции по юридической психологии 18–21 мая 2020 года. – М.: МГППУ, 2020. – С. 167–171.

Опыт гомонасилия и социальная тревожность у лиц с гомосексуальными предпочтениями в Российской выборке

Рой А.П.

*ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия
Anita010101@yandex.ru*

Холмогорова А.Б.

*ФГБОУ ВО МГППУ, ГБУЗ «НИИ СП
им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия
Kholmogorova-2007@yandex.ru*

Ключевые слова: опыт гомонасилия, социальная тревожность, лица с гомосексуальными предпочтениями

Anti-gay violence and social anxiety among sexual minority people in Russian population

Roy A.P.

*The N.V. Sklifosovsky Research Institute of
Emergency Care, Moscow, Russian Federation,*

Kholmogorova A.B.

*Moscow State University of Psychology & Education,
The N.V. Sklifosovsky Research Institute of
Emergency Care, Moscow, Russian Federation*

Keywords: anti-gay violence, social anxiety, sexual minority

В последние годы психологическое благополучие лиц гомосексуальными предпочтениями (ГП), все чаще связывается с понятием социальной тревожности, ведь отмечается, что наибольший уровень стресса данная группа испытывает в социуме [G.M. Herek, 2009]. Вместе с тем, согласно результатам зарубежных исследований, выявлено, что ее выраженность у лиц с ГП, выше, чем у сходной контрольной выборки [S.E. Gilman et al., 2001]. Важно отметить, что данная группа в целом более уязвима: риск манифестации депрессии, наркозависимости, суицидов у лиц с ГП – выше, чем у контрольной группы.

Подобные результаты связываются с наличием специфического фактора социальной тревожности у лиц с ГП, а именно с опытом агрессии со стороны общества к ним, ввиду его высокой стрессогенности [G.M. Herek, 2009]. Этот феномен получил название «опыт гомонасилия». По данным международных опросов было выявлено, что

около 50 % лиц с ГП оскорблялись в обществе, а 30 % имели опыт физической агрессии [S.L. Katz-Wise, J.S. Hyde, 2012]. Данные же отечественных опросов обнаруживают неутешительную тенденцию – отношение к лицам с ГП ухудшается с течением времени [К. Пипия, 2015]. **Целью** данной работы является рассмотрение выраженности социальной тревожности у лиц с ГП в российской выборке в сравнении с контрольной группой, а так же анализ ее связи с опытом гомонасилия.

В исследовании принимали участие 180 человек, в возрасте от 18 до 26 лет, 120 человек, отметили, что имеют преимущественно ГП, 60 участников составили контрольную группу и заключили, что на данный момент имеют гетеросексуальные предпочтения. Группы скорректированы по возрасту, средний возраст 20,8. Исследование проводилось в 2016–2017 году, с помощью Google-форм, для сохранения анонимности всех обследованных респондентов.

Методики. 1) Шкала социального избегания и дистресса SADS (разработана Watson D., Friend R., Social Avoidance and Distress Scale, валидизация Е.Н. Клименковой, А.Б.Холмогоровой); 2) Анкета гомонасилия. За основу этой анкеты была взята «анкета школьного буллинга», созданная С.В. Воликовой и А.Б. Холмогоровой. Для измерения данной переменной у контрольной группы, «анкета школьного буллинга», была модифицирована так, чтобы в результате количество шкал и максимальные баллы по ним совпали с анкетой гомонасилия. Фиксировался опыт лично пережитого\опыт наблюдаемого гомонасилия\буллинга.

Результаты и их обсуждение. Были получены следующие результаты: 1) Высокая и средняя выраженность социальной тревожности у лиц с ГП встречается значимо чаще – 72 % (7–13 и более 14 баллов по шкале SADS), чем у лиц с гетеросексуальными предпочтениями –52 %. Для проверки значимости применялись: метод построения таблиц сопряженности и критерий согласия хи-квадрат Пирсона, подтвердившие значимость полученных данных ($p=0,009$). Подобные закономерности были выявлены и в зарубежных исследованиях [S.E. Gilman, 2001]; 2) Применение U-критерия Манна-Уитни выявило, что лица с ГП имеют статистически более высокие показатели по всем шкалам опросника SADS: социальный дистресс ($U=2216$, $p=0,028$), социальное избегание ($U=2402,5$, $p=0,001$), общая степень выраженности социальной тревожности ($U=2382,5$, $p=0,002$). А также по шкале страха негативной оценки ($U=2398$, $p=0,002$); 3) Использование метода корреляционного анализа г-Пирсона выявило наличие множества прямых связей между параметрами феномена социальной тревожности и феноменом лично испытанного гомонасилия: с социальным избеганием ($r=31$, $p<0,05$), социальным дистрессом ($r=34$, $p<0,01$), общей выраженностью социальной тревожности ($r=36$, $p<0,01$). Со страхом негативной оценки окружающими ($r=26$, $p<0,05$). Также получена прямая связь между опытом наблюдаемого го-

монасилия и такими компонентами социальной тревожности, как дистресс ($r=33$, $p<0,01$), избегание ($r=36$, $p<0,01$), а так же с общей выраженностью социальной тревожности ($r=39$, $p<0,01$). Полученные результаты подтверждают зарубежные данные [G.M. Herek, 2009].

У контрольной группы подобные связи не выявлены. Однако обнаружено, что у лиц с гетеросексуальными предпочтениями уровень наблюдаемой агрессии (в их случае, буллинга), значимо выше ($U=1415$, $p=0,043$). Данный результат представляется довольно логичным, ввиду большей распространенности буллинга, по сравнению с более специфическим гомонасилием.

Выводы. 1) Частота встречаемости «средней и высокой» степени выраженности социальной тревожности у лиц с ГП значимо выше, чем у лиц с гетеросексуальными предпочтениями; 2) Лица с ГП имеют значимо более высокие показатели по всем параметрам социальной тревожности, по сравнению с контрольной группой; 3) В отличие от контрольной группы, для лиц с ГП важными факторами социальной тревожности выступают опыт пережитого/наблюдаемого насилия.

Успешность и психологическое благополучие человека зависят от качества его социальной адаптации. Подобная деятельность может быть осложнена при наличии социальной тревожности, высокая степень выраженности которой была обнаружена в этом исследовании, ввиду чего данная проблема требует дальнейшего изучения.

Литература

1. *Пунтя К.* «Невидимое меньшинство»: К проблеме гомофобии в России. URL: <https://www.levada.ru/2015/05/05/nevidimoe-menshinstvo-k-probleme-gomofobii-v-rossii/> (дата обращения: 14.09.2020).
2. *Gilman S.E., Cochran S.D., Mays V.M., Hughes M., Ostrow D., Kessler R.C.* Risk of psychiatric disorders among individuals reporting same-sex sexual partners in the National Comorbidity Survey// *American Journal of Public Health.* 2001.91:933–939.
3. *Herek, G.M.* Sexual stigma and sexual prejudice in the United States: A conceptual framework // *Contemporary perspectives on lesbian, gay & bisexual identities: The 54th Nebraska Symposium on Motivation / Ed. D.A. Hope.* New York, 2009.–P.65–111.
4. *Katz-Wise S.L., Hyde J.S.* Victimization experiences of lesbian, gay, and bisexual individuals: a meta-analysis// *J Sex Res.* 2012. 49(2–3):142–67.

Проблема целостности психологического диагноза при выявлении отклонений в психическом развитии ребенка

Слепович Е.С., Поляков А.М.

*Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь
Eslepovitsh@gmail.com , Polyakov.bsu@gmail.com*

Ключевые слова: психологический диагноз, отклонения в психическом развитии

The Problem of the Integrity of Psychological Diagnosis in Identifying Child's Developmental Disabilities

Slepovich E.S., Polyakov A.M.

Belarussian State University, Minsk, Belarus

Keywords: psychological diagnosis, developmental disabilities

В сфере диагностики психического развития детей и подростков разработано множество разнообразных методик, нацеленных на выявление различных аспектов психики. Многие из них стандартизированы, что облегчает овладение ими и их использование. Для исследования одних областей психики не наблюдается дефицита диагностического инструментария, для изучения других, в особенности интегральных характеристик (деятельностных, личностных), арсенал достаточно ограничен. Однако главная проблема диагностики аномального психического развития кроется не в дефиците диагностического инструментария для психологического обследования или его недостаточной стандартизованности, а в том, чтобы из всего многообразия собранных стандартизированных данных (чаще всего количественных) собрать целостный образ психического развития ребенка, увидеть за отдельными фактами его личность в целом. Ведь только в этом случае мы можем выстроить психологический диагноз, раскрыв, как писал Л.С. Выготский, смысл отдельных симптомов (эмпирических фактов) [1], и только в этом случае его можно соотнести с жизнью ребенка и использовать как основание для разработки системы психологической помощи [5].

Высказанная мысль соотносится с представлениями Б.В. Зейгарник о патопсихологической диагностике. Приведем одно из воспоминаний Б.С. Братуся: «... для нее (Зейгарник – Е.С., А.П.) человек был очень важен как целое. И она умела его достраивать по одной детали. Я пом-

ню сцены, очень простые. Скажем, на кафедру заходит студент и говорит: «Могу ли я видеть Николаеву?» (или еще кого-то). Ему отвечают – «Нет, она будет позже». Студент выходит. Блюма Вульфовна смотрит ему вслед задумчиво и говорит: «Какой сложный мальчик». Понимаете? И вот это ощущение и понимание и как бы достраивание до образа было самым главным. Самым главным и тем, что передавалось непосредственно через общение с ней» [4, с. 80].

Развивая данную мысль, зададимся несколькими вопросами. Что включает в себя целостный образ психики и психического развития ребенка? Что задает эту целостность? Если провести аналогию с медицинской диагностикой, то что для психолога является таким же интегративным образованием, как нозологическая единица (заболевание), выступающее в качестве цели психологической диагностики? В качестве такого рода «целостностей» в медицинской психологии предлагалось рассматривать патопсихологический синдром, а в специальной – психологическую структуру дефекта [5]. Однако эти «целостности» по сути привязаны к медицинским классификациям расстройств или аномалий развития, что лишает психологическую диагностику самостоятельности. В последнее время приобретает популярность в психиатрии, а вслед за ней и в медицинской и специальной психологии понятие функционального диагноза, отталкивающегося не столько от клинической картины расстройства, сколько от возможностей и ограничений в решении человеком разнообразных жизненных задач, обусловленных особенностями функционирования его психики [3]. Хотя такой ход «идти от жизни» к определению интеграционных психологических образований или, говоря языком Л.С. Выготского, «единиц анализа», из которых строится психологический диагноз (психологическая характеристика) развития ребенка, имеет рацию, в то же время не дает четкого понимания того, как это сделать в силу отсутствия адекватных для этого категорий. Например, не понятно, каким образом психологу следует связывать разрозненные характеристики внимания, памяти, мышления, поведения, самосознания и пр. в целостную картину психического развития ребенка, которая объяснила бы имеющиеся у него жизненные трудности и позволила определить цели психологической помощи.

Б.В. Зейгарник в качестве инструмента анализа психики больного использовала такую молярную категорию как деятельность [2], что позволяло связать воедино разнообразные психологические факты, обнаруживаемые с помощью наблюдения и патопсихологического эксперимента, и увидеть за ними живую личность, включенную в отношения с другими людьми и решающую реальные жизненные задачи. Вместе с тем, категория деятельности достаточно ограничена применительно к исследованию таких сфер как социальное взаимодействие (взаимоотношения, общение)

и личные переживания (самосознание, преодоление жизненных кризисов и др.). Эти сферы редуцируются, если их описывать в субъект-объектной парадигме, представленной категорией деятельности.

В психологическом диагнозе ребенка с отклонениями в психическом развитии необходимо отразить психологические механизмы, обеспечивающие построение активности в трех сферах: деятельности (в том числе ведущей), связанные с социально значимыми достижениями, адекватными возрасту ребенка; взаимодействие с другими людьми, обеспечивающее полноценное развитие в данный возрастной период; личные переживания (принятие себя и других, адекватная оценка своей личности и деятельности, радость или неудовлетворенность своими достижениями и др.) ребенка как условие нормального развития. Целостный анализ эмпирических данных, получаемых при диагностическом обследовании в свете указанных трех сфер представляет собой известную трудность.

Вторая проблема психологической диагностики – это определение тех деталей, «симптомов», по которым достраивается целостный образ психики и психического развития ребенка. Б.В. Зейгарник отмечала два пути исследования: с помощью опросников и анкет и экспериментальный путь исследования. Сама она придерживалась последнего, отмечая важность наблюдения «над общим поведением больного во время эксперимента» [2, с. 16–17]. Первый путь (использование опросников, анкет, тестов) выявляет иной тип изначальных фактов («симптомов»), на которых строится психологический диагноз, нежели второй путь. В первом случае эти факты являются одномерными, выхолощенными и оторванными от контекста (объем памяти, уровень IQ), их сложно связать с реальной жизнью человека. Во втором случае наблюдаемые факты (поведение, высказывания, эмоциональные проявления, способы решения задач) многомерны и контекстуальны. Эта многомерность позволяет психологу выдвигать гипотезы относительно особенностей, типа и проблем психического развития ребенка. Приведем один пример. При обследовании девочки 9 лет (одной из жалоб родителей была плохая память), ей было предложено прослушать стихотворение и повторить его. Задание давалось ей нелегко. Она делала паузы между смысловыми фрагментами текста. Однако ей помогали наводящие вопросы, типа почему нельзя делать того, что описано в стихотворении. После них она вспоминала продолжение. Этот факт свидетельствует о том, что девочка эффективно компенсировала недостатки своей механической памяти за счет рассуждающего мышления. Ни одна тестовая методика не способна выявлять такого рода факты, которые лишь в контексте определенной активности ребенка приобретают психологический смысл и служат основанием для построения целостного психологического диагноза, раскрывающего пути для разработки программы помощи.

Литература

1. *Выготский Л.С.* Вопросы детской (возрастной) психологии; под ред. Д.Б. Эльконина // *Собрание сочинений: в 6-ти т.* М.: Педагогика, 1984. Т. 4. С. 243–432.
2. *Зейгарник Б.В.* Личность и патология деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1971. 100 с.
3. *Коробейников И.А.* Нарушения развития и социальная адаптация / И.А. Коробейников. М.: ПЕР СЭ, 2002. 192 с.
4. Люди в моей жизни. Интервью М. Розина с Б.С. Братусем // *Мир психологии и психология в мире.* 1994. № 0. С. 74-85.
5. Психологическая диагностика и коррекция отклонений в развитии у детей: учеб.-метод. пособие / Е.С.Слепович [и др.]; под ред. Е.С.Слепович, А.М.Полякова. Минск: БГУ, 2019. 295 с.

Причины, содержание и формы киберагрессии у подростков, молодежи и взрослых*

Солдатова Г.У., Чигарькова С.В.

*Факультет психологии МГУ им.М.В. Ломоносова,
Московский институт психоанализа, Москва, Россия
soldatova.galina@gmail.com, chigars@gmail.com*

Ключевые слова: киберагрессия, механизмы, подростки, молодежь, родители

Reasons, content and forms of cyberaggression in adolescents, youth and adults

Soldatova G.U., Chigarkova S.V.

*Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow
State University, Moscow Institute of Psychoanalysis*

Keywords: cyberaggression, mechanisms, adolescents, youth, parents

Введение. Цифровая среда давно превратилась в пространство, в котором находят свое специфическое отражение различные формы и способы поведения и взаимодействия, существующие в реальной жизни, в том числе, связанные с деструктивными проявлениями, например, агрессией [1]. В онлайн-пространстве присутствуют, за исключением физической, практически все выделяемые виды агрессии (вербальная, прямая, косвенная, инструментальная, враждебная). Киберагрессию можно определить как намеренный вред, осуществляемый посредством использования электронных устройств одному человеку или группе людей вне зависимости от возраста и воспринимаемый как оскорбительный, уничижительный, приносящий ущерб или нежеланный [3]. Большинство исследователей сходятся в выделении ряда ключевых характеристик киберагрессии: безнаказанность, анонимность, непрерывность, отсутствие пространственных границ, увеличение количества свидетелей, незаметность для взрослых, отсутствие аффективной обратной связи [2, 5].

Проблема киберагрессии оказывается особо актуальной для подростков, что определяется как психологическими особенностями подросткового возраста, так и высоким уровнем их пользовательской активности. Выявление механизмов киберагрессии представляется важной и пока недостаточно реализованной задачей. В рамках нашей работы мы сосредоточимся на некоторых аспектах, а именно, представ-

* Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект 20-013-00857.

лениях о поводах, пространстве, содержании и форме киберагрессии среди трех поколений – подростков, молодежи и родителей подростков.

Методы и выборка. Исследование проводилось на основе специально разработанных опросников для 4-х возрастных групп: подростков в возрасте 12–13 лет, подростков 14–17 лет, молодежи и родителей подростков этих возрастов. Все опросники включали схожие блоки вопросов, направленных на изучение различных аспектов использования интернета, столкновения с онлайн-рисками и онлайн-агрессией, а также уровня цифровой культуры.

В исследовании приняли участие 1029 подростков в возрасте от 14 до 17 лет, 525 подростков в возрасте от 12 до 13 лет, 736 молодых людей в возрасте от 17 до 30 лет и 1105 родителей подростков 12–17 лет из 8 федеральных округов.

Результаты. На вопрос: «Почему онлайн может предпочитаться в качестве пространства для проявления агрессии?» представители всех трех поколений называют в качестве основных причин анонимность (38 % родителей, 44 % подростков и молодежи), безнаказанность (40 % родителей, 43 % подростков, 50 % молодежи), простота и скорость (45 % родителей, 37 % подростков, 43 % молодежи). Подростки и представители молодежи считают, что это легче сделать также и потому, что не видно реакции жертвы (41 % и 42 % соответственно). Каждый третий подросток считает, что в сети быть грубым и агрессивным «не так стыдно» (33 %), а каждый четвертый – уверен, что онлайн-агрессия менее болезненна (26 %). Хотя различия в ответах о причинах между подростками, молодыми людьми и родителями достигают принятого уровня значимости $p < 0,05$, они невелики. Таким образом, в целом, родители чаще говорят, что «онлайн – проще и быстрее» или что не понимают причин склонности детей и подростков высказываться онлайн, а не офлайн (9 %). Подростки чаще говорят о том, что «онлайн – не так стыдно», менее болезненно и анонимно. Молодежи более важна безнаказанность.

Среди причин для киберагрессии, по мнению всех поколений, лидирующие позиции занимают внешность (77 % подростков, 66 % молодежи и 56 % родителей) и личностные особенности (61 % подростков и родителей, 62 % молодежи). Эти результаты перекликаются с данными мониторингового исследования буллинга и кибербуллинга в Великобритании – например, каждый второй британский подросток, который сталкивался с травлей по отношению к себе, в качестве причины назвал свою внешность [4]. На особенности здоровья и развития указывает каждый второй среди всех опрошенных возрастных групп. Каждый второй подросток и представитель молодежи также выделяет сексуальную ориентацию и национальную принадлежность, для родителей эти показатели значительно ниже – 23 % и 30 % соответственно. Для подростков часто поводом становятся хобби и увлечения (41 %), а для молодежи – принадлежность к группе или субкультуре (57 %). Материальный

статус, достижения, политика и религия, культурные традиции, семья и близкий круг общения, как и пол, оказались в представлении всех опрошенных наименее выраженными причинами онлайн-агрессии.

Наиболее распространенной формой онлайн-агрессии, по мнению как подростков, так и молодежи, становится визуальная – фото (83–85 %), мемы (53–58 %), видео (39–49 %). Более половины подростков и молодых людей считают, что наиболее часто агрессивным пространством становятся открытые сетевые сообщества и групповые чаты, а способами – личные сообщения, комментарии и обсуждения, например, в переписках в групповых чатах. Родители также выделяют эти пространства и способы, но с меньшей частотой.

Для подростков основным содержанием киберагрессии становится оскорбительная и грубая информации (80 %), при этом для молодежи она наименее актуальна – 17 %. В представлениях молодежи чаще встречаются угрозы жизни и здоровью (54 %) и насмешки (49 %). По мнению подростков насмешки (43 %) и клевета (46 %) одинаково часто используются в агрессивных ситуациях. При этом компрометирующая информация используется реже.

Выводы. Рассмотренные специфические характеристики онлайн-пространства (анонимность, безнаказанность, скорость и др.), по мнению представителей всех поколений, упрощают по сравнению с офлайном возможность реализации агрессии в сети. Единогласно выделяемыми представителями всех поколений ключевыми универсальными причинами для киберагрессии стали внешность, личностные особенности и особенности здоровья и развития. Так, для онлайн-агрессии не нужны объективные основания – достаточно поводов, запускающих механизмы стереотипизации и предубеждений. Онлайн-агрессия, выбирая в качестве мишени все, что может составлять инаковость, становится инструментом подавления разнообразия. В цифровом пространстве начинает доминировать в качестве формы выражения агрессии визуально-образный контент, имеющий в сравнении с текстом более сильное воздействие на цифровое поколение. В киберпространстве чаще используется форма прямой агрессии и несколько реже – косвенная, что может также иметь более глубокие последствия, учитывая ее присутствие на всех уровнях коммуникации, как межличностном, так и межгрупповом. При этом отмеченное расхождение в оценках подростков и родителей может приводить к недопониманию, создавать сложности в осуществлении родительской медиации в трудных онлайн-ситуациях и затруднять совместную выработку конструктивных стратегий совладания.

Литература

1. Солдатова Г.У. Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире // Социальная психология и общество. – 2018. – Т. 9 (3). – С. 71–80.

2. *Солдатова Г.У., Ярмина А.Н.* Кибербуллинг: особенности, ролевая структура, детско-родительские отношения и стратегии совладания // Национальный психологический журнал. – 2019. – № 3(35). – С. 17–31.
3. Grigg D.W. Cyber-Aggression: Definition and Concept of Cyberbullying // Journal of Psychologists and Counsellors in Schools. 2010. Volume 20, Issue 2. p. 143–156.
4. The Annual Bullying Survey 2017. – Ditch the Label, UK, 2017.
5. Zimmerman A.G., Ybarra G.J. Online aggression: The influences of anonymity and social modeling // Psychology of Popular Media. – 2016. – V. 5. – P.181–193.

Стратегии родительской медиации цифровой социализации подростков*

Солдатова Г.У., Чигарькова С.В.

*Факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова,
Московский институт психоанализа, Москва, Россия*
soldatova.galina@gmail.com, chigars@gmail.com

Ключевые слова: цифровая социализация, подростки, родительская медиация

Strategies of parental mediation of adolescents' digital socialization

Soldatova G.U., Chigarkova S.V.

*Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow
State University, Moscow Institute of Psychoanalysis*

Keywords: digital socialization, adolescents, parental mediation

Введение. Внедрение цифровых технологий в повседневную жизнедеятельность изменяет привычные социокультурные практики. Особое влияние такие трансформации оказывают на детей и подростков, живущих на стыке онлайн и офлайн миров – в смешанной реальности. Таким образом, актуальным фокусом исследовательского интереса должно стать изучение роли и возможностей взрослых в сопровождении цифровой социализации подростков как гарантов их безопасности и гармоничной интеграции в современное общество [2].

Методы. Исследование проводилось в 2019 г. в 8 федеральных округах РФ. Выборку исследования составили 1553 подростка 12–17 лет и 1219 родителей. Респонденты заполняли анкету, включавшую блоки вопросов, связанных с различными аспектами цифровой социализации. В данной работе представлена часть результатов, посвященная особенностям родительской медиации цифровой активности подростков. При создании данного блока вопросов использовалась методология проекта EU Kids Online [4].

Результаты. Одними из самых распространенных стратегий родительской медиации, по мнению родителей, стали активная медиация пользования интернетом, активная медиация безопасности и мониторинг.

Среди стратегий активной медиации пользования интернетом по популярности выделяются общение с ребенком по поводу его деятельно-

* Работа выполнена при поддержке Российского научного фонда, проект № 18–18–00365.

сти в сети (88 %) и поощрение обучения в интернете (79 %). При этом только каждый второй подросток считает, что родители осуществляют такие стратегии по отношению к нему. Большинство родителей (74 %) также уделяют внимание обсуждению возможных денежных трат онлайн и вопросам посещения сайтов с различным контентом. Однако менее половины подростков считают, что родители обсуждают с ними эти вопросы. Около двух третей родителей утверждают, что пользуются интернетом совместно с ребенком (63 %), помогают при трудностях в его использовании (63 %) или присутствуют рядом (61 %). Разительно отличаются ответы детей о присутствии родителей рядом при выходе в сеть: только треть подростков (33 %) отметили, что родители когда-либо так поступали. Эти данные могут объясняться разными взглядами детей и родителей на взаимодействие между ними: видимо, для родителя просто присутствовать в общем помещении, занимаясь своими делами, достаточно, а для подростка присутствие – это, по сути, активное наблюдение и участие ($t=-18.78$, $p<.01$, $\eta^2=.11$).

Более двух третей родителей (67 %) присутствует в списке «френдов» или подписаны на профиль своего ребенка в социальной сети. Такая стратегия позволяет мониторить онлайн-активность ребенка. По сравнению с данными предыдущих лет такая стратегия набирает все большую популярность, что представляется позитивной тенденцией.

Большинство родителей полагают, что используют различные стратегии активной медиации безопасности: предлагают способы безопасного использования интернета (75 %), разговаривают о возможных действиях, которые можно предпринимать при столкновении с ситуациями, вызывающими беспокойство в интернете, оказывают помощь в таких ситуациях (76 %). При этом дети намного реже (только каждый второй) ощущают такую поддержку в обеспечении безопасности со стороны родителей ($t=-17.08$, $p<.01$, $\eta^2=.10$).

Около трети родителей используют различные способы технического контроля для обеспечения безопасности детей и отслеживания их активности: родительский контроль для отслеживания покупок различного контента (35 %), фильтрации приложений для скачивания (34 %) отслеживания посещаемых сайтов (38 %), блокировки или фильтрации веб-сайтов (38 %); программное обеспечение для блокировки рекламы (31 %), технологии отслеживания местоположения ребенка (29 %). Стоит отметить, что дети намного реже отмечают наличие технических средств контроля. Причиной таких оценок, вероятно, является низкая осведомленность подростков об использовании таких средств по отношению к ним ($t=-16.43$, $p<.01$, $\eta^2=.10$).

Среди ограничивающих стратегий медиации, по оценкам родителей, наиболее распространены ограничение по разглашению персональных

данных в социальных сетях (71 %) и правила об ограничении времени в сети (53 %). Если мнение родителей и младших подростков по поводу распространения персональных данных в социальных сетях достаточно согласовано (62 % – младшие подростки), то оценка старших подростков по этому вопросу значительно расходится со взрослыми (38 %). Возможно, старшие подростки в силу своих возрастных изменений и направленности на социальное взаимодействие в сети легче расстаются с персональной информацией для поддержания связи и коммуникации. Что касается, правил по продолжительности нахождения в интернете, то оказывается, что только каждый третий младший подросток (34 %) и каждый шестой старший (17 %) осведомлены о наличии таких правил в семье. Родители также ограничивают онлайн-игры с другими людьми – каждый четвертый (25 %) не разрешает вовсе, каждый пятый (21 %) только с разрешения или под присмотром. При этом только каждый пятый (24 %) младший подросток и каждый восьмой старший в курсе таких ограничений. Менее трети родителей ограничивают использование веб-камеры или камеры телефона (31 %), просмотр видео (26 %) или пользование социальными сетями (23 %). Подростки еще реже знают о таких ограничениях. Как рассматривалось выше, вообще о запретах использования интернетом со стороны родителей сообщает 37 % старших подростков, при этом при оценке частоты такого запрета – большинство (34 %) сообщает, что это происходило только «иногда». Различия по оценкам детей и родителей достаточно велики ($t=-1.20$, $p<.01$, $\eta^2=.04$).

Выводы. Таким образом, мы можем говорить о тенденциях к более активному включению родителей в онлайн-жизнь детей по сравнению с данными исследований 2010 и 2013 годов [1, 3]. При этом стоит обратить внимание на различие оценок использования стратегий родительской медиации: практически во всех случаях, дети реже, чем родители говорят о том, что в их семьях существует такая практика. Родители недостаточно активно используют правила для обеспечения цифровой гигиены своих детей и осваивают технические способы контроля их активности и безопасности. Тем не менее, можно уверенно говорить о существовании выраженной тенденции к сокращению цифрового разрыва между родителями и детьми, проявляющегося как в увеличении цифровой активности родителей, так и заинтересованности в установлении доверительных отношений с детьми в контексте их интернет-активности. Это позволяет утверждать о возросших возможностях родителей современных подростков к ведению диалога если не с экспертной позиции, то хотя бы «на равных» о проблемных и сложных ситуациях, которые возникают в киберпространстве. Тем не менее, родители пока не обладают достаточным репертуаром стратегий медиации онлайн-активности подростков для обеспечения их гармоничной цифровой социализации.

Литература

1. *Солдатова Г., Зотова Е., Лебешева М.* и др. Дети России Онлайн: риски и безопасность. Результаты международного проекта EU Kids Online II в России. – Москва, 2012.
2. *Солдатова Г.У.* Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире // Социальная психология и общество. – 2018. – Т. 9, № 3. – с. 71–80.
3. *Солдатова Г.У., Рассказова Е.И., Нестик Т.А.* Цифровое поколение России: компетентность и безопасность. – Москва: Смысл, 2017.
4. *Livingstone S., Haddon L., Görzig A., Ólafsson K.* Technical Report and User Guide: The 2010 EU Kids Online Survey. – LSE, London: EU Kids Online, 2011.

Особенности формирования реакции несогласия у детей раннего возраста с синдромом Дауна

Степанова В.А.

благотворительный фонд «Даунсайд Ап», Москва, Россия
v.stepanova@downsideup.org

Седова Е.О.

РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия
eosedova@mail.ru

Ключевые слова: синдром Дауна, реакция несогласия, тревожность, агрессивность, алекситимия

Specifics of formation of a negative reaction in young children with Down Syndrome

Stepanova V.A.

Charitable Fund Downside Up, Moscow, Russia

Sedova E.O.

Pirogov RNRMU, Moscow, Russia

Keywords: Down syndrome, (de)negation, anxiety, hostility, alexithymia

Реакция несогласия – такое обозначение получило в данной работе появление у ребенка в возрасте примерно полутора лет жеста головой из стороны в сторону или звука, обозначающего «нет» при взаимодействии с матерью, когда ребенок чего-то не хочет, от чего-то отказывается. Впервые матери начинают замечать этот жест еще до года; по наблюдению исследователей, он появляется ранее жеста согласия и слова «да» и является одним из организаторов психики, по мнению известного исследователя психического развития ребенка раннего возраста Рене Шпица [2]. Возникновение семантического жеста «нет» Рене Шпиц рассматривает как первый целенаправленный акт человеческой коммуникации.

Достижение способности к отказу у маленького ребенка позволяет значительно обогатить отношения с ближайшим окружением. На первых этапах взаимодействия с матерью влечения разряжаются только через прямые мускульные действия, то есть ребенок реагирует телом. С возникновением способности к суждению и возможности сказать «да» или «нет», ребенок находит другой путь помимо «сражения или побега»: путь дискуссии или переговоров. Использование «нет» для обозначения сво-

его противостояния объекту, для возражения другому – это критический этап организации психики и формирования социальных отношений [3].

Было решено изучить этот феномен на выборке детей с синдромом Дауна. Это связано с тем, что в последние годы наблюдается значительное увеличение количества детей с синдромом Дауна в программах коррекционно-педагогической и медицинской помощи. По оценкам международных экспертов, в России живет около 25 тысяч детей с синдромом Дауна. Средняя частота рождения ребенка с синдромом Дауна в России 1 на 884 новорожденных. Все больше детей воспитывается в семьях. На сентябрь 2020 года в базе благотворительного фонда Даунсайд Ап зарегистрировано 10614 семей.

Дети младшего возраста с синдромом Дауна проходят те же этапы развития речи и раннего общения в той же последовательности, что и их нормативно развивающиеся сверстники, хотя и более медленными темпами.

Гипотеза исследования, вытекающая из более чем десятилетнего опыта работы с такими семьями, состояла в следующем: возникновение реакции несогласия у ребенка в определенной степени зависит от психологических характеристик матери, таких как способность распознавать чувства ребенка, умение справляться с агрессией, а также уровнем тревоги матери.

Цель исследования была в изучении психологических условий возникновения реакции несогласия (слова/жеста «нет») у детей.

Исследование проводилось с помощью следующих методик: анкетирования, анализа проблемных ситуаций, анкеты В.В. Ткачевой «Психологический тип родителя», теста – опросника родительского отношения (ОРО) А.Я. Варги и В.В. Столина, Торонтской алекситимической шкалы TAS-20-R, теста Леонгарда-Шмишека (адаптация В.М. Блейхера), опросника враждебности Басса-Дарки (версия А.Г. Резапкиной), теста тревожности Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина).

В результате анкетирования 37 матерей детей возраста 24–36 месяцев, мы выделили две группы детей. Первая группа, 22 человека, то есть 60 % от общего количества испытуемых включала в себя детей, в коммуникации с матерью у которых присутствовал жест и звук, обозначающий несогласие и 15 детей, то есть 40 % детей, у которых этот жест отсутствовал, а реакция несогласия выражалась всем телом и криком.

По результатам методики В.В. Ткачевой на определение психологического типа родителя, оказалось, что значимые различия выявились по показателям двух типов родителя. В первой группе, где дети использовали жест несогласия, больше оказалось родителей психосоматического типа, чувствующих и принимающих своего ребенка, а во второй группе преобладали матери авторитарного типа, одной из характеристик которого является феномен «вытеснения» негативных переживаний и вероятность завышенных требований к ребенку, очевидно, не способ-

ствующие закреплению у него возможности конструктивного отказа в ответ на требования матери.

На втором этапе исследования, включающем в себя все вышеперечисленные методики, приняли участие 22 матери (15 и 7 человек).

Сравнение результатов, полученных при применении опросника враждебности Басса-Дарки, показали различия в группах. В группе матерей детей со сформировавшимся жестом несогласия среднее значение баллов по агрессии и чувству вины было значимо ниже, чем у матерей детей, у которого данного жеста не было.

В результате обработки Торонтской алекситимической шкалы, получилось, что в целом, матери обеих групп понимали и выражали свои чувства, однако, лучшие показатели (низкий балл) наблюдались у матерей первой группы: они испытывают меньше трудностей с описанием своих чувств, соответственно, общий показатель алекситимии у них был ниже.

Также выявилась тенденция в различиях по уровню тревожности у матерей сравниваемых нами групп. Надо сказать, что в целом, у наших испытуемых уровень тревоги оказался высоким. Низкого уровня тревожности не было ни у одной испытуемой. В первой группе высокие показатели по ситуативной тревожности были у меньшего числа испытуемых, чем во второй группе. Также выше баллы по личностной тревожности были во второй группе.

Выводы:

1. Реакция несогласия у ребенка с синдромом Дауна, выражаемая с помощью жеста или слова говорит о нормальном ходе развития коммуникации в отношениях «мать-ребенок».
2. Появление жеста или звука, обозначающего несогласие или отказ в возрасте двух-двух с половиной лет, наблюдается у 60 % детей с синдромом Дауна.
3. Матери детей с синдромом Дауна в целом не имеют больших сложностей с выражением и описанием своих чувств, однако матери, чьи дети выражают несогласие жестом или звуком, имеют меньше трудностей с описанием своих чувств.
4. Матери детей, у которых наблюдается жест/звук отказа, в целом проявляют меньше настойчивости и агрессивности по отношению к детям.
5. Матери детей с синдромом Дауна, в целом, имеют средний и высокий уровень тревожности. Матери, чьи дети выражают свой отказ телом или криком, имеют тенденцию к еще более высокому уровню тревожности.

Литература

1. *Синдром Дауна*. Медико-генетический и социально-психологический портрет / под ред. Ю.И. Барашнева. – М., 2007. – 280 с.
2. *Шниц Р.А.* Психоанализ раннего детского возраста / Р.А. Шниц. – М.: Канон + РООИ «Реабилитация», 2019. – 256 с.: ил. ISBN 978–5–88373–573–7
3. *Szwec G.* (2002), « L 'Enfant – organe hypocondriaque de sa mère », *Revue française de psychosomatique*, n° 22, Puf, Paris.

Семья как фактор интернет зависимого поведения у подростков

Сулейманов Ш.Р., Шарипова Ф.К.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ключевые слова: компьютерная игровая зависимость, семья, воспитание, нарушения поведения у подростков

Family as a factor in internet addiction in adolescents

Suleymanov Sh.R., Sharipova F.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Keywords: computer gaming addiction, family, education, behavior disorders in adolescents

Актуальность: Стремительное развитие информационных систем и цифровых технологий, доступность кибернетической среды Интернет-пространства способствуют формированию компьютерной зависимости у детей и подростков [2]. Стили родительского воспитания способствуют возникновению нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения [1]. В результате длительного воздействия негативных последствий виртуального пространства на психику детей и подростков формируются тревожно-депрессивные нарушения в психо-эмоциональной сфере [3]. Внутрисемейные взаимоотношения, микроклимат в семье, являются значимыми факторами, формирующими поведение ребенка в семье и социуме, и влияющими на его взаимоотношения с окружающими людьми в будущем [1,4].

Цель исследования: изучить роль семьи в формировании интернет-аддикции у подростков для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: обследовано 86 подростков, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы города Ташкента. В группу вошли пациенты с наличием диагностических критериев социализированного расстройства поведения по МКБ-10–F91.2. С помощью специально разработанной анкеты, интерпретированной сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, состоящей из перечня психологических тестов-вопросов, выяв-

лены были факторы риска формирования интернет-зависимого поведения у подростков.

Результаты и их обсуждения: на инициальном этапе исследования первоочередной задачей было определение видов семьи, стилей семейного руководства и взаимоотношений, в которых воспитывались исследуемые подростки. Анамнестические сведения были собраны также и у родителей и близких родственников пациентов. В результате опроса установлено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и развитием интернет-зависимого поведения у подростков существует прямая корреляционная взаимосвязь. Исследуемые подростки воспитывались в деструктивных и амбивалентных семьях с неправильным стилем семейного руководства, в условиях неблагоприятного микроклимата и конфликтогенных ситуаций. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Большинство росли в неполной семье- 17 %, 23 % – в социально неблагоприятной семье, 30 % исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. При сборе анамнестических сведений установлено, что 37 % подростков имели отягощенную психопатологически наследственность по психическим заболеваниям. Значительная часть подростков отличалась асоциальными проступками, как ранняя алкоголизация и эпизодическое употребление психоактивных веществ. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений (70 %), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной (чаще отчим) и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анкетирование исследуемых выявило 12 % подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. По результатам исследования было выявлено наибольшее количество семей с патологическим типом воспитания, которое ведет к нарушению функционирования семейной системы, появлению кризиса в межличностных взаимоотношениях и нарушению социальной адаптации подростков. Ребёнок в такой семье растёт в условиях эмоциональной депривации и дефицита внимания и любви со стороны родителей, предоставлен сам себе в результате безнадзорности и в силу своей личностной незрелости подвержен пагубному влиянию кибернетической среды Интернета. При амбивалентном типе семейных отношений высокая степень свободы, абсолютно лишенной ответственности, соединяется с полным отчуждением между членами семьи, приводя к формирова-

нию акцентуации характера по эмоционально лабильному и психоастеническому типу развития. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Кроме того таким детям свойственна аффективная блокада интеллекта с отрицательной концепцией окружающей среды, что только усугубляет положение дисгармонично развивающейся личности и часто обуславливает негативные эмоции и вовлечение детей в так называемые группы смерти виртуального пространства. Проведённое исследование установило, что роль семьи в формировании интернет-аддикции имеет первостепенное значение, необходимо контролировать длительность пребывания подростка в сети Интернет-пространства, изучать загружаемый контент информации, регистрацию на социальных сетях, посещаемость сайтов с игровым компонентом с целью профилактики киберсуицидов и асоциального поведения подрастающего поколения.

Выводы: таким образом, проведённое исследование установило, что семья является важнейшим фактором на пути формирования интернет-зависимого поведения и раннее выявление дисфункциональных семейных взаимоотношений способствует превенции интернет аддиктивного поведения у детей и подростков. Полученные результаты исследования могут быть использованы в практическом здравоохранении для предупреждения развития нехимических аддикций.

Литература

1. *Абдуллаева В.К.* Влияние стилей родительского воспитания на формирование суицидальных тенденций у подростков. // Журнал «Вопросы науки и образования» / Научно-практический журнал № 6(52) март 2019. С. 54–59.
2. *Бабарахимова С.Б.* Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // Вопросы наркологии. 2017. № 6(154). С.142–143.
3. *Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.* Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью// Вопросы наркологии. 2016. № 11–12. С.98–100.
4. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al.* Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24–27.

К вопросу о диагностике когнитивного и речевого развития у детей 3–4 лет, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий

Суркова К.Л.

*ФГАУ Национальный медицинский
исследовательский центр Здоровья
Детей Минздрава России, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
www1-11@narod.ru*

Ключевые слова: экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), младшие дошкольники, когнитивное, речевое развитие

On the diagnosis of cognitive and speech development in children aged 3–4 years conceived using assisted reproductive technologies

Surkova L.K.

*National medical research center of Children's Health,
Ministry of health of Russia, Moscow, Russia,
Mental Health Research Center, Moscow, Russia*

Keywords: in vitro fertilization (IVF), preschool children, cognitive, speech, development

Введение. Экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО) относится к вспомогательным репродуктивным технологиям (ВРТ), оно помогает зачать ребенка при диагнозе бесплодие (женское и/или мужское), а также дает возможность женщине забеременеть без интимного контакта с мужчиной. Данный метод применяется у бездетных супружеских пар, одиноких женщин (с бесплодием и без), при однополых отношениях. В России метод ЭКО активно применяется с 1994 года и доступен бесплатно с 2013 г. по полису обязательного медицинского страхования.

Интерес к исследованию детей, зачатых с помощью ВРТ, вызван относительно малым изучением психолого-педагогических аспектов развития данного ребенка. Изучение особенностей внутрисемейных отношений, эмоционально-психологического состояния матери в период подготовки к применению ВРТ и после успешного зачатия, а затем и рождения ребенка, является актуальной задачей исследований разных специалистов [2,3].

Целью исследования является диагностика когнитивного, речевого и эмоционального развития ребенка дошкольного возраста (от 3 до 4 лет 11 мес.), зачатого с помощью ВРТ (ЭКО).

Исследование проводится на базе ФГБНУ НЦПЗ с начала 2019 года. Приведен предварительный анализ полученных в ходе исследования результатов.

Материал и методы. В качестве средств исследования были выбраны нейропсихологические пробы для детей дошкольного возраста адаптированные Ж.М.Глоzman [1], которые включали в себя оценку общей и мелкой моторики, кинестетического и кинетического праксиса; слухоречевой и зрительной памяти; произвольного внимания; зрительного восприятия, понимание эмоций. Исследование речевого развития производилось по стандартному протоколу логопедического обследования детей дошкольного возраста с подбором адаптированного материала под данный возраст. Представлены обобщенные материалы обследования 6 детей (3 мальчика и 3 девочки), средний возраст 4,3 года. Все дети рождены не от первой попытки ЭКО (от 2–4), моноплодной беременности, роды в половине случаев самостоятельные, остальные – плановое кесарево сечение, все дети были доношенными (от 38 до 40 недель).

Результаты. В нашем исследовании детей от 3-х до 4-х лет, зачатых с помощью ЭКО, как и по данным литературы, прослеживается взаимосвязь между количеством совершенных попыток экстракорпорально оплодотворения и уровнем познавательного развития ребенка [2,3].

Среди детей, зачатых после 4 попытки ЭКО, обнаруживается незрелость произвольной регуляции деятельности, которая может проявляться в упрямстве, негативизме, и даже неконтролируемых вспышках агрессии. Также у детей встречалась недостаточная сформированность функции тормозного контроля, проявляющаяся двигательной расторможенностью и быстрой истощаемостью у одного ребенка, и повышенной отвлекаемостью на фоне истощения у другого. Трудности произвольного контроля, вторично, отражались на развитии всех познавательных функций (мышления, восприятия, памяти). В мимической мускулатуре и органах артикуляции, часто отмечалась дистония, снижение кожно-кинестетической чувствительности в области периферического артикуляционного аппарата, оральные синкинезии. В понимании обращенной речи, дети не испытывали значительных затруднений, контекстное понимание предложений было доступно для детей старше 4-х лет.

В исследовании сформированности функций мышления, памяти и внимания, у детей от трех до четырех лет, зачатых с помощью ЭКО (до 3-х попыток), особенностей в формировании мыслительных операций, выявлено не было [3,4]. Дети ЭКО ничем не отличались в когнитивном развитии от спонтанно зачатых детей. У детей, зачатых после 4 и более попытке ЭКО диагностировались трудности или нарушения в пробах на наглядно-образное и вербально-логическое мышление.

Пробы на оценку восприятия детьми эмоциональной мимики показали, что дифференциация эмоций: веселый, грустный – была доступна

большинству исследуемых детей, при этом дифференциация проявлений негативных эмоций (злости, гнева и испуга), вызывала затруднения у всех детей с ЭКО рассматриваемой возрастной группы, т.е. всем детям легче было опознавать положительные эмоции.

Резюме. Анализ полученных анамнестических и диагностических данных позволяет выдвинуть предположение о том, что дети, рожденные после многократных попыток экстракорпорального оплодотворения, находятся в зоне риска по негативному развитию когнитивной и речевой сферы. Значение могут иметь индивидуальные особенности детей (семейный фон, генетика, заболевания матери).

Литература

1. *Глозман Ж.М., Потанина А.Ю., Соболева А.Е.* Нейропсихологическая диагностика в дошкольном возрасте / 2-е издание // Из-во Питер 2008.
2. *Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Строгова С.Е., Зверева М.В.* Современные подходы к оценке когнитивного развития детей и подростков, родившихся с применением ЭКО / Вопросы психического здоровья детей и подростков 2019, № 4. С.133–144.
3. *Ланцбург М.Е., Соловьева Е.В.* Особенности познавательного развития детей раннего возраста, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения / Материалы II Национального конгресса «Дискуссионные вопросы современного акушерства». Санкт-Петербург, 2013 // Журнал акушерства и женских болезней. 2013. Т. XII. Спецвыпуск. С. 40.
4. *Colpin H., Soenen S.* Parenting and psychosocial development of IVF children: a follow-up study // Human Reproduction. 2002. № 17(4). P. 1116–1123.

Семейные факторы нарушений пищевого поведения у детей и подростков

Суханова А.В., Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

suhanova.a.v.1@gmail.com

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, подростки, мальчики, девочки, родители

Family factors of eating disorders behavior in children and adolescents

Sukhanova A.V., Kholmogorova A.B.

Moscow University of Psychology and Education, Moscow, Russia

Keywords: eating disorders, adolescents, boys, girls, parents

В последние годы к теме питания и нарушений пищевого поведения (НПП) привлечено большое внимание. Однако, не только в России, но и в других странах, имеются пробелы в знаниях относительно этиологии, эпидемиологии, течения, терапии и профилактики расстройств пищевого поведения (РПП) [1, 2, 3].

Усиливающееся влияние социокультурной среды на формирование и развитие РПП доказывает целый ряд исследований. Однако не перестает быть актуальным интерес к личностным и семейным факторам. Под влиянием пропагандируемых обществом ценностей все больше родителей хочет дать своим детям самое лучшее, создать все условия, чтобы ребенок не только стал успешным во взрослой жизни, но и был таковым уже в детстве. Атрибуты успешности при этом не меняются. Внешняя красота, ухоженные волосы и ногти, безупречная кожа, идеальная фигура, разнообразные таланты и спортивные достижения – вот лишь малая часть тех качеств, которыми должны обладать дети. Родители, часто не задумываясь о последствиях, а иногда делая осознанный выбор, внушают детям необходимость соответствия стандартам красоты, соблюдения диет, изнуряющих занятий спортом. Сегодня многие дети уже в младшей школе знают о здоровом питании не меньше взрослых. Они могут разделить продукты на «вредные» и «полезные» и с гордостью сообщают, что питаются только «правильно». Следуя наставлениям взрослых (а иногда подражая им), дети могут уже в раннем детстве ограничивать свое питание, отказываться от каких-то продуктов, не есть после 18 часов вечера и т.д. [4, 5]. Все это негативно сказывается

не только на физическом здоровье растущего детского организма, но и на психическом здоровье и благополучии.

В данном исследовании впервые для изучения особенностей пищевого поведения детей проведен опрос родителей подростков от 11 до 17 лет, в том числе с целью увидеть проблему их глазами.

Задачи были поставлены следующие:

1. Исследовать распространенность НПП у подростков на основании опроса их родителей в популяционной выборке.
2. Сравнить выраженность коммуникативных дисфункций в семьях детей с нормальной массой тела и с отклонениями от нормы.
3. Исследовать выраженность коммуникативных дисфункций в семьях детей с отклонениями в пищевом поведении и без таковых.
4. Исследовать выраженность физического и общего перфекционизма родителей детей с отклонениями в массе тела от нормы и различными НПП.
5. Сравнить выраженность НПП у родителей детей с НПП и без таковых.

Гипотезы исследования:

1. В популяционной выборке родителей подростков будут выражены разные формы НПП, причем чаще у девочек, чем у мальчиков.
2. Коммуникативные дисфункции в семьях детей с отклонениями массы тела от нормы будут выше, чем в семьях детей с нормальной массой тела.
3. Коммуникативные дисфункции в семьях детей с отклонениями в пищевом поведении будут выше, чем в семьях детей без НПП.
4. Физический и общий перфекционизм больше выражен у родителей подростков с разными признаками НПП (в т.ч. с отклонениями массы тела от нормы), чем у родителей подростков, у которых таких признаков нет.
5. У родителей детей с НПП чаще будут отмечаться отклонения в собственном пищевом поведении.

В соответствии с поставленными целями и задачами были использованы 3 блока методик.

Для оценки пищевого поведения подростков и родителей использовались:

1. Авторская анкета, разработанная специально для данного исследования.
2. Шкала оценки пищевого поведения (Русскоязычная адаптация методики EDI. Ильчик, Сивуха, Скугаревский, Суихи).

Для оценки системы установок в отношении стандартов внешности и стандартов деятельности в целом использовались:

3. Трехфакторный опросник перфекционизма (Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2017)

4. Опросник «Шкала физического перфекционизма» (Холмогорова, Тарханова, 2017)

Для оценки выраженности коммуникативных дисфункций в семье использовался:

5. Опросник «Семейные эмоциональные коммуникации» (Холмогорова, Воликова, Сорокова, 2006)

Всего в исследовании приняли участие 118 родителей, среди которых 64 родителей мальчиков и 54 родителя девочек. Анализ сведений, предоставленных родителями в анкете, относительно особенностей пищевого поведения подростков, показал высокий уровень фиксации НПП (74 респондента, 63 %). Данные подтверждают, что НПП чаще фиксируются у девочек, чем у мальчиков, однако не относятся к числу характерных только для девочек.

Результаты исследования свидетельствуют о низкой активности родителей в части запроса консультации и помощи специалистов. Обращает внимание и факт отсутствия постановки диагнозов и рекомендаций со стороны врачей. Это подтверждает, что в клинической практике настроенности специалистов (прежде всего соматического профиля) в отношении НПП недостаточно. Отсутствие правильной диагностики приводит не только к низкой выявляемости НПП. Наиболее критичным последствием становится невозможность последующей корректной терапии. Такие рекомендации врачей соматического профиля, как «не есть мучного вообще», «справиться с ленью», «голодать» или «заняться диетой», не только неэффективны, но и могут в будущем нанести вред психологическому и физическому здоровью.

В ходе исследования были отмечены формы пищевого поведения подростков, которые вызывают беспокойство родителей. Основная тревога родителей связана с несбалансированным питанием, перееданием и нерегулярностью приемов пищи. Однако случаи, когда подростки следуют диетам с целью снижения веса, избегают употребления «вредных» продуктов, считают калории и ограничивают употребление жиров и углеводов, также были отмечены родителями, хотя значительно реже квалифицировались как проблемы в пищевом поведении. Данный факт можно объяснить тем, что в представленной выборке родители сами имеют признаки НПП, озабочены темой питания и веса тела.

На основе полученных данных и их анализа был составлен портрет родителя (матери) подростка с признаками НПП. Эти женщины сами страдают от НПП. Они с трудом распознают чувства голода и насыщения, проходят через эпизоды переедания и очищения. Это матери, которые стремятся продемонстрировать высокий уровень достижений и ориентируются на самые высокие стандарты. Будучи озабоченными поддержанием благополучного образа и фасада, они не позволяют ни себе, ни другим говорить о проблемах и выражать негативные чувства. При

этом они фиксируют свое внимание и внимание окружающих на негативных переживаниях и неудачах, индуцируют тревогу и недоверие у детей. Очевидно, что у этих матерей нарушена эмоциональная саморегуляция. Они плохо распознают свои потребности, не испытывают глубокого контакта с телом и чувствами. Личностные черты матерей подростков с признаками НПП способствуют формированию и поддержанию семейных коммуникативных дисфункций. В результате чего в рамках принятого в семье взаимодействия не создается условий для развития самопонимания, эмоционального отреагирования и разрешения проблем.

Выводы:

1. НПП получают все большее распространение среди детей и подростков.
2. Проблема НПП имеет тенденцию не только к омоложению, но и к распространению в среде взрослых.
3. На пищевое поведение детей оказывают влияние не только сами по себе пищевые привычки родителей, но и целый ряд семейных дисфункций, которые не связаны напрямую с внешним видом.
4. Высокий уровень перфекционизма у родителей связан с НПП у них и развитием эмоциональных дисфункций в семье.
5. Проблеме диагностики НПП не уделяется достаточно внимания. Отсутствие постановки диагноза и внятных рекомендаций со стороны специалистов соматического профиля приводит к тому, что родители оказываются наедине с вопросом о том, как относиться к проблеме и как ее решать.
6. Необходима целенаправленная психологическая работа с семьями детей и подростков с признаками НПП, мишенями которой могут стать: высокий уровень родительской критики; семейный перфекционизм; запрет на выражение негативных эмоций; тенденция скрывать проблемы, демонстрируя окружающим только фасад успешности и благополучия.

Литература

1. *Дадеко А.А.* Физический перфекционизм и эмоциональные нарушения в современной культуре // *Дипломная работа.* М., МГППУ, 2006.
2. *Рахманина А.А.* Влияние социокультурных стандартов на представление о теле и эмоциональное благополучие молодежи. М., 2018.
3. *Холмогорова А.Б., Тарханова П.М.* Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом. М., 2013.
4. *Шалыгина О.В., Холмогорова А.Б.* Роль модных кукол в усвоении нереалистичных социальных стандартов телесной привлекательности у девочек-дошкольниц // *Консультативная психология и психотерапия.* 2014. № 4.
5. *Tiggemann M.* Body image across the adult life span: Stability and change // *Body Image.* 2004. № 1.

Индивидуальные особенности родителей и детско-родительские отношения в семьях детей с ЗПР

Терехова В.Р., Воротыло Н.В.

Московский Государственный

Медико-Стоматологический Университет

А.И. Евдокимова, Россия

nikulya_96@mail.ru

Ключевые слова: задержка психического развития, детско-родительские отношения, семья ребёнка с ОВЗ

Individual characteristics of parents and child-parent relations in families of children with mental retardation

Terekhova V.R., Vorotylo N.V.

Moscow State University of Medicine and

Dentistry named after A.I. Yevdokimov

Keywords: mental retardation, child-parent relations, family of children with disabilities

В текущих российских реалиях сохраняется усиленный рост числа детей с задержкой психического развития (ЗПР) различного происхождения. Аномальной чертой детей с ЗПР является инфантилизм эмоционально-волевой сферы, дополнениями к которой являются задержанное речевое развитие, заниженная интеллектуальная сфера, а также в исключительных случаях – психофизическое отставание. При этом нарушения носят характер дисфункций и слабых повреждений. ЗПР является обратимым феноменом, поскольку дети имеют большую долю сохранных звеньев высших психических систем и парциальность дефектов, что и образует плодотворную почву для социально-психологической коррекции. Однако сложности в психо-социальной адаптации, формирующиеся во взаимодействии ребёнка с социумом, являются центральными отрицательными последствиями патологии развития личности. Неумение детей с ЗПР взаимодействовать с социальным окружением выводит роль семьи на один из главнейших уровней осуществления коррекции проблем ребенка. Но часто в семейной системе встречаются проблемы, которые отягощают развитие ребёнка и коррекцию его нарушения. Влияние стилей воспитания на возникновение патохарак-

терологических особенностей детей, а также негативное влияние особенностей личности родителя на динамику развития личности ребёнка, формируют актуальность изучения проблем внутри- и межличностных отношений и детско-родительских отношений в семьях детей с ЗПР.

При выявлении у детей ЗПР родители сталкиваются с рядом трудностей, связанных как с принятием их расстройств, так и с последующей социальной жизнью. Возникающие экономические трудности обусловлены дорогостоящими в перспективе занятиями с логопедами-дефектологами, психологами, репетиторами и другими специалистами, занимающимися коррекцией ЗПР. Появляются дополнительные хозяйственно-бытовые функции и необходимость перераспределения обязанностей на каждого члена семьи. Большинство родителей фактически оказываются не приспособлены к воспитанию ребёнка с психическим нарушением, поскольку методы и стили воспитания, усвоенные от прародительской семьи, оказываются неэффективными. Наиболее частыми и видимыми проблемами в семьях детей ЗПР являются отсутствие у родителей адекватного понимания проявлений ЗПР у детей в поведении и самостоятельное провоцирование родителями возникновения вторичных нарушений или нарушения компенсации, в связи с предъявлением ребёнку требований, несоизмеримых его возможностям. [1]

Отношение родителей к самим себе и семейной роли, тип отношений и воспитания, уровень компетентности и образованности в воспитании, а также психологические проблемы родителей формируют отношение родителей к детям с ЗПР. Родительское отношение к детям с задержкой психического развития включает в себя когнитивные, эмоциональные и поведенческие аспекты и рассматривается в их системе межличностных отношений. Каждый из этих аспектов подвержен двойственности, обусловленной проблематикой восприятия идеального образа родителя и реального, что приводит к искажённому восприятию родительства и трудностями совладания со стрессовой ситуацией воспитания. Родители в семьях, имеющих детей с ЗПР, испытывают раздражение, стресс, неудовлетворённость и подавленность, а также критически относятся к коррекционным воздействиям, поскольку не убеждены в успехах детей [2]. Психологические защиты, которые наиболее часто используют родители детей с ЗПР: отрицание, реактивное образование, регрессия, проекция, что указывает на подавление негативных и травмирующих аспектов реальности, придание другим наличие недопустимых для себя мыслей и чувств. Зачастую родители детей с ЗПР демонстрируют стереотипные формы поведения, а также заменяют неодобряемые обществом мысли и чувства на социально одобряемые. Проблемы с оценкой трудностей и способами их решения характеризуют неадекватность адаптационной системы родителей детей с ЗПР. Таким образом, процесс воспитания может создавать перед родителями и детьми трудности,

например, конфликты, разногласия, которые могут быть обусловлены внешними или внутренними факторами. [3]

Особенности личностных детерминант родителей детей с ЗПР обуславливают конструктивный или деструктивный стиль отношений к ребёнку. Конструктивный стиль ассоциирован с родительской плановностью, приспособляемостью и искренностью, а деструктивный – эмоциональной неустойчивостью, чрезмерной тревожностью и непоследовательностью [4]. Родители деструктивного стиля отличаются нелюдимостью, неустойчивостью поведения в стрессовых ситуациях, сверхчувствительны к любой угрозе, консервативны и ригидны, что указывает на некоторую степень обусловленности стиля отношения к ребёнку с ЗПР личностными детерминантами родителей [4].

В целом в семьях детей с ЗПР преобладают деструктивные стили семейного воспитания [4]. Это связано с наличием чрезмерной эмоциональной дистанции с детьми, низкой включённостью в совместную деятельность, низким уровнем компетентности и грамотности в воспитательном процессе, несоответствием предъявляемых требований возможностям детей с ЗПР либо симбиотическим характером отношений. В результате в семье формируется гипо- или гиперпротекция, т.е. вседозволенность или игнорирование интересов и потребностей детей. При «гипореагировании» родители чаще всего ощущают не удовлетворение от процесса родительства, а самопожертвование, что приводит к появлению тревоги, раздражительности, эмоциональной отстранённости в виде избегания контактов с детьми и ограничении проявления чувств любви и заботы. При «гиперреагировании» для родителей характерно формирование симбиотических отношений, усиленное содействием в ускорении развития детей, избыточность заботы, отношение к детям как безуспешным, а также, ограничение влияний окружения семьи.

Таким образом, психокоррекционная работа с ребенком с ЗПР должна с необходимостью включать в себя диагностическую и последующую консультативную (психотерапевтическую) работу с семьей с целью оптимизации семейной системы и тем самым укрепления ресурса социально-психологической адаптации ребенка.

Литература

1. *Грошова Е.В.* Отношение родителей к психическому расстройству у ребёнка (в связи с задачами психологического сопровождения семьи): автореф. дис. канд. психол. наук. – Санкт-Петербург, 2009. – 24 с.
2. *Кололова Н.В.* Психологические копинг-ресурсы родителей детей с задержкой психического развития // Психиатрия: современные тенденции охраны психического здоровья. Сборник научных трудов. Под общей редакцией Е.В. Руженской. – 2017. – С. 155–159.
3. *Скворцова Е.В., Алексеева М.В.* Отношение родителей к болезни ребёнка с ЗПР и особенности воспитания ребёнка в семье // «Кон-

ференциум АСОУ: сборник научных трудов и материалов научно-практических конференций». – 2015. – № 3. – С. 6–20.

4. *Шевырева Е.Г.* Личностные детерминанты конструктивного и деструктивного стилей отношения родителей к ребёнку с задержкой психического развития (ЗПР) // Научный журнал «Наука и образование: новое время». – 2018. – № 2 (25). – С. 520–530.

Смена стереотипов родительско-детского взаимодействия и психическое здоровье детей раннего возраста

Трушкина С.В.

ФГБНУ Научный центр

психического здоровья, Москва, Россия

trushkinasv@gmail.com

Ключевые слова: психическое здоровье, раннее детство, родительско-детские отношения

Changing parent-child interaction patterns and mental health of young children

Trushkina S.V.

Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Keywords: mental health, early childhood, parent-child relationship

В последние десятилетия диагностирование психических расстройств у детей раннего возраста перестало быть редкостью, что может свидетельствовать как об их достаточно высокой распространенности, так и об усовершенствовании системы диагностики. По данным американского исследования распространенности психических заболеваний у дошкольников (PARA, 2006) психиатрические диагнозы в возрасте от двух до пяти лет выставляются в 16 % случаев [4].

Важно отметить, что значительную часть нарушений психического здоровья в этом возрасте (как, впрочем, и в других возрастах) составляет так называемая «малая психиатрия». В отличие от тяжелых форм аутизма, шизофрении, выраженной умственной отсталости они имеют гораздо более широкую распространенность. У детей раннего возраста к ним относятся: тревожные расстройства и расстройства настроения; депривационные расстройства; расстройства сна, пищевого поведения и плача; посттравматические расстройства; синдром дефицита внимания с гиперактивностью (выявляемый чаще в дошкольном и младшем школьном возрастах, но доступном для диагностики уже и в раннем возрасте); расстройства регуляции сенсорных процессов, включающие в себя явления гипер- и гипосензитивности у детей, а также феномен направленного поиска ребенком сенсорной стимуляции, т.н. «сенсорная жажда» и др. [1][3]

Наличие нарушений психического здоровья у ребенка – как выраженных, так и пограничного уровня, может поставить под удар адекват-

ность родительского отношения к нему. Столкнувшись с фактом психических нарушений у ребенка, родитель может начать испытывать целый спектр тяжелых эмоциональных переживаний, связанных с крушением его надежд и жизненных планов, снижением своей самооценки или социального статуса семьи. 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, сверхопека и сверхвовлеченность родителя в ситуацию болезни ребенка, и, с другой стороны – эмоциональное и физическое отстранение от него, смирение с недостатком или отсутствием прогресса в его развитии. Широко распространен тревожно-напряженный тип родительского отношения, который характеризуется постоянным ожиданием ухудшений в состоянии ребенка или в семейной ситуации в целом, неуверенностью взрослого в своих действиях и самообвинениями. К опасно нарушенным отношениям родителя к маленькому ребенку с отклонениями в психическом здоровье можно отнести враждебность родителя к ребенку с проявлениями в его поведении физического или эмоционального насилия. [2]

Родительско-детское взаимодействие, определенным образом меняясь под воздействием фактора психических нарушений у ребенка, одновременно само является фактором, оказывающим серьезное влияние на состояние его здоровья. Специалисту следует учитывать, что он имеет дело со сложными системными взаимовлияниями. Происходящая смена стереотипов родительско-детского взаимодействия может как позитивно, так и негативно сказываться на течении заболевания у ребенка, на процессах его психического развития и социальной адаптации. Так, те или иные рентные установки, возникшие в связи с болезнью ребенка, могут сыграть свою роль в неосознаваемом или даже сознательном сопротивлении родителя улучшению состояния ребенка. Высокая тревога родителя может стать причиной возникновения агрессивно-защитных форм поведения в его взаимодействии как с больным ребенком, так и с членами семьи или более широким сообществом, что рикошетом ударяет по и без того сниженным приспособительным возможностям ребенка. Не последнюю роль в процессе изменения состояния ребенка может сыграть снижение уровня комплаентности родителя, проявления негативизма, недоверия или конфликтности в его отношениях с лечащим врачом ребенка.

Таким образом, специалисту, работающему с маленькими детьми с нарушениями психического здоровья, необходимо учитывать сложность диадических и внутрисемейных взаимовлияний, а также возможность неоднозначных последствий профессионального вмешательства. Важно понимать, что системные явления имеют свою объективную внутреннюю логику, свой темп развития и перестройки, и зачастую они мало зависят от воли как самого родителя, так и специалиста. Требуется время

и направленные усилия, чтобы изменить ситуацию к лучшему. На практике специалисту – врачу, психологу, социальному работнику – важно не ставить перед семьей невыполнимых задач, оказывать ее членам постоянную эмоциональную поддержку и по мере возможности уделять внимание вопросам их психиатрического и психологического просвещения.

Литература

1. Скобло Г.В., Трушкина С.В. Нарушения психического здоровья в первые годы жизни, связанные с психогенными факторами расстройства // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. – 2016. – № 12. – С. 130–136.
2. «DC:0–3R» Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: REVISED EDITION. – Washington: DC: Zero to Three. – 2005.
3. «DC:0–5» Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood. – Washington: DC. – 2016.
4. Egger H.L., Erkanli, A., Keeler G., Potts E., Walter B., Angold A. The test-retest reliability of the Preschool Age Psychiatric Assessment (PAPA) // Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. – 2006. – № 45(5). – P. 538–549.

Анализ совладающего поведения у подростков в ситуациях депривационного опыта

Уласень Т.В.

*Смоленский государственный
медицинский университет, Россия*
ulasen.tatjana@yandex.ru

Ключевые слова: копинг-стратегии поведения, воспитанники учреждений социальной защиты

Analysis of the coordinating behavior of adolescents in situations of deprivation experience

Ulasen T.V.

Smolensk State Medical University, Russia

Keywords: coping strategies of behavior, inmates of social protection institutions

Введение. Анализ научной литературы говорит о широком диапазоне клинических и социально-психологических последствий, связанных с травматическими переживаниями у детей и подростков, воспитывающихся в учреждениях социальной защиты. В этой связи возрастает значение комплексных клинических и социально-психологических исследований, направленных на изучение биологических, поведенческих и социальных детерминант риска дезадаптивного поведения у воспитанников социозащитных учреждений (СЗУ) с целью разработки успешных профилактических технологий. Особого внимания при этом заслуживает уточнение характера преобладающих копинг-стратегий поведения у данного контингента.

Цель – изучить особенности копинг-стратегий поведения у подростков-воспитанников учреждений социальной защиты; провести сравнительный анализ совладающего поведения у данного контингента и подростков, обучающихся в общеобразовательных школах; выделить копинг-стратегии, специфичные для воспитанников учреждений социальной защиты и расцениваемые как психотерапевтические мишени.

Материалы. Проведено выборочное обследование подростков-воспитанников учреждений социальной защиты 11–17 лет включительно ($n=82$), средний возраст $13,24 \pm 2,28$. Из обследования были исключены подростки с диагнозами: «умственная отсталость», «специфические расстройства развития речи и языка», «смешанные специфические расстройства развития», а также с тяжелыми формами органических

расстройств головного мозга, эндогенными заболеваниями. Контрольную группу составили учащиеся общеобразовательных школ школы (n=103), средний возраст которых составил $13,76 \pm 1,92$.

Для более точного дифференцированного анализа копинг-стратегий поведения и выделения психотерапевтических мишеней обследуемые подростки были разделены по фактору сиротства на две основные подгруппы: в I-ю подгруппу (41 человек) вошли сироты (истинные и социальные); во II-ю подгруппу (41 человек) – подростки, воспитывающиеся в кровных семьях, но оказавшиеся в трудной жизненной ситуации. Средний возраст $M(SD)$ обследуемых подростков I основной подгруппы составил $13,60 \pm 2,09$; средний возраст подростков II основной подгруппы – $13,19 \pm 2,06$ ($p=0,9230$).

Этический аспект. Исследование проведено в соответствии с протоколом, согласованным с независимым этическим комитетом ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России; с согласия руководителя социально-реабилитационного центра «Феникс», который являлся уполномоченным представителем детей и подростков, включённых в исследование.

Методы. Верификация психических нарушений произведена по МКБ-10 (редакция 1994 года). Для определения характера используемых и эффективных копинг-стратегий поведения использована методика копинг-стратегий школьного возраста И.М. Никольской и Р.М. Грановской (2000).

Статистический анализ выполнен с использованием таблиц сопряжённости и точного критерия Фишера, выборочного коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. У воспитанников учреждений социальной защиты по сравнению со школьниками общеобразовательных школ в качестве наиболее часто используемых копинг-стратегий поведения выявлены: стратегия «говорю сам с собой» ($p=0,0249$); «плачу и грущу» ($p=0,0000$), невротические проявления ($p=0,0076$), а также прослеживается тренд к отрицанию имеющихся проблем «стараюсь забыть» ($p=0,0693$). Особого внимания заслуживают аффективно-агрессивные копинг-стратегии поведения, используемые в качестве первой защитной реакции на травматическую ситуацию и достигающие статистической значимости по сравнению со школьниками общеобразовательных школ. В частности, речь идет о следующих копинг-стратегиях: «схожу с ума» ($p=0,0234$), «бью, ломаю или швыряю вещи» ($p=0,0015$), «дразню кого-нибудь» ($p=0,0096$), «воплю и кричу» ($p=0,0404$).

Изучение наиболее эффективных в случае стресса копинг-стратегий поведения у воспитанников СЗУ и учащихся общеобразовательных школ также позволило выявить статистически значимые различия. Так, в качестве наиболее эффективных, помогающих «бороться со стрес-

сом» стратегий у подростков-воспитанников СЗУ являются стратегии «плачу и грущу» ($p=0,0010$), невротические реакции ($p=0,0000$), аффективно-агрессивные копинг-стратегии поведения: «схожу с ума» ($p=0,0028$), «бью, ломаю или швыряю вещи» ($p=0,0008$), «дразню кого-нибудь» ($p=0,0002$), «воплю и кричу» ($p=0,0002$). Следует выделить и еще одну группу копинг-стратегий поведения, которая статистически чаще встречается у воспитанников СЗУ – копинг-стратегии, относящиеся к «стремлению расслабиться и остаться наедине с собой». В частности, речь идет о «желании остаться одному» ($p=0,0073$), «молитвах» ($p=0,0451$), «разговорах с самим собой» ($p=0,0451$). Школьники общеобразовательных школ в травматических ситуациях, напротив, «стараятся расслабиться и оставаться спокойными» ($p=0,0401$); предпочитают смену деятельности: «гуляю, бегаю, катаюсь на велосипеде» ($p=0,0064$), «смотрю телевизор, слушаю музыку» ($p=0,0071$).

Проведено дифференцированное изучение копинг-стратегий поведения у воспитанников социозащитных учреждений с учетом фактора сиротства. Наиболее часто используемые копинг-стратегии поведения статистической разницы у подростков двух подгрупп не имеют. Вместе с тем, у подростков-сирот при столкновении с новой стрессовой ситуацией несколько чаще в качестве используемых копинг-стратегий поведения превалируют аффективно-агрессивные стратегии и тенденции к отрицанию.

Второй выбор копинг-стратегий, расцениваемых как эффективные, определил групповое своеобразие обследуемого контингента в преодолении стрессовых ситуаций. Так, у подростков I подгруппы достоверно чаще преобладают стратегия «сплю» ($p=0,0117$) в рамках избегающего поведения и «стараясь расслабиться и оставаться спокойным» ($p=0,0450$), прослеживаются тенденции к «отрицанию» и «невротическим проявлениям». У подростков II подгруппы, напротив, прослеживаются превалирующие тенденции к использованию стратегий, определяющих «агрессивное и аффективное реагирование» и «смену деятельности», как снимающие напряжение.

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о превалировании у воспитанников учреждений социальной защиты по сравнению со школьниками общеобразовательных школ аффективно-ориентированных копинг-стратегий поведения, что может быть проявлением незрелой стратегии поведения и, в свою очередь, при столкновении с новой стрессовой ситуацией сопровождаться актуализацией прошлых травм. Вместе с тем, в общей группе обследованных подростков СЗУ найдены различия в использовании эффективных копингов. В частности, в группе подростков-сирот достоверно превалируют копинг-стратегии «избегания», которые в дальнейшем без проработки могут привести формированию аддиктивного поведения, суицидоопасным состояниям и психосоматическим расстройствам. У подростков из семей преоб-

ладают аффективно-агрессивные копинг-стратегии с возможным последующим риском дезадаптации по агрессивному и делинквентному типам. Однако в настоящее время в отношении воспитанников реабилитационных центров осуществляется единый психосоциальный реабилитационный подход и найденные различия копингов при построении индивидуальных реабилитационных программ не учитываются.

Полученные результаты могут быть использованы в качестве психотерапевтических мишеней в рамках дифференцированного, персонализированного подхода в оказании психолого-психотерапевтической помощи воспитанникам учреждений социальной защиты.

Динамика квазипотребности в ходе психологической работы с родителями детей с РАС

Хозиев В.Б., Долженко А.Н.

университет «Дубна», г. Дубна, Россия

v_hoziev@mail.ru, anastation_93@mail.ru

Ключевые слова: квазипотребность, детско-родительские отношения, аутизм, опосредствование, консультативный метод

Dynamics of quasi-need in the course of psychological work with parents of children with ASD

Khoziev V.B., Dolzhenko A.N.

University "Dubna", Dubna, Russia

Keywords: quasi-need, child-parent relationship, autism, mediation, counseling method

«Квазипотребность» – одно из важнейших понятий современной психологии, хотя и незаслуженно пребывающее в забвении, неучитываемое и не являющееся обязательным элементом тезауруса теоретиков и практиков консультирования и коррекции. Возникнув в рамках психологической теории К.Левина, оно было призвано обозначить сложную действительность человеческого долженствования в различных жизненных коллизиях. Пожалуй, это первая и по сей день все еще остающаяся редкой попытка отразить сложную действительность соединения или, точнее, бытия, человека в широком круге социальных задач и отношений. Можно не замечать социума, пытаясь рассматривать человека самого по себе. При этом оказывается отрезанной от исследования одна из ключевых линий и детерминаций человеческого поведения. А ведь именно в пространстве между дхармой и адхармой помещается вся траектория личностного развития, причудливо и избирательно фиксирующая основные опосредствования, выпавшие на долю конкретной личности. Вот здесь личность приняла точку зрения и ценности семьи, здесь – отказалась от них под влиянием референтной подростковой группы, здесь вновь вернулась, но со все еще доминирующей инфантильной позицией и др.

Исследования школы К.Левина и нашего замечательного юбиляра, Б.В. Зейгарник [2], показали, что не существует «непосредственной» психологии, но есть постоянная квазипотребностная связь с важнейшими

событиями, условиями и другими людьми вокруг. Эта связь меняется по содержанию и форме и меняет содержание и форму поведения человека. Социум не декларативно, но вполне конкретно и осязаемо взаимодействует с человеком. Социальные ожидания, ситуативное их подтверждение или опровержение личностью, согласие и несогласие с ними в явной и неосознанной форме – все это создает настоящий театр квазипотребности, намечая своего рода переход от молекулярной к молярной психологии. При этом за фасадом мелких реакций и операций начинается открываться сложная, но подлинная действительность подчинения бытия комбинациям внешних требований и внутренних побуждений человека.

Динамика квазипотребности представляет собой трудный и изменчивый объект изучения. У психологии обычно нет адекватного инструмента для фиксации, кроме разве что консультативного метода [5]. Условно можно выделить три стадии этой динамики. Поначалу, в момент первичного соприкосновения человека с социальным должествованием, ему задаются внешние указатели (ориентиры) поведения. Они подвижны, насколько это удобно социуму, ситуативны – т.е. не обязательно выстроены в систему, скорее, по Л.Кольбергу, «конвенциональны», иногда трансформированы до предельно примитивного и лаконичного языка, нередко эмоционального («нельзя, и все!»). Требования жестки, вряд ли до конца объяснимы («делай так, поступай так!»), путь осмысленного и последовательного восхождения к усвоению ценностного ряда может быть проблемным и нелинейным.

Отметим, что уже на этой стадии для поведения родителей детей с РАС заметно противоречие между «терпи, так надо» и «я тебя все равно люблю». Об этом, вероятно, впервые написал Б.Беттельхейм [1], обратив внимание на амбивалентность матерей аутистов, обусловленную неподготовленным опытом столкновения с первыми эмоциональными реакциями ребенка (будь то единичные признаки ухода ребенка от контакта со взрослым или даже проявления эмпативного характера). Этот опыт расценивался мамой неверно, например, как знак неприятия ее ребенком, или как проявление его дискомфорта, что порождало у нее негативную оценку себя и своих действий, и нередко формировало чувство вины. С одной стороны, мать стремилась оказывать заботу и любовь к ребенку, с другой, не имея средств и четких и присвоенных ориентиров рационального понимания его актуального состояния, старалась механически приложить заданные в культуре правила, нормы материнства без глубокой ориентировки на состояние ребенка и его возможности. Конечно, такого рода противоречия оказываются свойственны не только родителям детей с РАС, но у данной категории родителей эта дезориентированность в итоге ведет к нарастанию патогенности ССР [1, 3].

Как складывается квазипотребность у родителей с дизонтогенезом? Для начала отметим, что именно частица «квази» – по-латински озна-

чающая «вроде»), «как будто», со значениями ложности, мнимости, близости и похожести, точно подходит для психологической характеристики этой потребности. Ее содержание замирает в пространстве между «видеть не хочу эту проблему» и «что-то нужно объяснить себе, близнему и дальнему социуму по поводу своего ребенка». Никто из родителей априори не знает, как себя вести в ситуации жизненной драмы с заболевшим или находящимся в дизонтогенезе ребенком. Практически отсутствуют проверенные и апробированные социальные ориентиры, поскольку каждому из родителей на этой начальной стадии кажется, что с ними-то все в порядке, сейчас только чуток что-то подправим, и все наладится. Минимально и только тем, кто уже способен сориентироваться, помогает «внутрикорпоративный» родительский опыт тех, кто уже давно болеет или пытается лечиться. Но в целом наблюдая, с каким чудовищным порой смирением, покорностью и некритичностью родители больных детей принимают, в том числе, ошибочные диагнозы, непродуктивные коррекционные упражнения и средства лечения, приходишь к выводу о правоте Беттельхейма в отношении их искаженной мотивационно-потребностной сферы.

Условно выделим три этапа трансформации квазипотребностного принятия проблемы своего ребенка с РАС: 1) согласие с точкой зрения внешнего социума (социальная желательность: «доктор сказал», «все так делают»); 2) преодоление социальной желательности, но беспорядочный поиск все новых и новых средств и методов работы со своим ребенком («никому не верю»); ориентировка пока поверхностна, приближительна, несущественна; 3) более менее последовательные попытки ориентироваться на изменения в состоянии поведения своего ребенка, преодоление несущественности собственных обобщений опыта.

Проследим эти этапы в одном из наших «типичных» консультативных случаев. К нам обратилась мама 5-летней девочки (К.) с запросом на развивающие и коррекционные занятия. В поведении ребенка присутствовала симптоматика РАС (кружения вокруг оси, псевдоглухота, аутостимуляция, ЗРР, нередкое избегание зрительного, тактильного контакта, аффективные вспышки по типу плача, крика, которые были не всегда мотивированы и т.д.).

1. С самого начала мама очень тревожно и с высоким долженствованием отнеслась к своей роли, старалась походить на идеал, попутно часто теряясь при столкновении со сложными коллизиями, испытывая чувство вины за свою материнскую «несостоятельность», полагаясь на советы близких и «знающих» врачей и дефектологов без самостоятельного осмысления проблемы (переживала из-за любой болячки ребенка, предвосхищала возможные трудности и реализовывала гиперопекающее поведение по отношению к девочке, старалась минимизировать ее ошибки и неуспехи, чрезмерно следила за чистотой и т.д.). В момент

очередной тяжелой соматической болезни ребенка по рекомендации врачей мамой был реализован курс приема антибиотиков, после чего не было проведено никакого восстановительного для микрофлоры желудка и кишечника лечения. Немногим позже запущенная проблема с кишечником привела их на развивающие занятия в наш центр (проблема дополнительных занятий была поставлена сначала неврологом, а позже и воспитателями, которые стали замечать задержку в развитии у ребенка, немотивированные истерики, сильный симбиоз с мамой, отсутствие речи). Несколько занятий мама водила К. на групповые занятия, однако вскоре стало заметно, что К. перед вхождением в группу необходима индивидуальная работа. Попутно мама старалась соблюдать назначения неврологов и реализовывала фармакологическое сопровождение, советуясь с нами, нужно ли переводиться в коррекционный сад (т.к. воспитатели настаивали) и т.д.

2. После введения в работу критериев общения и взаимодействия появляются первые значительных изменения в квазипотребностном отношении мамы к проблеме. Так, она начинает уже со скепсисом делиться с нами новыми «гипотезами» и мнениями воспитателей, медсестер сада, неврологов, которые ранее она воспринимала как важные, начинает посещать дефектолога, методы которого можно назвать «дрессурой», решает начать курс массажа для ребенка, и, как только выпадает возможность, везет К. на консультацию к зарубежному специалисту, параллельно посещая с ребенком индивидуальные занятия в нашем центре. Основными для мамы становятся нередко противоречащие и меняющие друг друга принципы «никому не верю» и «что-то, да поможет».

3. После того, как нами были начаты отдельные индивидуальные встречи с мамой (1–2 раза в месяц) по вопросам развития ребенка и обсуждения динамики, квазипотребность постепенно начинает приобретать характер мотивации с «ориентировкой на существенное». Через обсуждение и объяснение приходит понимание условий и причин проблемы (было принято решение проверить гипотезу о соматическом неблагополучии и найти качественного специалиста-гастроэнтеролога, после чего подтвердился факт патогенной микрофлоры кишечника и желудка, что и провоцировало сильные спазмы и болевые ощущения у ребенка, а симптоматически выглядело как немотивированные истерики). Стало возможным планирование работы по нескольким линиям (сглаживание соматического фона, что открывало возможность освоения ребенком психологических задач, а также построение способов и средств взаимодействия с ребенком с ориентировкой на ЗБР). Важнейшим новообразованием мамы на данном этапе стала ее ориентировка на состояние ребенка. Отметим: тщательный самостоятельный контроль за восстановлением микрофлоры, изучение исследований в этой сфере, консультации со специалистом, а также анализ опыта других родителей

из тематических форумов перед принятием той или иной рекомендации, ведение дневниковых записей состояния ребенка, фиксация знаков положительной или отрицательной динамики и, как следствие, тонкое понимание предвестников соматического ухудшения и принятие своевременных мер по их предотвращению, исполнение рекомендаций психолога по обустройству развивающего контекста дома, отстаивание сохраненных возможностей ребенка перед работниками сада, врачами, близкими, игнорирование ошибочных диагнозов, поставленных без тщательной подобранной для того аргументации, сужение круга абилитационных мероприятий (решительный отказ от некомпетентного дефектолога и невролога, препаратов, прописанных «наобум» и т.д.).

Как сделать отношения с родителями детей с РАС продуктивными и развивающими? Нужна тонкая одновременно эмпативная и формирующая работа с родителями, которую лучше назвать «психологическим сопровождением», имея в виду освоение и критический анализ предшествующих квазипотребностей, которые феноменологически уже почти застыли и превратились в ригидные «установки». Консервативные, редко последовательные и рациональные, но эмоционально защищенные, многократно продавленные социумом, сопровождающиеся усвоенными противоречивыми суждениями и оценками медицинских и дефектологических экспертов – когда в конкретной консультативной родительской ситуации анализируешь квазипотребностное единство мотивационных трендов (векторов), то невозможно не заметить чрезвычайную разрозненность, неустойчивость и эмоциональную, в полном смысле значения слова «синкретическую» подвижность всей конструкции [3]. Но точно так же, как в исследовании Б.В.Зейгарник, динамика квазипотребности управлялась одновременно заданным для испытываемого способом поведения (в ситуации «серьезной» проверки его возможностей в решении задач) и текущими просьбами экспериментатора (психолог здесь выступал как медиатор) [2], так и в нашей практике сплошь и рядом оказывается, что поведение родителей с детьми с РАС определяется парадоксальными, амбивалентными, ситуативными и в целом поверхностными основаниями. То соседи по несчастью принесут новость о гигантских возможностях АВА-терапии и нужно все бросить и бежать в ту сторону, то Томатис – и теперь уже в другую сторону, то еще что-то, теперь диетное, психофармакологическое и т.д. – и вот новая цель. При этом вершину мотивационной иерархии возглавляет трудно артикулируемое, но подозреваемое во всех родителях «гляньте, мы же все делаем для своего ребенка». Поэтому «размышление» – «проба», «проба» – «размышление» – таков внутренний ритм психологического сопровождения родительства. Квазипотребность есть становящаяся потребность. Интериоризация внешних долженствований должна проходить через объективное согласование с собственными мотивами, опера-

ционализироваться и обретать форму внутренней и «обоснованной для себя и для других» убежденности.

Литература

1. *Беттельхейм Б.* Пустая крепость. Детский аутизм и рождение Я: Пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Академич. Проект; Фонд «Мир», 2013. – 480 с.
2. *Зейгарник Б.В.* Понятия квазипотребности и психологического поля в теории К. Левина // Теория личности К. Левина. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. – с.18–51.
3. *Хозиев В.Б.* Аутизм: детское развитие «мимо игры и культуры» / Вестник государственного университета «Дубна». Серия «Науки о человеке и обществе», т.1, № 2 / 2018. – с. 29–52.
4. *Хозиев В.Б.* Аутизм как фокус-тема современной психологии развития и клинической патопсихологии/ Вестник государственного университета «Дубна». Серия «Науки о человеке и обществе», т.2, № 1 (3) / 2017. – с. 42–52.
5. *Хозиев В.Б., Хозиева М.В., Дзетовецкая С.В.* Психологическое консультирование родителей. М.: Изд-во МПСИ; НПО «МОДЭК», 2008. – 504 с.

Выявление рисков суицидального поведения подростков через смысловой контекст

Храмцова О.В.

КГБУЗ «ККПБ» г. Хабаровск, Россия

olga-kholicheva2008@yandex.ru

Ключевые слова: суицид; подросток; смысловое наполнение понятий: дружба, любовь, совесть, жизнь

Identifying risks of adolescent suicidal behavior through meaning context

Khramtcova O.V.

psychiatric hospital Khabarovsk, Russia

Keywords: suicide; teenager; the semantic filling of concepts: friendship, love, conscience, life

Введение. Проблема детского и подросткового суицида стала актуальной для страны в целом и для судебной психологии в частности последнее десятилетие. Число законченных суицидов среди данной популяции растет.

На формирование и проявление суицидального поведения в подростковом возрасте оказывают влияние многочисленные биопсихосоциальные факторы. Одним из таких факторов является особенности межличностного общения подростков. По мнению К.В. Сыроквашиной и Е.Г. Дозорцевой конфликтные взаимоотношения, ссоры с друзьями, возлюбленными выступают в качестве непосредственных причин самоубийства. Ситуации, когда подростки оказываются прямыми или опосредованными свидетелями суицида либо знакомы с суицидентами, предрасполагают к суицидальному поведению подростков. [3].

В экспертной практике Краевого центра судебно – психиатрических экспертиз г. Хабаровска на фоне многочисленных единоличных суицидов подростков, появляются случаи группового ухода подростков из жизни по два и более человек. Появились случаи совместной подготовки друзей к суициду одного из них. Друзья активно советуют способы самоубийства, «правильную» подготовку к суициду, подбирают место для совершения суицида, провожают друга, решившегося на суицид к месту самоубийства, присутствуют при совершении самоубийства, не пытаются принять меры по предотвращению суицида.

Такие примеры обесценивания собственной жизни, а также жизни близких людей наталкивает на мысль о связи суицидального поведения с особенностями ценностно-смысловой сферы подросткового возраста.

Цель исследования: Исследовать смысловое наполнение подростками 15–16 лет понятий: дружба, любовь, совесть и жизнь для выявления рисков суицидального поведения, характерных для данного возраста.

Материалы и методы: В исследовании приняло участие 28 подростков в возрасте 15–16 лет. Старшеклассникам предлагалось продолжить фразы: «дружба-это...», «любовь-это...», «совесть-это...», «жизнь-это...». При помощи контент-анализа по методике Б.А. Еремеева [2] было исследовано смысловое наполнение данных понятий подростками.

Результаты исследования: Для старшеклассников понятие дружба связывает по смыслу такие слова как «отношение – между – людьми»; «основанное-отношение», «понимание – отношение – интерес», «взаимный – помощь – доверие» (статистически значимая связь). Понятие «дружба» для подростков – это отношение между людьми, основанные на понимании, интересе, взаимопомощи и доверии. Для подростков понятие «дружба» наиболее актуально и востребовано.

Подростки наполняют понятие «любовь» следующими смыслами: «отношения-взаимные», «чувство-которое», «чувство когда-человек-ты», «кем-то-когда-человек», «кем-то-ты-когда» (статистически значимая связь). Для подростков любовь – это чувство, связанное с человеком, но данное понятие еще менее осмысленно, чем «дружба».

Понятие «совесть» у 15–16 летних подростков наполнена следующими смыслами: «помогающий правильно», «плохое – что-то – совершает» (статистически значимая связь). В качестве наиболее «отталкиваемых» категорий в представлении подростков о понятии «совесть» – это чувство. Вероятнее всего, для десятиклассников «совесть – это чувство, помогающее правильно...», когда «плохое что-то совершает...». По теории Л. Кольберга нравственное развитие подростков находится на 4,5 ступени «подросткового кризиса» при переходе от конвекционального к постконвекциональному уровню. Этот период для подростков характеризуется критикой, низвержением авторитетов, традиций и ценностей [1]. Можно предположить, что понятие «совесть» только начинает оформляться в сознании подростка, как некое нравственное чувство.

Смысловое наполнение понятия «жизнь» это друзья, «мои – друзья-близкие – личность», (статистически значимая связь) Также понятие «жизнь» наполнено понятиями «друзья-личность», «личность»- «близкий»; «это»-«жизнь» «это»-«свои», «хорошая»-«череда» «череда»-которая «череда»-«люди», «хорошая-люди»; «то, что» – «я», «то, что» – «люди». Для подростков жизнь – это «мои близкие друзья-личности», «это своя жизнь» и «хорошая череда людей». Вероятнее всего, в сознании подростков понятие «жизнь» наполняется понятием «дружба». Друзья определяют жизнь подростка, делают ее яркой и насыщенной, без друзей подросток не видит жизни. Для старшеклассника, скорее всего, жизнь сосредоточена на друзьях, хорошей череде людей, т.е. для подростка характеристика жизни через окружение его друзьями.

Выводы: Рассматривая данную проблему через смысловое наполнение понятий «дружба, любовь, совесть, жизнь», можно предположить, что они в пубертате взаимосвязаны. Для старшеклассников ценность жизни определяется через дружбу, наличие друзей. В данном смысловом наполнении понятия «жизнь» намечаются вероятные факторы риска подросткового суицида: отсутствие друзей, проблема одиночества, непонятости, изолированности; а также неудовлетворенность во взаимоотношениях с друзьями, потеря их доверия; буллинг со стороны сверстников и потеря социального престижа, подражательные формы поведения. Понятие «совесть» в данном возрасте еще очень пластично и ситуационно, совесть служит идеалам дружбы, любви [1] и может ради своих идеалов допустить аморальные с точки зрения общественных норм поступки.

Кроме суицидальных рисков, содержащихся в сближении смыслового наполнения понятий «жизнь» и «дружба», – здесь есть и большой профилактический потенциал. При выявлении у старшеклассников суицидальных мыслей и намерений посредниками в профилактической работе могут стать именно друзья, так как к словам и мнению взрослых подростки более скептичны и недоверчивы; также вовлечение потенциального суицидента в общие дела по увлечениям и интересам с друзьями возможно, отвлечет, переключит его внимание от саморазрушительных депрессивных мыслей.

Литература

1. *Анциферова Л.И.* Связь морального сознания с нравственным поведением человека (по материалам исследований Л. Колберга и его школы) // Психологический журнал. 1999. Т. 20. № 3. С. 5–17.
2. *Еремеев Б.А.* Текст как предмет психологического исследования в контексте семиотической парадигмы // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2013. Т. 13. № 3. С. 102–106.
3. *Сыроквашина К.В., Дозорцева Е.Г.* Психологические факторы риска суицидального поведения у подростков // Консультативная психологи психотерапия. 2016. Том 24. № 3. С. 8–24. doi:10.17759/crrp.2016240302

Патопсихологический подход к диагностике причин неуспеваемости младших школьников

Чупров Л.Ф.

Журнал «Вестник по педагогике и психологии

Южной Сибири», Черногорск, Россия

leo-chuprov@yandex.ru

Ключевые слова: патопсихология, психодиагностический комплекс, младшие школьники, неуспеваемость

Pathopsychological approach to diagnosing the reasons for the failure of primary schoolchildren

Chuprov L.F.

Journal «Bulletin on Pedagogy and Psychology of Southern Siberia» Chernogorsk, Russia

Keywords: pathopsychology, psychodiagnostic complex, younger students, academic failure

Неуспеваемость и трудности в усвоении учебной программы отдельными учащимися наблюдаются в школьной практике с момента введения всеобщего начального обучения детей.

В.С. Мухина, ссылаясь на мировую статистику, указывает, что от 10 и более процентов учеников трудно овладевают содержанием учебного материала в первом классе [1, с. 108]. В 60-х – 70-х гг. прошлого столетия усилиями педагогов, врачей и психологов были созданы первые типологии, наиболее точно отражающие основные причины неуспеваемости младших школьников [3, с. 5].

Сегодня в арсенале практических школьных психологов имеется довольно широкий арсенал как тестовых, так и патопсихологических диагностических инструментов для выявления причин неуспеваемости младших школьников.

В 1990 г. усилиями Л.И. Переслени, Е.М. Мастюковой и Л.Ф. Чупровым был разработан «Психодиагностический комплекс» (ПДК) методик для определения уровня умственного развития младших школьников [3].

Комплекс состоит из трех взаимосвязанных между собой диагностических инструментов, построенных с учетом патопсихологических принципов 6 необходимости-достаточности и проверки результатов, полученных в ходе исследования одной методики двумя другими, возможности ребенка использовать помощь экспериментатора, способ работы при выполнении заданий трех методик. При этом в рамках сложившейся

в патопсихологии традиции качественной интерпретации результатов клинико-психологической диагностики, позволяет реализовать и сопоставимость результатов при реализации количественного подхода.

В структуру ПДК входят три методики:

1. Методика исследования прогностической деятельности по Л.И. Переслени, В.Л. Подобеду, Л.Ф. Чупрову («Угадайка»). Методика позволяет определить стратегии использованные ребенком при выполнении задания, скорость формирования адекватного прогноза, а также косвенно определять особенности произвольного внимания и некоторые характеристики памяти.
2. Цветные прогрессивные матрицы Дж. Равена в модификации Т.В. Розановой. В этом задании определяются способность устанавливать закономерности по принципу тождества и симметрии, умение решать наглядные аналогии. Методика позволяет определить, насколько положительно влияет на результат стимулирующая помощь (термин В.Л. Подобеда), действует ли ребенок при выполнении задания целенаправленно или методом проб и ошибок. Кроме того, более детальный анализ записи позволяет выявлять работоспособность ребенка при выполнении всех 36 заданий методики Дж. Равена.
3. Методика «Словесные субтесты» по Л.И. Переслени, Е.М. Мاستюковой Л.Ф. Чупрову для младших школьников. Задание состоит из четырех субтестов: I субтест содержит задания на выявление осведомленности; II – на сформированность логического действия (классификация), способность к абстрагированию; III – на сформированность логического действия «умозаключения» (по решению аналогий); IV – на сформированность обобщающих понятий (подведение двух понятий под общую категорию) – обобщения. Здесь также предлагается ребенку стимулирующая помощь (в виде двух повторных попыток). Позднее Л.Ф. Чупровым был разработан вариант и для детей дошкольного возраста [5].

Дополнительным инструментом является «Формализованный вопросник-характеристика неуспевающего младшего школьника» по М.С. Певзнер, Л.Ф. Чупрову [2].

Каждая из методик имеет помимо количественной оценки (уровень успешности, общий балл, проценты успешности) и возможность качественной интерпретации результатов клинико-психологической диагностики в традициях патопсихологического подхода [4]. «Вопросник-характеристика» представляет бланк с формализованными ответами (заполняется учителем начальных классов и уточняется у родителей или лиц, замещающих их) и приложение по интерпретации каждого пункта характеристики (для педагога-психолога).

Завершает пособие по ПДК материал по интерпретации данных исследования и написанию психологического заключения.

В целом, набор из трех методик позволяет определять структуру дефекта (недоразвитие или незрелость), дифференцировать два основных состояния ЗПР (задержки психического развития), отграничить эти состояния от социально-бытовой и/или педагогической запущенности.

Естественно, обследование ребенка с трудностями в обучении не может быть без изучения продуктов его учебной и внеучебной деятельности.

В настоящее время ПДК широко применяется в работе психолого-медико-педагогических консультаций в России и Украины, а также в работе практических психологов этих стран. К сожалению, из-за контрафактного распространения в большинстве справочной и методической продукции встречаются дефектные описания. Это касается не только порчи стимульного материала (например, «Словесных субтестов»), но и имеет место вольная интерпретации результатов, далекая от авторского текста. Ряд авторов в своих справочниках и методических пособиях вообще сводят ПДК до одностороннего количественного подхода.

Литература

1. Мухина В.С. Шестилетний ребёнок в школе: Кн. для учителя нач. классов. М.: Просвещение, 1986. 144 с.
2. Певзнер М.С., Чупров Л.Ф. Формализованный вопросник-характеристика неуспевающего младшего школьника // Вестник по педагогике и психологии Южной Сибири. 2012. № 1–1. С. 35–46.
3. Перселени Л.И., Мастюкова Е.М., Чупров Л.Ф. Психодиагностический комплекс методик для определения уровня умственного развития младших школьников (учебно-методическое пособие). Абакан, АГПИ, 1990. 68 с.
4. Чупров Л.Ф. Особенности интеллектуальной недостаточности у младших школьников с задержкой психического развития из различных социально-педагогических условий // Журнал практического психолога. 2000. № 10–11. С.184–192.
5. Чупров Л.Ф. «Словесные субтесты»: вариант для обследования детей дошкольного возраста // Психолог в детском саду. 2002. № 1. С. 60–69.

Семейные детерминанты интернет аддикции у подростков

Шарипова Ф.К., Сулейманов Ш.Р.

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт

Ключевые слова: компьютерная зависимость, аффективные расстройства, особенности личности, нарушения поведения у подростков

Family determination of internet addiction in adolescents

Sharipova F.K., Suleymanov Sh.R.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Keywords: computer addiction, affective disorders, personal characteristics, behavior disorders in adolescents

Введение: Согласно данным исследователей, семейная дисфункция оказывает влияние на возникновение нарушений в поведении детей, предоставляя модели для развития аддиктивного, в том числе и интернет зависимого поведения [1]. В связи с ростом глобализации научно-технического прогресса и массового воздействия виртуального пространства и средств информации на популяцию человечества возникает проблема предупреждения негативных последствий на психику наиболее подверженных влиянию слоев населения – детей и подростков [2,3]. Компьютерные игры способствуют формированию донозологических состояний у подростков, отрицательно влияют на социализацию и школьную успеваемость, межличностные взаимоотношения в семье [4]. Проблема исследования интернет зависимого поведения вызвана ростом числа самоубийств и суицидальных попыток среди детей и подростков в результате отрицательного влияния средств массовой информации и виртуального пространства кибернетической сети Интернета, освещающих самоубийства как пример для подражания и поклонения, провоцирующие кластерные суициды [5]. **Цель исследования:** изучить особенности интернет-аддикции у подростков с учётом их личностных характеристик для оптимизации ранней психопрофилактики и психокоррекционной помощи данному контингенту населения.

Материал и методы исследования: объектом для исследования было выбрано 86 подростков, поступивших на стационарное лечение в подростковые отделения Городской Клинической Психиатрической больницы города Ташкента с наличием диагностических критериев со-

циализированного расстройства поведения возрасте от 15 до 17 лет. С помощью специально разработанной анкеты, интерпретированной сотрудниками кафедры психиатрии совместно с клиническими и социальными психологами, состоящей из перечня психологических тестов-вопросов, выявлены были факторы риска формирования интернет-аддикции. Для диагностики параметров семейной системы был использован опросник «Шкала сплоченности и гибкости семейной системы» в интерпретации Д. Олсона и Д. Портнера. Для исследования психозмоционального статуса была использована «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина. С целью определения психологических особенностей личностей подростков применялся патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко.

Результаты и их обсуждение: в результате исследования установлено, что между определенными параметрами семейных взаимоотношений и формированием интернет-зависимого поведения у подростков существует прямая корреляционная взаимосвязь. Исследуемые подростки воспитывались в деструктивных и амбивалентных семьях с неправильным стилем семейного руководства, в условиях неблагоприятного микроклимата и конфликтогенных ситуаций. Путем анкетирования среди этих лиц была выявлена группа социально запущенных подростков. Большинство росли в неполной семье- 17 %, 23 % – в социально неблагоприятной семье, 30 % исследуемых имели проблемы в общении и установлении новых социальных связей. При сборе анамнестических сведений установлено, что 37 % подростков имели отягощенную наследственность по психическим заболеваниям. В ходе исследования выявлены подростки, воспитывающиеся в амбивалентных семьях с деструктивным характером взаимоотношений(70 %), воспитывающиеся одним родителем (случаи социального сиротства и неправильного воспитания по типу «гипоопёки»); семьи, в которых были оба родителя, но один из них был неродной и с ним у подростка сложились конфликтные взаимоотношения. Анкетирование исследуемых выявило 12 % подростков, склонных к делинквентному и девиантному поведению, с гедонистической жизненной позицией, сформировавшихся в процессе амбивалентного стиля воспитания в семьях, с низким уровнем запретов, который в дальнейшем характеризуется значительными дисциплинарными санкциями. Стили родительского воспитания оказывают значительное влияние на формирование интернет-зависимого поведения, являются одним из социально-психологических факторов в патогенезе Интернет-аддикции. Исследование эмоциональных расстройств показало, что их наличие и выраженность связаны с видом игровой деятельности, длительностью игрового стажа и стадией зависимости от ролевых компьютерных игр, виртуального общения в социальных сетях. По шкале HADS субклинически выраженная тревога и депрессия выявлена у 48 %

исследуемых подростков. У 10 % подростков тестирование по шкале HADS выявило клинически выраженную тревогу и депрессию, что свидетельствует о значительных изменениях в психоэмоциональном статусе. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергена-Ханина выявлено наличие тревожных расстройств различной степени выраженности у 98 % подростков, более чем у половины исследуемых было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55 %), у 35 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10 % подростков – констатировалась выраженная тревога. При исследовании личностных особенностей с помощью теста ПДО А.Е. Личко было выявлено, что личностные особенности обследованных подростков не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Выявлены следующие типы акцентуаций характера: истероидный тип личности встречался у 9 подростков (10 %), психастенический тип личности определен у 22 подростков (25,5 %), эмоционально лабильный тип был выявлен в 46 % случаев (40 обследованных), эпилептоидный тип у 12 больных (14 %), в 4,5 % случаев был выявлен неустойчивый тип личности. Наибольший процент выявленной акцентуации характера оказался эмоционально лабильным типом.

Выводы: таким образом, проведенное исследование установило, что стили семейного руководства и семейных взаимоотношений способствуют формированию склонности к развитию интернет-аддикции у подростков с эмоционально лабильными и психастеническими чертами характера, которые воспитываются в дисфункциональных и деструктивных семьях. У подростков с зависимостью от кибернетической среды виртуального пространства регистрируется высокий уровень тревожности и наличие клинически выраженной депрессии, склонность к суицидальным тенденциям и намерениям.

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.* Особенности формирования интернет-аддикции у подростков // *Вопросы наркологии.* 2017. № 6(154). С.142–143.
3. *Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М.* Тревожно-депрессивные расстройства у лиц с игровой компьютерной зависимостью // *Вопросы наркологии.* 2016. № 11–12. С.98–100.
4. *Babarakhimova S.B., Abdullaeva V.K., Sultonova K.B., et al.* Role of psychological research of suicidal behavior in adolescents / *Sciences of Europe.* VOL 2, No 36 (2019) pp. 52–55
5. *Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S.* et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // *Danish Scientific Journal.* VOL 3, No 5 pp. 24–27.

Взаимосвязь факторов раннего развития речи и параметров продуктивной речи у подростков при эндогенной психической патологии

Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»,

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

nwzvereva@mail.ru, e_shvedovskiy@ncpz.ru

Ключевые слова: шизофрения, речь, раннее развитие, подростки

The Correlation of Early Speech Development Factors and Parameters of Productive Speech in Adolescents with Mental Illness

Shvedovskiy E.F., Zvereva N.V.

Mental Health Research Center, Moscow State

University of Psychology & Education, Moscow, Russia

Keywords: schizophrenia, speech, early development, adolescents

Введение. Поиск клинических предикторов развития шизофрении – актуальная область клинических исследований в психиатрии, клинической психологии [4]. Речевые нарушения являются неотъемлемой частью расстройств эндогенного спектра, как в контексте позитивных, так и негативных симптомов заболевания [3]. Ранее была продемонстрирована взаимосвязь между факторами раннего развития у подростков с шизофренией и текущими параметрами речемыслительной деятельности. При более выраженном отставании в речевом развитии наблюдалось снижение таких элементов когнитивной деятельности, как актуализация речевых связей [1]. В настоящей работе поставлена цель более детального анализа связи факторов раннего развития речи и актуального уровня развития речемыслительной деятельности у подростков при эндогенной психической патологии.

Материалы и методы. Выборку составили 30 пациентов детского клинического отделения ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» с диагнозами эндогенной психической патологии круга шизофрении (F20.xx, F21.xx, F25.xx), всего 26 человек. Также в выборку вошли пациенты с некоторыми другими психиатрическими диагнозами (F06.xx, F32.xx, F33.xx, F50.xx), всего 4 человека. Средний возраст испытуемых: 14,7 л., SD = 1,35, 17 мальчиков. В качестве методов исследования выступили: анализ медицинской документации (анамнез, выписка из истории

болезни); патопсихологическое обследование («Слоговая методика» [2]). Были проанализированы следующие количественные показатели, извлеченные из медицинской документации пациентов, относящиеся к речевому развитию: появление первых слов (ПС), появление первых фраз (ПФ). В «Слоговой методике» были проанализированы следующие параметры – коэффициент стандартности, отражающий степень актуализации речевых связей на основании прошлого опыта относительно нормативной возрастной лингвистической базы и латентное время ответа испытуемого (задержка при ответе на каждый стимул). Коэффициент стандартности был получен отдельно для двухбуквенных (КСТ_2), трехбуквенных (КСТ_3) слогов и общий (КСТ_о). Латентное время ответа получено для аналогичных групп слогов (ЛВ_2, ЛВ_3, ЛВ_о). Дополнительные параметры анализа по «Слоговой методике»: грамматические ошибки (ГР), ошибки инструкции (ОИ), неологизмы (НЕО). Статистическая обработка данных производилась с помощью программного пакета IBM SPSS Statistics 23.

Результаты. Показатели раннего речевого развития находились в следующих возрастных диапазонах: ПС 8–30 мес., ПФ 12–72 мес., средние значения ПС и ПФ по выборке 13,2 и 26,4 мес. соответственно. Параметры КСТ_о и ЛВ_о находились в следующих диапазонах: 32,65 % – 64,10 % и 1,16–4,15 сек. соответственно. Для определения взаимосвязи между показателями раннего развития речи и параметрами «Слоговой методики» применялся коэффициент корреляции Спирмена (r_s). Между показателями ПС, ПФ и параметром КСТ_о статистически значимой корреляции не выявлено: $r_s = -0.031$, $p > 0.05$ и $r_s = -0.112$, $p > 0.05$ соответственно. Наблюдается обратная зависимость на уровне тенденции – при более поздних ПС и ПФ, КСТ_о демонстрирует снижение. При более углубленном анализе параметров «Слоговой методики» были получены следующие значения для пар показателей: ПС/КСТ_2 ($r_s = -0.004$, $p > 0,05$), ПС/КСТ_3 ($r_s = 0.107$, $p > 0,05$), ПФ/КСТ_2 ($r_s = -0.144$, $p > 0,05$) и ПФ/КСТ_3 ($r_s = 0.101$, $p > 0,05$). Во всех четырех случаях корреляционная связь не достигает уровня значимости. Любопытно, что в случае корреляционной связи параметров раннего развития речи и КСТ трехбуквенных слогов (КСТ_3) выявляется прямая зависимость, тогда как в случае связи с КСТ двухбуквенных слогов обратная.

При выявлении взаимосвязи между показателями раннего развития речи и ЛВ_о значимой корреляции не обнаружено в обоих случаях: ПС и ЛВ_о ($r_s = 0.067$, $p > 0.05$), ПФ и ЛВ_о ($r_s = -0.121$, $p > 0.05$). Однако, если в первом случае демонстрируется прямая корреляция, то в случае взаимосвязи возраста появления первых фраз и латентного времени ответа корреляция обратная. Детальный анализ взаимосвязи показателей раннего анамнеза и латентного времени ответа для двухбуквенных и трехбуквенных стимулов показал следующие результаты попарно: ПС/ЛВ_2 ($r_s = 0.041$, $p > 0.05$), ПС/ЛВ_3 ($r_s = 0.066$, $p > 0.05$), ПФ/ЛВ_2 ($r_s =$

-0.168, $p > 0.05$), ПФ/ЛВ_3 ($r_s = -0.077$, $p > 0.05$). Уровня значимости данные корреляционные связи также не достигают.

Взаимосвязь дополнительных параметров по «Слоговой методике» и показателей раннего развития речи была проанализирована на феноменологическом уровне, так как объем выборки испытуемых, продемонстрировавших данные параметры слишком мал. По параметру НЕО был зафиксирован разброс значений от 1 до 6 у 10 испытуемых. При этом наивысшее значение было выявлено у испытуемого с наиболее поздним показателем ПФ (72 мес.) с DS F.20.8. Параметр ОИ имел разброс от 1 до 7 у 21 испытуемого, при этом какой-либо феноменологической взаимосвязи с показателями раннего развития речи не обнаружено. Параметр ГР варьировался от 1 до 8 у 18 испытуемых. При этом наивысший показатель (8 грамматических ошибок) наблюдался у испытуемого с достаточно ранним показателем ПС (9 мес.) с DS F21.3.

Выводы. В данной работе была произведена попытка подробного анализа взаимосвязи показателей раннего речевого развития по данным медицинской документации и актуальных результатов проведения патопсихологической диагностики по данным «Слоговой методики» у подростков при эндогенной психической патологии. Хотя каких-либо статистически значимых корреляционных связей не обнаружено, выявлено несколько любопытных тенденций, указывающих на вектор дальнейшей работы. Приведем их ниже.

- Полученные результаты по стандартности ответов на двухбуквенные и трехбуквенные стимулы на подростковой выборке соответствуют ранее выявленным показателям коэффициента стандартности у взрослых больных шизофренией [2].
- Значимой корреляционной связи между данными раннего анамнеза и показателями «Слоговой методики» не обнаружено. При дальнейших исследованиях представляется важным дифференцировка выборки по клиническим показателям.
- Латентное время ответа имеет тенденцию к увеличению с увеличением возраста появления первых слов, при этом данный параметр имеет тенденцию к уменьшению при увеличении возраста появления фразовой речи.
- Больше всего неологизмов наблюдалось в речи пациента с наиболее поздним возрастом развития фразовой речи.
- Наибольшая доля грамматических ошибок зафиксирована у пациента с наиболее ранним возрастом появления первых слов.

К числу ограничений данного исследования можно отнести недостаточную объективность получения данных о параметрах раннего развития речи, так как анамнез собирается со слов родителей, а также малый размер выборки и большая неоднородность нозологических категорий пациентов. В дальнейшем планируется расширить выборку и более

детально проанализировать раннее развитие речи с учетом всех имеющихся анамнестических данных.

Литература

1. Балакирева Е.Е., Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В. Клинические факторы и речевое развитие у подростков при шизофрении // Психическое здоровье детей страны-будущее здоровье нации. – 2016. – С. 48–49.
2. Критская В.П., Мелешко Г.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: МГУ, 1991: – 256с.
3. Hinzen W., Rosselló J. The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms // *Frontiers in psychology*. – 2015. – Т. 6. – С. 971.
4. Mäki P. et al. Predictors of schizophrenia—a review // *British medical bulletin*. – 2005. – Т. 73. – № 1. – С. 1–15.

РАЗДЕЛ 5

ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ В ПСИХИАТРИИ И НАРКОЛОГИИ: ОПЫТ РЕФОРМ

Выделение посвященного психосоциальной реабилитации в психиатрии и наркологии раздела сборника, и одноименной секции при проведении конференции, отражает ситуацию сегодняшнего дня и не может не радовать. На протяжении десятилетий доминирующей моделью генеза большинства психических расстройств и болезней зависимости была биологическая, с опорой на генетические или обусловленные патологией мозга этиологические факторы, и поиском медикаментозных средств помощи пациентам. Ограниченность, узость такого подхода нашли отражение в определенных кризисных явлениях отечественной службы охраны психического здоровья, что особенно было заметно в области оказания помощи наркологическим больным. Отсутствие основанной на научных моделях и доказательной практике, организованной реабилитационной службы в структуре медицинских учреждений привело к появлению широкой волны негосударственных реабилитационных центров, использующих не критично заимствованные, устаревшие, нередко искаженные модели обществ самопомощи, порой следующих логике антипсихиатрии, отрицающих необходимость оказания комплексной помощи, медицинских мероприятий. Понадобилось время, громкие разбирательства, общественный резонанс, чтобы реабилитационное направление в наркологии получило серьезную государственную поддержку и импульс к развитию, стало продуктивной альтернативой коммерческим реабилитационным центрам.

В отношении реабилитации лиц с психическими расстройствами традиции отечественной психиатрии иные, опираются на большую историю, многих ярких представителей, методологию социальной психиатрии. Но, к сожалению, серьезная и кропотливая работа по возвращению лиц, перенесших тяжелые психические расстройства (или даже сохраняющих симптомы таковых в текущий период) в социум, в семью, к продуктивной трудовой деятельности, скорее была выбором энтузиастов данного направления, долгое время не была распространенной практикой. Отрадно, что в последние годы ситуация существенно улучшается. Реформирование службы охраны психического здоровья, установки деинституализацию, сокращение длительности госпитализаций, рост объема амбулаторной помощи, увеличение числа клинических психологов, социальных работников, психотерапевтов

в структуре служб, позволили многим психиатрическим учреждениям изменить привычные модели работы и инициировать внедрение программы реабилитации. Пришло время использовать обширный багаж знаний и практик, наработанный ранее в этой области отечественными и западными учеными и организаторами здравоохранения. Однако задачи продолжения, развития реабилитационного направления, совершенствования технологий психосоциальной работы, обучения специалистов, обмена и передачи лучшего опыта остаются высоко значимыми и актуальными. Являясь точкой роста в научном и в практическом аспекте, психосоциальная реабилитация нуждается также в оригинальных исследованиях, разработках, учитывающих контекст современного российского общества.

Хочется надеяться, что наша конференция внесет свой вклад в развитие этого направления, а участники конференции, равно как и читатели сборника ее материалов, обратят внимание на раздел, посвященный опыту психосоциальной реабилитации в психиатрии и наркологии в нашей стране. В представленных тезисах нашли отражение как оригинальные разработки методов реабилитации, психосоциальные модели генеза расстройств, полезные для последующей разработки технологий помощи. Представлены и новые, перспективные исследования, нацеленные на расшифровку психологических механизмов симптомообразования, которые впоследствии обещают стать мишенями воздействия в новых психотерапевтических, психокоррекционных программах. Поиск способов помощи пациентам, в том числе с тяжелыми психическими расстройствами, отражает гуманистический пафос психиатрии и клинической психологии, соответствует духу отвечающей времени службы охраны психического здоровья.

Рычкова Ольга Валентиновна, д.псих.н., профессор
профессор кафедры клинической
психологии и психотерапии ФГБОУ ВО МГППУ,
в.н.с лаборатории психологического консультирования
и психотерапии Московского НИИ психиатрии
(филиал ФГБУ «НМИЦ ПН им.В.П.Сербского»)

P300 как показатель сдвига внимания на связанные с алкоголем стимулы у лиц с зависимостью от алкоголя*

Березина А.А.

*НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России
Санкт-Петербургский государственный,
университет, Санкт-Петербург, Россия
aneta.berezina@gmail.com*

Гвоздецкий А.Н.

*Санкт-Петербургский государственный
университет, Санкт-Петербург, Россия*

Климанова С.Г., Трусова А.В.

*НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева Минздрава России
Санкт-Петербургский государственный,
университет, Санкт-Петербург, Россия*

Ключевые слова: алкогольная зависимость, алкоголь-ассоциированный сдвиг внимания, вызванный потенциал P300

The P300 as an electrophysiological probe of alcohol -related attentional bias in patients with alcohol use disorder

Berezina A.A.

*V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology,
Saint-Petersburg State University, Russia, St. Petersburg*

Gvozdetsky A.N.

Saint-Petersburg State University, Russia, St. Petersburg

Klimanova S.G., Trusova A.V.

*V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology,
Saint-Petersburg State University, Russia, St. Petersburg*

Keywords: alcohol dependence, attentional bias towards alcohol-related cues, event-related potential P300

Введение. Одним из когнитивных механизмов формирования алкогольной зависимости (АЗ), выступает алкоголь-ассоциированный сдвиг

* Исследование проводится при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 18-013-01237.

внимания («at-tentional bias») (ААСВ) [M. Field et al., 2009]. Распространено объяснение этого явления теорией поощрения-сенсibilизации (incentive-sensitization theory) [Т.Е. Robinson, К.С. Berridge, 1993]. Эта теория постулирует, что при зависимости происходит развитие гиперчувствительности к мотивирующим свойствам потребляемого вещества и связанных с ним стимулов как поощрения. Следствиями этого выступают усиление сдвига внимания по отношению к употребляемому веществу, поведение «приближения» («approach behaviour»). Поведенческие проявления гиперчувствительности отражают имплицитные (бессознательное желание) и эксплицитные (осознаваемое влечение) характеристики влечения [A.W. Stacy, R.W. Wiers, 2010]. При этом, что имплицитные характеристики влечения включают не только тенденцию «приближения» к алкоголю, но и дополняющую ее тенденцию к его избеганию («avoidance») [A.W. Stacy, R.W. Wiers, 2010], которые могут оцениваться через измерение сдвига внимания. Предполагается 2 механизма ААСВ: автоматическое переключение внимания («shifting of attention», которое проявляется при краткой демонстрации стимула < 200 мс); избегание стимула («attention avoidance», демонстрация > 500 мс) [M. Field et al., 2009]. Обнаружена связь между соотношением этих тенденций и тяжестью зависимости [M. Field et al., 2009]. Разделение механизмов ААСВ позволяет объяснить то, что некоторым авторам не удается его обнаружить у лиц с зависимостью [M. Field et al., 2009]. На несуществование ААСВ как самостоятельного феномена указывают сторонники концепции контроля селективности внимания, связанной со значимостью стимула (value-driven attentional capture) [B.A. Anderson, 2016]. Одним из 5 выделенных Anderson признаков отсутствия отдельного феномена ААСВ выступает то, что он проявляется только в случае конфликта предъявляемого стимула с условиями выполняемой когнитивной задачи. То есть, ААСВ вне условий конфликта с целями задания может указывать на его специфичность. Таким образом, наличие ААСВ у лиц с АЗ в условиях отсутствия конфликта с условиями задания и проявление ААСВ при длительной экспозиции стимула косвенно доказывает самостоятельность феномена. Считается, что ААСВ чаще проявляется при измерении электрофизиологической реактивности, в частности регистрации вызванных потенциалов (ВП) [M. Field et al., 2009]. Измерение P300 как коррелята сдвига внимания широко распространено и отражает разнонаправленные тенденции в его колебании [H.Y. Han et al., 2014]. Цель работы – сравнение амплитуды вызванного потенциала P300 на связанные с алкоголем и нейтральные стимулы у лиц с АЗ.

Материалы и методы. Выборку составили 30 человек с АЗ, прошедших лечение в НИИЦ ПН имени В.М. Бехтерева (из них 4 женщины, 13,3 %). Средний возраст – 39,8(10,4) М(σ) лет. Процедура исследования включала последовательный просмотр испытуемыми 2-х серий

изображений с безалкогольными и алкогольными напитками. Каждая серия – 45 предъявлений. Время экспозиции – 1000 мс, межстимульный интервал – 300–600 мс. Использовалась программа построения психологических экспериментов (The Psychology Experiment Building Language, PEBL). Использовался 21-канальный электроэнцефалограф «Мицар-201» с программным обеспечением «Win EEG v.2.4». Electroды устанавливались согласно международной системе 10/20, монтаж – монополярный. Анализ данных проводился с помощью программы MATLAB версии R2019b. Сигнал ЭЭГ был отфильтрован до частоты от 0 до 50 Гц. Работа с артефактами проводилась вручную и с использованием пакета FieldTrip версии aa92b9f с анализом независимых компонент. Сравнение P300 по отведениям проводилось с использованием парного t-критерия Стьюдента с пермутацией.

Результаты. Значимо более позитивными были показатели амплитуды P300 в ответ на нейтральные стимулы по сравнению с ответом на алкогольные стимулы в следующих отведениях: Fpz ($p=0,016$), Fz ($p=0,041$), P4 ($p=0,039$), P7 ($p=0,036$), P8 ($p=0,019$).

Обсуждение. Увеличение амплитуды P300 может отражать «усиление» внимания по отношению к определенному типу стимулов [M.Field et al., 2009]. Полученные в текущем исследовании результаты указывают на усиление тенденции к избеганию связанных с алкоголем стимулов у лиц с зависимостью от алкоголя [T.E.Robinson, K.C. Berridge, 1993], что соответствует современным данным о механизмах ААСВ у лиц с АЗ и входит в противоречие с концепцией Андерсона [B.A.Anderson, 2016]. Следует указать на клиническую значимость ААСВ, так как в сходных исследованиях усиление тенденции избегать связанные с алкоголем стимулы была ассоциирована с большим употреблением алкоголя в последующем [M.Field et al., 2009]. Ограничения: отсутствие контрольной группы; малое количество предъявлений.

Литература

1. *Anderson B.A.* 2016. What is abnormal about addiction-related attentional biases?. *Drug and alcohol dependence*, 167, 8–14.
2. *Field M., Munafò M.R., Franken I.H.* 2009. A meta-analytic investigation of the re-relationship between attentional bias and subjective craving in substance abuse. *Psy-chological bulletin*, 135(4), 589–607.
3. *Han H.Y., Gan T., Li P., Li Z.J., Guo M., Yao S.M.* 2014. Attentional bias modulation by reappraisal in patients with generalized anxiety disorder: an event-related potential study. *Brazilian journal of medical and biological research*, 47(7), 576–583.
4. *Robinson T.E, Berridge K.C.* The neural basis of drug craving: An incentive-sensitization theory of addiction. *Brain Research Reviews*. 1993;18:247–291
5. *Stacy A.W., Wiers R.W.* 2010. Implicit cognition and addiction: a tool for explaining paradoxical behavior. *Annual review of clinical psychology*, 6, 551–575.

Комплексный подход к реабилитации наркологических больных в Удмуртской Республике

Блинова С.В.

*БУЗ УР «Республиканский наркологический
диспансер МЗ УР» Ижевск, Россия
svetofor@mail.ru*

Ключевые слова: реабилитация, наркологические расстройства, психотропные вещества

An integrated approach to the rehabilitation of drug addicts in the Udmurt Republic

Blinova S.V.

*Ministry of health Udmurt Republican
narcology dispensary, Izhevsk, Russia*

Keywords: rehabilitation, narcological disorders, psychotropic substances

Министерство здравоохранения Удмуртской Республики осуществляет деятельность в направлении развития медицинской реабилитации, как составляющей комплексной реабилитации потребителей наркотических средств, психотропных веществ, а также взаимодействия и преемственности медицинской и социальной реабилитации и ресоциализации.

Специалисты Республиканского наркологического диспансера Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (далее – РНД), на всех этапах диспансерного наблюдения за больными наркоманией, лечения, медицинской реабилитации проводят мотивационную работу на включение потребителей наркотических средств и психотропных веществ в процесс комплексной реабилитации, включающей медицинскую, социальную реабилитацию и ресоциализацию.

В РНД созданы и функционируют три структурных реабилитационных подразделения: амбулаторное реабилитационное отделение (с 2007 года), Центр реабилитации несовершеннолетних, злоупотребляющих наркотическими средствами и психотропными веществами стационарного типа на 10 коек круглосуточного пребывания (с 2012 года), отделение медицинской реабилитации на 25 коек круглосуточного пребывания для взрослых (с 2016 года).

Разработаны и реализуются мотивационные (предреабилитационные) программы для наркологических больных, проходящих стацио-

нарное лечение, краткосрочные и долгосрочные программы стационарной медицинской реабилитации для несовершеннолетних и взрослых, амбулаторные программы медицинской реабилитации для пациентов, прошедших этапы реабилитации в стационарных условиях, либо пред-реабилитационные программы, а также для лиц, которым судом вменено прохождение медицинской реабилитации.

Медицинская реабилитация осуществляется бригадой специалистов – врачами психиатрами-наркологами, психотерапевтами, медицинскими психологами, специалистами по социальной работе, социальными работниками, средним и младшим медицинским персоналом. Немаловажная роль отведена и воспитателям Центра реабилитации несовершеннолетних, которые осуществляют реализацию воспитательно-образовательного компонента реабилитационной программы.

Для проведения психодиагностики и психологической коррекции в рамках психологического блока реабилитационных программ, широко используются аппаратные методики с использованием комплексов биологической обратной связи – БОС; комплекса КПФК – 99 «Психомат»; цифрового анализатора кардиоритмов «Омега – М»; аппаратов транскраниальной стимуляции головного мозга – Трансаир-05; программно-аппаратного резонансно-акустического реабилитационного комплекса – ПРАК.

Оборудованы комнаты психологической разгрузки, гипнотарии.

Для занятий спортом имеются спортивный и тренажерный залы.

Для реабилитантов организованы Школы Здоровья для пациентов с алкогольной и наркотической зависимостью.

На регулярной основе представители Центра службы занятости населения осуществляют консультирование пациентов РНД по вопросам трудоустройства.

Проводятся мероприятия по профессиональной ориентации и среди пациентов Центра реабилитации несовершеннолетних. С этой целью, проводятся выездные мероприятия в организации, а также приглашаются специалисты-волонтеры. Используется и родительский ресурс. Немаловажным является организация образовательного процесса в Центре, реализуемого рамках соглашения с общеобразовательной школой № 95 г. Ижевска, которая имеет лицензию на осуществление образовательной деятельности в республиканском наркологическом диспансере. Подростки, проходящие медицинскую реабилитацию, не только обучаются и аттестуются по соответствующим школьным программам, но и ежегодно выпускники сдают государственные экзамены в Центре в соответствие с нормативными требованиями.

В рамках реабилитационной программы проводятся мероприятия по духовному воспитанию. С участием служителей Русской Православной Церкви проводятся часы православия.

На протяжении всего реабилитационного процесса регулярно проводятся собрания сообществ АА и АН.

С 2015 года прослеживаются четкие тенденции увеличения числа наркопотребителей, прошедших программы медицинской реабилитации, что связано, в том числе, со вступлением в силу с мая 2014 года Федерального закона № 313-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации», который закрепил дополнительные правовые механизмы побуждения больных наркоманией, совершивших преступления и административные правонарушения, к лечению от наркомании и реабилитации.

Число несовершеннолетних, страдающих наркологическими расстройствами, вовлеченными в краткосрочные реабилитационные программы, остается стабильным на протяжении с 2015 года. Вместе с тем число несовершеннолетних наркопотребителей прошедших реабилитацию возросло в 1,8 раза.

В Центре реабилитации несовершеннолетних ежегодно проходят долгосрочные реабилитационные программы порядка 40 детей и подростков. Средняя длительность пребывания составила в 2019 году 88 к/дней.

Порядка 60 % из числа несовершеннолетних реабилитантов составляют лица, допускающие пагубное потребление нескольких видов психоактивных веществ и зависимые от них. 12 % – потребители наркотических средств.

На всех этапах медицинской реабилитации осуществляется мотивационная работа, направленная на включение пациентов в комплексные программы реабилитации, ресоциализации и социальной адаптации.

По вопросам сотрудничества в сфере социальной реабилитации наркопотребителей, прошедших медицинскую реабилитацию заключены и реализуются Соглашения:

- с комплексным центром социального обслуживания населения (КЦ-СОН) Ленинского района города Ижевска, на базе которого созданы места для социальной реабилитации наркопотребителей;
- Православным реабилитационным центром Ижевской и Удмуртской Епархии Русской Православной Церкви,
- организациям, входящими в республиканский реестр – АНО «Доброе сердце», «Спутник Саратов».
- ФСИН России по УР, ФКУЗ «МСЧ № 18 УФСИН России по УР».

Продолжается работа по формированию социального компонента региональной системы комплексной реабилитации и ресоциализации несовершеннолетних потребителей психоактивных веществ.

В конце 2018 года, специалистами Республиканского центра психолого-педагогической помощи населению «СоДействие» и республиканского наркологического диспансера разработана комплексная программа социальной реабилитации несовершеннолетних наркопотребителей,

прошедших лечение и завершивших интеграционный этап медицинской реабилитации – «Дорога к себе».

Проведение реабилитационных мероприятий, позволило улучшить показатели ремиссии больных наркоманией, которые являются одними из индикаторов государственной программы Удмуртской Республики «Противодействие незаконному обороту наркотиков в Удмуртской Республике». Так число больных наркоманией, находящихся в длительной ремиссии (свыше 2-х лет) составило по итогам 2019 года 11,5 на 100 больных среднегодового контингента (в 2017 году этот показатель составлял 10,1). Показатели ремиссии от 1 года до 2-х лет составили в 2019 году 12,5 на 100 больных по сравнению с 11,8 в 2017 году. Наряду с этим, показатели ремиссии у больных наркоманией, прошедших стационарную медицинскую реабилитацию составили 28 %, что значительно выше показателей общего контингента больных наркоманией.

Литература

1. Агибалова Т.В., Дудко Т.Н., Винникова М.А. Клинические рекомендации по медицинской реабилитации больных наркологического профиля, (Москва 2015). С.34–35.
2. Дудко Т.Н., Райзман Е.М. Социальная работа в наркологии (методические рекомендации), (Москва 2007.), С. 4.

Особенности диагностики нарушений социального и эмоционального интеллекта больных шизофренией на ранней стадии течения заболевания

Брагин Д.А.

*ФГБОУ ВО «Самарский государственный
медицинский университет», г. Самара, Россия*

bragin.mail@gmail.com

Ключевые слова: социальное познание; тест Роршаха в Интегративной системе Экснера; шизофрения

Features of diagnosis of social and emotional intelligence disorders in patients with schizophrenia at early stage of the disease

Bragin D.A.

*FSBEI HE «Samara State
Medical University», Samara, Russia*

bragin.mail@gmail.com

Keywords: social cognition; Rorschach test in the Exner Integrative System; schizophrenia

Ведущим научным концептом, объясняющим природу и особенности социального функционирования человека, является «модель психического» – «theory of mind». Согласно ей, обладающий «моделью психического» субъект имеет представление о своем ментальном мире и ментальном мире других. Он способен воспринимать как свои собственные переживания, чувства, намерения, знания, так и переживания других людей [1].

Наиболее привычными и знакомыми моделями, объясняющими особенности социального функционирования, являются модели социального интеллекта и совсем новые модели эмоционального интеллекта. Главная трудность при использовании любого объясняющего концепта – диагностика, а именно валидные и стандартизованные методы, позволяющие оценивать состояние социального функционирования [1].

В связи с вышеуказанным, а также, в связи с малым числом исследований, посвященных ранней диагностике нарушений социального функционирования больных шизофренией и методологической трудностью изучения предмета исследования целью проводимого нами

исследования стали специфика диагностики данного рода нарушений (преимущественно, проективными методами) и особенности организации психокоррекционного воздействия на обозначенные благодаря выполненной диагностики мишени.

Исследование проводилось с февраля 2016 по декабрь 2019 года на клинических базах, которыми выступали ГБУЗ «Самарская психиатрическая больница» и ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер». К исследованию привлекались пациенты с верифицированным диагнозом «шизофрения» (на ранней стадии течения). В качестве методов исследования были использованы: Методика «Тест чернильных пятен Г. Роршаха» (The Rorschach Inkblot Test, 1921); Тест «Понимание психического состояния по глазам» – Reading the mind in the Eyes (Baron-Cohen et al., 2001) – модифицированный вариант Е.Е. Румянцевой, 2016; Тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда, М. Салливена (адаптация Е.С. Михайловой, 1996); Методика «Эмоциональный интеллект» Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо (MSCEIT V2.0), 2014; Тест эмоционального интеллекта Люсина (ЭмИн), 2006; Тест эмоционального интеллекта Холла. Методы обработки данных: Интегративная система Джона Экснера (Exner, 1997, 2003).

В ходе исследования были получены следующие результаты. Анализ характеристик распознавания реальности в методике Роршаха показал, что у относительно скомпенсированных больных шизофренией на ранней стадии заболевания обнаруживается нарушение адаптации вследствие неадекватного усложненного восприятия ситуации, когда для испытуемого «все связано со всем». По показателю «оралитета», отражающему степень инфантилизма, стремления к зависимости от других, нужде в привязанности и близких отношениях, больные значительно не отличаются от нормы. Нормальный уровень социального интереса (Human Cont) обнаружен только у 28,5 % больных, у 71,4 % уровень снижен. Сочетание значений Pure H и Human Cont свидетельствует о том, что больные шизофренией часто (в достоверно большей степени, чем здоровые) заблуждаются по поводу мотивов и намерений окружающих, не ожидая от них ничего хорошего. Значения комплексного индекса CDI, представляющего собой эмпирическую модель общей социальной некомпетентности или незрелости, у 71,4 % больных диагностически значимы, а у оставшихся 28,6 % его значения находились на максимально допустимом критическом уровне.

В тесте Гилфорда выявлены достоверные различия между экспериментальной и контрольной подгруппами как по общему показателю состояния социального интеллекта ($M_o = 20$ и 39 , соответственно), так и субтестов 1,3,4.

Результаты выполнения теста «MSCEIT v2.0»: достоверные различия в значениях «стратегического домена» (104/78), «сознательное управление эмоциями» (108/88), «понимание и анализ эмоций» (103/80), «ис-

пользование эмоций в решении проблем» (107/92). Общий балл: $M_o = 93$ и 117 в экспериментальной и контрольной группах, соответственно.

Результаты выполнения теста «RMET»: Общий балл: $M_o = 7$ и $12,5$ в экспериментальной и контрольной группах, соответственно.

Тестовые опросники Холла и Люсина были наименее диагностически «полезны». Достоверных различий между группами найдено не было. Все различия были весьма незначительными, по всем шкалам.

Таким образом, на основании полученных данных можно сделать следующие выводы. Больные шизофренией даже на раннем этапе течения заболевания хуже справляются с решением задач на оценку успешности социального функционирования (и в рамках концепта Theory of Mind, и ЭИ, и СИ). Наиболее значимые и достоверные различия обнаруживаются при выполнении больными шизофренией заданий, связанных с особенностями восприятия и анализа не столько самих социальных стимулов, сколько их нюансировкой. В структуре нарушений социального функционирования преобладают также трудности прогнозирования как своих дальнейших поступков, так и собеседника. Детерминирует снижение общей социальной некомпетентности у больных шизофренией также практически редуцированная возможность использования эмоций и их проявлений в решении «социальных» задач.

Анализ взаимосвязей показателей Итнегративной системы Экснера для проективной психодиагностической методики Роршаха, отражающих особенности восприятия позволил заключить: большое число количественных показателей психодиагностических методик, направленных на исследование особенностей и нарушений социального функционирования достоверно взаимосвязаны с показателями Интегративной системы, отражающими особенности и характер распознавания в целом и адекватности распознавания в частности, уровнем искажения восприятия, организационной активностью акта восприятия и уровнем аналитико-синтетической деятельности; выявленные нарушения не детерминируются влиянием ситуативных факторов; страдают также процессы восприятия не только социальных стимулов.

Наиболее чувствительными и валидными в оценке состояния социального функционирования являются проективные методики. Полученные данные позволяют оптимизировать тестовую батарею для диагностики нарушений социального функционирования. Факт детерминирования успешности социального функционирования особенностями процессов восприятия позволит также определить новые мишени для психокоррекционного воздействия.

Литература

1. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического спектра // Мед. псих. в России: эл. науч. журн. – 2014. – N 6(29). – С. 10.

Взаимосвязь симптомов ПТСР и психологического благополучия у наркозависимых

Грачева Ю.В.

*Московский государственный медико-стоматологический
университет имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия*
89037009245@mail.ru

Бердичевский А.А.

*Православный центр помощи наркозависимым
«Реабилитация Live», Москва, Россия*
berdichevsky.alexey@gmail.com

Лазарев А.В.

*Православный центр помощи зависимым
«Реабилитация Live», Москва, Россия*
ccfoda@gmail.com

Ключевые слова: ПТСР, психическая травма, психологическое благополучие, наркомания, химическая зависимости

Relationship between PTSD Symptoms and Psychological Well-being in Drug Addicts

Gracheva Y.V.

*Moscow State University of Medicine and Dentistry
named after A.I. Evdokimova, Moscow, Russia*

Berdichevsky A.A.

*“Rehabilitation Live” Orthodox Christian
Drug and Alcohol Rehab, Moscow, Russia*

Lazarev A.V., “Rehabilitation Live” Orthodox

Christian Drug and Alcohol Rehab, Moscow, Russia

Keywords: PTSD, mental trauma, psychological well-being, drug addiction, chemical dependency

Введение. В современном мире люди постоянно становятся участниками разных психотравмирующих событий, особенно часто это происходит в среде как алкоголезависимых, так и наркозависимых людей [2]. Переживание этих травмирующих событий может приводить к посттравматическим стрессовым состояниям, апогеем которых является посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР). «ПТСР – это непсихотическая отсроченная реакция на травматический стресс, способный вызвать психические нарушения практически у любого человека» [4, с 14].

Переживание травматического опыта потребителями психоактивных веществ может быть связано с их психологическим благополучием. Под *психологическим благополучием* понимается «полнота самореализации человека в конкретных жизненных условиях и обстоятельствах, нахождение «творческого синтеза» между соответствием запросам социального окружения и развитием собственной индивидуальности» [3].

Б.В. Зейгарник выделяла среди главных заслуг своего учителя К. Левина – целостный подход к изучению личности [1]. Сегодня Русская Православная Церковь, активно помогая людям, столкнувшимся с проблемой зависимости, в изменении их образа жизни, способствует реализации именно целостного подхода в преодолении алкоголизма и наркомании, помогая решать не только их психофизиологические и социальные проблемы, но и духовные.

На данный момент, не обнаружено исследований о взаимосвязи симптоматики ПТСР и психологического благополучия у потребителей психоактивных веществ (ПАВ), обращающихся за помощью в Русскую Православную Церковь.

В связи с этим **целью** исследования стало изучение взаимосвязи посттравматических стрессовых реакций и психологического благополучия участников амбулаторной программы реабилитации наркозависимых при храме Живоначальной Троицы в Кожевниках.

Задачи исследования:

1. Определение различий степени выраженности переживания травматического опыта и уровня психологического благополучия алкозависимых людей и полинаркоманов.
2. Определение взаимосвязи степени выраженности симптомов ПТСР и характеристик психологического благополучия у потребителей ПАВ.

Методики исследования:

- «Миссисипская шкала для оценки посттравматических реакций адапт. Н.В. Тарабриной
- «Шкала психологического благополучия Рифф адапт. Н.Н. Лепешинского.

Общую выборку (N=30) составили мужчины (N=20) и женщины (N=10) в возрасте от 19 до 57 лет (M=36,86, SD=11,06) употребляющие ПАВ и проходящие амбулаторную программу реабилитации в Православном центре помощи наркозависимым «Реабилитация Live».

Результаты исследования и их обсуждение.

Получены различия в показателях психологического благополучия между алкозависимыми и людьми, склонными к употреблению различных ПАВ, а именно в степени выраженности характеристики «Управление окружением» ($U=2,041241$, $p<,05$). Люди, употребляющие алкоголь более хорошо, управляют своим окружением и контролируют внешнюю действительность, чем люди, склонные к употреблению различных

ПАВ. Различий в степени переживания травматического опыта между алкозависимыми и полинаркозависимыми людьми не обнаружено.

Была установлена взаимосвязь степени выраженности посттравматических стрессовых реакций и характеристик психологического благополучия людей, употребляющих ПАВ. Степень выраженности симптомов ПТСР отрицательно взаимосвязана с такими характеристиками психологического благополучия как: «Управление окружением» ($R=-0,67$, при $p<0,01$), «Самопринятие» ($R=-0,62$, при $p<0,01$) и «Цель в жизни» ($R=-0,55$, при $p<0,02$), а также общим индексом психологического благополучия ($R=-0,61$, при $p<0,01$).

Выводы. Люди, склонные к употреблению алкоголя, способны лучше управлять окружающей их средой, чем полинаркозависимые.

Интенсивность проявления симптомов ПТСР не связана с видом ПАВ, которые употребляет человек.

Степень выраженности травматического опыта обратно коррелирует с возможностью управления средой, самопринятием человека, наличием цели в жизни, а также общим психологическим благополучием.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Психология личности: норма и патология: Избранные психологические труды / Б.В. Зейгарник; Под. ред. М.Р. Гинзбурга – 4-е изд. стер. – М.: Изд-во МПСУ, 2007.
2. *Кадыров Р.В., Ковалев И.А., Ильина И.С.* Психическая травма раннего возраста и психологические характеристики личности наркозависимых // ТМЖ. 2016. № 4 (66). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihicheskaya-travma-rannego-vozrasta-i-psihologicheskie-harakteristiki-lichnosti-narkozavisimyh> (дата обращения: 23.08.2020).
3. *Лепешинский Н.Н.* Адаптация опросника «Шкала психологического благополучия» К. Рифф. Психологический журнал, 2007 г., № 3, стр. 24–37.
4. *Тарабрина Н.В.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 1 Теория и методы. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007.

Влияние психотерапии на проявления депрессии и патологического влечения к алкоголю у больных с биполярным аффективным расстройством и коморбидной зависимостью от алкоголя

Гуревич Г.Л.

*ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов», Москва, Россия
g_gurevich@mail.ru*

Агибалова Т.В.

Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия

Рычкова О.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Бузык О.Ж.

Московский научно-практический центр наркологии, Москва, Россия

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя; биполярное аффективное расстройство; психотерапия

The influence of psychotherapy on depression and craving in patients with bipolar disorder and comorbid alcohol dependence

Gurevich G.L.

PhD, Peoples' Friendship University of Russia

Agibalova T.V.

PhD, Moscow Research Centre for Addictions

Rychkova O.V.

PhD, Moscow State University of Psychology and Education

Buzik O.J.

PhD, Moscow Research Centre for Addictions

Keywords: alcohol dependence; bipolar disorder; psychotherapy

Исследования последних лет свидетельствуют, что доля больных алкогольной зависимостью (АЗ) в когорте пациентов, страдающих эндогенными психическими расстройствами, значительно превышает таковую в общей популяции. Сочетание биполярного аффективного расстройства (БАР) и АЗ крайне неблагоприятно в отношении изменения восприимчивости к психофармакотерапии, сопутствующих трудностей ее органи-

зации, высокой вероятности экзацербации психопатологической симптоматики, сокращения периодов ремиссий. Принимая во внимание наличие у больных проявлений и БАР и клинической симптоматики АЗ, необходима разработка и оценка эффективности соответствующих методов психотерапии в комплексной терапии с учетом выделенных мишеней.

Цель исследования: изучить влияние специализированной на проявлении депрессии и патологического влечения к алкоголю у больных с БАР и коморбидной АЗ.

Методология исследования. Для проведения исследования на базе ГБУЗ «МНПЦ наркологии ДЗМ» (2014–2018 гг.) были набраны две группы больных. Основная группа – группа больных-мужчин БАР (униполярная депрессия, текущий эпизод легкой, умеренной или тяжелой депрессии без психотических симптомов. Шифр по МКБ-10 – F 31.3, 31.4) с АЗ второй стадии (N=73). Средний возраст пациентов основной группы составил $39,7 \pm 5,4$ лет. Группа была разделена случайным образом на подгруппы А и Б; подгруппа А (N=35) проходила специализированную психотерапевтическую программу, а подгруппа Б (N=38) получала сопровождение в виде консультирования по вопросам зависимости. Контрольная группа – амбулаторные и стационарные пациенты-мужчины с диагнозом АЗ второй стадии (F10.2 по МКБ-10) без коморбидных психических и сочетанных наркологических расстройств (N=97). Средний возраст пациентов контрольной группы составил $31,7 \pm 4,7$ лет. Пациенты получали рутинное сопровождение в виде амбулаторных консультаций врача-психиатра-нарколога.

Методы и процедура. Специализированная психотерапевтическая программа построена на основе психодинамической и когнитивно-поведенческой традиций, сочетая приемы мотивационного интервью на начальном этапе, поддерживающей (суппортивной) психотерапии, показанной пациентам с тяжелыми депрессивными состояниями, приемы работы с иррациональными когнициями, а также оригинальные и высоко значимые для выбранного контингента больных приемы проблемно-разрешающей, стресс-совладающей психотерапии, построенной не только применительно к внешним стрессам и жизненным обстоятельствам, но и с учетом актуальной симптоматики психического расстройства, требующей «совладания» с нею.

Результаты. Данные повторного тестирования, производимого после начала участия подгруппы А в специализированной психотерапевтической программе и начала амбулаторного наблюдения подгруппы Б, свидетельствуют о значительно более отчетливом снижении показателей уровня депрессии у пациентов подгруппы А. При третьей оценке, производимой после полугода ведения больных, в подгруппе А удалось добиться снижения показателей депрессии до уровня $11,3 \pm 3,1$ балла по тесту Бека и 5,2 балла по тесту Монтгомери-Асберг (в контрольной

группе значения составили $15 \pm 5,5$ и $7,2$ балла, соответственно). То есть пациенты формировали стойкую ремиссию психического расстройства.

Несмотря на то, что в обеих подгруппах показатели ПВА снизились в процессе лечения и психотерапии, существенных различий такого снижения сравнительный анализ не подтверждает. Этот результат свидетельствует о том, что проявления ПВА у пациентов с БАР и коморбидной АЗ являются весьма трудно корригируемыми, стойкими и мало зависящими от предпринятых психотерапевтических усилий. В то же время, само по себе наличие ПВА не предопределяет абсолютно факта приема спиртного, поскольку первое есть параметр, отражающий субъективные переживания пациента, а второе – поведенческие проявления.

Результаты сравнения подгрупп А и Б, а также группы пациентов АЗ без коморбидной патологии, по длительности нахождения в программе, свидетельствуют, что пациенты с АЗ и коморбидной БАР (если усреднить данные по подгруппам А и Б) вполне сопоставимы по длительности пребывания в программе с пациентами контрольной группы. Однако внутри основной группы мы видим расхождение, когда при проведении специализированной психотерапии число лиц, длительно остающихся в программе, обнаруживают более стойкие ремиссии. Можно также утверждать, что больные из подгруппы А формируют отчетливый запрос на врачебную помощь, уровень присущей им комплаентности заметно выше.

В основной группе присутствуют больные с разными вариантами симптомокомплексов: ПВА, СО, параметров толерантности, равно как и с разной степенью прогрессивности алкогольной зависимости, ее глубиной. Кроме того, у них варьируют параметры психического расстройства: частота возникновения и глубина депрессивных состояний, наличие и степень выраженности фазности аффективных колебаний, наличие-отсутствие проявлений реактивной лабильности и/или эндогенного характера колебаний аффекта. Это требует индивидуального подхода к ведению больных с БАР и коморбидной АЗ при прохождении ими специализированной психотерапии.

Можно видеть, что у пациентов с БАР и коморбидной АЗ не установлено связей длительности ремиссии наркологического заболевания со степенью выраженности депрессии. Это легко объяснимо, так как к срыву, к рецидиву наркологического заболевания могут приводить не только сдвиг аффекта в сторону депрессии, но в сторону гипомании. Важно, что на прогноз психотерапии не оказывает прямого влияния и показатель силы ПВА.

Выводы. Можно утверждать, что участие в специализированной психотерапевтической программе позволяет уменьшить проявления депрессии и ПВА у больных с БАР и коморбидной АЗ, но для обеспечения такого рода результата необходимо построение гибкой психотерапев-

тической программы, со специальными способами мониторинга психического состояния больного, поскольку изменения такого состояния трудно предсказуемы и нередко разрушительны.

При проведении специализированной психотерапевтической программы для больных с БАР и коморбидной АЗ особое значение приобретают факторы достижения стабильных межличностных поддерживающих отношений врач-больной, и возможность индивидуализации программ психотерапевтической помощи.

Личность в пространстве домашней среды как фактора динамики и сохранения психического здоровья семьи. Домашняя среда как фактор сохранения психического здоровья личности

Гуткевич Е.В.

*ФГАОУ ВО «Национальный исследовательский
Томский государственный университет»,
ФГБНУ «Томский национальный исследовательский
медицинский центр Российской академии наук»,
Научно-исследовательский институт
психического здоровья, Томск, Россия*

Ключевые слова: домашняя среда, личность, семья, психическое здоровье, психические расстройства, ресурсы, адаптация, охрана здоровья

Personality in the space of the home environment as a factor of mental health of the family

Gutkevich E.V.

*National research state University,
National research medical center of the Russian
Academy of Sciences, Research Institute
of mental health, Tomsk, Russia*

Keywords: home environment, personality, family, mental health, mental disorders, resources, adaptation, health protection

Введение. Актуальность изучения взаимосвязи характеристик домашней среды человека с различным уровнем психического здоровья определяется трансформацией парадигмы здоровья и многофакторностью причин возникновения и развития заболеваний; необходимостью идентификации ресурсов личности и семьи для формирования равноуровневых адаптационных компетенций, направленных на сохранение психического здоровья; важностью получения новых знаний о механизмах охраны психического здоровья, развертывающихся в семье, которая фокусирует в себе практически все аспекты человеческой жизнедеятельности, проявляя психолого-социальную и биологическую сущности [1].

Постановка проблемы. Домашняя среда является комплексом позитивных чувств и переживаний по отношению к дому как к личностно значимому месту, влияющему на поведение и ценности, направляющему

жизнь, поддерживающему психологическое благополучие человека [2]. Пространство домашней среды формируется, в том числе и семьей. Семейное функционирование и адаптация, описываемые в том числе, психолого-генетическими феноменами и психогенеалогией, являются в определенной степени интегральным критерием, учитывающим многомерную совокупность показателей психического здоровья [3]. Наиболее уязвимыми сферами жизни в семье респондентов с хроническими психическими расстройствами и повторными госпитализациями являются отношения с окружающими их людьми. По данным тестирования с использованием разработанной нами «Анкеты антирецидивного поведения» установлено, что у подавляющего большинства пациентов-женщин есть друзья или члены семьи, которые их поддерживают, мужчины чаще отвечали отрицательно; выявлены особенности ежедневной деятельности, в которой они будут участвовать. Для пациентов разработаны персонализированные программы ежедневной деятельности в сфере физической активности «Пирог физической активности», питания «Моя еда для меня», реструктуризации представлений о своем теле и самоконтроле «Мой дневник» [4]. Настоящее исследование проведено для получения стандартизированных оценок отношения к домашней среде, к дому как месту функционирования семьи лиц с психическими расстройствами.

Методы и результаты исследования. Цель – в пилотном исследовании психически больных лиц разного возраста апробировать метод оценки привязанности к дому. Методы и материалы – экспериментально-психологический опросник «Мой дом» [5], методы математической статистики. Обследовано 12 пациентов в возрасте от 21 года до 60 лет с диагнозом по МКБ-10 F2. Результаты тестирования опросника «Мой дом» показали, что средний балл «силы значимости дома для его обитателей» по массиву данных составил 4,14, что отличается от среднего значения 3,73 [5].

Обсуждение. Возраст большинства обследованных лиц с психическими расстройствами относится к периоду средней зрелости, когда возрастная специфика психологических основ привязанности, вероятно, может быть сопряжена с множеством фактов, в том числе частым нахождением вне домашней среды в периоды повторных госпитализаций.

Выводы. Выявленные психологические особенности субъективного отношения к дому в перспективе могут стать индикаторами психологической адаптации при расстройствах психического здоровья.

Литература

1. *Бохан Н.А., Гуткевич Е.В.* Охрана психического здоровья семьи как ресурс развития, повышения качества жизни и активного долголетия всех поколений / Психическое здоровье семьи в современном

- мире: сборник тезисов III Российской конференции с международным участием (Томск, 24–25 октября 2019 г.) / под ред. Н.А. Бохана, А.В. Семке, Е.В. Гуткевич. Томск: Отдел полиграфии Томского ЦНТИ, 2019; 5–9.
2. *Нартова-Бочавер С.К., Дмитриева Н.С., Резниченко С.И., Кузнецова В.Б., Брагинец Е.И.* Метод оценки дружелюбности жилища: опросник «Функциональность домашней среды». Психологический журнал. 2015; 36; 4; 71–84.
 3. *Гуткевич Е.В., Шатунова А.И.* Межпоколенная передача психической травмы, психогенеалогия и психическое здоровье в семье (феноменологическое исследование). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019; 3 (104); 21–32. doi.org/10.26617/1810-3111-2019-3(104)-21-32.
 4. *Gutkevich E., Lebedeva V., Bokhan N., Vladimirova S.* “Features of the phenomenon of re-hospitalizations and opportunities of formation of anti-relapse behavior in mental disorders” 19th WPA World Congress, 21–24 August, 2019, Lisbon, Portugal. Morressier. doi: 10.26226/MORRESSIER.5D1A0377558B317A1407AF.
 5. *Резниченко С.И., Нартова-Бочавер С.К., Кузнецова В.Б.* Метод оценки привязанности к дому. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2016; 13; 3; 498–518.

Взаимосвязь детского травматического опыта, ранних дезадаптивных схем и психопатологической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией

Давыдова Е.В.

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия
davidova.kate@hotmail.com

Ключевые слова: детский травматический опыт, негативный детский опыт, ранние дезадаптивные схемы, параноидная шизофрения

The relations between childhood traumatic experience, early maladaptive schemas and psychopathological symptoms in patients with paranoid schizophrenia

Davydova E.V.

St. Petersburg State University

Keywords: childhood traumatic experience, adverse childhood experience, early maladaptive schemas, paranoid schizophrenia

Введение. Биопсихосоциальная модель психических расстройств является основой современной клинической психологии и психотерапии. Однако в настоящий момент в отечественной клинической психологии отмечается дефицит комплексных исследований семейного и среднего контекста расстройств шизофренического спектра, при наличии углубленных исследований внутрисемейной системы у пациентов с депрессивными и тревожными расстройствами [2]. Актуальность изучения средовых и семейных факторов обусловлена еще и тем, что современные генетические исследования пяти психических расстройств, которые рассматриваются в качестве отдельных категорий (расстройство аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности, биполярное расстройство, депрессивное расстройство и шизофрения), не выявили специфических генетических различий между ними [3].

Психологическая травма рассматривается как следствие неблагоприятных средовых факторов. Под психологической травмой понимается личностно значимая ситуация, имеющая характер патогенного воздействия на психику человека и способная привести к психическим расстройствам. Психологические травмы традиционно характеризуются интенсивностью, субъективной значимостью, внезапностью и частотой проявления.

Детские травмы дополнительно имеют такие характеристики как актуальность, наличие возможности отреагирования и субъективное ощущение справедливости события [1].

Немаловажным будет отметить, что предыдущие исследования отмечают важность изучения механизмов взаимосвязи детского травматического опыта у пациентов с психическими расстройствами на клинических выборках с более существенной представленностью лиц с высоким уровнем шизотипических симптомов.

Целью нашего исследования являлось изучение характеристик детского травматического опыта (вид, интенсивность, значимость, актуальность, возможность отреагирования и субъективное ощущение справедливости события), взаимосвязи данного вида опыта с психопатологической симптоматикой у взрослых пациентов с параноидной шизофренией и ранними дезадаптивными схемами, которые по нашей гипотезе могут быть включены в механизм данной взаимосвязи.

В качестве основы для создания модели, которая могла бы описывать механизм взаимосвязи детского травматического опыта с развитием психического расстройства, мы адаптировали существующую Модель Травмы, Диссоциации и Психопатологии. Данная модель демонстрирует 2 пути влияния психотравмирующего опыта на дальнейшее развитие психических расстройств. Первый касается психических состояний, связанных с искаженным представлением о себе, других и происходящих событиях. Второй связан с соматическими и телесными состояниями, выражающимися в сниженной способности к интеграции и когнитивному представлению о собственном теле [4]. Ранние дезадаптивные схемы, рассматриваются нами как теоретический конструкт, который мог бы описывать механизмы взаимосвязи психотравмирующего опыта с психопатологией, проходящие по данным путям. Ранняя дезадаптивная схема – это стабильная модель, состоящая из воспоминаний, эмоций, когнитивных и телесных ощущений относительно себя и своего взаимоотношения с другими [5].

Материал и методы. Исследование проводилось на базе городской психиатрической больницы № 6 Санкт-Петербурга. Выборку составили 30 мужчин в возрасте от 20 до 40 лет с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0), находящиеся на стационарном лечении. На момент интервьюирования все респонденты находились в подостром состоянии/становлении ремиссии, соответствующем уровню данного вида исследования. Все больные отбирались по качественным признакам: гомогенность клинической симптоматики и психофармакологической терапии.

Дизайн исследования включал в себя опросник выраженности психопатологической симптоматики SCL-90; опросник неблагоприятного детского опыта (WHO ACE IQ) для определения вида психотравмирующего опыта и степени его выраженности; методику диагностики

ранних дезадаптивных схем Д. Янга «YSQ-S3R»; структурированную анкету для определения других характеристик детского травматического опыта. Для математической обработки данных, которая проводилась в программе SPSS, использовалась описательная статистика, непараметрический корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. Полученные данные демонстрируют, что у пациентов в нашей выборке присутствовало более 2 видов детского травматического опыта. Наиболее часто встречающимися было эмоциональное насилие, разлучение с родителями в следствие смерти или развода и коллективное насилие (ситуации, когда дети были свидетелями жестокого обращения с другими во дворе, школе) (90 %), а наименее встречающимися – психические заболевания у ближайших родственников (10 %) и сексуальное насилие (13 %).

Респонденты нашей выборки отмечали психотравмирующие события как объективно-значимые, 57 % респондентов не имели возможности отреагирования случившегося события в детстве (разговор с близким, значимым взрослым), 89 % считают их несправедливыми. 46 % пациентов считают травматические события актуальными в настоящий момент. По интенсивности были представлены все виды событий с преобладанием пролонгированных ситуационных, трансформирующих условия многих лет жизни, а также приводящих к психическому перенапряжению.

Было обнаружено, что детский травматический опыт имеет множество взаимосвязей с психопатологической симптоматикой. Множественные взаимосвязи обнаружены у шкал «Физическое насилие» ($p < 0,05$), «Эмоциональное насилие» ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), «Сексуальное насилие» ($p < 0,05$), «Употребление ПАВ родителями или опекунами» ($p < 0,05$), «Эмоциональное пренебрежение» ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), «Физическое пренебрежение» ($p < 0,05$ и $p < 0,01$), «Буллинг» ($p < 0,05$) и «Коллективное насилие» ($p < 0,01$). Наибольшее количество взаимосвязей у шкалы «Эмоциональное насилие». Данный показатель связан со всеми шкалами симптоматического опросника SCL-90, отражающего психопатологическую симптоматику.

3 домена ранних дезадаптивных схем (в порядке убывания по количеству связей: «Разрыв связей/отвержение», «Дефицит автономии/боязнь проявить себя», «Ориентация на других») имеют множество взаимосвязей ($p < 0,05$ и $p < 0,01$) с детским травматическим опытом и психопатологической симптоматикой.

Выводы. Детская психологическая травма оказывает значимое влияние на картину болезни у взрослых пациентов с параноидной шизофренией и может являться значимым фактором риска для данной нозологической группы. Наиболее представлены такие виды детского травматического опыта как «Эмоциональное насилие», «Разлучение с родителями в следствие смерти или развода», «Коллективного на-

силія». Детский травматический опыт имеет множественные связи с психопатологической симптоматикой, причем эмоциональное насилие связано со всеми видами психопатологической симптоматики. 3 домена ранних дезадаптивных схем («Разрыв связей/отвержение», «Дефицит автономии/боязнь проявить себя», «Ориентация на других») могут быть включены в механизм взаимосвязи детского травматического опыта с психопатологической симптоматикой как опосредующие или сопутствующие факторы.

Литература

1. Волкова Е.Н., Исаева О.М. Ребенок и насилие: диагностика, предотвращение и профилактика: монография //Н. Новгород. – 2015.
2. Коновалова А.Х., Холмогорова Б.А., Долныкова А.А. Репрезентации родительской семьи у больных шизоаффективными расстройствами и шизофренией // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – № . 4. – С. 70–95.
3. Jordan W. Smoller (lead), Nicholas Craddock, Kenneth Kendler, Phil Hyoun Lee, Benjamin M. Neale, John I. Nurnberger, Stephan Ripke, Susan Santangelo, Patrick F. Sullivan. Identification of risk with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // Published online February 28, 2013 www.thelancet.com
4. Schimmenti A., Caretti V. Linking the overwhelming with the unbearable: Developmental trauma, dissociation, and the disconnected self // Psychoanalytic Psychology. – 2016. – Т. 33. – № . 1. – С. 106.
5. Young J.E., Klosko J.S., Weishaar M.E. Schema-focused therapy: A practitioner’s guide. – 2003.

Особенности ольфакторных процессов у пациентов шизофренического спектра

Дмитриева Н.Г.

Научный центр психического здоровья

(ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия

alennoss@gmail.com

Шуненков Д.А.

Федеральный научно-клинический

центр реаниматологии и реабилитологии

(ФНКЦ РР), Московская область, Россия

voksined@yandex.ru

Ениколопов С.Н.

Научный центр психического

здоровья (ФГБНУ НЦПЗ), Москва, Россия

enikolopov@mail.ru

Ключевые слова: шизофрения, ольфактометрия, диагностика, депрессия, ангедония

Olfactory processing of patients with schizophrenia

Dmitrieva N.G.

The Mental health research center, Moscow, Russia

Shunenkov D.A.

Federal Research and Clinical Center of Intensive Care

Medicine and Rehabilitation, Moscow, Russia

Enikolopov S.N.

The Mental health research center, Moscow, Russia

Keywords: schizophrenia, olfactory, diagnostic, depression, anhedonia

Введение. На данный момент, применение биофизиологических методов диагностики базовой сенсорной обработки (слуховой, зрительной, обонятельной) может стать информативным и практичным в качестве исследования биомаркеров шизофрении [3,4]. В статье предоставлены дополненные результаты исследований функции обоняния и эмоционально-личностной сферы у пациентов шизофренического спектра в сравнении с группой людей, не страдающих психическими расстройствами [3]. Полученные результаты могут свидетельствовать о взаимосвязи нарушений обонятельной функции с нарушениями эмоционально-личностной сферы у пациентов с шизофренией, что в дальнейшем можно рассматривать как дополнительный диагностический критерий.

Целью данного исследования является изучить взаимосвязь ольфакторных нарушений (снижение способности к распознаванию запахов) и актуального эмоционального состояния и поведения у пациентов страдающих заболеваниями шизофренического спектра.

Материалы и методы. В исследование были включены пациенты, проходящие лечение в психиатрическом стационаре ФГБНУ Научного центра психического здоровья, г. Москвы (N=55) в возрасте от 18 до 45 лет ($m=26,24$ с $sd=6,75$) с диагнозом «Шизофрения» (F20); «Шизоаффективное расстройство» (F25), мужского и женского пола. В качестве группы сравнения выступили люди, не страдающие психическими расстройствами и не проходившие лечение в психиатрических клиниках и стационарах (N=39), в возрасте от 18 до 45 лет ($m=26,23$ с $sd=7,32$), мужского и женского пола. Также были учтены все критерии исключений [3].

Для определения нарушений обонятельной функций использовался профессиональный «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании «РАМОРА» [3]. Для определения актуального эмоционального состояния и поведения применялись опросниковые методы по выявлению актуального эмоционального состояния: «Beck Depression Inventory», «Snaitth-Hamilton Pleasure Scale - SHAPS»; опросник по выявлению ситуативной и личностной тревожности СТ Бизюка; опросник уровня агрессивности Басса-Перри. Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA (data analysis software system), version 10, StatSoft, Inc. (2011).

Результаты исследования и обсуждение. По результатам статистического анализа наблюдается снижение способности распознавания запахов у пациентов с шизофренией в сравнении с группой нормы ($\chi^2=31,9$, $df=2$, $p<0,001$), что подтверждается различием итоговой суммы баллов идентифицированных запахов у пациентов с шизофренией ($m=9,09$; $sd=1,28$ против группы нормы $m=10,8$; $sd=1,26$) ($U=360$, $p=0,001$). Полученные данные совпадают с результатами исследований Л. Копала 1989 г и П. Моберга и Б.Турецкого 2013 г., где у пациентов с шизофренией выявлено снижение способности к идентификации запахов [4,5].

Для качественного анализа по отдельности рассматривались подгруппы пациентов и «нормы» в зависимости от успешности распознавания определенных запахов и измеряемыми компонентами эмоциональной сферы и поведения:

Наиболее значимые показатели были выявлены при распознавании запаха «гвоздики». У пациентов «шизофренического спектра» наиболее низкие показатели индентификации запаха «гвоздики» в сравнении с группой «нормы» (точный кр. Фишера, $p=0,008$);

У группы пациентов «шизофренического спектра» различалась степень выраженности личностной тревожности в зависимости от способности к распознаванию запаха гвоздики ($m=5,45$; $sd=2,15$ у пациентов,

способных к распознаванию данного одоранта против $m=7,13$; $sd=2,39$ у пациентов, не распознающих данный запах) ($U=136$, $p=0,012$). Данные показатели указывают на то, что при пониженном уровне личностной тревожности пациенты лучше распознают запах «гвоздики», также у них наблюдаются пониженные показатели по эмоциональному дискомфорту и реакции социальной защиты. Полученные результаты могут быть взаимосвязаны с результатами исследований Демина И.С, где было выявлено, что незнакомые запахи большинством были оценены как нежелательные (негативные), что значительно повышает риск повышения уровня внутренней агрессии [2].

Схожие показатели были выявлены при распознавании запаха «розы» у пациентов с шизофренией по сравнению с группой «нормы». По количественному показателю выявлено, что пациенты идентифицировали запах «розы» меньше, чем группа «нормы» (точный кр. Фишера, $p=0,004$).

У группы пациентов «шизофренического спектра» различалась степень выраженности ангедонии в зависимости от способности к распознаванию запаха розы ($m=2,73$; $sd=2,52$ у пациентов, способных к распознаванию данного одоранта против $m=5,3$; $sd=3,62$ у пациентов, не распознающих данный запах) ($U=120,5$, $p=0,039$). Результаты анализа указывают на то, что чем выше уровень ангедонии у пациентов шизофренического спектра, тем хуже они распознают запах «розы». Полученные результаты также могут быть взаимосвязаны с исследованиями исследователями Т.Н. Березиной 2003 г. , где было выявлено, что испытуемые ассоциировали цветочные ароматы (в том числе запах «розы») с эмоцией радостью. Также имеются эмпирические подтверждения того, что цветочные запахи способствуют улучшению настроения и снижают уровень настороженности [1];

Выводы:

1. У пациентов с заболеванием шизофренического спектра (F20; F25) выявляется снижение способности к распознаванию запахов по сравнению с людьми, не страдающими психическими расстройствами;
2. Выявляются количественные и качественные показатели взаимосвязи ольфакторных нарушений (индентификации запахов) и актуального эмоционального состояния у пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра (F20,F25).

Литература

1. *Березина Т.Н.* Возникновение позитивных и негативных базовых эмоций под влиянием базовых запахов // Вестник МГГУ им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. 2011. № 3. С.59–69.
2. *Демина И.С., Коноплева И.Н.* Запахи как фактор, влияющий на скрытую агрессию [Электронный ресурс] // Психология и право. 2012.

Том 2. № 3. URL: <https://psyjournals.ru/psyandlaw/2012/n3/54059.shtml> (дата обращения: 15.02.2020)

3. *Дмитриева Н.Г., Шуненков Д.А., Ениколопов С.Н.* Особенности ольфакторных процессов у пациентов с первым психотическим эпизодом// Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека//Ивановская государственная медицинская академия. 2020. С.253–255.
4. *Kamath V, Lasutschinkow P, Ishizuka K, Sawa A.* Olfactory Functioning in First-Episode Psychosis//Schizophr Bull. 2018 Apr 6;44(3):672–680
5. *Turetsky BII, 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

Психологическое сопровождение лиц с наркологическими расстройствами в процессе реабилитации

Жданова Н.В., Демина М.В., Данильчук В.В.

ГАОУЗ «Оренбургский Областной

Клинический Наркологический Диспансер»

misastoroshi@gmail.com

Ключевые слова: психологическое сопровождение, реабилитация, группа, программа «ДОМ», пациент

Аннотация: в рамках статьи проводится анализ особенностей психологического сопровождения наркозависимых в процессе реабилитации, описывается процесс реабилитации, построенный на прохождении авторской программы «ДОМ». Обозначены основные задачи данной программы и проводимых мероприятий. Подробно описаны основные направления психологического консультирования и психокоррекции лиц с наркологическими расстройствами и их родственников.

Psychological support of persons with drug addiction disorders in the process of rehabilitation

Zhdanova N.V., Demina M.V., Danilchuk V.V.

State Autonomous Institution of Healthcare

“Orenburg Regional Clinical Narcological Dispensary”

Keywords: psychological support, rehabilitation, group, program «HOME», patient

Abstract: the article analyzes the features of psychological support of drug addicts in the process of rehabilitation, describes the process of rehabilitation, built on the passage of the author's program «HOME». The main objectives of this program and its activities are outlined. The main directions of psychological counseling and psychocorrection of people with drug-related disorders and their relatives are described in detail.

Повышение качества работы с химически зависимыми пациентами остается актуальной задачей в связи с сохраняющейся напряженной наркологической ситуацией в Российской Федерации. Важной составляющей в лечебно-реабилитационном процессе является психологическое сопровождение.

В Оренбургском областном клиническом наркологическом диспансере становление реабилитационной помощи началось с 1996 г., с открытия дневного отделения медико-социальной реабилитации. В настоящее время реабилитация в ГАУЗ «ООКНД» представлена 2 отделениями медицинской реабилитации круглосуточного пребывания, дневным стационаром, амбулаторным реабилитационным отделением. С целью психологического сопровождения пациентов и их родственников на всех этапах лечения и реабилитации в 2002 году в структуре диспансера была организована психологическая лаборатория.

Работа отделений реабилитации в ГАУЗ «ООКНД» построена на авторской реабилитационной программе «ДОМ» («Длительная Оригинальная Модульная»), разработанной в 1998 г. сотрудниками диспансера с изучением опыта работы групп само- и взаимопомощи программы, модели терапевтических сообществ и психотерапевтической группы. Основная задача программы заключается не только в отказе от употребления ПАВ пациентами, но и в замещении прежнего социального стереотипа жизни, построенного на зависимом поведении, новыми формами адаптивного поведения.

Основными направлениями работы психологов являются: консультирование, психодиагностика, психологическое вмешательство в виде индивидуальной и групповой психокоррекции, работа с семьей пациента.

При поступлении в отделение реабилитации каждому пациенту проводится первичное психодиагностическое исследование. Оно включает в себя: изучение данных истории жизни и болезни; беседу и наблюдение за поведением пациента; проведение психологического тестирования, включающего набор методик для изучения личностных особенностей; и обязательное информирование пациента о результатах. Повторное обследование проводится через 2 месяца. Оно направлено на отслеживание динамики личностных изменений в области эмоционально-личностной сферы и межличностных отношений.

После прохождения пациентом периода адаптации, за ним закрепляется психолог, который сопровождает его в ходе всего лечебно-реабилитационного процесса и проводит с ним индивидуальные консультации и психокоррекцию. Наиболее частыми запросами на консультации звучат: неумение выстраивать личностные границы; сложные отношения в семье; неспособность справляться с тяжелыми чувствами (страхи, вина, стыд, обида и др.); неуверенность в себе, страх оценки; неудовлетворенность жизнью, отсутствие целей в жизни; низкая стрессоустойчивость; наличие прошлого травматического опыта, который создает проблемы в настоящем. Выбор методов для применения во время индивидуальных вмешательств определяется уровнем реабилитационного потенциала и личностными особенностями пациента.

Психологами проводятся тематические групповые занятия, с обсуждением информации о процессе выздоровления, об особенностях

психологической зависимости и способах ее преодоления, о действиях, направленных на профилактику рецидива, о семейных аспектах наркомании и алкоголизма.

Ежедневно на психокоррекционных групповых занятиях происходит разбор и анализ жизни и болезни пациентов. Каждый пациент поэтапно выполняет ряд заданий по реабилитационной программе «ДОМ» и зачитывает их на групповом занятии. Работая над заданием, пациент учится ответственности, открытости, честности – тем качествам, которые были утрачены вследствие употребления ПАВ. Попытки придумать ту или иную ситуацию, сгладить или отрицать проявления симптомов болезни, указывают на проявление психологических защит и служат дополнительной «мишенью» психокоррекционной работы. Задача психолога заключается в организации для пациентов безопасной терапевтической среды, в которой можно искренне переживать и проявлять чувства корректным способом. Групповая форма дает возможность получения обратной связи и позволяет пациентам преодолевать свои страхи и повышать уверенность в себе. Групповая ситуация, как правило, является отражением реального межличностного взаимодействия, что повышает осознанность поведения, облегчает отказ от неконструктивных поведенческих стереотипов и выработку навыков социально приемлемого поведения. Поскольку происходящие изменения имеют позитивное подкрепление в психотерапевтической группе, пациент начинает ощущать свою способность к изменениям и меняет свое отношение к окружающему.

В отделениях реабилитации ГАУЗ «ООНД» проводится работа с семьями зависимых, так как обеспечение длительной ремиссии наркологических пациентов возможно только в том случае, когда психологи и члены семьи прилагают совместные усилия и вырабатывают стратегию поведения семьи в процессе выздоровления. Работа с семьями проводится в формате групп «Семейные встречи» психологами и врачами психиатрами-наркологами, работающими в отделении. Используются такие формы работы как беседы, лекции, тренинги.

Таким образом, психологическое сопровождение на всех этапах лечения и реабилитации обеспечивает пациенту максимально комфортное прохождение программы и позволяет более эффективно адаптироваться к социуму, войти в ритм новой, трезвой жизни. В процессе психологического сопровождения происходит смена ценностных ориентаций, осваиваются новые полезные навыки и умения. Наблюдаются более длительные ремиссии с полным воздержанием от употребления психоактивных веществ. Изменения привычных неконструктивных стереотипов взаимодействия у пациентов, прошедших программу реабилитации, распространяются и на другие сферы их жизни, им чаще удается восстановить нарушенные семейные отношения или стабилизировать их на новой основе.

Фиксированный мотив как механизм трансформации состояния зависимости

Запесоцкая И.В.

ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия

Zapesotskaya@mail.ru

Ключевые слова: состояние зависимости, мотивационно-потребностная сфера, фиксированный мотив

Fixed motive as a transformation mechanism of the state of addiction

Zapesotskaya I.V.

Kursk State Medical University, Kursk, Russia

Keywords: state of addiction, motivational-need sphere, fixed motive

Состояние зависимости, являясь сложным многоуровневым образованием, может быть охарактеризовано с позиций функционально-динамического анализа, содержанием которого выступает исследование механизмов трансформации.

Отнесенность к тому или другому виду зависимость приобретает в соответствии преобладающим объектом аддикции, однако, факт исключения или нейтрализации одного объекта, как правило, приводит к трансформации состояния зависимости в другое объектное пространство [5].

Ядерным образованием в реализации состояния зависимости выступает мотивационно-потребностный блок [1; 3]. В состоянии зависимости доминирующим становится аддиктивный мотив, происходит его фиксация. Фиксируется мотив во многом благодаря высокой ригидности, присущей зависимым людям [3, С. 155]. Но поскольку зависимый человек не может полностью удовлетворить имеющуюся потребность и, следовательно, снизить побудительную силу мотива, происходит его постоянная фрустрация. Исходя из данных рассуждений, можно предположить, что фиксация мотива и невозможность его полного удовлетворения являются одним из ключевых механизмов возникновения зависимости.

Для субъекта важно не достижение цели, не удовлетворение потребности, а сам процесс активности, по окончании которой, так как потребность не удовлетворена полностью, снова возникает переходное потребностное состояние, и цикл возобновляется. Вследствие такой деятельности возникает дезорганизация поведения.

Существенную роль в дезорганизации человеческой активности играет механизм конфликта, задержка в возбужденной системе актив-

ности может легко вызвать аффект и привести к распаду поведения [4, С. 321]. Выделяют два вида аффектов: разлитое аффективное состояние, когда все поведение оказывается на некоторый период времени дезорганизованным; концентрированный аффект проявляется только вокруг определенных раздражителей и захватывает только некоторые реагирующие системы. Каждый концентрированный аффект всегда обнаруживает тенденцию к переходу в разлитое состояние дезорганизации [4, С. 66]. Состояние зависимости характеризуется наличием концентрированного аффекта. Так как для мотивационно-потребностной сферы человека в этом состоянии характерна фиксация мотива, то дезорганизация поведения связана именно с тем предметом, который может удовлетворить потребность, направляемую аддиктивным мотивом.

А.Р. Лурия делит всякую деятельность строго на две фазы. При нормальном поведении создается впечатление, что между обеими фазами существует некий барьер, препятствующий непосредственно передаче возбуждения на моторную сферу и позволяющий организму подготовиться к действию, чтобы потом организованным моторным актом осуществить подготовленные замыкания [4, С. 345]. Замыкательный аппарат исключительно лабилен и располагает богатыми функциональными возможностями, а моторный аппарат сравнительно прост, всякий конфликт, разразившийся в моторной сфере, срывает нормальную моторную деятельность [4, С. 322]. Тип конфликта связан с различной степенью лабильности нейродинамики. А.Р. Лурия называет два типа нейродинамики: стабильный и реактивно-лабильный [4, С. 348]. Основные различия сводятся к различной легкости, с которой возбуждение передается на моторную сферу. При стабильном типе возбуждение хорошо изолировано от непосредственной передачи на моторику, и конфликты не вызывают резких моторных нарушений. Выразительная система достаточно стабильная, центральные возбуждения и конфликты не вызывают заметной дезорганизации поведения. При реактивно-лабильном типе только что начавшийся центральный процесс вызывает переключение возбуждения на моторику, обе фазы сложного реактивного поведения не расчленены в достаточной степени, и процесс возбуждения проникает в моторику раньше, чем он достаточно оформился. [4, С. 349].

Можем предположить следующие механизмы трансформации состояния зависимости: механизм фиксации и постоянной фрустрации мотива; механизм конфликта; механизм фиксированной ригидности.

Эмпирическое исследование механизмов трансформации состояния зависимости [2, С. 234] позволяет сделать следующие выводы.

К общим механизмам состояния зависимости относятся: высокий уровень ригидности; низкий уровень развития как компонентов индивидуальной саморегуляции (оценивание результатов, моделирование, программирование), так и системы саморегуляции в целом; низкий уровень фрустрационной толерантности; преобладание экстрапунитивных реакций. Спец-

ифические механизмы наркотической зависимости: значимое снижение процессов моделирования; низкий уровень регуляторной гибкости; выраженное снижение интропунитивных реакций; низкий индекс социальной адаптации. Специфический механизм алкогольной зависимости: низкий уровень самостоятельности. Специфические механизмы игровой зависимости: самостоятельность и программирование, реализуются значимо выше, чем при химических зависимостях; интропунитивные реакции при игровой зависимости выше в сравнении с химическими зависимостями; социальная адаптация выше в сравнении с химическими зависимостями.

Фиксация мотива – один из ключевых механизмов возникновения зависимости, поскольку перестраивает всю мотивационно-потребностную систему человека (меняется иерархия мотивов, возникает новая потребность, направляемая аддиктивным мотивом). Фиксация аддиктивного мотива обеспечивается механизмами и дефицитами саморегуляции, в свою очередь, это продуцирует и поддерживает низкую социальную толерантность состояния, что и обеспечивает сохранение и поддержание субъекта в системе доминирования объектных отношений, а свойства объектов зависимости поддерживают специфические механизмы зависимости при переходе от объекта к объекту. Таким образом, проведенным исследованием мы подтвердили предположение о механизмах возникновения зависимого поведения. Трансформация аддикции происходит по тем же механизмам, что и ее возникновение, поскольку трансформация – это возникновение нового объекта аддикции на основе уже имеющегося. Выявляется новый объект, происходит его фиксация благодаря высокой ригидности, а появляющееся мотивационное противоречие лишь поддерживает аддиктивное состояние. Часто один аддиктивный объект замещается другим в силу его субъективно меньшей или большей вредности, чем предыдущий; появляющийся мотив фиксируется, и «патологический круг», или «кольцо аддиктивной активности», замыкается.

Литература

1. *Братусь Б.С.* Аномалии личности / Б.С. Братусь. – М. : Мысль, 1988. – 301 с.
2. *Запесоцкая И.В.* Состояние зависимости: метапсихологический подход : дис. ... докт. психол. н. : 19.00.01 / МГГУ им. М.А. Шолохова – Москва, 2012. – 408 с.
3. *Зейгарник Б.В.* Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии / Б.В. Зейгарник. // Вестник Московского университета. Сер. Психология. – 1981. – 2. С. 9–15.
4. *Лурия А.Р.* Природа человеческих конфликтов: Объективное изучение дезорганизации поведения человека / А.Р. Лурия; под общей ред. В.И. Белопольского. – М. : «Когито-Центр», 2002. – 527 с.
5. *Никишина В.Б.* Механизмы трансформации состояния зависимости / В.Б. Никишина, И.В. Запесоцкая // Вестник университета (Государственный университет управления) – 2010. – № 17. – С. 83–88.

Особенности кратковременной слухоречевой памяти у пациентов с алкогольной зависимостью на фоне лечения синдрома отмены алкоголя методами кислородотерапии

Копытов Д.А.

*Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь
ugvms@mail.ru*

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Быченко И.В.

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь

Копытов А.В.

Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

Ключевые слова: алкогольная зависимость, синдром отмены алкоголя, когнитивные функции, память, кислородотерапия

Features of short-term auditory-speech memory in patients with alcohol dependence on the background of treatment of alcohol withdrawal syndrome with oxygen therapy

Kopytov D., Kopytov A.

*Republican scientific and practice center of mental health, Minsk, Belarus
Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus*

Bychenko I.

Republican scientific and practice center of mental health, Minsk, Belarus

Kopytov A.

Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

Keywords: alcohol dependence, alcohol withdrawal syndrome, cognitive functions, memory, oxygen therapy

Введение. Алкогольная зависимость (АЗ) представляет потенциальную угрозу для всего мирового сообщества, нанося значительный вред здоровью не только отдельно взятой личности, но и подвергая опас-

ности мировое население в целом. Одним из характерных симптомов алкогольной зависимости является синдром отмены алкоголя, который появляется после длительного употребления алкоголя и сопровождается различными сомато-вегетативными и психическими нарушениями. У большинства лиц с алкогольной зависимостью наблюдаются слабые и умеренные нарушения интеллектуального функционирования, уменьшение размеров головного мозга, региональные изменения клеточной активности мозга. Наиболее распространенные нарушения в головном мозге, связанные с алкоголем, влияют на зрительно-пространственные способности и когнитивное функционирование (особенно на память).

Материалы и методы. Выборка состояла из 160 пациентов в состоянии синдрома отмены алкоголя (СОА) и была разделена на три группы: 62 человека (ГС2) прошли гипербарическую оксигенацию (ГБО) и 56 (ГС1) нормоксическую лечебную компрессию (НЛК) вместе со стандартизированной терапией лекарственными средствами (СТЛС), 42 человека (КГ) прошли СТЛС в соответствии с протоколами оказания медицинской помощи. Средний возраст пациентов в исследуемых группах: в ГС1— $38,3 \pm 1,3$ лет; в ГС2— $40,4 \pm 0,9$ лет; в КГ— $37,9 \pm 1,2$ лет. Средняя продолжительность запоев: в КГ— $15,5 \pm 1,9$ дней; в ГС2— $15,4 \pm 1,6$ дней; в ГС1— $14,3 \pm 2,2$ дней. Стаж употребления алкоголя в группах: в КГ— $17,5 \pm 1,1$ лет; в ГС2— $18,7 \pm 0,8$ лет; в ГС1— $16,0 \pm 1,1$ лет.

Клинические характеристики синдрома отмены анализировались ежедневно, психологические — 1, 3 и 7 дни с момента поступления. Оценка выраженности проявлений СОА была исследована с помощью шкалы CIWA — А. Диагностика и клиническая верификация диагноза АЗ проводилась в соответствии с исследовательскими критериями МКБ-10 и скрининг-тесту AUDIT. Для исследования кратковременной слухоречевой памяти была использована методика «Запоминания десяти слов», предложенная А.Р. Лурия. Статистическая обработка результатов исследования производилась при помощи программы SPSS-23.0.

Результаты. В результате проведенного исследования произведена статистическая обработка полученных данных методики «заучивание десяти слов» по А.Р. Лурия для оценки эффективности проведенных лечебных мероприятий. Исходные данные до начала проведения лечебных процедур в исследуемых группах статистически значимо не отличались и составили по показателю «отсроченное воспроизведение» (количество слов): ГС1 $5,1 \pm 0,6$, в ГС2 $4,9 \pm 0,3$, КГ $4,8 \pm 0,4$; и «объем кратковременной памяти» — ГС1 $5,3 \pm 0,3$, в ГС2 $4,6 \pm 0,3$, КГ $5,4 \pm 0,3$.

Анализируя полученные данные, следует отметить, что среднegrupповые статистические данные свидетельствуют о более эффективном влиянии метода НЛК в комплексе со СТЛС после первого сеанса на функции кратковременной памяти и отсроченного воспроизведения у лиц с СОА, по сравнению с субъектами ГС2 и КГ. Объем кратковремен-

ной памяти 1-е воспроизведение: $5,6 \pm 0,19$ (ГС1)(1); $4,9 \pm 0,15$ (ГС2)(2); $5,0 \pm 0,16$ (КГ)(3) $p_{1-2,3} < 0,05$. Объем кратковременной памяти 5-е воспроизведение: $8,2 \pm 0,18$ (ГС1)(1); $7,6 \pm 0,19$ (ГС2)(2); $7,6 \pm 0,21$ (КГ)(3) $p_{1-2,3} < 0,05$. Отсроченное воспроизведение: $5,9 \pm 0,3$ (ГС1)(1); $5,5 \pm 0,27$ (ГС2)(2); $5,2 \pm 0,33$ (КГ)(3) $p_{1,2-3} < 0,05$. Начиная с третьего дня лечения при сравнении среднегрупповых показателей не установлено преимуществ влияния какого-либо из методов лечения СОА по их влиянию на функции кратковременной памяти. Следует отметить общие внутrigрупповые тенденции для каждой из групп, которые заключаются в том, что происходит положительная динамика в улучшении среднегрупповых показателей кратковременной памяти и отсроченного воспроизведения по мере проводимого лечения. Особенно, более значимо эти тенденции проявляются с третьего дня терапии в группе лиц, где в комплексном лечении применялась ГБО ($p < 0,05$).

Долевое распределение субъектов с нормативными значениями отсроченного воспроизведения по методике «Заучивание десяти слов» в группах в динамике на фоне проводимой терапии, где за норму брали показатели: при первом предъявлении воспроизводится 3–5 слов, при пятом – 8–10, отсроченное воспроизведение – 7–10 слов. После 1-го дня терапии количество лиц с нормативными показателями отсроченного воспроизведения: 32,1 % (ГС1)(1); 31,0 % (ГС2)(2); 23,8 % (КГ)(3) при $p > 0,05$. После 3-го дня терапии количество лиц с нормативными показателями при 1-м воспроизведении: 30,9 % (ГС1)(1); 28,6 % (ГС2)(2); 31,6 % (КГ)(3) при $p > 0,05$. После 7-го дня терапии количество лиц с нормативными показателями при 1-м воспроизведении: 48,1 % (ГС1)(1); 56,9 % (ГС2)(2); 38,5 % (КГ)(3) $p_{1,2-3} < 0,05$.

У респондентов, которым были проведены различные методы начиная с первого дня лечения количество лиц с нормативными показателями в группах статистически значимо не отличалось. После седьмого дня терапии СОА количество субъектов с нормативными показателями «отсроченного воспроизведения» было статистически значимо больше в ГС1 и ГС2, т.е. в группах где вместе со СТЛС применялись методы НЛК и ГБО, по сравнению с контрольной группой.

Результаты полученных данных при исследовании объема кратковременной слухоречевой памяти у пациентов с СОА всех трех групп указывают на то, что применение методов кислородотерапии (НЛК и ГБО) в сочетании со СТЛС и применение только СТЛС не имеют существенных преимуществ друг перед другом по их влиянию на фиксационные компоненты кратковременной памяти. Применение методов кислородотерапии со СТЛС при купировании СОА, по сравнению с применением только СТЛС, является более эффективным для восстановления показателей «отсроченного воспроизведения» через 7 дней после начала применения этих лечебных мероприятий.

Выводы. По мере проводимого лечения СОА индивидуально СТЛС или его сочетания с методами кислородотерапии происходит положительная динамика в улучшении показателей кратковременной памяти и отсроченного воспроизведения у субъектов всех исследуемых групп. Применение методов НЛК и ГБО в сочетании со СТЛС и применение исключительно стандартизированной терапии лекарственными средствами не имеют существенных преимуществ друг перед другом по их влиянию на фиксационные компоненты кратковременной памяти. Применение методов кислородотерапии (НЛК и ГБО) со СТЛС при купировании СОА, по сравнению с применением только СТЛС, является более эффективным для восстановления показателей «отсроченного воспроизведения» начиная с 7 дня после начала применения этих лечебных мероприятий.

Схема-терапевтический подход к психологической коррекции зависимых от синтетических наркотиков*

Ларин А.В.

*ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический
наркологический диспансер», Новосибирск, Россия
larin.raito@gmail.com*

Соловьева И.Г.

*ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный
медицинский университет», Новосибирск, Россия
irraso@mail.ru*

Патрикеева О.Н.

*«Новосибирский областной клинический
наркологический диспансер», Новосибирск, Россия
oli74@mail.ru*

Ключевые слова: психотерапия, аддикций, схема-терапия, синтетические наркотики

Scheme-therapeutic approach to psychological correction of synthetic drug addicts

Larin A.V.

Novosibirsk regional clinical narcological dispensary

Soloveva I.G.

Novosibirsk State Medical University

Patrikeeva O.N.

Novosibirsk regional clinical narcological dispensary

Keywords: psychotherapy, addictions, schema-therapy, synthetic drugs

Введение. Актуальность темы обусловлена ростом числа пациентов употребляющих психоактивные вещества (ПАВ), в том числе, синтетические каннабиноиды и синтетические катиноны, что приводит к увеличению количества психических и соматических заболеваний, общественно опасных действий, увеличению смертности, среди лиц с химической зависимостью

В настоящее время одной из самых распространенных программ для реабилитации лиц с химической зависимостью является программа «12 шагов». При этом программа «12 шагов» является непрофессио-

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 8–013–00919А.

нальным методом психологической коррекции, а способом взаимной помощи зависимых людей друг другу в процессе отказа от ПАВ.

Психокоррекционная работа с химически зависимыми пациентами должна быть ориентирована не только на изменение поведения, но и на коррекцию глубинных личностных проблем, таких как, неустойчивый уровень самооценки, трудности в межличностных отношениях, преобладание внешнего локуса контроля, низкая толерантность к фрустрации, ангедония и т.д. [1, 2].

Данные проблемы могут являться следствиями фрустрации базовых эмоциональных потребностей в детском возрасте, что в свою очередь приводит к развитию ранних дезадаптивных схем и дисфункциональных режимов.

Также при подборе методов для психологической коррекции необходимо учитывать различный уровень образования, интеллектуального развития и разную степень обучаемости пациентов. В связи с чем, психокоррекционная модель, предлагаемая в схема-терапевтическом подходе, может являться наиболее предпочтительной, так как ориентируется в значительно большей степени, чем программа «12 шагов», на индивидуальные особенности пациентов и затрагивает ситуации, связанные с их непосредственным жизненным опытом.

Материалы и методы. В обследовании приняли участие пациенты, проходящие лечение в Новосибирском областном клиническом наркологическом диспансере. Средний возраст $30 \pm 2,1$ лет. Стаж употребления ПАВ (синтетические наркотики) – $15 \pm 3,2$ лет. Возраст начала употребления ПАВ – $14,5 \pm 0,6$ лет. Для исследования схема-режимов и выявления фрустрированных потребностей использовали клиническое интервью, опросник Детские потребности и Опросник режимов функционирования схем (Д. Янг).

Результаты и их обсуждение. У всех обследованных пациентов в анамнезы выявлен травматический детский опыт (насилие в семье, развод родителей, уход отца из семьи), который в значительной степени явился причиной формирования детских дисфункциональных режимов: Покинутый/подвергшийся насилию ребенок, Одиноким ребенок, Униженный ребенок. Склонность ребенка принимать вину за случившееся с родителями на себя, чрезмерная неадекватная критика, отсутствие интереса к личности ребенка со стороны родителей способствовали возникновению критикующих режимов: Требовательный, Карающий и Внушающий чувство вины критик, что еще более усугубляло и так низкую самооценку. Как компенсация внутреннего одиночества, покинутости, ненужности, сформировались копинговые режимы: Самовозвеличиватель, Перфекционист-Гиперконтролер, Отстраненный самоутешитель, одним из проявлений которого и является прием ПАВ.

При проведении диагностического исследования, которое уже является частью схема-терапевтического подхода, пациенты проявляли ин-

терес к выявлению собственных дисфункциональных режимов, к процессу концептуализации и готовность к терапии.

Эффективность схема-терапевтического подхода при терапии «сложных» пациентов с личностными расстройствами показана многими зарубежными исследованиями [3, 4]. Схема-терапевтический подход, с одной стороны, направлен на коррекцию глубинных поврежденных, или еще несформированных, ядерных структур личности, с другой, является ресурсным и поддерживающим.

Выводы. У обследованных нами зависимых от синтетических наркотиков лиц выявлены проявления дисфункциональных детских, родительских, копинговых режимов и их связь с первой пробой и дальнейшим приемом ПАВ. Схема-терапевтический подход в психокоррекции наркотической аддикции является перспективным.

Литература

1. *Шалаева Е.В., Рычкова О.В., Агибалова Т.В.* Групповая полимодальная психотерапия алкогольной зависимости: к обоснованию модели // Наркология. – 2013. – Т. 12. № 7. – С. 62–65.
2. *Шевцова Ю.Б., Игумнов С.А.* Основные психотерапевтические модальности, применяемые у наркологических больных с различной степенью мотивации и социальной адаптации // Вопросы наркологии. – 2019. № 11. – С. 5–24.
3. *Reiss N., Vogel F., Nill M. et al.* Treatment satisfaction of patients with borderline personality disorder in inpatient schema therapy // Psychother Psychosom Med Psychol 2013 Feb;63(2):93–100. DOI: 10.1055/s-0032–1323707
4. *Roelofs J., Muris P., Wesemael D.* Group-Schematherapy for Adolescents: Results from a Naturalistic Multiple Case Study // J Child Fam Stud. 2016 Mar 14. DOI: 10.1007/s10826–016–0391-z

Взаимосвязь социально-демографических и клинических характеристик с проявлениями эмоционального выгорания у родственников больных патологической склонностью к азартным играм

Нечаева А.И.

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург
netchaeva.nastya@yandex.ru,*

Шишкова А.М.

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России
shishaspb@mail.ru*

Бочаров В.В.

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России,
Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург*

Илюк Р.Д., Громыко Д.И.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева» Минздрава России

Ключевые слова: зависимость от азартных игр, родственники больных, эмоциональное выгорание

Interrelation of social, demographic and clinical factors with emotional burnout in gambling-addicted patients' relatives

Nechaeva A.I.

*V.M. Bekhterev National Research
Medical Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg State University, St. Petersburg*

Shishkova A.M.

*V.M. Bekhterev National Research
Medical Center for Psychiatry and Neurology*

Bocharov V.V.

*V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg State University, St. Petersburg*

Ilyuk R.D., Gromyko D.I.

*V.M. Bekhterev National Research Medical
Center for Psychiatry and Neurology*

Keywords: pathological gambling, patient's relatives, emotional burnout

Введение. Патологическая склонность к азартным играм – широко распространенное в современном обществе расстройство, наличие

которого отражается на качестве жизни как самого больного, так и членов его семьи. Длительные психотравмирующие переживания родственников аддиктов часто приводят к ухудшению их физического и психического здоровья. Известно также, что в случае несоответствия личностных ресурсов и требований сложившейся жизненной ситуации, у них может формироваться эмоциональное выгорание [1, 2]. Изучение последнего важно для создания эффективной психологической помощи близким пациентов с игровой зависимостью.

Целью настоящего исследования являлось изучение взаимосвязи социально-демографических и клинических характеристик с проявлениями эмоционального выгорания у родственников больных патологической склонностью к азартным играм.

Материал и методы. Объектом исследования выступали 40 членов семьи (6 отцов, 19 матерей, 15 жен) пациентов с игровой зависимостью (F63.0). Средний возраст обследованных родственников составил 47,26 лет ($SD=13,58$), опекаемых ими больных – 31,48 года ($SD=5,13$). Возраст начала увлечения азартными играми составил 25,80 года ($SD = 5,11$), срок систематического злоупотребления ими – 26,98 лет ($SD = 4,76$). Все пациенты были мужского пола.

Исследование осуществлялось с использованием стандартизированной клинической карты, позволяющей оценить основные социально-демографические и клинические характеристики обследуемых родственников и опекаемых ими больных, а также тестовой методики «Уровень эмоционального выгорания родственников» – УЭВР [3]. Обработка данных проводилась в SPSS v.23, для проверки гипотезы о нормальном распределении был использован критерий Шапиро-Уилка, в качестве меры связи – коэффициент корреляции Спирмена.

Результаты. В исследованной группе родственников были выявлены многочисленные связи между показателями эмоционального выгорания и социально-демографическими/клиническими характеристиками респондентов. Так, было обнаружено, что шкала «Истощение» (УЭВР) имеет положительные корреляции с параметрами, отражающими негативный характер отношений родственника с собственной матерью ($p<0,01$) и страдающим зависимостью близким ($p<0,01$), а также употреблением алкоголя обследуемым ($p<0,05$). Параметр употребления спиртных напитков респондентом также имеет положительные связи с показателями шкал «Цинизм» ($p<0,01$) и «Деструктивная разрядка напряжения» ($p<0,05$). Последний показатель, в свою очередь, прямо коррелирует с негативным характером отношений с больным ($p<0,05$) и употреблением успокоительных средств ($p<0,05$). Установлено наличие отрицательной связи показателя шкалы «Самоэффективности в лечении родственника» с параметром, отражающим субъективную оценку родственником реалистичности выполнения предписаний врачей ($p<0,05$)

и положительной – с параметром приема транквилизаторов, снотворных и успокоительных средств ($p < 0,05$). Показатель шкалы «Наполненность смыслом» обратно коррелирует с употреблением родственником наркотических веществ ($p < 0,05$), показатель шкалы «Цинизм» – с возрастом участника исследования ($p < 0,05$). В тоже время, возраст обследуемого имеет положительную связь со шкалой «Энергия» методики УЭРВ.

Полученные данные свидетельствуют о том, что родственники более старшего возраста (матери и отцы по сравнению с женами) ощущают большую готовность оказывать помощь близкому, активно взаимодействовать с ним. Они также менее склонны обесценивать личностные качества больного. Отчужденность или конфликтность отношений респондента с собственной матерью ассоциируется с большей выраженностью ощущения отсутствия жизненных сил для продолжения борьбы с болезнью близкого. Вместе с тем, дружеские отношения родственника с аддиктом связаны с меньшей выраженностью у него чувств усталости, невозможности далее продолжать выполнение обязанностей по уходу за больным и тенденции к соматизации психоэмоционального напряжения. При этом, чем менее реалистичным респонденту представляется выполнение рекомендаций специалистов, оказывающих помощь его близкому, тем в большей степени он ощущает собственную неэффективность и неспособность справиться со сложившейся жизненной ситуацией.

Интерпретируя связи, обнаруженные между проявлениями эмоционального выгорания и употреблением родственником психоактивных веществ и лекарственных средств, можно предположить, что их прием выступает в качестве своеобразной разрядки напряжения, накапливающегося в процессе взаимодействия с аддиктом и, в тоже время, потенцирует негативные переживания в ситуации болезни близкого.

Выводы. Эмоциональное выгорание родственников пациентов с игровой зависимостью взаимосвязано с рядом социально-демографических и клинических характеристик, так, показатели выгорания тем более выражены, чем моложе член семьи патологического гэмблера, конфликтнее его отношения с собственной матерью и больным, представления о реалистичности выполнения предписаний специалистов пессимистичнее, а употребление снотворных, успокоительных и алкоголя отмечается чаще.

Литература

1. Бочаров В.В. Взаимосвязь клинических и социально-демографических факторов с проявлениями эмоционального выгорания у родственников больных с аддиктивными расстройствами / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, К.А. Ипатова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2019. – Т. 11, № 6(59) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 27.08.2020).

2. *Бочаров В.В.* Сравнительное исследование эмоционального выгорания родственников пациентов с химической и нехимической аддикцией / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, Р.Д. Илюк и др. // Вопросы наркологии – 2019. – № 8 (179). – С. 81–82.
3. *Бочаров В.В.* Методика «Уровень эмоционального выгорания родственников», психометрические характеристики [Электронный ресурс] / В.В. Бочаров, А.М. Шишкова, А.А. Сивак и др. // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. – 2018. – Т. 10, № 6 (53) – С. 4. – URL: <http://mprj.ru>. – (дата обращения 06.06.2020).

Оценка эффективности ранних психосоциальных вмешательств для реабилитации больных шизофренией

Палин А.В.

*Центр психолого-психотерапевтической помощи
ГБУЗ ПКБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина ДЗ г. Москвы
pavelpalin@yandex.ru*

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, пациенты с шизофренией, эффективность вмешательств

Evaluation of the effectiveness of early psychosocial interventions for the rehabilitation of patients with schizophrenia

Palin A.V.

*Center for Psychological and Psychotherapeutic Intervention,
Psychiatric Clinical Hospital № 4, Moscow, Russia*

Keywords: psychosocial rehabilitation, patients with schizophrenia, effectiveness of interventions

Актуальность исследований возможностей и путей реабилитации больных шизофрении связана с общепризнанной высокой социальной ценой данного расстройства, наличием множественных этиологических моделей, предлагающих разные пути помощи больным, и требующих своей интеграции в рамках биопсихосоциального подхода к генезу психических расстройств. Систематические исследования представляют убедительные свидетельства в пользу биопсихосоциальной природы шизофрении (L.Ciompri, 1984, 1994), в варианте «диатез-стресс-уязвимости» (Коцюбинский А.П. с соавт., 2005–2017; Незнанов Н.Г., 2009, 2011; др.). В логике такого подхода особое значение приобретают частные навыки пациентов, помогающие справляться с различными, но особенно – с социальными стрессорами. Такой взгляд изменяет преимущественно биологические модели этиопатогенеза психических расстройств, позволяет реформировать содержание и организацию помощи больных шизофренией, реализовать полипрофессиональное взаимодействие (Кабанов М.М., Шумаков В.М., Zubin J., Казаковцев Б.А., Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Холмогорова А.Б., Сторожакова Я.А., др.).

В соответствии с биопсихосоциальным подходом лечение шизофрении имеет три основных компонента: психофармакотерапия для

уменьшения симптомов и предупреждения рецидивов, просветительские и психосоциальные вмешательства, которые помогают пациентам и семьям справиться с болезнью, ее осложнениями и рецидивами, и, наконец, реабилитация, направленная на пациента, и помогающая ему реинтегрироваться в общество, вернуться к учебной или профессиональной деятельности.

История реабилитации психически больных насчитывает в России более 100 лет, но только в последние годы стала обоснованно рассматриваться как существенно влияющая на конечный результат лечения, проводимого как в стационарных, так и внебольничных условиях. Представителями научной школы Гуровича И.Я. доказано, что длительные ремиссии формируются у больных шизофренией, прежде всего, благодаря соблюдению принципов построения лечебно-реабилитационных программ (И.Я.Гурович, 2004–2012), этапов работы, и преемственности между стационарной и амбулаторной помощью. Кроме того, на качество выхода пациента с шизофренией после лечения оказывает влияние еще и собственная готовность пациента к трудовой реабилитации, его установка на социальную и трудовую активность (О.О.Папсуев с соавт., 2007–2010; Н.Н. Петрова с соавт., 2012, др.).

За последние десятилетия число программ, предложенных для реабилитации пациентов с шизофренией, значительно возросло. Важными для организации реабилитационной работы с больными шизофренией стали идеи смежных областей знания – клинической психологии, психотерапии, нейронаук. Однако имеющиеся различия в теории, в определении приоритетных мишеней работы, в выборе технологии воздействия существенно затрудняют организацию целесообразной и эффективной реабилитации, требуют дальнейшего совершенствования и научного обоснования такой работы.

Наша ключевая позиция состоит в том, что эффективность реабилитационных мероприятий будет оптимальной в случае их раннего начала – на этапе стационарного лечения, так как при правильной организации помощи появляется возможность достичь повышения готовности пациентов к такой работе, необходимого для нее альянса со специалистами. Для пациентов, вышедших из острого психоза и/или находящихся в подостром состоянии, типичны мучительные переживания психофизического дискомфорта (от симптомов, побочных эффектов медикаментов), проявления постпсихотической астении, постпсихотической депрессии, восприятие себя как неадекватного, несостоятельного. В психиатрическом стационарном отделении, в условиях ограничительной среды, на фоне интенсивной психофармакотерапии, как внешние влияния, так и динамика психического состояния приводят к отказу пациента от активности, любого, в том числе связанного с деятельностью или общением напряжения, к пассивно-подчиняемому поведению.

Так перенесенное обострение заболевания создает опасность восприятия пациентом пассивности как хорошей, полезной альтернативы острому психотическому состоянию, тем более, что в практике рутинной психиатрической помощи возможностей проявления конструктивной активности у больных нет. Тяжелое субъективное состояние ведет к высокой нуждаемости психотического пациента во внешней помощи, зависимости его от внешних влияний, что приводит к явлениям госпитализма, закреплению паттернов пассивного, избегающего поведения. В этих условиях участие в структурированной и правильно организованной психообразовательной, тренинговой, арт-терапевтической работе становится той (возможно единственной) формой поведения, которая, с одной стороны, противостоит хаосу психотического поведения, с другой – пассивности пациента в постпсихотический период.

Однако такой взгляд на проблему разделяют не все авторитетные специалисты. Сказанное делает актуальным анализ возможностей и эффектов реабилитационной работы на этапе лечения больных шизофренией в условиях психиатрического стационара. Это тем более оправдано, что в условиях российской практики психиатрической помощи пациентам с шизофренией наиболее ресурсно-оснащенными являются стационарные учреждения.

В настоящее время в рамках реформирования психиатрической службы в ГБУЗ ПКБ № 4 ДЗ г. Москвы был создан центр психолого-психотерапевтической помощи, позволивший консолидировать ресурсы специалистов, осуществляющих психосоциальную реабилитацию: врачей-психиатров и психотерапевтов, клинических психологов, специалистов по социальной работе, социальных работников. Были разработаны, апробированы разные виды помощи для психически больных, в том числе для больных шизофренией. В числе программ, доступных пациентам на этапе стационара, психообразовательные занятия, тренинги бытовых навыков, социальных навыков, арт-терапевтические и музыкально-терапевтические мероприятия, танцевально-двигательная терапия, мотивационные тренинги для больных с шизофренией и для пациентов с коморбидными расстройствами. На базе данного структурного подразделения проводится исследование с целью определения возможностей, сложностей и оценки непосредственных и отсроченных эффектов интервенций, осуществленных на раннем стационарном этапе, в том числе в виде повышения мотивации на дальнейшее участие в реабилитационной работе, формирования релевантных социальному восстановлению стратегий.

Опыт применения современных психореабилитационных программ для пациентов с биполярным аффективным расстройством

Палин А.В., Козлов М.Ю., Пожарская А.Ф.

ГБУЗ ДЗМ Психиатрическая клиническая больница № 4 им П.Б. Ганнушкина Москва, Россия

Experience of using modern psycho-rehabilitation programs for patients with bipolar affective disorder

Palin A.V., Kozlov M.Yu., Pozharskaya A.F.

GBUZ DZM Psychiatric Clinical Hospital No. 4 named after P.B. Gannushkin, Moscow, Russia

На современном этапе оказания психиатрической помощи наряду с медикаментозными воздействиями, особую важность приобретают психореабилитационные и психотерапевтические программы, основанные на принципах доказательной медицины. Врачи-психиатры, врачи-психотерапевты и медицинские психологи все больше ориентируются на современные протоколы ведения пациентов, в которых заложены принципы биопсихосоциального подхода и полипрофессионального обслуживания. Необходимым условием эффективности групповых психореабилитационных программ является работа с пациентами в однородной группе со схожим диагнозом и уровнем нейрокогнитивного дефицита. При анализе проводимых психореабилитационных мероприятий, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях, для пациентов с биполярным аффективным расстройством практически отсутствовали специальные психотерапевтические программы. Пациенты этой нозологии, как правило, направлялись на тренинги и группы для пациентов с шизофренией, не учитывающие особенности проявления биполярного расстройства и высокое социальное функционирование этих пациентов. В связи с чем, для пациентов с биполярным аффективным расстройством была разработана и внедрена в практику программа по психосоциальной реабилитации в стационарных условиях и в условиях дневного стационара при больнице. Комплексная программа включала в себя тренинг по психообразованию, состоящий из 6 занятий продолжительностью 60 минут с отработкой навыков распознавания и совладания с начинающимися симптомами обострения, навыков по повышению комплаентности к медикаментозной терапии и дальнейшим психотерапевтическим воздействиям. После завершения программы

по психообразованию пациенты направлялись на психотерапию. Среди современных и специализированных подходов использовались такие, как диалектическая поведенческая терапия (Dialectical behavior therapy (DBT)) и межличностная и социальная ритм терапия (Interpersonal and social rhythm therapy (IPSRT)) обладающие доказанной эффективностью при лечении биполярного аффективного расстройства (БАР) [1, 3, 2, 4, 5, 6, 7]. Диалектическая поведенческая терапия в групповом формате представляет собой тренинг навыков, состоящий из 4 блоков: навыков осознанности, перенесения дистресса, регуляции эмоций и межличностной эффективности. Межличностная и социальная ритм терапия нацелена на поддержание регулярного ежедневного ритма сна и бодрствования, приема пищи и упражнений, а также активное привлечение членов семей к участию в организации этого процесса. IPSRT проводилась, как правило, индивидуально и включало в себя от 3 до 5 встреч. Нами были применены оба подхода в группах пациентов, страдающих БАР, психореабилитационная программа были рассчитаны на 6 месяцев и включала в себя в среднем 6–8 участников, при частоте встреч 1 раз в неделю, в амбулаторных условиях. В связи с введением режима самоизоляции вся работа с амбулаторными пациентами этой программы была переведена в он-лайн формат, что требовало дополнительных организационных решений в психореабилитационном процессе. В данный момент планируется изучение эффективности данной программы на большей выборке участников и анализ сложностей при реализации программы в клиническую практику.

Литература

1. Frank, E., Swartz, H. A., & Kupfer, D. J. (2000). Interpersonal and social rhythm therapy: managing the chaos of bipolar disorder. *Biological Psychiatry*, 48(6), 593–604.
2. Swartz, H. A., Frank, E., Frankel, D. R., Novick, D., & Houck, P. (2009). Psychotherapy as monotherapy for the treatment of bipolar II depression: a proof of concept study. *Bipolar Disorders*, 11(1), 89–94.
3. Stein, B. D., Celedonia, K. L., Kogan, J. N., Swartz, H. A., & Frank, E. (2013). Facilitators and Barriers Associated With Implementation of Evidence-Based Psychotherapy in Community Settings. *Psychiatric Services*, 64(12), 1263–1266.
4. Frank, E. (2007). Interpersonal and social rhythm therapy: A means of improving depression and preventing relapse in bipolar disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 63(5), 463–473.
5. Hoberg, A. A., Ponto, J., Nelson, P. J., & Frye, M. A. (2013). Group Interpersonal and Social Rhythm Therapy for Bipolar Depression. *Perspectives in Psychiatric Care*, n/a–n/a.
6. Hlastala, S. A., Kotler, J. S., McClellan, J. M., & McCauley, E. A. (2010). Interpersonal and social rhythm therapy for adolescents with bipolar disorder: treatment development and results from an open trial. *Depression and Anxiety*, 27(5), 457–464.

7. Swartz, H. A., Frank, E., & Frankel, D. (2008). Psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS) dans le trouble bipolaire II: structure du traitement et exemples cliniques. *Santé Mentale Au Québec*, 33(2), 151.
8. Angst, J., Adolfsson, R., Benazzi, F., Gamma, A., Hantouche, E., Meyer, T., Scott, J. (2005). The HCL-32: Towards a self-assessment tool for hypomanic symptoms in outpatients. *Journal of Affective Disorders*, 88(2), 217–233.
9. Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480.
10. Swartz, H. A., & Frank, E. (2001). Psychotherapy for bipolar depression: a phase-specific treatment strategy? *Bipolar Disorders*, 3(1), 11–22.

Когнитивные корреляты критичности у больных параноидной шизофренией

Пеккер М.В.

ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко»,
ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия
masha_pekker@mail.ru

Щелкова О.Ю.

ФГБОУ ВО СПбГУ; ФГБУ «НМИЦ психиатрии и
неврологии им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия
o.shhelkova@spbu.ru

Ключевые слова: критичность, распознавание ошибок, параноидная шизофрения, когнитивный дефицит

Cognitive correlates of lack of judgment and insight in patients with paranoid schizophrenia

Pekker M.V.

*St. Petersburg Psychiatric Hospital named after
Kaschenko; St. Petersburg State University, Russia*

Shchelkova O.Y.

*Saint Petersburg State University; Bekhterev National Medical
Research Centre of Psychiatry and Neurology, Russia*

Keywords: error recognition, lack of judgement and insight, paranoid schizophrenia, cognitive deficit

Введение. Актуальность экспериментально-психологического исследования проблемы критичности у больных параноидной шизофренией определяется необходимостью объективизации оценки когнитивных нарушений, лежащих в основе неспособности к корректному распознаванию собственных ошибочных суждений и действий. В свою очередь, в поле практики такая оценка может способствовать возрастанию достоверности прогноза в отношении реабилитации, динамики лечения и исхода лечебных интервенций.

В силу известной конвенциональности представлений о норме и патологии в классической клинически-ориентированной психиатрии, когда «нормальным» или «патологическим» могут считаться одни и те же паттерны поведения, наблюдаемые в различном контексте, перед медицинским психологом встают задачи экспериментальной верификации наблюдаемых феноменов [Худик В.А., 2008]. Понятие критичности широко используется среди специалистов, работающих в области пси-

хиатрии, однако обращает на себя внимание неоднозначность его понимания и методов диагностики подобных нарушений [Кожуховская И.И., Блейхер В.М., 2009; Зейгарник Б.В., 2005; Beck А.Т., 2004]. На наш взгляд, именно в жестко детерминированных, контролируемых условиях психологического эксперимента, появляется возможность отследить патологические механизмы, лежащие в основе описанных нарушений.

Материалы и методы. Было привлечено к участию 90 пациентов (средний возраст – 33 года). Все пациенты исследовались в период их нахождения на стационарном лечении в отделениях СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко».

Клинико-психологическая оценка критичности пациента включала рассмотрение трех основных компонентов: критичность к суждениям, критичность к болезни, критичность к собственной личности. Для определения степени выраженности психопатологических симптомов использовалась клиническая шкала PANSS. Для определения уровня социального функционирования использовалась шкала PSP. Результаты указанных шкал верифицированы клинической оценкой врача-психиатра. Психодиагностический комплекс включал следующие методики: субтесты стандартизированного набора нейропсихологических проб, таблицы Шульте, цифровую корректурную пробу Аматауни-Вассермана, субтесты методики Д. Векслера; патофизиологическую методику «Исключение предметов»; «Тест последовательных соединений» (ТМТ); субтесты нейрокогнитивной батареи BACS; методику «Комплексная фигура Рея-Остерриета»; тест вербального научения Хопкинса (HVLT).

С их помощью были исследованы некоторые особенности зрительного гнозиса, функции слухоречевой, рабочей, зрительно-моторной видов памяти, произвольного и отложенного запоминания; зафиксированы показатели темпа психической деятельности, концентрации, устойчивости, переключения и распределения внимания; дана патофизиологическая оценка нарушений мышления (по классификации Б.В. Зейгарник) [Зейгарник Б.В., 2005] и определен показатель абстрактно-логического мышления; оценена способность к восприятию пациентами «модели психического состояния» («theory of mind»).

Статистическая обработка результатов исследования включала процедуру кластеризации, которой предшествовала процедура многомерного шкалирования (по методу МСА). Межгрупповое сравнение осуществлялось при помощи критерия Манна-Уитни. Связь между категориальными переменными изучалась критерием χ^2 . Множественное тестирование гипотез корректировалось при помощи поправки Беньямини-Хохберга.

Результаты. Значение степени нарушений критичности определено относительно выраженности нарушений социального функционирования и склонности к непрямым проявлениям враждебности. Большая выраженность нарушений критичности определяет относительно

низкие результаты пациентов по ряду когнитивных показателей: слухоречевого и зрительно-моторного запоминания; скорости психических процессов; уровня абстрагирования. Выраженность нарушений критичности имеет существенное значение в отношении числа конфабуляций при воспроизведении стимульного материала различных модальностей; выраженности нарушений мышления и, в частности, распространенности нарушений саморегуляции и аморфности мышления; показателя точности копирования сложной фигуры; объяснения смысла серии сюжетных картин – построения «теории психического». Что в обобщенном виде можно охарактеризовать, как нарушения, связанные: а) с игнорированием ошибок условиях непрерывной доступности стимульного материала; б) с привлечением иррелевантной информации при решении задачи (конфабуляции).

Резюме. Проведенное исследование показало, что использование комплексной оценки когнитивных функций позволяет установить достоверные различия между группами больных параноидной шизофренией, степень нарушений критичности у которых, была установлена с помощью клинико-психологического метода, с включением данных об отношении пациента к ошибочным суждениям. Выделены два типа характерных ошибок, которые статистически достоверно чаще демонстрировали пациенты с более низким уровнем критичности. Первый обобщенно можно охарактеризовать, как нарушение распознавания ошибок в условиях непрерывного предъявления стимульного материала – игнорирование ошибок. Второй тип ошибок был связан с привлечением иррелевантной информации в процессе решения когнитивной задачи – конфабуляции.

Литература

1. Блейхер В.М. Клиническая патопсихология: руководство для врачей и клинических психологов / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков. – М.: Московский психолого-социальный институт, 2009. – 831 с.
2. Зейгарник, Б.В. Патопсихология / Б.В. Зейгарник. – М.: Академия, 2005. – 208 с.
3. Кожуховская И.И. Нарушение критичности у психически больных / И.И. Кожуховская. – М.: МГУ, 1985. – 80 с.
4. Худик В.А. О соотношении понятий «Норма» и «Патология» / В.А. Худик // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. Серия Педагогика. – 2008. – выпуск 3. – С. 114–129
5. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale / A.T. Beck [et al.] // Schizophrenia Research. – 2004. Vol. 68(2). – P. 319–329. doi:10.1016/s0920-9964(03)00189-0

Психологическое сопровождение как неотъемлемая часть психосоциальной реабилитации больных шизофренией, совершивших общественно опасное деяние

Пенявская А.В.

Томская клиническая психиатрическая больница, Томск, Россия

A.Penyavskaya@gmail.com

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, психологическое сопровождение, принудительное лечение, больные шизофренией, психологическая диагностика

Psychological support as an integral part of psychosocial rehabilitation of schizophrenic patients who have committed a socially dangerous act

Penyavskaya A.V.

Mental Health Research Institute of Tomsk

Keywords: psychosocial rehabilitation, psychological support, compulsory treatment, schizophrenic patients, psychological diagnosis

Проблема общественной опасности больных шизофренией является актуальной не только в современной психиатрии, но и во всем обществе. В настоящее время обезопасить общество от социально опасных действий психически больных и адаптировать их к жизни, призваны принудительные меры медицинского характера. В целях предупреждения опасных действий психически больными крайне необходимы мероприятия по их реабилитации и устранению факторов и условий, приводящих к общественно опасным действиям, но только медицинские меры не могут обеспечить безопасность общества от социально-опасных действий психически больных.

Социально-реабилитационное направление стало приоритетным в практике принудительного лечения психически больных [1]. Важнейшим звеном психосоциальной реабилитации больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия, является психологическое сопровождение (проведение психодиагностического обследования, психологических тренингов, индивидуальных консультаций для больных). Целью психологического сопровождения является достижение устойчивой ремиссии, предупреждение повторных общественно опас-

ных действий больных, устранение факторов и условий, приводящих к общественно опасным действиям.

При разработке программы психологического сопровождения больных шизофренией в системе реабилитационных мероприятий на принудительном лечении необходимо учитывать не только нозоспецифические особенности, но и индивидуально-психологические, социальные характеристики пациентов на всех этапах лечения: как на этапе острого периода болезни, так и на этапе становления и в период ремиссии [1,2]. На начальном этапе лечения в деятельности больных преобладает психопатологический уровень регуляции, после купирования острой симптоматики на первый план выступают патопсихологические и психологические механизмы саморегуляции. Важным фактором в регуляции поведения больных являются содержание их ценностей и установок, особенности совладающего поведения, способность к самоконтролю возникающих деструктивных импульсов, самооценка. Недостаточность критической оценки своего заболевания и связанного с ним совершения общественно опасного деяния определяет сложность целостного осмысления сути и последствий своего деяния [3].

Психологическое сопровождение больных шизофренией на принудительном лечении выстраивается в соответствии с этапами принудительно-го лечения [2], а также имеет определенную направленность и содержание.

На адаптационно-диагностическом этапе – это проведение психодиагностического обследования, целью которого является выявление патопсихологических особенностей и личностных характеристик пациента, которые определяют риск реализации общественной опасности, риск формирования дезадаптивного поведения в условиях отделения. В ходе обследования также выявляются и сохраняются стороны познавательной, эмоционально-личностной сфер больного, на которые можно опереться в ходе дальнейшей работы.

Следующей задачей этого этапа является – снижение эмоционального напряжения, вызванного поступлением пациента в отделение и оказание помощи в адаптации к условиям пребывания в нем. Здесь важно сформировать у пациентов понимание необходимости пребывания в психиатрическом стационаре, приема лечения, взаимодействия с врачами и другими специалистами.

Еще одной важной задачей на этом этапе является формирование адекватной картины болезни, критики к психопатологическим симптомам.

Задачами психологического сопровождения на этапе интенсивных лечебно-реабилитационных мероприятий являются помощь пациентам в адаптации к симптомам заболевания и формирование критики к психопатологическим симптомам, приверженности к лечению, мотивации на длительную психофармакотерапию. Важной задачей на данном этапе является формирование критики к совершенному общественно-опас-

ному деянию. Поскольку у пациентов отмечается своеобразное отношение к факту привлечения к уголовной ответственности и ограничения свободы, оно требует определенного понимания и осознания того, что криминальное поведение было обусловлено психическим заболеванием, что и повлекло за собой невменение ответственности за совершенное общественно опасное действие [3].

На этапе стабилизации достигнутого эффекта основными задачами психологического сопровождения являются развитие навыков совладания с болезнью, уменьшение социальной изоляции, формирование социально-приемлемого поведения, отказ от асоциальных форм поведения.

Задачами психологического сопровождения больных шизофренией на заключительном этапе принудительного лечения являются стабилизация психического состояния, поддержание приверженности лечению, формирование картины будущего, проработка ценностно-смысловых ориентаций.

Осуществление психологического сопровождения больных шизофренией, совершивших общественно опасные действия, требует специальной системы психодиагностических и психокоррекционных мероприятий. При разработке программы психологического сопровождения необходимо учитывать особенности данного контингента и условий внешней среды, а именно: особенности пребывания пациента в условиях закрытого отделения, их патопсихологические особенности, особенности осознания психического заболевания, отношения к болезни, отношения к совершенному правонарушению.

Предупреждение и профилактика повторных общественно опасных действий больными шизофренией имеет большое социальное значение, что обуславливает целостный, системный подход в разработке программ психосоциальной реабилитации, неотъемлемой частью которой является психологическое сопровождение.

Литература

1. *Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А.* Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Мед-практика – М., 2004. – 492 с.
2. *Котов В.П., Мальцева М.М.,* и др. Принудительное лечение в психиатрическом стационаре: Руководство для врачей. М.: ФГУ «ГНЦС-СП им. В.П. Сербского». 2010. 345 с.
3. *Пенявская А.В.* Отношение больных шизофренией к совершенному общественно опасному деянию в условиях принудительного лечения / А.В. Пенявская, Э.И. Мещерякова // Психология и Психотехника. – 2019. – № 1. – С. 108–118. DOI: 10.7256/2454–0722.2019.1.28805 URL: http://www.e-notabene.ru/ppp/article_28805.html.

Международный опыт психологической помощи людям, страдающим химической зависимостью (Германия)

Польманн А.Г.

Консультативный центр по вопросам зависимости, Висбаден, Германия

Ключевые слова: химическая зависимость, клиническая психология в Германии, психология и социальная работа

International experience of psychological assistance to people suffering from chemical dependence (Germany)

Polmann A.G.

*Addiction Advisory Center, Wiesbaden, Germany /
Suchthilfezentrum, Wiesbaden Deutschland*

Keywords: addiction, clinical psychology in Germany, psychology and social work

Особенности развития современного мира приводят к сближению и сотрудничеству разных стран, в том числе и на уровне социальной и психологической помощи. Сейчас возможен не только обмен знаниями в рамках конференций и конгрессов, но и обмен специалистами. Как следствие, встает вопрос об универсальности представлений о задачах клинического психолога на международном уровне.

Данная статья посвящена описанию работы клинического психолога с людьми страдающими химической зависимостью в Германии.

В первую очередь, важно отметить тот, факт, что психолог в Германии редко остается психологом с дипломом. Большинство студентов психологических факультетов, получив титул бакалавра или магистра, продолжают обучение для повышения квалификации до «психолога-психотерапевта» (psychologischer Psychotherapeut – нем.) и возможности вести частную психотерапевтическую практику. После введения закона о психотерапии в 1999 году психологи получили это право наряду с врачами после соответствующего повышения квалификации. Таким образом, стало возможно расширение психологических услуг до уровня психотерапии. Однако, актуальное положение также подтверждено изменению. С 1 сентября 2020 в года вступает в силу новый закон об обучении психотерапии, в соответствии с которым студенты психо-

логических факультетов смогут получить диплом бакалавра/магистра с квалификацией «психотерапевт» [4].

Тем не менее в Германии также существует квалификация «клинический психолог», присваиваемая по завершении высшего образования. В соответствии с описанием профессионального сообщества психологов Германии (Bundesverband deutscher Psychologen) клинические психологи занимаются нарушениями эмоционального переживания и поведения, основываясь на психологических теориях, и подробно описывают их с помощью диагностики и классификации. Целью их работы является изменение, достигаемое психологическими методами с привлечением профилактики, а также терапии психических расстройств [1].

В соответствии с официальными данными (BDP), к базовым компетенциям клинического психолога относятся :

- Знание особенностей развития и нарушений эмоционального фона и поведения в детском, подростковом и взрослом возрасте.
- Знания психологической диагностики.
- Наличие знаний и навыков психологического консультирования
- Способность установления и сохранения контакта с лицами с ограниченными возможностями и имеющими трудности с установлением контакта.
- Способность проведения междисциплинарной работы.
- Проведение терапевтических мероприятий в индивидуальном и групповом формате [1].

Эти компетенции применимы как амбулаторной так и стационарной работе: в клиниках, реабилитационных центрах, в психиатрических учреждениях и консультативных центрах по семейному и педагогическому консультированию.

Помощь людям, страдающим химической зависимостью, также может быть одной из сфер деятельности психолога. Стоит однако обратить внимание на то, что сфера «помощи зависимым» принципиально отличается по своей структуре от наркологии в России.

В Российской Федерации наркология является отраслью психиатрии и таким образом помощь людям, страдающим химической зависимостью автоматически находит свое место в медицинских учреждениях: наркологических диспансерах и реабилитационных центрах. Специалистами в этой сфере являются: врачи-наркологи (часто имеющие базовую квалификацию психиатра), медицинские психологи, а также специалисты по социальной работе. Задача первичной и вторичной профилактики химической зависимости также стоит перед психологами.

Для более подробного анализа и сравнения систем помощи в России и Германии важно обратить внимание на особенности психических расстройств данного спектра. Химическая зависимость – это сложное структурное заболевание, оказывающее влияние на уровень жиз-

ни пострадавших на биологическом (изменения нейробиологических процессов головного мозга, а также сопутствующие заболевания такие как СПИД и гепатит С), психическом (эмоциональные и психические расстройства) и социальном (уровне отношений, потери социального статуса и места в обществе, в т.ч. за счет криминальной деятельности и тюремного заключения) уровне[5]. Согласно «биопсихосоциальной модели»(Engel 1977, Feuerlein 1989), множество признаков каждого из трех уровней может быть равно как фактором риска развития зависимостей, так и фактором защиты. Именно поэтому логично было бы строить систему помощи, опираясь на эту структуру.

Основой такого многоуровневого подхода в Германии является модель 4 – «столпов» (das Vier-Säulen-Modell) [3], предлагающая следующие направления работы с зависимостью: 1) профилактика 2) консультирование и терапия зависимостей 3) минимизация ущерба и обеспечение выживания (предотвращение негативных последствий зависимости – «harm reduction»). 4) Репрессия (регуляция законодательства и защита детей и подростков от непосредственного доступа к ПАВ).

Направление «принимаящей помощи» химически зависимым появилось в Германии в 80-х гг [2]. Целью такой работы является в отличие от классического представления, не абсолютная трезвость, а работа над предотвращением последствий употребления. В рамках этой концепции возникло понятие «safer use» (безопасное употребление) и консультирование по поводу рисков с употреблением разных веществ, были введены специально организованные «комнаты для употребления», предоставляющие, например одноразовые шприцы и делающие возможным профилактику распространения таких тяжелых заболеваний как СПИД и гепатит С. Из логики этого же подхода возникла заместительная терапия опиоидной зависимости, берущая свои корни в 1970х годах США.

Вышеупомянутые направления работы привлекли специалистов по социальной работе и социальных педагогов сферу, именуемую в России наркологией, и опирающуюся в большей степени на медицину и клиническую психологию. В Германии же помощь химически зависимым воспринимается в большей степени как область социальной работы. Психологи могут в ней также участвовать, но делят ответственность с социальными педагогами и социальными работниками. Чаще всего психологи с дипломом осуществляют деятельность в рамках консультирования и терапии зависимостей, как в амбулаторных центрах, так и в стационаре.

В рамках стационарного лечения психологи в большинстве случаев берут на себя обязанности проведения непосредственного терапевтического процесса. Это возможно либо при наличии квалификации «терапевт зависимостей» либо «психолог – психотерапевт». Квалификацию «терапевт зависимостей» можно получить и с базовым образованием в сфере социальной работы и социальной педагогики. В клиниках также

предусмотрена позиция «клинического психолога», ориентированная на диагностику, но не психотерапию как таковую.

В амбулаторной работе психологи, также наравне с коллегами социальными педагогами и социальными работниками, занимают должность «консультанта по зависимости» (SuchtberaterIn – нем). Сфера задач такого специалиста может быть представлена следующим образом: 1) консультирование и прояснение мотивации клиента 2) амбулаторное сопровождение и направление на стационарное лечение 3) постстационарное сопровождение 3) проведение психоэдукативных групп 4) групповая и индивидуальная работа с семьями зависимых 5) амбулаторная реабилитация (при наличии квалификации «терапевт зависимостей»).

Все вышеуказанные задачи могут выполняться равно как психологом (с дипломом), также и специалистом по социальной работе и социальной педагогике. Следовательно, различия между этими сферами знаний отходят на второй план. Первостепенным является выполнение конкретной задачи, а именно обеспечение людей, оказавшихся в сложной жизненной ситуации химической зависимости, необходимой и адекватной помощью и поддержкой.

Литература

1. Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen- Berufsbild Psychologie. Psychologische Tätigkeitfelder- BDP, 2018
2. Böllinger, L., Stöver, H., Fietzek, L.: Drogenpraxis, Drogenrecht, Drogenpolitik – Leitfaden für Drogennutzer, Eltern, Drogenberater, Ärzte und Juristen. Fachhochschulverlag, Band 12- 2002.
3. Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung – Aktionsplan Drogen und Sucht, 2003.
4. Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vom 15. November 2019 – Bundesgesetzblatt Jahrgang 2019 Teil I Nr. 40, ausgegeben zu Bonn am 22. November 2019
5. Tretter F., Müller A. Psychologische Therapie der Sucht. – Hogrefe-Verlag für Psychologie, Göttingen-Bern-Toronto-Seattle, 2001.

Личностные особенности зависимых от сочетания наркотиков и алкоголя*

Рецер Р.А., Соловьева И.Г., Сарычева Ю.В.
ФГБОУ ВО Новосибирский государственный
медицинский университет Минздрава России, Россия
ГБУЗ НСО «Новосибирский областной
клинический наркологический диспансер», Россия
regina_rezer@mail.ru, irraso@mail.ru, julia_sar@mail.ru

Патрикеева О.Н.
ГБУЗ НСО «Новосибирский областной
клинический наркологический диспансер», Россия
oli74@mail.ru

Ключевые слова: химическая аддикция, психоактивные вещества, аддиктивная личность

Personal characteristics of addicts using a combination of drugs and alcohol

Rezer R.A., Soloveva I.G., Sarycheva Yu.V.
Novosibirsk State Medical University, Russia
Novosibirsk regional clinical narcological dispensary, Russia
Patrikeeva O.N.
Novosibirsk regional clinical narcological dispensary, Russia

Keywords: drug addiction, psychoactive substances, addictive personality

Введение. В последние годы наблюдается рост числа зависимых, употребляющих сочетание различных психоактивных веществ (ПАВ), следствием чего является изменение клинической картины заболевания, проявляющееся в ускорении темпа развития основных симптомов и синдромов наркотической аддикции и более тяжелых социальных последствиях [1, 2]. Наиболее токсические эффекты на организм и психику оказывает потребление нескольких наркотических веществ в сочетании с алкоголем, в связи с чем актуальным является изучение психологических особенностей пациентов данной группы, что позволит применять более персонализированный подход в профилактике и коррекции зависимости от ПАВ.

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 18-013-00919 А – Клинико-патопсихологические аспекты наркозависимости от синтетических каннабиноидов и синтетических катинонов: роль полиморфизма генов дофамин-β-гидроксилазы (DBH) и транспортера дофамина (DAT).

Цель исследования – изучение личностных особенностей и показателей психоэмоциональной реактивности у наркозависимых, употребляющих ПАВ в сочетании с алкоголем.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 57 мужчин с зависимостью от ПАВ. Из них, 19 человек с мононаркоманией (зависимость от одного наркотического вещества), 16 – с полинаркоманией (зависимость от нескольких наркотических веществ); 12 – с осложненной наркоманией (зависимость от одной группы наркотиков и алкоголя), «смешанная» группа – 10 человек с синдромом зависимости от нескольких наркотических веществ и алкоголя. Все обследуемые – пациенты ГБУЗ НСО «Новосибирский областной клинический наркологический диспансер». Средний возраст – $31,5 \pm 5,6$ лет. Длительность употребления ПАВ – $14 \pm 6,8$ лет.

При проведении исследования использовали клиническое интервью, Стандартизированный многофакторный метод исследования личности – СМИЛ (Собчик Л.Н., 2000); опросник «Мотивы употребления наркотиков» (Аксюциц И.В., 2007); опросник агрессивности Спилбергера Ч.Д.; шкала тревожности Спилбергера Ч.Д. (в адаптации Ханина Ю.Л.). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.0. Сравнение групп по отдельным показателям проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни, для выявления взаимосвязи между переменными использовали критерий г-Спирмена.

Результаты. При исследовании личностных особенностей пациентов «смешанной» группы (с синдромом зависимости от нескольких наркотических веществ и алкоголя) выявлено умеренное повышение шкалы F (65T), что указывает на переживание состояния стресса, ощущение внутреннего дискомфорта, напряжения и в целом, на дисгармонию личности.

Кроме того, у зависимых от сочетания нескольких наркотиков и алкоголя наблюдаются значимо более высокие показатели по шкале «Индивидуалистичность» ($p < 0,05$) в сравнении с другими обследуемыми группами и, напротив, более низкие показатели по шкале «Эмоциональная лабильность» ($p < 0,05$) и шкале «Лжи L» ($p < 0,05$), что на уровне поведенческих и эмоциональных паттернов может проявляться отгороженностью/изоляция, низкой социальной желательностью, трудностями в коммуникации. В таком случае, низкая чувствительность к средовым воздействиям может быть проявлением защитного механизма психики. При этом, степень индивидуалистичности и эмоциональной лабильности в исследуемой группе наркозависимых прямо коррелирует с уровнем личностной тревожности ($p < 0,05$). Действительно, у пациентов «смешанной» группы определяется более высокий уровень личностной тревожности и агрессии (агрессия как реакция и внешняя агрессия), чем у зависимых с моно- и осложненной наркоманией ($p < 0,05$).

Изучение мотивов употребления показало, что в группе с зависимостью от нескольких наркотических веществ и алкоголя ведущими явля-

ются персонально значимые мотивы: гедонистические, гиперактивации поведения и атарактические, а также, мотивы самоповреждения, что указывает на наличие аутоагрессии.

Уровень выраженности аддиктивных мотивов имеет обратную связь со шкалой коррекции поведения ($p < 0,05$) и напрямую со шкалами достоверности ($p < 0,01$) и социальной интроверсии ($p < 0,05$). Патологическое влечение к ПАВ с одной стороны, способствует погруженности в себя, отгороженности, замкнутости, с другой – снижению самоконтроля над поведением, нарастанию психопатологических личностных проявлений, что, в свою очередь, приводит к повторному потреблению веществ и усиливает напряженность аддиктивных мотивов.

Указанные факторы могут быть одной из причин употребления нескольких ПАВ, что позволяет избавиться от негативных эмоциональных переживаний, получить более интенсивные и пролонгированные ощущения и разрядку внутреннего напряжения. В тоже время, токсические эффекты сочетания ПАВ и алкоголя способствует нарастанию тревожности, эмоциональной нестабильности и агрессивности.

Выводы. Исходя из полученных результатов, можно предположить, что для лиц, употребляющих несколько наркотических веществ в сочетании с алкоголем, изначально характерны личностные особенности, для компенсации которых они начинают использовать различные сочетания ПАВ. При этом, при употреблении наркотических веществ разных групп увеличивается их токсическое воздействие на организм, быстрее формируются патологические изменения личности. Таким образом, сочетанное употребление приводит к усилению преморбидных особенностей.

Соответственно, психокоррекционная работа должна быть направлена на приведение личности к большей целостности, на выявление и компенсацию имеющихся патопсихологических личностных особенностей, обучению навыкам социального взаимодействия.

Литература

1. *Рохлина М.Л.* Сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ. Полизависимость // Вопросы наркологии. – 2014. – № 2. – С. 127–140.
2. *Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Ялтонская А.В.* Сочетанное употребление наркотиков и других психоактивных веществ подростками как актуальная проблема наркологии // Вопросы наркологии. – 2017. – № 7. – С. 82–93.

Содержание социокультурной реабилитации (абилитации): к постановке проблемы

Рогачева Т.В.

*ГАО «Областной центр реабилитации
инвалидов», Екатеринбург, Россия*

TVRog@yandex.ru

Ключевые слова: социокультурная реабилитация; социализация; адаптация

Content of socio-cultural rehabilitation (habilitation): to the problem statement

Rogacheva T.V.

*GAU "Regional center for rehabilitation
of disabled people", Yekaterinburg, Russia*

TVRog@yandex.ru

Keywords: socio-cultural rehabilitation; socialization; adaptation

Социокультурная реабилитация, это, пожалуй, один из видов реабилитации, который чаще всего обсуждается как теоретиками, так и практиками, занимающимися проблемами реабилитационного процесса. В нормативных правовых документах, определяющих содержание реабилитационного процесса, социокультурная реабилитация включена в направление «социальная реабилитация» и рассматривается как один из компонентов «системы и процесса полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности, ... направленной на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество» [1].

Если обратиться к теоретическим обоснованиям содержания понятия «социокультурная реабилитация», то чаще всего можно встретить определение социокультурной реабилитации через досуг. Так, например, В.С. Лебедев рассматривает социокультурную реабилитацию как «развитие всех форм досуговой деятельности инвалидов», подчеркивая, что «важная роль в социально-культурной реабилитации инвалидов принадлежит терапии средствами искусства и культуры, творчеством» [3,110]. Примерно в таком же ключе определяют содержание социокультурной реабилитации московские исследователи: «Приоритетной задачей социокультурной реабилитации является расширение творче-

ского потенциала инвалидов, выявление их интересов и потребностей. Она включает в себя комплекс различных мероприятий, направленных на восстановление культурного статуса инвалида как личности. Приобщаясь к культуре и искусству, инвалид становится частью культурного сообщества, что позволяет ему адаптироваться в стандартных социокультурных ситуациях, сформировать качества, позволяющие использовать различные формы досуга» [2, 149–150].

Таким образом, ограничившись досуговой деятельностью, из сферы внимания авторов, исследующих социокультурную реабилитацию, ускользает более глубокое сущностное понимание, которое связано с таким сложным понятием, как культура, и рядом других понятий, например, социализация, адаптация. Анализ содержания социокультурной деятельности необходим и потому, что в имеющихся определениях неявно содержится представление о ней как более глубоком феномене, когда речь идет о ее роли и месте в системе социальной реабилитации инвалидов, смыслом которой выступает именно восстановление.

Определить содержание и цель социокультурной реабилитации необходимо для конкретных реабилитационных мероприятий. Если речь идет о реабилитации, то главным в социокультурном восстановлении инвалида выступает социализация людей, оказавшихся в ситуации, которая привела к инвалидности. Поэтому социокультурная реабилитация это, в первую очередь, процесс формирования (абилитация) и восстановления (реабилитация) социально значимых навыков – способности к общению, согласованию действий, формированию адекватной самооценки и пр. Для осуществления данного процесса необходимо, во-первых, нормализовать психологическое состояние инвалида, во-вторых, сформировать адекватное представление как самого человека с инвалидностью, так и его близких о ситуации, на основе которого формируется новый образ «Я», происходит осознание своих реальных возможностей и определение сферы и способов реализации личности с учетом новых жизненных обстоятельств, в которых оказался человек.

Возникает вопрос: какие специалисты будут оказывать подобные услуги? Зачастую в реабилитационных центрах социокультурные мероприятия закреплены за специалистами, занимающимися досугом (организация экскурсий, вечеров отдыха, просмотров и обсуждений телепередач, книг и пр.). Однако, исходя из вышесказанного, ведущую роль в оказании социокультурных услуг инвалидам играют психологи. Ведь в результате нарушения здоровья и приобретения инвалидности происходят изменения, вследствие которых появляются трудности личностного и социального характера, диктующие необходимость адаптации инвалида в различных социокультурных ситуациях. Социокультурная реабилитация предполагает освоение образцов поведения, общения, деятельности, отношений, соответствующих конкретной культурной

среде, частью которой является человек с инвалидностью, что является компетенцией психолога.

Адаптация позволяет интегрировать инвалида в социальную среду, частью которой он становится, с учетом произошедших изменений. Сам процесс адаптации предполагает ориентацию на конкретные культурные нормы, воплощающие общественные требования. В процессе реабилитации происходит восстановление или коррекция утраченных функций инвалида в соответствии с социальными и культурными ожиданиями той общественной системы (общества) или ее подсистемы (сегмента общественной жизни, сообщества), которой он принадлежит или частью которой становится. Поэтому качество реабилитации обнаруживается в том, насколько инвалиду удалось интегрироваться в виды деятельности и отношения, соответствующие, например, его возрасту, в какой мере он был принят социальной средой, и какое место занял в ней. С таких позиций и творчество рассматривается не только, и не столько как досуговая деятельность, а как создание чего-то нового – новых отношений, способов деятельности и поведения, общения, типов коммуникации и т.п.

Следовательно, социокультурная адаптация приводит инвалида к достижению определенного уровня социальной компетенции, который позволяет ему интегрироваться в окружающую его социальную среду в соответствии с требованиями и ожиданиями среды, ее самобытной культуры.

Литература

1. Федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 24.04.2020).
2. Григорьева Е.И., Илларионова Н.Н., Ганичева Ю.В., Казакова И.С. Теоретическое обеспечение социально-культурной реабилитации людей с ограниченными возможностями здоровья средствами искусства // Вестник МГУКИ. 2016. № 3 (71). С.148–154.
3. Лебедев В.С. Социокультурная реабилитация как целостный процесс // Гуманизация образования. 2018. № 4. С.109–113.

Новая модель потребления психоактивных веществ российскими студентами

Рычкова О.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Россия

rychkovaov@mgppu.ru

Агibalова Т.В.

Московский научно-практический

центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия

Пустовалова А.В.

Московская служба психологической

помощи населению, Россия, Москва

anna.pustovalova.mgppu@mail.ru

Ключевые слова: студенческий стресс, улучшение когнитивных функций, психоактивные вещества, ноотропы

New model of substance use by Russian students

Rychkova O.V.

Moscow State University of Psychology and Education

Agibalova T.V.

Moscow Research Centre for Addictions

Pustovalova A.V.

Moscow Service of Psychological Assistance to the Population

Keywords: student stress, enhancement of cognitive functions, drugs, nootropics

Период обучения в вузе для человека юношеского возраста сопряжен с необходимостью решения большого числа задач, связанных с личностным, профессиональным, социальным самоопределением. Сопутствующая этому психоэмоциональная нагрузка становится одним из значимых факторов психических расстройств и нарушений поведения. Так, употребление психоактивных веществ (ПАВ) особенно распространено среди молодежи в возрасте от 18 до 25 лет, при том, что «именно здоровье молодых людей больше всего страдает от связанных с этим последствий» (*Доклад ...*, с. III).

Кроме того, в современном обществе ситуация с употреблением ПАВ изменяется в соответствии с внешними, социальными факторами. На смену «традиционной» модели рекреационного использования алкоголя, или употребления опиатов маргинальными группами населения, приходят иные тенденции, значительно менее исследованные, но очень

опасные. Это и переход к новым синтетическим или «дизайнерским» наркотикам, которые не только легче синтезировать, но и сложнее обнаружить. Это и новая мифология потребления, с идеями якобы возможного контролируемого использования «легких» наркотиков, безвредности и допустимости последних. Изменяется мотивация потребления, отношение к наркотикам в обществе, возникают новые молодежные субкультуры, диктующие свои правила. Одной из проблем, которая наметилась в последние годы, но не изучалась в России, стало использование ПАВ студентами с целью совладания со студенческим стрессом и улучшения уровня когнитивного функционирования (УКФ).

В западных странах медицинские специалисты уже несколько десятилетий назад обнаружили рост числа психически здоровых лиц, использующих рецептурные медицинские препараты без рекомендаций врача для целей улучшения умственной работоспособности, продуктивности, повышения показателей внимания и памяти (Farah, 2015). По результатам проведенных в разных странах исследований, подобная практика чаще присутствует у студентов престижных, высокорейтинговых университетов, то есть у тех, кто ищет конкурентных преимуществ (Maier, Ferris, Winstock, 2018). Потребление рецептурных медицинских препаратов без назначений врача для цели УКФ, по мнению исследователей, имеет сомнительную эффективность, скорее основано на эффекте плацебо, иногда может стать способом преодоления стресса и/или неблагоприятного эмоционального и физического состояния. При этом побочные эффекты такого неконтролируемого приема высоко вероятны и пагубны. Это и формирование зависимости от препаратов стимулирующего действия, перехода (в поисках еще более заметного эффекта) к наркотическим веществам, особенно – амфетаминам, и спровоцированные недозированным приемом психозы и суициды (Vo, Neafsey, Lin, 2015).

Целью исследования стала проверка предположения о высокой частоте встречаемости в российской студенческой популяции использования медицинских препаратов для совладания со стрессом, оптимизацией психического состояния, улучшения когнитивных функций и достижения более высоких академических показателей.

Дизайн исследования. Пилотажное исследование было проведено с использованием on-line опроса, мотивирующее письмо размещалось в социальных сетях (ВКонтакте и Facebook). Респонденты приняли участие в исследовании, заполнив Гугл-форму с вопросами анкеты и тестов, на добровольной основе и условиях анонимности. Анкета включала высказывания, касающиеся разных аспектов обучения, отношения к программе и учебным трудностям, вопросы, относящиеся к стратегиям совладания со стрессом, выбору препаратов, используемых для преодоления нежелательного состояния (использовались шкалы Ликерта, дихотомическая, ответ со свободным выбором). Для скрининг-

диагностики депрессии, тревоги и стресса применены DASS-21 и Краткая Шкала Стрессоустойчивости (КШС).

Полностью заполнили анкеты 606 студентов из России (439 девушек и 167 юношей), обучающихся в вузах Москвы, Санкт-Петербурга и других городов, по различным направлениям. Возраст испытуемых был не ниже 18 лет (что было условием участия в исследовании), и в среднем составил $20,9 \pm 0,26$ года для юношей и $21,6 \pm 0,2$ для девушек. Гендерный состав отражает реальное соотношение обучающихся на программах разных направлений (девушек больше среди обучающихся на гуманитарных направлениях).

Результаты. Получено эмпирическое подтверждение того, что обращение к лекарственным препаратам является приемлемым для студентов российских вузов типом копинга с возникающими во время обучения трудностями. Факт не вызывает удивления, отражая широко распространенную в России практику самолечения. Была выделена группа респондентов, признавших реальный опыт обращения к лекарственным препаратам, в том числе в целях УКФ, их число оказалось значительным – 293 человека (48,3 % от всей выборки). Ответы респондентов этой группы (основной) проанализированы, и сопоставлены (с использованием непараметрического U-критерия Манна-Уитни) с данными студентов, отрицающих применение любых ПАВ, включая лекарственные средства, и включенных в контрольную группу (228 человек или 37,6 %).

Установлено, что лица основной группы имеют более высокий уровень переживаемого стресса и повышенные значения показателей эмоционального неблагополучия. 112 человек (или 38,2 % лиц из основной группы) находят у себя признаки психического неблагополучия; чаще признавая симптомы депрессивных, тревожных расстройств, биполярного аффективного расстройства. И хотя у лиц основной группы ни разу не встретилось указаний на наличие признаков какого-либо «специфическое расстройство когнитивных функций или обучения» (пункт анкеты), они широко используют лекарства УКФ наряду с иными препаратами. В качестве наиболее часто используемых – ноотропы (глицин, фенибут, пирацетам, др.), растительные препараты с седативным и/или стимулирующим действием, антидепрессанты, противотревожные, адаптогены и иные. У лиц, использующих медицинские препараты для УКФ, отмечены высокая степень выраженности внутреннего локуса контроля в виде признания приоритета личного желания в выборе специальности, высокой степень влияния своих способностей на успешность сдачи сессии. Можно заметить у них сравнительно низкую степень удовлетворенности собственными способностями, восприятие окружающего мира как диктующего высокие, чрезмерные требования.

Выводы. Проведенное пилотажное исследование своевременно, отражает активно формирующуюся в студенческой популяции практику

использования фармацевтических препаратов для целей оптимизации своего психического состояния и УКФ (в виде стремления повысить работоспособность, улучшить запоминание материала, и достичь желаемой академической успешности). Доказан факт обращения студентов российских вузов к широкому кругу лекарственных препаратов, и такая практика распространена у студентов, ощущающих высокий уровень академического стресса и имеющих перфекционистские установки. Перспективы исследования видятся в создании методов скрининга практики использования медицинских препаратов для целей УКФ, выявлении факторов влияния, значимых для формирования такой практики. Конечно, необходимы междисциплинарные исследования для оценки эффектов используемых для целей УКФ медицинских препаратов, как положительных, так и нежелательных, выявление факторов риска формирования зависимости от ПАВ, сопоставление с данными по более традиционному рекреационному потреблению ПАВ. В перспективе – разработка программы профилактики.

Ограничения исследования. В исследовании не оценивалось объективными методами психическое здоровье респондентов, в том числе наличие/отсутствие признаков химических зависимостей, равно как и реальные эффекты использования лекарственных препаратов. Не проводилось анализа нежелательных (побочных) эффектов установленного фактически самолечения, не оценивалось более традиционное рекреационное потребление ПАВ.

Литература

1. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками за 2019 год (E/INCB/2019/1)
2. *Maier L.J., Ferris J.A., Winstock A.R.* Pharmacological cognitive enhancement among non-ADHD individuals – a cross-sectional study in 15 countries. // *Int J Drug Policy*. – 2018. – Vol.58. – P. 104–112
3. *Farah M.* The Unknowns of Cognitive Enhancement. *Science*. – 2015. – 350:379–380
4. *Vo K., Neafsey P., Lin C.* Concurrent use of amphetamine stimulants and antidepressants by undergraduate students // *PATIENT PREFER ADHER*. 2015. Vol.9. P.161–172

Взаимосвязь социальной адаптации психически больных пациентов с особенностями совладающего поведения и отношения к болезни

Селезнева М.Н.

Россия, Москва, ФГБОУ ВО МГППУ

selezmar@mail.ru

Ключевые слова: психическое расстройство, социальная адаптация, совладающее поведение, отношение к болезни

The relationship of social adaptation of mentally diseased patients with features of coping behavior and perception of disease

Selezneva M.N.

Russia, Moscow, Moscow State Pedagogical University

Keywords: mental disease, social adaptation, coping behavior, perception of disease

Социальная адаптация психически больного пациента определяет успешность его взаимодействия с другими людьми, и потому ее повышение является значимой частью психосоциальной реабилитации. Данный психологический феномен проявляется в готовности пациента к принятию терапии, его отношении к медицинскому персоналу, особенностях общения с родственниками, возможности трудоустройства и самореализации в профессиональной среде и др. Низкая социальная адаптация в крайних своих проявлениях сопряжена с высокими рисками потери жизненного смысла, развития депрессивных состояний, инвалидизации, формирования зависимости от ПАВ, криминализации. Высокая социальная адаптация, в свою очередь, связана с успешным функционированием пациента в обществе [4].

В данной работе социальная адаптация рассматривается как результат приспособления пациента к новой жизненной ситуации, которая начинается с проявления болезненных симптомов и манифестации заболевания. Данная ситуация предъявляет высокие требования к внутренним и внешним ресурсам личности: с одной стороны это психологические особенности пациента и его прошлый опыт, с другой – особенности самой ситуации, возможность обращения за помощью, информационная обеспеченность, поддержка близких людей [3].

В.Н. Мясичев говорит о том, что тот или иной тип социальной адаптации является результатом взаимодействия личности и болезни [2]. На ос-

нове этого взаимодействия формируется отношение к болезни – психологический конструкт, включающий в себя восприятие заболевания и отдельных его симптомов, принятие лечения, видение будущего в контексте болезни и др. Отношение к болезни постепенно встраивается в целостную систему отношений личности, тем самым влияя на все остальные ее психологические характеристики, в том числе на особенности совладающего со стрессом поведения: взаимодействие старых, привычных способов преодоления с новой ситуацией болезни формирует и новый стиль совладания, который может либо способствовать улучшению актуального состояния, либо, наоборот, усугублять болезненную симптоматику [2]. Таким образом, отношение пациента к болезни и стиль его совладающего поведения оказывают существенное влияние на успешность адаптации к изменившимся особенностям социального функционирования [5].

Целью исследования стало выявление особенностей взаимосвязи между социальной адаптацией, отношением к болезни и совладающим поведением у психически больных (на примере пациентов с расстройствами шизофренического и аффективного спектров).

Выборку составили 42 взрослых пациента 4-й клинической психиатрической больницы им. Б.П. Ганнушкина. Среди испытуемых 25 пациентов с диагнозами расстройств шизофренического спектра и 17 – аффективного.

Методы исследования: полуструктурированное интервью, формализованная диагностика (опросник «Способы совладающего поведения», Р. Лазарус, С. Фолкман); методика «ТОБОЛ», институт им. В.М. Бехтерева; опросники «Социальное благополучие» и «Удовлетворенность жизнью», Н.Н. Мельникова). Внешняя адаптация понималась как видимая успешность функционирования индивида в обществе, а внутренняя – как субъективное чувство психологического благополучия [1].

Результаты исследования. При помощи непараметрического критерия Спирмена исследовалась связь социальной адаптации с отдельными типами отношения к болезни и отдельными копинг-стратегиями. Более высокий уровень социальной адаптации наблюдается при типах совладающего поведения, связанных с планированием решения проблемы ($r = 0,45$) и положительной переоценкой ситуации ($r = 0,55$), причем они оказывают позитивное влияние преимущественно на внутренний критерий адаптации, т.е. на субъективное чувство благополучия. С более высокой социальной адаптацией связано также стремление к поиску социальной поддержки, однако лишь в сочетании с умением состоятельно планировать решение проблемы. Высокой социальной адаптации способствует также эргодатический тип отношения к болезни ($r = 0,31$), связанный с погружением в профессиональную деятельность. Отрицание заболевания или преуменьшение его значимости связаны с большим субъективным чувством благополучия, однако ведут к снижению социальной адаптации на внешнем уровне.

Были выявлены также связи между отдельными типами отношения к болезни и копинг-стратегиями, которые позволили предположить, что некоторые типы отношения к болезни снижают возможности эффективного совладания и, соответственно, успешность социальной адаптации. Так, способность к таким конструктивным копинг-стратегиям как положительная переоценка и планирование решения проблемы снижена при тревожном, меланхолическом, ипохондрическом, эгоцентрическом отношении к болезни. Эффективному самоконтролю препятствуют подозрительность, дисфория, отрицание заболевания.

Итак, существует определенная взаимосвязь между социальной адаптацией, отношением к болезни и совладающим поведением: способность к положительной переоценке проблемы и планированию ее решения, умение обращаться за помощью, интерес к профессиональной деятельности способствуют более высокой социальной адаптации, в то время как избегание трудностей, чрезмерно выраженный самоконтроль, самообвинение, эгоцентризм могут формировать социальную дезадаптацию.

Полученные в ходе исследования данные позволяют планировать такие формы психотерапевтической, коррекционной, реабилитационной работы с пациентами, которые направлены не на устранение неконструктивных и дезадаптивных форм поведения и реагирования, а на развитие внутренних ресурсов, обучение таким формам совладания, которые помогут пациентам преодолеть стрессовую для них ситуацию заболевания и научиться видеть и понимать ее по-новому.

Литература

1. *Мельникова Н.Н.* Диагностика социально-психологической адаптации личности : учебное пособие / Н.Н. Мельникова. Челябинск : ЮУрГУ. 2004. 59 с.
2. *Мясищев В.Н.* Личность и неврозы. Л. : Изд-во Ленинград. ун-та, 1960. 426 с.
3. *Позднякова О.В.* Социальная адаптация как стадия социализации личности // Социально-экономические явления и процессы. 2011. № 5–6. С. 362–366.
4. *Токарева Г.М.* Субъективные представления об имеющихся проблемах социального функционирования у пациентов с психическими расстройствами, совершавших и не совершавших общественно опасные деяния // Sciences of Europe. 2017. № 1. С. 78–82.
5. *Middelboe T.* Coping strategies among the long term mentally ill: categorization and clinical determinants / T. Middelboe, E.L. Mortensen // Acta Psychiatrica Scandinavica. 2007. № 3(96). P. 188–194.

Оценка степени самостоятельности и необходимого сопровождения лиц с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью

Сиснева М.Е.

член Межведомственной рабочей группы по разработке основных подходов к реформированию ПНИ при Минтруда РФ (совместно с РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва)

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, самостоятельность, сопровождение, пациенты с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью

Assessment of the Degree of Self-dependence and Necessary support among Persons with Severe Mental Disorders and Disabilities

Sisneva M.E.

member of the Interdepartmental working group on the development of basic approaches to reforming psychoneurological residential facilities under the Ministry of Labor of the Russian Federation (in collaboration with the Center for Curative Pedagogy, Moscow)

Keywords: psychosocial rehabilitation, self-dependence, support, patients with severe mental disorders and disabilities

Статьей 19 Конвенции о правах инвалидов ООН признается равное право всех инвалидов жить в обычных местах проживания, выбирать наравне с другими людьми свое место жительства, иметь равный доступ к услугам, в том числе поддерживающим услугам, оказываемым на дому и по месту жительства, включая персональную помощь для поддержки самостоятельного образа жизни в местном сообществе.

Для лиц с инвалидностью, имеющих ограничения жизнедеятельности, в том числе вследствие тяжелых психических расстройств, развиваются технологии сопровождаемого проживания. Сопровождаемое проживание – это стационарозамещающая технология социального обслуживания, предусматривающая возможность предоставления лицам с инвалидностью услуг по реабилитации и абилитации, социальных и иных услуг и проведения мероприятий по их социальному сопровождению в целях компенсации обстоятельств, которые ухудшают условия их жизнедеятельности, и сохранения их пребывания в привычной и благоприятной среде.

После проведенного в 2019 году мониторинга деятельности психоневрологических интернатов (ПНИ) правительство РФ дало поручение

ГМЦ социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского провести оценку всех жителей ПНИ на предмет степени их самостоятельности и дееспособности. По мнению авторов данного исследования, проведенная оценка была основана исключительно на медицинских критериях. Своей целью авторы данного исследования поставили разработку, а также апробацию и первичную валидизацию опросника, направленного на определение степени самостоятельности и необходимого сопровождения лиц с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью, – опросника, который основывался бы на всесторонней оценке их функционирования и мог бы лечь в основу разработки финансово-организационной модели предоставления лицам с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью необходимых им реабилитационных услуг и социального сопровождения.

Для разработки понятийного аппарата исследования была использована концептуальная основа Международной классификации функционирования (МКФ). Критерии и домены МКФ обладают большой внутренней связностью, взаимным соответствием клинических, клинико-психологических и медико-социальных аспектов нарушений здоровья. Кроме того, в Российской Федерации домены всех разделов МКФ уже используются органами медико-социальной экспертизы при установлении инвалидности, что обеспечивает общую методологическую основу для взаимодействия специалистов. Опросник оценки степени самостоятельности включает измеримые критерии всех функций разделов «Активность и участие» МКФ.

Введение доменов МКФ в критерии оценки степени самостоятельности лиц с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью позволило:

- уточнить содержание отличительных признаков, на основании которых производится оценка;
- измерить признаки с помощью единой шкалы МКФ;
- использовать в качестве критериев не столько медицинские показатели, сколько активность и участие граждан в обычных социальных отношениях в естественных жизненных ситуациях;
- привлечь для комплексной оценки специалистов различных специальностей и направлений.

Данное исследование было проведено на базе одного из психоневрологических интернатов Департамента труда и социальной защиты г. Москвы. В опросе приняло участие 162 человека с тяжелыми психическими расстройствами и инвалидностью.

В зависимости от степени нарушения или затруднения автономии оцениваемых функций по результатам исследования была не только определена степень самостоятельности участников исследования, но и установлен рекомендуемый объем, периодичность и характер услуг необходимого им социального сопровождения.

Арт-терапевтическая и групповая работа в стационаре с пациентами при различных видах психической патологии

Строгова С.Е.

ФГБНУ Научный центр

психического здоровья, Москва, Россия

svetlana.strogova0101@gmail.com

Ключевые слова: Подростки, социальное взаимодействие, реабилитация, арт-терапия

Art therapy and group work in a hospital with patients with various types of mental pathology

Strogova S.E.

Mental Health Research Center

Keywords: teenagers, social interaction, rehabilitation, art therapy

Снижение и утрата социальных и коммуникативных навыков при психическом заболевании в подростковом и юношеском возрасте может повлечь необратимые последствия. Госпитализация, стигматизация и другие факторы способствуют замыканию и самоизоляции юных пациентов. Арт-терапевтические, групповые занятия помогают пациентам обрести себя с опорой на их интересы, сохранные ресурсы, мотивацию, индивидуальные особенности, возможности [1,3,4].

Цель работы – формирование социальных и коммуникативных навыков, построение реабилитационного маршрута.

В ФГБНУ НЦПЗ в отделении реабилитации ведется групповая арт-терапевтическая работа с подростками (пациенты 7 клинического отделения) и лицами юношеского возраста (пациенты 2 клинического отделения).

Критерии включения в арт-терапевтическую и групповую работу: 1. Сохранный интеллект; 2. Подростковый, юношеский возраст; 3. Преимущественно малая прогрессивность заболевания (желательно); 4. Лечение в стационаре; 5. Вхождение в ремиссию; 6. Рекомендация лечащего врача.

Противопоказания: 1. Острота состояния.

В исследовании использовались методы субъективного шкалирования, опроса, беседа. Тестирование проводилось только для арт-терапевтических групп, до и после прохождения цикла занятий.

Арт-терапевтическая работа включала цикл из 6 тематических занятий, по 2 занятия в неделю, продолжительностью от 45 минут до 1 часа

в зависимости от степени утомления участников и проработки темы. Группа полуоткрытая (подростки 7 отделения НЦПЗ), число участников не превышает 8 человек без гендерного деления. В начале занятия ведущий в форме дискуссии поясняет тему занятия (1. Я-образ, 2. Мое настроение, 3. Эмоции, 4. Моя семья, 5. Дружба рисунками, 6. Мир, в котором хочется жить), после чего группа приступает к созданию образа и обсуждению. Материалами для работы выступают акварельные краски, гуашь, карандаши или пастель.

Групповая работа на базе 2 отделения НЦПЗ осуществлялась в виде 4 тематических встреч 1 раз в неделю, формат группы открытый, продолжительность 1 час, число участников до 10 человек без гендерного деления. Работа проводилась с использованием разных по теме метафорических карт, например, «Зонтики» – метафора совладания с трудными жизненными ситуациями» [2]. В начале занятия группа под руководством ведущего в форме обсуждения изучает предложенный материал, в описываемом случае 64 карты с авторскими рисунками, на следующем этапе предлагается еще 64 карты, но уже с незаконченными предложениями (карта-схема), где представлен общий принцип действия в сложной жизненной ситуации. Одной из главных задач является стимуляция участников группы к дискуссионному формату работы.

Анализ и сравнение полученных данных тестирования (повторного тестирования) для пациентов 7 отделения прошедших курс арт-терапевтических занятий и пациентов находящихся только на медикаментозном лечении, показало, подростки прошедшие цикл занятий по арт-терапии стали более адаптированы, учатся сотрудничать, уменьшаются показатели алекситимии. Во время занятий подростки получают опыт общения и социального взаимодействия в «безопасных» условиях.

Групповые занятия с пациентами юношеского возраста с использованием разных наборов метафорических карт также зарекомендовали себя эффективным методом, поскольку часть участников группы в последующем работали индивидуально с клиническим психологом, формируя более точные запросы в терапии. Разрабатывается количественный метод оценки эффективности групповых занятий.

Групповой формат встреч в условиях стационара с использованием разных в том числе арт-терапевтических, проективных методов выступил эффективным средством коррекционной работы, направленной на улучшение социального взаимодействия. Доступность и регулярность терапии, позволили пациентам визуализировать свои переживания, способствуя стимуляции социальной активности и формированию навыков коммуникации. Таким образом, сочетание медикаментозной терапии и разных методов психотерапии позволяют ориентировать пациентов в дальнейшей реабилитационной работе.

Литература

1. *Бурно М.Е.* Терапия творческим самовыражением. – М., Академический проект, 2012.
2. *Гераськина Г.* Зонтики. Метафора совладания с трудными жизненными ситуациями. Метафорические карты. Генезис, 2017.
3. *Казьмина О.Ю.* Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией: Методические рекомендации. – Москва: Сам полиграфист, сор. 2016.
4. *Копытин А.И.* Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт. – М.: Когито-Центр, 2012. –286 с.

Тренировка памяти как способ улучшения качества жизни людей пожилого возраста с деменцией

Суворова И.Ю.

*Московский психолого-социальный
университет, Москва, Россия*

Ефремова Д.Н.

*Российский государственный
гуманитарный университет, Москва, Россия*

Глебов В.В.

*Российский университет
дружбы народов, Москва, Россия*

Ключевые слова: память, тренинг, качество жизни, пожилые люди

Memory training as a way to improve the quality of life of elderly people with dementia

Suvorova I.Yu.

*Moscow University of Psychology and
Social Sciences, Moscow, Russia*

Efremova D.N.

*Russian State University for
the Humanities, Moscow, Russia*

Glebov V.V.

*Peoples Friendship University
of Russia, Moscow, Russia*

Keywords: memory, training, quality of life, elderly people

Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года (указ президента РФ от 9 октября 2007 г. № 1351) ориентированная на увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 75 лет, привела к положительной динамике средней продолжительности жизни в стране. Вместе с тем актуализируется вопрос предотвращения или замедления течения возрастных болезней. В 2015 г. во всем мире у 47 миллионов человек была диагностирована деменция (что составляло приблизительно 5 % пожилого населения планеты), и эта цифра может вырасти до 75 миллионов к 2030 г. и 132 миллионов к 2050 г. По приблизительным оценкам в РФ насчитывается около двух миллионов пациентов с деменцией. Лечение, реабилитация и поддержка инвали-

дов с деменцией – это значительные государственные расходы. Наличие членов семьи с деменцией заметно ограничивает трудоспособность населения, поскольку они требуют ухода и дополнительных финансовых вложений [С.И. Гаврилова, 2014]. Более того, условия самоизоляции привели к осознанию того, что у многих пожилых людей может не быть доступа к качественному психологическому и психиатрическому обслуживанию, тогда как введение программы дистанционных психологических занятий, направленных на актуализацию компенсаторных механизмов при диффузных мозговых нарушениях снизит прогрессирование деменции.

Целью данной работы является обоснование возможности профилактики деменции и тренировки памяти с помощью дистанционных обучающих программ, что способствует улучшению качества жизни.

Изменения в головном мозге и в нервной системе в целом определяют психическое старение, которое характеризуется особенностями в когнитивной, эмоционально-волевой, повседневно-практической и социальной сферах. В наибольшей степени люди пожилого и старческого возраста подвержены нарушению когнитивной и эмоциональной сферы в связи с инволютивными морфофункциональными изменениями головного мозга: уменьшение массы мозга, сглаживание борозд и извилин, расширение мозговых желудочков и субарахноидальных пространств. По статистике от 50 % до 75 % пожилых людей предъявляют жалобы на повышенную забывчивость, утомляемость и снижение работоспособности. У них нарушается способность общаться, выражать свои потребности ухудшается, и их неудовлетворенные потребности могут быть выражены в виде измененного поведения или поведенческих и психологических симптомов деменции. Часто когнитивные нарушения сопутствуют нарушению в распознавании эмоций, а также нарушению самопознания и самоконтроля.

Эти системные нарушения закономерно поднимают вопрос о характере терапевтического воздействия. Было доказано [С. Zucchella et al., 2018], что нефармакологическое вмешательство (НФВ) (физическая и двигательная реабилитация, когнитивная реабилитация, трудотерапия, психологическая терапия) оказывало больший эффект в предотвращении и остановке прогрессирования симптомов при деменции. Профессор Хидеюки Эндо из японского Национального центра гериатрии и геронтологии в своем докладе на Всероссийском конгрессе по гериатрии и геронтологии представил результаты исследований на больших группах пожилых пациентов, имевших незначительные когнитивные нарушения (начальную стадию заболевания) и показал эффективность методики сочетания физической нагрузки с одновременным тренингом мозга – через год регулярных упражнений у большинства участников исследования память улучшилась. Аналогичные результаты показала и апробация отечественной методики, разработанной российскими психологами, и представлен-

ной в Дистанционном курсе психологических тренировок памяти для пожилых людей в рамках проекта Благотворительного фонда «София» при поддержке Фонда президентских грантов. Первый курс, ставший победителем конкурса Президентских грантов в 2017 году и реализованный в 2018 году, был нацелен на тренировку памяти у лиц пожилого возраста в целях профилактики деменции, болезни Альцгеймера. Для сбора информации и доказательства благотворного влияния тренировки памяти на качество жизни пациентов были использованы методика SAGE и опросник «Когнитивная регуляция эмоций» [Т.В. Ахутина, 2012].

В ходе реализации проекта было выявлено, что регулярные дистанционные тренировки памяти благоприятно воздействуют на психосоматическое состояние одиноких пожилых людей и служат профилактикой психосоматических расстройств [Д.Н.Ефремова, 2019]. Более того, в ходе пилотного дистанционного курса была обнаружена взаимосвязь между сохранением интеллектуальных способностей у пациентов ПНИ с деменцией и выбором конструктивных способов совладания со стрессорами из окружающей среды. На выборке из 215 человек (ж – 123, м – 92) в возрасте от 38 до 89 лет была обнаружена статистически значимая корреляция между общим показателем SAGE и способами когнитивной регуляции эмоции

С такими неконструктивными стратегиями, как катастрофизация и обвинение, напротив, была обнаружена незначительная отрицательная корреляция. Таким образом, тренировка когнитивной сферы пациентов с деменцией позволяет не только лучше управлять мышлением и памятью, но и связано с оценкой и конструктивными стратегиями совладания со стрессовыми факторами окружающей среды, что не может не сказаться на улучшении качества жизни.

Заключение. В данной статье была показана эффективность применения дистанционных методов тренировки когнитивной сферы пациентов, страдающих от деменции. Тренировка когнитивных процессов благоприятно воздействуют на психосоматическое состояние одиноких пожилых людей и служат профилактикой психосоматических расстройств, а также связана с адекватной оценкой и выбором конструктивных стратегий совладания со стрессовыми факторами окружающей среды, что не может не сказаться на улучшении качества жизни.

Литература

1. *Гаврилова С.И.* Деменция // Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И. Гавриловой. М.: Пульс, 2014. С. 23–145.
2. *Zucchella C. et al.* The multidisciplinary approach to Alzheimer's disease and dementia. A narrative review of non-pharmacological treatment // *Frontiers in neurology*. – 2018. – Т. 9. – С. 1058.
3. *Ахутина Т.В.* Нейропсихологическое тестирование: обзор современных тенденций / Т.В. Ахутина, З.А. Меликян // Журнал «Клиническая и специальная психология». – 2012. – № 2. – С. 56–92.

4. *Ефремова Д.Н.* Современные технологии в социально-психологической реабилитации людей пожилого возраста. Вестник Московского государственного областного университета [электронный журнал] 2019 г. № 1. URL: www.evestnik-mgou.ru
5. *Захаров В.В.* Лекция Эволюция когнитивного дефицита: легкие и умеренные когнитивные нарушения. Журнал Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, Нижний Новгород.: Деком, 2012. – № 2. – 108 с.

Психосоциальная реабилитация больных шизофренией посредством мотивационного тренинга в условиях психоневрологического стационара и в условиях ПНИ

Таккуева Е.В.

Отдел обучения и развития

ООО «Шереметьево VIP», Москва, Россия

takkueva@mail.ru

Холмогорова А.Б.

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН

им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия

kholmogorova@yandex.ru

Ключевые слова: психосоциальная реабилитация, клиническая психология, тренинг, шизофрения, нарушения мотивации

Psychosocial rehabilitation of patients with schizophrenia by means motivational training in conditions of psychoneurological hospital and in conditions of psychoneurological boarding schools

Takkueva E.V.

Training and development Department LLC

“Sheremetyevo VIP”, Moscow, Russia

Kholmogorova A.B.

Federal Medical Research Centre

of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Keywords: psychosocial rehabilitation, clinical psychology, training, schizophrenia, motivational

Актуальность. Проблема нарушений мотивации при расстройствах шизофренического спектра является основной в реабилитационном процессе. Необходимо повышение эффективности существующих мотивационных тренингов, направленных на укрепление комплаенса и стимуляцию активной позиции пациентов в решении задач социальной и психологической адаптации после перенесенного психоза, а также после пролонгированного лечения. Помимо этого, в связи с реформированием психоневрологических интернатов (ПНИ), особую актуальность приобретают научные исследования психологических методов социа-

лизации пациентов, проживающих в ПНИ через активизацию и развитие их психологических ресурсов и социальных компетенций. Предлагаемая оригинальная программа мотивационного тренинга включает в себя наиболее значимые и эффективные разработки организационной и клинической психологии в области психологии мотивации и ее нарушений и находит свое применение как в условиях психоневрологического стационара, так и психоневрологического интерната.

Материалы и методы. С 2017–2020 г. всего проведены 16 групп мотивационного тренинга: с 2017–2018 г. на базе ПКБ № 4 им. Ганнушкина были проведены занятия 9 групп мотивационного тренинга; с 2018–2020 гг. на базе ГБУ ПНИ № 18, 22, 23, 30 г. Москвы были проведены занятия 7 групп мотивационного тренинга, направленного на мотивацию и активизацию, развитие ресурсов социальной адаптации больных шизофренией. Общее количество участников в каждой группе – от 6 до 10. Длительность занятий одной группы – 10 недель (для ПКБ) и 8 недель (для ПНИ). В исследовании эффективности мотивационного тренинга участвовало всего 82 человека: 47 пациентов ПКБ № 4 им. Ганнушкина (возраст 20–60 лет; 28 женщин и 19 мужчин, образование – среднее и высшее, длительность заболевания менее 5 лет, с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства», «психопатоподобная шизофрения» (F20 – F29, F21.4 по МКБ – 10), а также 35 пациентов ПНИ, возраст 20–70 лет; 17 женщин и 18 мужчин, образование – среднее и высшее, длительность заболевания более 5 лет, с диагнозами «шизофрения», «шизотипические и бредовые расстройства», «психопатоподобная шизофрения» (F20 – F29, F21.4 по МКБ – 10). Исследование проводилось до и после тренинга с использованием самооценочных методик: шкалы социального избегания и дистресса SADS (Уотсон Д., Фрэнд Р., адаптация В.В.Красновой, А.Б.Холмогоровой, 2011), методики «Диагностика самооффективности» (Маддукс Дж. и Шеер М., адаптация А.В. Бояринцевой, 2011), методики «Индикатор копинг-стратегии» (Амихран Д., адаптация Н.А.Сироты, В.М. Ялтонского, 1995), методики «Комплаентность» (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2013), Анкеты обратной связи от участников тренинга ведущим.

Результаты. Проведенное исследование эффективности мотивационного тренинга на Базе ПКБ № 4 им. Ганнушкина показало, что предлагаемая программа способствует существенным позитивным изменениям в мотивационной сфере больных: возрастает готовность к сотрудничеству со специалистами, снижается уровень социального дистресса и избегания в контактах с другими людьми, используются более конструктивные стратегии достижения целей и решения проблем. Проведенное исследование эффективности мотивационного тренинга на базе ПНИ, показало, что предлагаемая программа способствует позитивным изменениям в мотивационной сфере больных: возрастает самооценка

эффективности в межличностной сфере, чаще используются важная конструктивная стратегия (поиск социальной поддержки), возрастает готовность к сотрудничеству со специалистами и желание продолжать психологическую работу, направленную на реинтеграцию в общество.

Вывод. Предварительно можно сделать вывод об эффективности предлагаемого оригинального варианта мотивационного тренинга для решения задачи повышения ресурсов социализации больных шизофренией как в условиях психоневрологического стационара, так и в условиях ПНИ. Возможные стратегии развития данного исследования: увеличение выборки; привлечение родственников и специалистов клиники к оценке результативности тренинга; оценка устойчивости в полученных результатов в долговременной перспективе (ретестирование и интервьюирование участников тренинга, а также опрос специалистов – экспертов в течение года); дальнейшее совершенствование программы в опоре на полученные результаты. Перспективы исследовательской работы и ее практическая значимость состоят в возможности использования разработанной программы для преодоления нарушений и развитие конструктивной мотивации достижений у больных шизофренией.

Особенности переживания чувства удовольствия лицами, употребляющими алкоголь и табак

Турок А.А.

*Московский государственный медико-стоматологического
университета имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия*
turchanskiy92@mail.ru

Ключевые слова: гедонизм, чувство удовольствия, алкоголь, табак

Features of the experience of feelings of pleasure by persons who use alcohol and tobacco

Turok A.A.

*Moscow state medical and dental university
named after A.I. Evdokimov, Moscow, Russia*

Keywords: hedonism, sensation of pleasure, alcohol, tobacco

Зависимость от алкоголя и зависимость от табака являются одними из самых распространенных форм аддиктивного поведения, в следствии легкой доступности и легализации. Зависимость от психоактивных веществ в целом не может иметь точный прогноз, а лечение и профилактика не всегда эффективны. Огромное количество усилий врачей и клинических психологов способны давать минимальный результат, что является актуальной проблемой и требует решения. Это связано прежде всего с влиянием сразу нескольких факторов: социальных, психологических и биологических. Каждый из них по отдельности или же все они в сумме оказывают существенное влияние на формирование и течение заболевания. В рамках патологического процесса, гедонистические мотивы являются начальной ступенью к формированию зависимости, особенно среди молодежи. Получение удовольствия при употреблении алкоголя и табака становится основным мотивом, который движет индивидом, несмотря на психический и физический вред. Удовольствие от психоактивных веществ заменяет удовольствие от других сфер жизни человека, что ведет к формированию устойчивого зависимого поведения. Люди стремятся к более доступному и простому способу получения удовольствия, пренебрегая негативными последствиями употребления. [1,2]

Таким образом, чувство удовольствия является важным фактором, участвующим в возникновении и развитии зависимости. Знания об особенностях переживания чувства удовольствия, могут быть использованы в психотерапии, реабилитации и особенно в профилактике.

Объект исследования: эмоциональная и мотивационная сфера лиц, употребляющих алкоголь и табак.

Предмет исследования: особенности чувства удовольствия у лиц, употребляющих алкоголь и табак.

Цель исследования: выявить и описать особенности чувства удовольствия у лиц, употребляющих алкоголь и табак.

Методический комплекс:

1. Шкала дифференциальных эмоций К. Изарда;
2. «Определение общей эмоциональной направленности личности» Б.И. Додонов;
3. Ценностный опросник Шварца;
4. Методика «Каков ваш коэффициент интимности?» Г. Алена, К. Мартина;
5. Опросник установок к сексу Айзенка.

Также в исследовании использовались следующие анкеты:

1. Анкета на характер употребления психоактивных веществ;
2. Социально-демографическая анкета.

В ходе исследования были получены следующие данные:

В итоге можно констатировать следующие характерных особенности: лица, употребляющие алкоголь и табак (основная группа) характеризуются более низкой выраженностью коммуникативных эмоций, сексуальной невротичностью по сравнению с лицами, не употребляющими психоактивные вещества.

В целом их эмоциональное состояние и эмоциональная направленность личности, в том числе гедонистическая направленность личности не имеет отличий от лиц, не употребляющих психоактивные веществ. Лица, употребляющие только алкоголь, характеризуются более высокими показателями практических эмоций в эмоциональной направленности личности по сравнению с лицами со смешанным употреблением алкоголя и табака, также более низкими показателями по шкале «Порнография» по сравнению с лицами, не употребляющими психоактивные вещества. Лица со смешанным употреблением алкоголя и табака характеризуются достоверно более низким показателем коммуникативными эмоциями в общей эмоциональной направленности личности по сравнению с лицами, не употребляющими психоактивные вещества, также для них характерна достоверно более низкие показатели сексуальной невротичности по сравнению с лицами, употребляющими только алкоголь и более высокие показатели по шкале «Наигранность в людях» в оценке способности к интимности в межличностных отношениях по сравнению с лицами, не употребляющими психоактивные вещества.

В ходе исследования были получены следующие выводы:

1. Удовольствие от коммуникации достигается в полной мере при употреблении алкоголя и табака, без данного условия коммуникация те-

ряет свою значимость в иерархии и отступает на второй план. Иначе говоря, чувство удовольствия, получаемое при употреблении алкоголя и табака, формирует определенный опыт, переживания, установки, которые влияют на переживание удовольствия при реализации другой деятельности. Люди со смешанным употреблением в меньшей степени способны получать удовольствие от деятельности и ее результата (прагматическая эмоциональная направленность), поскольку в ней задействован волевой компонент и требуется больше усилий. Это приводит к использованию альтернативного способа получения удовольствия- употребление алкоголя и табака. Подобная деятельность более проста и с большей вероятностью принесет индивиду удовольствие.

2. Гедонистические ценности лиц, употребляющих алкоголь и табак также, как и у лиц, не употребляющих психоактивные вещества, в своих проявлениях многообразны, и обусловлены получением удовольствия через разные аспекты деятельности. У лиц, употребляющих алкоголь и табак, данные психоактивные вещества являются лишь средством для достижения удовольствия, однако нельзя сказать, что сам факт употребления приносит удовольствие.
3. Особенностью лиц со смешанным употреблением алкоголя и табака является низкая сексуальная невротичность, которая может быть связана с избеганием неудовольствия путем употребления алкоголя и табака, и достижением удовольствия через реализацию адаптивного сексуального поведения. При избегании неудовольствия происходит нормализация состояния, при достижении удовольствия индивид стремится к пику своего состояния. Также было выявлено, что в контрольной группе порнография приносит большее чувства удовольствия и является более приемлемой в сравнении с группой, где употребляют только алкоголь. Это может быть компенсаторной стратегией, что соотносится с высокой сексуальной невротичностью в контрольной группе.

Литература

1. *Бохан Н.А.* Общая психопатология в клинической наркологии: учебное пособие в таблицах и схемах / Н.А. Бохан, Н.Е. Буторина, Е.Н. Кривулин– Челябинск: Изд-во ПИРС, 2010. – 234 с.
2. *Мехтиханов Н.Н.* Психология зависимого поведения: учебное пособие / Ярославль: ЯрГУ, 2005. – 122 с.

Бессознательная «память будущего» пациентов с синдромом зависимости от алкоголя: связь с тяжестью зависимости

Тучина О.Д.

*Московский научно-практический
центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия
shtuchina@gmail.com*

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

Агibalова Т.В.

*Московский научно-практический
центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия*

Шустов Д.И.

*Рязанский Государственный Медицинский
Университет им. ак. И.П. Павлова, Россия*

Ключевые слова: синдром зависимости от алкоголя; перспективное мышление; имплицитный сценарий; ремиссия; рефлексия

Implicit “Memory for the Future” in Patients with Alcohol Dependence: Associations with Addiction Severity

Tuchina O.D.

*Moscow Research Centre for Addictions of the Moscow Department of
Healthcare,*

Kholmogorova A.B.

Moscow State University of Psychology and Education

Agibalova T.V.

Moscow Research Centre for Addictions

Shustov D.I.

I.P. Pavlov’s Ryazan State Medical University

Keywords: alcohol dependence; future thinking; implicit script; remission; reflection

Пациенты с синдромом зависимости от алкоголя (АЗ) страдают от существенных нарушений в сферах перспективного мышления – «памяти будущего» [2]. Однако при повышении личностной значимости экспериментальной процедуры пациенты с АЗ демонстрируют сохраненные планирование и прогнозирование, что проявляется и в решении

простых когнитивных задач, и в реализации сложных алкогольсвязанных и аутоагрессивных действий [3]. Такой разрыв между дефицитарными и нормативными проявлениями «памяти будущего» может объясняться с позиций искажения стратегии создания эксплицитных (сознательных, доступных рефлексии) образов будущего, которая определяется имплицитными (бессознательными) *сценариями*, выступающими в качестве семантических опор при организации деталей памяти в образы будущего и вписывании их в макроконтекст психического путешествия во времени. У пациентов с АЗ имплицитные сценарии могут опосредовать эксплицитную «память будущего», в том числе, планирование поведения, связанного с поддержанием трезвости. Когнитивными механизмами, позволяющими сценариям делать это, могут быть *прайминг* (фиксирование установки) и *скаффолдинг* (имплицитное использование семантических опор из общей автобиографической базы знаний для конструирования образов будущего).

Общая гипотеза исследования. У пациентов с АЗ способность к формированию ремиссий зависит от способности к рефлексии [1] имплицитных семантических опор – сценариев, используемых ими при реализации проспективной функции памяти. То есть, пациенты, неспособные к рефлексии личной и семейной истории и не осознающие ее вклада в собственную судьбу и планируемое будущее, будут демонстрировать большую тяжесть синдрома зависимости по показателям поведения, связанного с поддержанием трезвости.

Цель исследования: оценка влияния имплицитных механизмов «памяти будущего» (скаффолдинга и прайминга сценариев) на способность к формированию ремиссий у пациентов с АЗ.

Методология исследования. Материалом поперечного исследования на базе «МНПЦ наркологии» (2018–2019 гг.) стали 115 амбулаторных и стационарных пациентов-мужчины с диагнозом АЗ (F 10.2 по МКБ-10) в возрасте от 25 до 69 лет без коморбидных психических и наркологических расстройств, с минимальным сроком трезвости 14 дней. Из них была сформирована выборка для анализа имплицитных механизмов «памяти будущего» – 61 человек, прошедшие глубинное интервью.

Методы и процедура. В рамках *первичного скрининга* (тест семантической вербальной беглости и госпитальный опросник тревоги и депрессии) осуществлялся контроль факторов, которые могли бы исказить результаты исследования. В ходе полуструктурированного аутоагрессивного интервью осуществлялся *сбор алкогольного, аутоагрессивного и семейного анамнеза*. По результатам рассчитывался показатель аутоагрессии – коэффициент суицидальной опасности (КСО). *Параметры эксплицитной «памяти будущего»* исследовались с помощью методик «Линия жизни»; формирование самоопределяющих проекций будущего; «Культурный сценарий». *Имплицитные семантические опоры и ва-*

рианты прайминга выявлялись в ходе глубинного полуструктурированного «Сценарного интервью», дополняемого построением генограммы и методикой «Любимая сказка».

Результаты. В ходе иерархического кластерного анализа методом внутригрупповых связей с использованием Евклидова расстояния проверялась гипотеза о существовании групп пациентов с различной выраженностью прайминга и скаффолдинга. Выявленные кластеры (Группа 1–25 человек и Группа 2–36 человек) не различались ни по социодемографическим параметрам, ни по основным параметрам тяжести зависимости (возраст первой пробы, темп прогрессивности, сопутствующие заболевания, межличностные проблемы и т.д.), ни по маркерам аутоагрессивного поведения (КСО, суицидальные мысли и попытки и пр.), ни по параметрам эксплицитной проспекции (содержание и феноменологические характеристики событий «Линии жизни» и «Самоопределяющих проекций»), но имели интересные отличия по параметрам, связанным с имплицитными механизмами «памяти будущего». Так, Группа 1 отличалась от Группы 2 меньшей частотой встречаемости семейных паттернов называния в честь других людей ($p=0.009$), меньшим осознанием значения имени ($p=0.000$), низкой рефлексией специфики называния ($p=0.000$) и автора имени ($\chi^2(3)_a=12.5$; $p=0.007$), менее осознаваемой причиной смерти ($p=0.013$), отсутствием эмоционально-окрашенных ассоциаций с собственным именем ($p=0.000$); меньшей частотностью выявления «семейных секретов» ($p=0.04$). В Группе 2 наблюдалась большая наследственная отягощенность психопатологией и АЗ ($p=0.05$); была выше частота алкогольной смерти одного из родителей ($p=0.02$). Пациенты Группы 1 чаще не имели долгосрочных (5 лет) планов ($\chi^2(1)_b=7$; $p=0.008$), реже вербализовали возможную причину (40 % и 75 % в Группе 1 и 2, соответственно, $p=0.01$) и возраст собственной смерти (52 % и 83 %; $p=0.019$), и практически не «прогнозировали» собственную неестественную ($p=0.019$) или внезапную (быструю) смерть ($p=0.004$). Самоопределяющие проекции в Группе 1 имели укороченную временную перспективу, в среднем не превышавшую 12 месяцев (2–3 года в Группе 2, $p=0.024$). Также, группы продемонстрировали убедительные различия по параметрам, связанным с попытками лечения и ремиссии АЗ. Так, пациенты Группы 2 чаще обращались за лечением ($U=270.5$; $p=0.008$) (в том числе, амбулаторным, $U=296$; $p=0.02$); имели более высокую совокупную длительность терапевтических ($U=290.5$; $p=0.02$) ремиссий; более высокий «индекс трезвости» (отношение длительности ремиссии к длительности заболевания, $U=306$; $p=0.03$).

Корреляционный анализ (критерий Спирмена) выявил наличие положительных взаимосвязей между различными паттернами называния и длительностью запоя ($r=0.52$; $p=0.02$) и отрицательных между

осознанием (вербализацией) причины смерти и длительностью заболевания ($r=-0.47$; $p=0,02$), скоростью формированию синдрома отмены ($r=-0.41$; $p=0,04$), совокупной длительностью установленных ремиссий ($r=-0.42$; $p=0,04$), индексом ремиссии ($r=-0.39$; $p=0,05$); числом алкогольсвязанных заболеваний и «семейным секретом» заболевания /смерти ($r=-0.42$; $p=0,035$) в Группе 1. В Группе 2 имелась лишь положительная связь между скоростью формирования синдрома отмены и паттерном называния в честь умершего родственника ($r=0.47$; $p=0,004$), и отрицательная – между длительностью запоев ($r=-0.48$; $p=0,017$) и осознаваемым значением имени.

Выводы. В результате кластерного анализа были выделены две четко очерченные группы пациентов с АЗ. Первая группа ($N=25$) характеризовалась более редкой частотой вербализации предполагаемых параметров имплицитных сценариев (скаффолдинга и прайминга), большей тяжестью зависимости по показателям, связанным с попытками лечения и ремиссии АЗ, и более сильными и частыми статистическими связями между указанными параметрами тяжести зависимости и различными вариантами прайминга. При этом направление данных связей свидетельствовало об утяжелении картины АЗ в присутствии прайминга в данной группе. Во второй группе ($N=36$), характеризуемой более частой выявляемостью скаффолдинга и прайминга (что свидетельствует о более высоком уровне рефлексии семантических опор участниками данной группы), сходные корреляции отсутствовали. Таким образом, было получено частичное подтверждение гипотезы о том, что пациенты с АЗ, неспособные к рефлексии личной и семейной истории и не осознающие ее вклада в собственную судьбу и планируемое будущее, будут демонстрировать большую тяжесть зависимости по показателям, связанным с планированием поведения по поддержанию трезвости.

Литература

1. Холмогорова А.Б. Когнитивная психотерапия А.Бека и культурно-историческая психология Л.С.Выготского // Консультативная психология и психотерапия. 2011. Том 19. № 2. С. 20–33.
2. Schacter D.L., Benoit R.G., Szpunar, K.K. Episodic future thinking: mechanisms and functions // Current Opinion in Behavioral Sciences. 2017. Vol. 17. P. 41–50.
3. World Health Organization (WHO). Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization, 2018.

Репродуктивные установки больных параноидной шизофренией в связи с переживанием стигматизации и самостигматизации

Федорова Е.М., Тагильцева А.В.

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет, Россия
faleksa8@mail.ru*

Ключевые слова: репродуктивные установки, стигматизация, самостигматизация, шизофрения

Reproductive attitudes in context of stigmatization and internal stigma in patients with schizophrenia

Fedorova E.M., Tagiltseva A.V.

*St-Petersburg State Paediatric Medical University, Russia
faleksa8@mail.ru*

Keywords: reproductive attitudes, stigmatization, internal stigma, schizophrenia

Введение. В настоящее время практически отсутствуют психологические программы помощи лицам с психическими расстройствами, решившим создать семью и зачать ребенка. Существующее в обществе предвзятое отношение к тематике психических расстройств приводит к тому, что лицам с диагнозом психического расстройства трудно просить о помощи и признаться, что они столкнулись со сложностями в принятии решений, касающихся деторождения.

В обществе существует тенденция осуждать матерей, которые приняли решение о зачатии ребенка, зная о своем психиатрическом диагнозе. Более того, многие люди считают, что психически больные не вправе создавать семью и растить детей. Такие люди могут представляться опасными, непредсказуемым, ненадежным, безответственным. Люди с психическими расстройствами интернализуют негативное отношение к себе, что приводит к самостигматизации и отказу от идеи создать семью [2].

Особенно актуальной данная тема представляется в связи с политикой государства по увеличению рождаемости, которая не учитывает особые нужды лиц с ментальными расстройствами [1].

Материалы и методы. Для изучения взаимосвязи репродуктивных установок, стигматизации и самостигматизации было организо-

вано эмпирическое исследование. В качестве испытуемых в исследование вовлекались больные шизофренией, параноидная форма (F20.0). Критериями включения являлись: репродуктивный возраст (от 20 до 30 лет), устойчивая лекарственная ремиссия, длительность протекания заболевания не более 5 лет. Респонденты получали медицинскую помощь в рамках систематического динамического наблюдения амбулаторно. Критериями исключения являлись: психоз, наличие эмоционально-волевого дефекта, интеллектуальная недостаточность, длительность заболевания более 5 лет.

Испытуемые были разделены по полу, соответственно, сформированы две группы сравнения: 13 женщин и 11 мужчин.

Методы исследования: авторская анкета «Репродуктивные установки и опыт стигматизации» (Тагильцева А.В., Федорова Е.М.); методика «Незаконченные предложения» (С. Леви в модификации Тагильцевой А.В., Исхаковой Д.Р., Федоровой Е.М.); «Опросник по самостигматизации» (Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н.). Полученные эмпирические данные подвергались математико-статистической обработке по критерию уровневых различий Манна-Уитни и корреляционному анализу по методу Спирмена.

Результаты. По данным анкетирования, женщины с диагнозом «шизофрения», значимо чаще сообщали о проявлениях стигматизации со стороны общества, чем мужчины. Также, показатели самостигматизации у опрошенных женщин выше, чем у мужчин. При ответах на вопросы о возможном родительстве, женщины чаще предполагают, что не справились бы с возлагаемыми на родителя обязанностями, поскольку они больше психически расстроены.

Опрошенные женщины сообщают, что тематика материнства не является для них актуальной, напротив, она вызывает негативные эмоции. Тогда как опрошенные мужчины чаще сообщают об актуальности темы родительства, но конкретных планов по рождению ребенка они не строят, что скорее предполагает декларативный характер заявлений о ее актуальности. Одной из основных причин отказа от родительства является наличие психического расстройства и, возможно, страх не справиться с возлагаемыми на родителя обязательствами, страх ухудшения психического состояния, страх не дать ребенку полноценного детства и др.

Согласно «Опроснику по самостигматизации», женщины достоверно чаще ($p < 0.05$) были убеждены, что станут или уже стали несостоятельными из-за болезни, в частности в сфере родительства и материнства. Они склонны к недооцениванию своих возможностей и переоценке влияния болезни на жизнь.

По данным методики «Незаконченные предложения» у мужчин значимо более выражены установки «долженствования» по отношению к родительству ($p < 0.01$), а у женщин «отвержение» по отношению к ма-

теринству ($p < 0.01$). Можно предполагать, что для мужчин исследуемой группы, привычно полагаться на мнение общества в вопросах родительства, несмотря на болезнь, родительство воспринимается мужчинами как долг, как обязанность. Женщины исследуемой группы относятся к родительству негативно, материнство является для них чем-то нежелательным, обременяющим, лишаящим их здоровья и провоцирующим ухудшение психического состояния.

Корреляционный анализ показал, что имеется связь между амбивалентным и негативным отношением к родительству и компонентами самостигматизации. «Амбивалентное» отношение к материнству у женщин положительно коррелировало с «убежденностью в собственной несостоятельности в целом» ($r = 0,554$, $p \leq 0,05$), а также с «переоценкой самореализации до болезни» ($r = 0,577$, $p \leq 0,05$). Чем более выражено представление о собственной несостоятельности в целом и чем более женщины переоценивают свою самореализацию в период до болезни, тем более выражено амбивалентное отношение к родительству. Можно предполагать, что женщинами психическое расстройство воспринимается как препятствующее реализации материнской роли еще и потому, что забота о ребенке слишком тяжелый и энергозатратный труд, а период, когда они были активными, могли себя реализовать остался позади, во времени «до болезни».

«Отвержение» родительства у женщин отрицательно коррелировало с «положительными отношениями с окружающими» ($r = -0,673$, $p \leq 0,05$) и положительно с «балансом аффекта» ($r = 0,688$, $p \leq 0,01$). Чем менее положительными воспринимаются отношения с окружающими, чем более выражены черты негативной самооценки, тем чаще женщины отвергали для себя роль матери. Можно предполагать, что отвержение материнства связано с ощущением дефицита социальной поддержки и переживаниями несостоятельности и беспомощности.

Выводы. Женщины с диагнозом «шизофрения» чаще сообщают об опыте стигматизации в связи с психической болезнью, в том числе в сфере репродукции и родительства. Им в большей степени, в сравнении с мужчинами, свойственны негативные репродуктивные установки, отвергающее отношение к материнству и, также, они чаще связывают отказ от материнства и страх не справиться с родительскими функциями с наличием психической болезни. У мужчин с диагнозом «шизофрения» декларация положительных репродуктивных установок сочетается с менее дифференцированными представлениями о родительстве и преобладанием отношения к отцовству по типу долженствования. Негативные и амбивалентные репродуктивные установки у женщин связаны с психологическими компонентами самостигматизации. Амбивалентное отношение к родительству у женщин связано с убежденностью в собственной несостоятельности в целом и переоценкой самореали-

зации до болезни, тогда как отвержение родительства связано с негативной оценкой отношений с другими людьми и с негативной самооценкой, переживаниями собственной беспомощности и бессилия.

Литература

1. *Seeman, M.V.* Parenting Issues in Mothers with Schizophrenia Current Women's Health Reviews // Department of Psychiatry, Centre for Addiction and Mental Health, University of Toronto, Ontario. – Canada, 2010. – Vol. 6(1). – P. 51–57.
2. *Valerie Fox*, First Person Account: Schizophrenia and Motherhood, Schizophrenia Bulletin, Volume 30, Issue 4, 2004, Pages 763–765.

Анализ особенностей визуализации внутренних образов у людей с психическими расстройствами

Шилко Н.С., Ениколопов С.Н.

ФГБНУ «Научный центр

психического здоровья», Москва, Россия

nikita@shilko.ru, enikolopov@mail.ru

Ключевые слова: воображение, фантазии, сновидения, галлюцинации, внутренний образ

Analysis of specific aspects about internal images visualization by the people with mental disorders

Shilko N.S., Enikolopov S.N.

Mental Health Research Centre, Moscow, Russia

Keywords: imagination, fantasies, dreams, hallucinations, internal image

Введение. Воображение, фантазии, сновидения и галлюцинации – это относительно самостоятельные психические процессы, которые оперируют внутренними образами человека, при этом они включают в себя существующие и несуществующие образы.

При рассмотрении научных трудов можно выделить на теоретическом уровне достаточно четкие границы между воображением, фантазиями, сновидениями и галлюцинациями у психически здоровых людей. Но при наличии различных психических отклонений, например, при наличии психотического состояния с обманами восприятия или при паталогическом фантазировании [Шилова О.В., 2007] выявляется размытие границ между данными процессами.

Данное исследование психических процессов позволяет определить способность психически здоровых людей и людей с психотической симптоматикой к дифференциации процессов воображения, фантазий, сновидений и галлюцинаций, а анализ рисунков образов исследуемых процессов позволяет определять их эмоциональную окраску.

Стоит отметить, что в некоторых научных работах описывается неадекватный выбор цветовой гаммы среди пациентов с психотическим уровнем расстройства для изображения образов воображения, фантазии, сновидения и галлюцинации. Считается, что рисунки таких пациентов чаще содержат серый, черный и красный цвет [Базыма Б.А., 2005].

Цель исследования: Сравнение особенностей представлений о воображении, фантазиях, сновидениях и галлюцинациях и субъективного опыта их переживания у психически здоровых людей и у людей с психическими расстройствами.

Материал и методы. В исследование приняли участие условно психически здоровые люди – контрольная группа, состоящая из 44 человек в возрасте от 16 до 29 лет. Средний возраст группы 23.4 года, SD = 2.7. И люди, имеющие в анамнезе психотическую симптоматику, в возрасте от 16 до 29 лет. Средний возраст группы 20.2 года, SD = 2.5. Данная группа включала в себя 2 подгруппы:

Группа из 23 человек с первыми психотическими эпизодами юношеского эндогенного приступообразного психоза (ЮЭПП) с галлюцинаторными расстройствами, бредовыми симптомами в сочетании с аффективными расстройствами (F20; F25).

Группа из 21 человека с непсихотическими психическими расстройствами (первичные диагнозы по МКБ-10: F31; F32; F34; F60; F21), соответствующие критериям группы риска по развитию шизофрении, с аттенуированной психотической симптоматикой (АПС) [Каледа В.Г. с соавт., 2017] в структуре ведущего психопатологического синдрома

Обследование проводилось на этапе становления ремиссии при редукции психопатологических расстройств. Исследование проводилось на базе ФГБНУ НЦПЗ. В ходе исследования применялись методы:

- Полуструктурированное клиническое интервью, состоящее из ряда вопросов, направленных на определение представлений респондентов об исследуемых психических процессах.
- Рисуночная методика «Пример воображения, фантазии, сновидения и галлюцинации».
- «Шкала тревоги Спилбергера-Ханина» для анализа влияния темы галлюцинаций на респондентов.
- Методики «Сравнение понятий», «Четвертый лишний», «Толкование пословиц» для исследования мышления.

Результаты. Психически здоровые люди, в основном, выделяют в самостоятельные группы воображение, фантазии, сновидения и галлюцинации, а их представления об исследуемых процессах согласуются с научными определениями. У людей с субпсихотическим уровнем психических расстройств границы между исследуемыми психическими процессами становятся менее жесткими, а у людей с психотическим уровнем психических расстройств эти границы практически размыты. Данные отличия между исследуемыми психическими процессами могут быть связаны с влиянием психотической симптоматики, нарушением операционального компонента мышления в виде искажения процесса обобщения.

При анализе цветового спектра рисунков воображения, фантазии, сновидения и галлюцинации выявлены межгрупповые различия ($p=0,0001$):

условно психически здоровые респонденты использовали в среднем 3 цвета, а пациенты с психотической симптоматикой – в среднем 1 цвет.

В группе с психотическим уровнем психического расстройства рисунки образов фантазий и сновидений чаще содержат серый цвет, что может быть связано со страхом возникновения галлюцинаций [Базыма Б.А., 2005]. Пациенты с субпсихотическим уровнем расстройства использовали один цвет – голубой или коричневый. Это может быть связано с «промежуточным состоянием» психики, при котором респонденты способны адекватно выбирать цветовой спектр для выражения своих эмоций. Рисунки сновидений схожи по цветовой гамме (преимущественно серый цвет) среди всех исследуемых групп, что может быть связано с негативными эмоциями.

В группе психически здоровых респондентов воображение вызывают положительные эмоции, фантазии могут содержать в себе амбивалентные переживания, а сновидения и галлюцинации чаще содержат негативные эмоциональный заряд. Опыт переживания о данных психических процессах у людей с психотическим опытом отличается по эмоциональной окраске. Так, воображение у пациентов с психотическим уровнем психического расстройства вызывает положительные эмоции, а в группе с субпсихотическим уровнем психических расстройств отмечается наличие не только положительных, но и негативных эмоций; фантазии, сновидения и галлюцинации связаны у пациентов с негативными переживаниями. Отрицательные эмоции, связанные с воображением в субпсихотической группе психического расстройства, могут проявляться на фоне депрессивной симптоматики и подавленного настроения.

Люди с психотическим опытом, так и люди без него испытывают тревогу в отношении галлюцинаций ($p=0,036$). Возникновение тревоги у людей, имеющих галлюцинаторный опыт, может быть связано с эмоциональным возвратом к прошлому опыту, а также страх, что у больных повторно подозревают наличие галлюцинаций, в результате чего могут отложить выписку из больницы.

Литература

1. Шилова О.В. Основы общей и частной психиатрии и наркологии – Москва: ГомГМУ, 2007. – 112с.
2. Базыма Б.А. Психология цвета: теория и практика – Москва, 2005. – 208 с.

Эффективность провитального психотерапевтического интервью по повышению приверженности долгосрочному лечению у пациентов с алкогольной зависимостью

Шустов А.Д., Клименко Т.В.

ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва

sashashustov777@mail.ru, nscn@serbsky.ru

Ключевые слова: алкогольная зависимость, комплаенс, провитальное интервью, SOCRATES

Contribution of Provital Psychotherapeutic Interview to Long-Term Treatment Compliance Improvement in Patients with Alcohol Dependence

Shustov A.D., Klimenko T.V.

National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology named after V.P. Serbsky. Moscow, Russia

sashashustov777@mail.ru, nscn@serbsky.ru

Keywords: alcohol dependence, compliance, provital interview, SOCRATES

Мотивирование к прохождению долгосрочной терапии у пациентов с алкогольной зависимостью является одним из наиболее важных элементов существующих лечебно-реабилитационных программ [1]. В ходе выполнения диссертационной работы одного из авторов (А.Д. Шустов), запланированной в ННЦ наркологии в 2015 г., было решено провести мотивирование к долгосрочной терапии стационарного контингента зависимых от алкоголя с использованием краткого варианта провитального терапевтического интервью как терапевтического инструмента и оценить его эффективность. Краткий вариант провитального интервью (ПИ) основывался на 17 вопросах, имеющих наибольшую факторную нагрузку в отношении суицидального поведения, составляющих так называемый «коэффициент суицидальной опасности» [2]. Подробный терапевтический алгоритм проведения интервью сообщался нами в ранней публикации [3].

Изучение эффективности ПИ проводилась в двух группах пациентов (68 мужчин), поступивших на стационарное лечение в клинику ННЦ наркологии и частную наркологическую клинику. Все пациенты, были распределены на 2 группы случайным образом. С пациентами ос-

новой группы («1 группа», 37 человек), поступившими в стационар в понедельник или среду, проводилось провительное интервью (ПИ), с пациентами контрольной группы («2 группа», 31 человек), поступившими во вторник и четверг, проводилась традиционная наркологическая мотивирующая беседа в форме консультирования по вопросам зависимости от алкоголя и ПАВ, соответствующая по объему времени и внимания ПИ, но не затрагивающая вопросы ПИ. Обе группы не различались между собой по возрасту и социо-демографическим показателям. Эффективность проведения ПИ оценивалась с помощью движения по стадиям изменения в методике «Опросник SOCRATES или Шкала стадий готовности к изменениям и готовности лечиться» 8А версии [4], а также по клиническим признакам, таким как: «выписка, вопреки совету врача», «добровольное решение о продолжении долгосрочного лечения в реабилитационном центре», «продолжение долгосрочного лечения в реабилитационном центре после медицинской интервенции», участие в программе «долгосрочной поддерживающей психотерапии».

Пациенты 1 группы после ПИ значительно повышали способность своего мышления к осознанию зависимого поведения («Признание»), размышляя и взвешивая все «За» и «Против» по его изменению («Амбивалентность») и, наконец, находили значимо больше доводов к тому, чтобы действовать («Действия») в позитивном направлении. Последнее, применительно к задачам исследования, означает действия, направленные на продолжение антиалкогольного лечения. Во 2 группе пациентов значения всех этих показателей значимо не изменялись. При межгрупповом сравнении значений теста SOCRATES по критерию Манна-Уитни не было определено различий между группами при 1 тестировании (до проведения каких-либо интервью), что говорит об одинаковом исходном уровне тестируемых 1 и 2 групп. Таким образом, эффективность ПИ, характеризующая позитивный внутренний процесс изменений, была инструментально подтверждена.

Сравнивая группы по клиническим критериям, было определено, что в 1 группе достоверно чаще ($p=0,005$) пациенты добровольно решали продолжить долгосрочное лечение и реабилитацию в рамках реабилитационного центра (РЦ) и реже уезжали в РЦ после выездной интервенции ($p=0,038$), по сравнению с группой 2, в которой значимо чаще по сравнению с 1 группой пациенты выписывались вопреки совету врача ($p=0,005$).

Если обобщить оба использованных в работе подхода, то следует заметить, что тест SOCRATES и значимые изменения показателей его стадий, которые продемонстрировали пациенты после ПИ, отражали внутренний позитивный процесс этих пациентов, тогда как результаты по клиническим критериям подтверждали внутреннюю готовность реальными внешними действиями. Пациенты контрольной группы таких изменений не демонстрировали.

Литература

1. Ассоциация наркологов России. Медицинская профилактика наркологических заболеваний: клинические рекомендации. М.: ООО «Нью-Терра», 2015. 154 с.
2. *Меринов А.В.* Роль и место феномена аутоагрессии в семьях больных алкогольной зависимостью. СПб.: Экспертные решения, 2017. 192 с.
3. *Шустов Д.И., Меринов А.В., Шустов А.Д., Клименко Т.В.* Алгоритм провитального терапевтического интервью при сборе суицидального анамнеза в наркологической практике. Суицидология. 2020. Т.11, N. 1. С. 53–66.
4. *Miller W.R., Tonigan J.S.* Assessing drinkers' motivation for change: the stage of change readiness and treatment eagerness scale (SOCRATES). *Psychol Addict Behav.* 1996. Vol.10. P.81–89.

Выздоровление аддиктивного пациента

Шустов Д.И.

Рязанский Государственный Медицинский
Университет им. ак. И.П. Павлова, Россия
dmitri_shustov@mail.ru

Тучина О.Д.

Московский научно-практический
центр наркологии ДЗ г. Москвы, Россия

Ключевые слова: выздоровление, ремиссия, синдром зависимости, психотерапия, наркология

Recovery of Patients with Addiction

Shustov D.I.

I.P. Pavlov Ryazan State Medical University, Russia,

Tuchina O.D.

*Moscow Research and Practical Centre for
Narcology of the Department of Public Health, Russia*

Keywords: recovery; remission; substance dependence; psychotherapy; addiction medicine

Исследования эффективности психотерапии Айзенка, а затем Бергина и Ламберта установили, что от 40 % до 67 % людей, страдающих от эмоциональных нарушений, самостоятельно избавляются от них в течение двух лет. Эпидемиологические исследования алкоголизма и связанных с ним заболеваний, проведенное под эгидой Национального института алкоголизма США, утверждают, что 75 % всех зависимых от алкоголя преодолели заболевание, а 75 % от выздоровевших – сделали это без лечения и участия в программах сообществ [4]. Обзор всех эпидемиологических исследований с более чем 20-летним сроком наблюдения показал, что большинство (>50 %) больных шизофренией достигают клинического восстановления (выздоровления) [3].

Что связывает эти 3 факта?

Во-первых, в долговременной перспективе люди, страдающие от психических расстройств, могут восстанавливать доболезненный уровень функционирования, причем в большей половине случаев они делают это без помощи медицинской среды.

Во-вторых, движущей силой, противостоящей патологическому процессу, является процесс выздоровления (recovery), которое не является одиночным событием или итогом. Мы можем говорить о кон-

цепции выздоровления (восстановления), которую в 2004 г. SAMHSA (US Substance Abuse Mental Health Services Administration) определила следующим образом: «Восстановление психического здоровья – это дорога исцеления и преобразования личности, в конце которой стоит возможность жить полноценной жизнью в том сообществе, которое человек выбирает, а также возможность полной реализации своего личностного потенциала» [цит. по 3].

В отечественной наркологии процесс выздоровления (на фоне концепции прогрессирующего течения болезней зависимости) рассматривается либо как достижение долговременной терапевтической ремиссии, либо как спонтанное (естественное) выздоровление (спонтанная ремиссия), которое связывают с наличием внешних (соматическое заболевание, смерть собутыльника, заключение и др.) дистрессовых факторов. С другой стороны, в терапевтических сообществах процесс выздоровления ассоциируют с началом собственно лечения и «работы по шагам» в 12-шаговой модели АА.

С нашей точки зрения процесс выздоровления – это особый динамический процесс, который инициирует нормативная личность зависимого [1], используя различные внешние и внутренние ресурсы. Мы различаем 2 типа выздоровления.

Первый тип выздоровления известен в сообществе АА как «бег вверх по эскалатору, идущему вниз» [2]. То есть поддержание такого выздоровления требует постоянных усилий личности и поддерживающего окружения. В США согласительная комиссия Института Бетти Форд определяет этот тип выздоровления как добровольно поддерживаемый стиль жизни, характеризуемый трезвостью, личным здоровьем и гражданской позицией, не исключающая поддерживающее употребление назначенных врачом медикаментов. Согласительная группа по выздоровлению Комиссии Соединенного Королевства по вопросам политики в области наркотиков (UK Drug Policy Commission Recovery Consensus Group) также понимает под выздоровлением добровольный контроль над употреблением психоактивных веществ, который приводит к максимальному улучшению здоровья и благополучия, а также участию в осуществлении прав, выполнении ролей и обязанностей, предусмотренных обществом. При этом, группой признается, что существуют различные пути к выздоровлению, включая медикаментозно-поддерживаемую трезвость.

Второй тип выздоровления характерен для молодых зависимых людей; для людей, никогда не обращавшихся за терапевтической помощью по вопросам зависимости; для людей, прошедших психотерапию, связанную с изменением личностной структуры; и для зависимых, прошедших краткосрочную психотерапию, но сумевших самостоятельно добиться успехов и излечиться. Выздоровление здесь – это процесс, с помощью которого индивид может продвигаться от проблемного нар-

копотребления к свободному от наркотиков стилю жизни как активный и плодотворный член общества [5].

То есть основное различие между первым типом выздоровления и вторым заключается в характере процесса: при первом типе выздоровления – это контролируемый болезненный процесс; при втором – процесс самоосуществления, который был заблокирован развившейся зависимостью. Вместе с тем, оба типа могут быть как терапевтическими, так и естественными; оба типа улучшают качество жизни за счет восстановления профессионального и семейного статусов; оба типа предусматривают контролируемую или полную трезвость; оба типа увеличивает продолжительность жизни за счет снижения проявлений суицидальной и несуйцидальной аутоагрессии и повышения безопасности функционирования.

Литература

1. *Валентик Ю.В.* Мишени психотерапии в наркологии // Лекции по наркологии под ред. проф. Н.Н. Иванца, 2-е изд. М.: Нолидж, 2000. С. 295–308.
2. *Горски Т.Т.* Путь выздоровления. План действий для предотвращения срыва. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2013. 160 с.
3. *Bellack A., Drapalski A.* Issues and developments on the consumer recovery construct. *World Psychiatry. 2012. Vol. 11. P. 156–160.*
4. *Dawson D.A. et al.* Recovery from DSM-IV alcohol dependence: United States, 2001–2002. *Addiction. 2005. Vol. 100(3). P. 281–292.*
5. The Scottish Government. The road to recovery: a new approach to tackling Scotland's drug problem. Edinburgh, 2008. 83 p.

РАЗДЕЛ 6

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ И ПСИХО-СОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Тема данного раздела сборника тезисов чрезвычайно актуальна в настоящее время. Актуальность этого раздела и соответствующей секции конференции усиливается в связи с особенностями современной реальности, в которой существует человек, и которая определяется рядом глобальных психологических особенностей.

К ним относятся:

- Изменяющаяся и неопределенная (транзитивная) повседневность и связанное с этим нарастание социально-психологического стресса, недостаточность развитости социальных и индивидуальных копинг-ресурсов и стратегий, деструкция копинг-поведения в целом;
- Размытость границ здоровья и болезни;
- Увеличивающиеся проблемы идентичности – представление людей о себе, о своем здоровье и болезни в постоянно меняющемся и плохо прогнозируемом современном мире;
- Выраженная изменчивость разных контекстов проживания человека в ситуации постоянной угрозы возникновения и прогрессирования заболевания;
- Необходимость новой концептуализации понятий «Здоровье» и «Болезнь», а также совладания с новыми требованиями социальной среды и угрозой болезни;
- Увеличение удельного веса избегающих копинг-стратегий столкновения с реальностью, что означает ослабление индивидуальных стратегий, недостаток ресурсов личности и социальной среды;
- Изменение медицинской сферы и помощи в целом с точки зрения ее дистанцирования от пациента с увеличением доли телекоммуникационных контактов, а с другой стороны, резкий перенос вектора ответственности на человека, находящегося в ситуации болезни.

Все это, а также многие другие особенности современной реальности, требуют формирования нового психологического взгляда на здорового и больного человека, его адаптацию. Становится очевидным, что современный клиничко-психологический взгляд должен обосновывать, предлагать и новые решения психологической помощи людям, а психологи – разрабатывать и внедрять новую стратегию и тактику помощи.

В связи с этим очень отраднo приветствовать работы авторов, относящиеся к секции **«Психологическая помощь и психосоциальная реабилитация при тяжелых формах соматической патологии»**, которые представляют собой разнообразные и актуальные, преимущественно экспериментальные исследования. Обращает на себя внимание неравнодушие авторов и желание их включиться в реальную помощь людям, находящимся в ситуации болезни.

Широта охвата как психологических вопросов и проблем, так и нозологических направлений исследований впечатляет. Это и исследования, касающиеся концептуализации болезни и адаптации к ней онкологических, кардиологических больных, пациентов с сахарным диабетом и с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата, больших и маленький пациентов, людей разных возрастов и спортсменов.

Я благодарю коллег за их активное участие в конференции и горячо поддерживаю новых виток роста профессионального самосознания тех специалистов-психологов, которые стремятся внести свой вклад в соматическую медицину.

*Сирота Наталья Александровна, д.м.н., профессор
декан факультета клинической психологии
ФГБОУ ВО «Московский государственный
медико-стоматологический университет
им. А.И. Евдокимова» МЗ России*

Психотерапия депрессивных расстройств у пациентов кардиологического профиля

Абдуллаева В.К.

Ташкентский Педиатрический

Медицинский Институт

Сафарбаев Б.Б.

Ташкентская Медицинская

Академия, Ургенчский филиал

Ключевые слова: депрессивные расстройства, психотерапия, сердечно-сосудистые заболевания

Psychotherapy of depressive disorders in the patients with a cardiac profile

Abdullaeva V.K.

Tashkent Pediatric Medical Institute

Safarbaev B.B.

Tashkent Medical Academy,

Urgench branch

Keywords: depressive disorders, psychotherapy, patients with a cardiac profile

Актуальность проблемы исследования обусловлена увеличением числа пациентов с заболеваниями кардиологического профиля, сформировавшихся в результате воздействия социально-экономических факторов [1]. Депрессивные состояния приводят личность к ряду неблагоприятных последствий как медицинского, так и социального порядка: снижают качество жизни пациента, адаптационный потенциал, повышают риск развития суицидальных тенденций, могут привести к снижению профессионального статуса с вынужденной сменой работы, утрату квалификационных способностей, распаду семьи и, наконец, к полной потере трудоспособности и инвалидности пациентов[2]. Инновационный подход к психотерапевтическому вмешательству с учётом личностных характеристик и особенностей адаптационного потенциала способствует быстрейшему выздоровлению и возвращению в социум [3,4].

Цель исследования: изучить особенности психотерапии депрессивных нарушений и тревожных расстройств у пациентов кардиологического профиля.

Материалы и методы: объектом для исследования явились 60 пациентов с наличием депрессивной патологии в клинической картине

заболеваемости, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для выявления типологических особенностей личностей пациентов применялся тест-опросник Шмишека-Леонгарда. По специально разработанной схеме медицинские психологи в течение трех месяцев проводили групповые и индивидуальные сеансы психокоррекции.

Результаты и обсуждение: на инициальном этапе исследования установлено, что у большинства пациентов эмоциональная сфера характеризовалась наличием депрессивной патологии, высоким уровнем тревожности и обсессивно-фобическими расстройствами. С помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) и опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98 % пациентов, при этом проявления тревоги были отмечены у 94 % исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55 % обследованных; более чем у половины пациентов было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55 %), у 35 % обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10 % пациентов – констатировалась выраженная тревога. Депрессивная симптоматика чаще всего сопровождалась наличием панических атак и генерализованного тревожного расстройства в виде страха смерти или внезапной остановки сердца. На фоне пониженного настроения наблюдались и соматические эквиваленты депрессии – бессонница, отсутствие аппетита, спастические колики и запоры. Отмечалось суточное колебание настроения, сопровождающееся чувством тоски и безысходности. Большинство пациентов отмечало нарастающее чувство грусти и предчувствие приближающейся смерти. При исследовании конституционально-личностных особенностей обследуемых с помощью опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациентов были выявлены: демонстративный тип личности – у 6 больных (10 %), застревающий тип личности – у 16 больных (26,7 %), дистимический тип в 40 % случаев (24 обследованных), тревожно-боязливый тип – у 10 больных (16,6 %), в 6,6 % случаев (4 пациента) был выявлен эмотивный тип личности. Для редукации депрессивной симптоматики специально подбиралось психотерапевтическое вмешательство с дифференцированным подходом с учётом личностных особенностей каждого пациента. Реабилитационная программа включала в себя комплекс мер по скорейшему возвращению пациентов в социум и способствовала адаптации в новых условиях быстро меняющегося социума. Проводимая психотерапевтическая помощь состояла из пяти основных интегральных этапов. Инициальный этап психокоррекции состоял в установлении психотерапевтического контакта, исходя из характеро-

логических особенностей больных, и постановку целей. Врач-психотерапевт в ходе рациональной психотерапии выявлял точки-мишени для проведения комплексной интегральной психотерапии с учётом личностных особенностей пациентов кардиологического профиля. Комплексно применялись техники нейролингвистического программирования и рациональной психотерапии. На втором этапе использовали личностно-ориентированную психотерапию и технику краткосрочной позитивной психотерапии, эффективную при создании мотивации и активизации ресурсов личности с изменением системы представлений, ценностей, а также с формированием ответственности. Проведение техник эриксонского гипноза на третьем этапе способствовало воздействию на психологическую составляющую заболевания, улучшало эффект соматотропной терапии и нормализацию психовегетативных соотношений с учетом особенностей личности больного кардиологического профиля. На четвертом этапе проводилась коррекция внутренней картины болезни, психотерапевтическая работа с психологическими защитами, выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению. Поддержка самостоятельности и инициативы больного с помощью проводимых арт-терапии, аутотренинга, семейной психотерапии, групповой динамической психотерапии и личностно-ориентированной психотерапии имела место на заключительном этапе психосоциореабилитации.

Выводы: таким образом, к концу психокоррекционной работы положительная динамика отмечается у 80 % пациентов кардиологического профиля, прошедших тренинги инновационной интегральной психотерапии, что указывает на необходимость данного вида групповой работы с больными сердечно-сосудистой и патологией эмоциональной сферы. Современные подходы в психодиагностике и психокоррекции депрессивных расстройств и личностных особенностей пациентов кардиологического профиля позволяют определить более глубокий уровень депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, способствуют более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов психологического воздействия с учётом личностных особенностей пациентов

Литература

1. Александров А.А., Балашова Т.Н. Сотрудничество врача и психолога в диагностическом процессе // Психотерапия и клиническая психология: методы, обучение, организация. – СПб. – Иваново, 2000. – С. 199–204.
2. Бабарахимова С.Б., Шаханская О.В., Искадарова Ж.М. Личностные особенности женщин с депрессивными расстройствами и их влияние на качество жизни // Сборники конференции НИЦ Социосфера 2013 г.

3. Сайдалиходжаева Д.Г., Бабарахимова С.Б. Оценка эмоциональных статусов беременных с учетом личностных особенностей / Психические расстройства в общей медицине. – 2017. № 4. 46–46 с.
4. Niyazova Z., Nurkhodjaev S., Akhmedzhanova A. Features of psychological rehabilitation in patients with eye injuries. *Medicine and Law*. 2019. – 1 (38). – P. 14–28.

Эмоциональный компонент личностной беспомощности и жизнестойкость у женщин с диагнозом рак молочной железы в период зрелости*

Абрамовская О.Р., Змеева А.С., Циринг Д.А.

Томский государственный университет, Томск, Россия

ora333@yandex.ru, zmeeva-csu@yandex.ru, l-di@yandex.ru

Ключевые слова: личностная беспомощность, жизнестойкость, рак молочной железы у женщин, период зрелости

Emotional component of personal helplessness and resilience in women diagnosed with breast cancer in adulthood

Abramovskaya O., Zmееva A., Tiring D.

Tomsk State University, Tomsk, Russia

Keyword: personal helplessness, viability, breast cancer in women, the period of maturity

Введение. В настоящее время тема преодоления и оптимального проживания сложных жизненных периодов является актуальной, в том числе в условиях протекания онкологического заболевания. В связи с этим становится важным выявление психологических факторов, оказывающих влияние на возникновение и протекание онкологического заболевания и выживаемости онкопациентов. В качестве таких внутренних факторов, опосредующих влияние внешних условий, в настоящей статье рассматриваются личностная беспомощность и жизнестойкость. Личностная беспомощность – системное качество субъекта, представляющее собой единство определенных личностных особенностей, которые определяют низкую способность человека противостоять трудностям, преобразовывать действительность, становясь автором жизненного пути [3]. Личностная беспомощность в своей структуре содержит 4 компонента: мотивационный, когнитивный, эмоциональный и волевой.

Эмоциональный компонент личностной беспомощности включает в себя повышенную тревожность, эмоциональную неустойчивость, неуверенность в себе, замкнутость, низкую стрессоустойчивость, низкий

* Исследование выполнено при поддержке Российского научного фонда (проект № 19-18-00426).

контроль эмоций, зависимость от настроений. Одной из его инвариантной составляющей является склонность к депрессии, которая выступает в качестве диагностического критерия личностной беспомощности наряду с пессимистическим атрибутивным стилем, тревогой и низкой самооценкой. У испытуемых с признаками личностной беспомощности проявляется склонность к обидам и некоторым проявлениям агрессии [3].

Структура личностной беспомощности имеет специфические особенности на каждом возрастном этапе [3].

Полярным психологическим образованием по отношению к личностной беспомощности, является жизнестойкость. Жизнестойкость включает в себя три автономных компонента: вовлеченность, контроль, принятие риска [4]. Эта личностная переменная характеризует меру способности личности выдерживать стрессовую ситуацию, сохраняя внутреннюю сбалансированность, что не снижает успешность в деятельности. Кроме того, жизнестойкость опосредует влияние стрессогенных и хронических факторов на соматическое и душевное здоровье [2]. И если личностная беспомощность предполагает подверженность депрессии, апатии, низкую стрессоустойчивость, уверенность в ненужности собственных действий, то жизнестойкость, наоборот, уменьшает риск возникновения депрессии, повышает стрессоустойчивость, позволяет определить способности личности к совладанию как с повседневными трудностями, так и в кризисных периодах, в том числе в условиях болезни.

Материал и методы. В данном исследовании приняли участие женщины с диагнозом рак молочной железы (далее рмж) в период зрелости, в возрасте от 36 до 50 лет согласно классификации возрастного развития Г.С. Абрамовой [1]. Общая совокупность выборки составило 47 человек. Исследование проведено на базе Челябинского областного клинического центра онкологии и ядерной медицины (г. Челябинск). В качестве методов психологического исследования использовались: «Опросник личностной беспомощности» (Д.А. Циринг, А.В. Степаненко); «Тест жизнестойкости» (Д.А. Леонтьев). При обработке данных использовался пакет математической статистики SPSS 20.0.

Результаты. В результате были выявлены взаимосвязи между эмоциональным компонентом личностной беспомощности и отдельными компонентами жизнестойкости на выборке женщин с диагнозом рмж в период зрелости: между эмоциональным компонентом личностной беспомощности и общим показателем жизнестойкости ($r=-0,409$ при $p=0,01$), а также ее компонентами – контролем ($r=-0,452$ при $p=0,01$), принятием риска ($r=-0,293$ при $p=0,05$). Необходимо отметить наличие во всех случаях отрицательной корреляции. Данный факт согласуется с тем, что жизнестойкость является полярным по отношению к личностной беспомощности образованием.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что ведущим компонентом на выборке женщин с диагнозом рмж в период зрелости

становится эмоциональный компонент. Преобладание эмоционального компонента личностной беспомощности у женщин с диагнозом рмж в период зрелости способно проявить в поведении доминирование таких характеристик как замкнутость, равнодушие, неуверенность, эмоциональную неустойчивость, склонностью к чувству вины, ранимостью, низкий контроль эмоций, обидчивость, тревожность, депрессивность и астению. В этом случае будет наблюдаться менее развитый компонент контроля жизнестойкости, который представляет собой убежденность в том, что активные действия и борьба позволяют влиять на результат происходящих с человеком событий. Это позволяет говорить о том, что у женщин с диагнозом рмж, наличия у них признаков личностной беспомощности, будут в большей степени ощущать собственное бессилие, невозможность повлиять на результат происходящего, бесполезность собственных усилий. Соответственно, компонент принятия риска жизнестойкости в данном случае будет также низким. В этом случае женщины с диагнозом рмж будут стремиться к простому комфорту и безопасности, им не понятна идея развития через активное усвоение знаний из опыта и последующее их использование.

Таким образом, в зрелом возрасте у женщин с диагнозом рак молочной железы выявлены значимые отрицательные корреляционные связи между эмоциональным компонентом личностной беспомощности и компонентами жизнестойкости.

Литература

1. *Абрамова Г.С.* Возрастная психология [Текст]: учеб. пособие для студ. вузов / Г.С. Абрамова.- 4-е изд., стереотип. М.: Издательский центр «Академия», 1999. – 298 с.
2. *Александрова Л.А.* К концепции жизнестойкости в психологии [Текст] / Л.А. Александрова // Сибирская психология сегодня : сб. науч. тр. / под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого.- Кемерово : Кузбассвуиздат, 2004.-Вып.2. – С.82–90.
3. *Циринг Д.А.* Психология личностной беспомощности: исследование уровня субъектности. – М.: Издательский центр «Академия», 2010. – 410 с.
4. *Леонтьев Д.А.* Тест жизнестойкости [Текст] / Д.А. Леонтьев, Е.И. Расказова. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.

Восприятие болезни и копинг-поведение пациентов с ревматическими болезнями

Абросимов И.Н.

кафедра клинической психологии,

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

i.abrosimov@bk.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, совладающее поведение, адаптация к болезни

Perception of illness and coping behavior of patients with rheumatic diseases

Abrosimov I.N.

*Department of Clinical Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State
University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russian Federation*

Keywords: perception of illness, coping behavior, adaptation to illness

Введение. Традиционный для отечественной клинической психологии субъектный подход рассматривает в качестве основного продукта адаптации личности в условиях болезни формирование специфического психологического конструкта – внутренней картины болезни. Описанная Р.А. Лурией, внутренняя картина болезни в работах Б.В. Зейгарник обсуждается в контексте ситуации угрожающей соматической болезни, обуславливающей нарушения опосредования и саморегуляции пациента [2]. При этом, ВКБ рассматривается в качестве одного из «инструментов» активации сознательных компенсаторных действий по преодолению подобных нарушений [3]. В более поздних трудах зарубежных авторов данное соотношение будет описано в понятиях восприятия болезни и совладающего поведения [5].

Группа ревматических болезней благодаря современным достижениям медицины все реже определяется как угрожающая для жизни. Однако данные заболевания все еще остаются ярким примером хронической соматической патологии с длительным и трудноконтролируемым течением, и восприятие болезни и совладание с ней являются главными регуляторами здоровьесберегающего поведения [4].

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 80 пациентов ФГБНУ «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А. Насоновой» в возрасте от 18 до 52 лет: 40 пациентов с ревматоидным артритом (РА), 40 пациентов с системной красной волчанкой (СКВ). Применялся пакет психодиагностических методик: Краткий опросник вос-

приятия болезни (Broadbent E., et al., 2006; в адаптации Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В., 2017); Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями (Вассерман Л.И. и соавт. 2009).

Результаты. Исследование показало, что для каждого изучаемого нами заболевания характерна структурная специфика его восприятия пациентами. Так, если пациенты репрезентируют ревматоидный артрит как заботящую их болезнь с длительным течением и хорошо узнаваемой симптоматикой, то, в свою очередь, пациенты с системной красной волчанкой также озабочены имеющимся заболеванием, его длительностью, и при этом воспринимают его как более понятное. Статистически значимые различия между сравниваемыми группами обнаружены по шкалам «течение» (СКВ $8,80 \pm 2,43$, РА $7,57 \pm 3,25$; $p=0,011$), «контроль болезни» ($6,53 \pm 2,29$, $5,42 \pm 2,84$; $p=0,049$), «контроль лечения» ($6,91 \pm 2,39$, $5,77 \pm 2,82$; $p=0,018$), «понятность болезни» ($7,53 \pm 2,69$, $6,05 \pm 3,27$; $p=0,019$).

Оценка выбора стратегий совладающего поведения указывает на амбивалентные копинг-паттерны в обеих группах пациентов, где на первый план выступают стратегии совладания «избегание» и «поиск социальной поддержки». Однако если в группе РА наряду с уже указанными преобладает стратегия «дистанцирование», то в группе СКВ – «планирование решения проблем». Важно отметить также, что все показатели копинг-поведения в обеих группах не превышали нормативные данные, приведенные авторами методики, что указывает на их умеренное применение, которое в целом повышает адаптивное функционирование в условиях болезни [1]. Статистически значимые различия двух групп были получены также по шкалам «поиск социальной поддержки» (СКВ $51,44 \pm 9,49$; РА $48,20 \pm 8,47$; $p = 0,49$) и «принятие ответственности» (СКВ $48,90 \pm 10,18$; РА $44,25 \pm 12,61$; $p = 0,46$) с преобладанием данных показателей в группе СКВ.

Процедура корреляционного анализа в двух группах сравнения позволила описать связи на уровне тенденций между изучаемыми показателями. В группе пациентов с ревматоидным артритом осознание последствий своего заболевания в будущем как более тяжелых положительно коррелирует с выбором конфронтативного совладания ($r=0,351$, $p=0,026$), а чувство контроля над имеющимся заболеванием возрастает при более выраженной стратегии поиска социальной поддержки ($r=0,433$, $p=0,005$). В группе пациентов с системной красной волчанкой восприятие своей болезни как более понятной отрицательно коррелирует с выбором дистанцирования в качестве совладания со стрессом ($r= -0,363$, $p=0,009$).

Резюме. Восприятие своей болезни и выбор копинг-поведения являются важными параметрами адаптации личности пациента с хроническим соматическим заболеванием. Их учет необходим при разработке профилактических, диагностических и психокоррекционных меро-

приятий, направленных на оптимизацию лечения и психологическое сопровождение пациентов ревматологического профиля. Не смотря на имеющиеся у них общие черты (долгая протяженность болезни во времени и эмоциональная озабоченность ею, поиск поддержки и избегание), имеются также нозоспецифические характеристики, обусловленные в том числе и различным опытом переживания болезни. Так пациенты с РА в ходе приобретения телесного опыта болезни научаются лучше идентифицировать ее, что обуславливает самоограничительное поведение в виде дистанцирования. Пациенты с СКВ вынуждены лучше понимать механизмы протекания своей болезни и планировать совладание с ней в ответ на ее диффузность, нелинейность и малую освещенность в обыденном представлении.

Литература

1. *Вассерман Л.И., Чугунов Д.Н., Щелкова О.Ю.* Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения // Консультативная психология и психотерапия, 2019, 27(2), С. 82–94.
2. *Зейгарник Б.В.* Нарушения личности /Патопсихология. Издание 2-е, переработанное и дополненное/ М.: Издательство Московского университета, 1986. – С 37–93.
3. *Холмогорова А.Б., Хаин А.Е., Абабков В.А.* Эмоциональное состояние и стратегии совладания подростков с онкогематологическими заболеваниями // Клиническая и специальная психология. 2018. Т. 7. № 4. С. 131–149.
4. *Ялтонский В.М., Абросимов И.Н.* Совладающее с болезнью поведение взрослых с муковисцидозом // Национальный психологический журнал, 2014, 3(15), С. 60–65.
5. *Ялтонский В.М., Московченко Д.В., Сирота Н.А., Ялтонская А.В.* Психометрические характеристики модифицированного опросника восприятия болезни: апробация на больных раком молочной железы и ишемической болезнью сердца // Клиническая и специальная психология, 2017, 6(2), С. 158–174.

Роль клинической психологии при реабилитации осужденных-инвалидов

Алигаева Н.Н.

ФГБОУ ВО КГУ им. К.Э. Циолковского, Калуга, Россия

nigar-0520@mail.ru

Ключевые слова: осужденные-инвалиды, исправительное учреждение, клиническая психология, реабилитация, ресоциализация

The role of clinical psychology in the rehabilitation of disabled prisoners

Aligaeva N.N.

Kaluga State University, Kaluga, Russia

Keywords: disabled convicts, correctional institution, clinical psychology, rehabilitation, resocialization

Проблема реабилитации осужденных является одной из значимых проблем в пенитенциарной системе, в частности – разрешение трудностей социализации осужденных-инвалидов.

Ресоциализация данных осужденных представляется двумя направлениями развития: личностные изменения самого осужденного под воздействием психологических мероприятий и согласие семьи и общества принять его. Для лиц с инвалидностью последняя задача является затруднительной, т.к. отвержение происходит не только в связи с недавней судимостью, но и из-за занимаемого низкого социального статуса, ключевыми моментами которого являются наличие жилья, семьи, работы. В некоторых ситуациях именно это и поспособствовало совершению корыстной и насильственной преступности.

Перед руководством исправительного учреждения стоит непростая задача. Многие сотрудники отмечают факторы, которые связаны с трудностями работы с данной категорией лиц: их индивидуально-психологические особенности и социальные установки по отношению к лицам, имеющим инвалидность и ограниченные возможности здоровья. Только в ходе комплекса мероприятий, проводимых сотрудниками воспитательного отдела, психологической лабораторией, медицинской частью, отдела специального учета и социальной службы, возможна благоприятная ресоциализация осужденного-инвалида. Работа с ними должна проводиться постоянно и немаловажную роль здесь играет сопровождение психолога, обладающего знаниями в области клинической психологии [1].

Клиническая психология является областью психологии, занимающейся вопросами взаимодействия болезней и психических явлений. Именно поэтому для успешной работы с осужденными-инвалидами пеницициарному психологу необходимо владеть знаниями в области неврологии, психиатрии, наркологии; разбираться в психофизиологических и патопсихологических методах диагностики, психотерапии и психокоррекции. Психологические мероприятия помогают сформировать мотивацию к исправлению, выработать позитивные установки по отношению к собственному здоровью, развить навыки конструктивного поведения [2].

В исправительном учреждении в основном встречаются больные и инвалиды следующих категорий: перенесшие внезапные тяжелые, угрожающие жизни и благополучию заболевания (ИМ, инсульт); страдающие хроническими заболеваниями с неблагоприятным течением, с угрозой жизни; получившие тяжелые физические травмы с утратой (частичной или полной) трудоспособности.

Неадекватные психологические реакции на болезнь и патологическое развитие личности оказывают сильнейшее препятствие при проведении реабилитационных мероприятий.

Психологи оказывают помощь в преодолении страхов, «ухода в болезнь, депрессии, отсутствия мотивации к преодолению болезни и ее последствий, низкая приверженность больных к участию в программах медицинской реабилитации.

Основными и значимыми задачами психологической реабилитации являются: психологическая поддержка; формирование адекватных личностных реакций на болезнь; повышение приверженности проводимому лечению; формирование установок на активное участие в программах реабилитации, на своевременное возвращение к труду (учебе), на восстановление своей роли в семье и социально-трудовом окружении [3].

Психодиагностика осужденных-инвалидов проводится с первых дней прибытия в учреждение и позволяет индивидуализировать программы психологической реабилитации.

Аутогенные тренировки, направленные на обучение методам саморегуляции и самовнушения, достаточно часто применяются и являются эффективными техниками психотерапии. Также положительные результаты наблюдаются при использовании когнитивно-поведенческой терапии и гипносуггестивной терапии. Но необходимо обратить внимание, что данные методы и техники используются психологами, имеющими специализацию в области клинической психологии.

Основными направлениями психологической работы с осужденными, имеющими инвалидность, являются «культурно-просветительское направление», «психогигиена» и «психотерапевтические мероприятия». Психогигиена позволяет инвалидам создавать благоприятные условия для поддержания здоровья, активной жизнедеятельности и трудовой деятельности [4].

Комплекс психотерапевтических мероприятий способствует активизации телесных и психических функций и решению конкретных проблемных ситуаций, с которыми осужденному-инвалиду приходится сталкиваться ежедневно.

Таким образом, роль клинической психологии является значимой при составлении индивидуальных психологических программ, которые позволяют рассматривать каждый случай с точки зрения уникальности личности. Знания в области неврологии, патопсихологии, нейропсихологии способствуют более глубокому пониманию психологических и личностных проблем инвалидов.

Развитие знаний в области клинической психологии является одним из факторов, позволяющих успешно ресоциализировать осужденных разных категорий в период подготовки к освобождению и при профилактике повторных преступлений.

Литература

1. *Алигаева Н.Н.* Клиническая психология и психотерапия в исправительных учреждениях / Н.Н. Алигаева // В сборнике: Антология российской психотерапии и психологии. Материалы научно-практических конгрессов Общероссийской профессиональной психотерапевтической лиги и Национальной саморегулируемой организации «Союз психотерапевтов и психологов». Общероссийская профессиональная психотерапевтическая лига; Национальная саморегулируемая организация «Союз психотерапевтов и психологов». 2019. С. 111.
2. *Заборовская Ю.М.* Проблема ресоциализации осужденных к лишению свободы инвалидов и лиц пожилого возраста / Ю.М. Заборовская // Уголовно-исполнительная система на современном этапе: взаимодействие науки и практики. Материалы Международной научно-практической межведомственной конференции. Под общей редакцией А.А. Вогинова. 2016. С. 235–237.
3. *Зайцев В.П.* Медико-психологическая реабилитация больных и инвалидов / В.П. Зайцев // Терапевтический архив. 2013. № 10. С. 105–110.
4. *Малетина Е.А.* Работа психологов с осужденными мужского пола, имеющими инвалидность / Е.А. Малетина // Образование и наука в России и за рубежом. 2018. № 11 (46). С. 99–102.

Связь саморегуляции и субъективного восприятия времени у пациентов с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями позвоночника

Баранова А.В., Яковлева Н.В.

ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, Рязань, Россия

av_baranova.62@mail.ru, yakovleva.nata2@gmail.com

Ключевые слова: саморегуляция, субъективное восприятие времени, хроническое соматическое заболевание, дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника

Relationship between self-regulation and subjective perception of time of patients with degenerative-dystrophic diseases of the spine

Baranova A.V., Yakovleva N.V.

Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia

Keywords: self-regulation, subjective perception of time, chronic somatic disease, degenerative-dystrophic diseases of the spine

Введение. Личность, развиваясь в условиях хронического соматического заболевания (ХСЗ), попадает в специфические условия реальности, обуславливающие изменение деятельности и путей реализации личности на протяжении длительного временного периода. В связи с этим происходит изменение временной перспективы как актуальных представлений о субъективном прошлом, настоящем и будущем времени. Помимо этого можно предположить особую роль субъективного восприятия времени в ситуации ХСЗ как события, имеющего начало, но не имеющего детерминированного завершения. Механизмом, позволяющим личности адаптивно строить свою деятельность, активно изменять ее условия, выступает саморегуляция, понимаемая нами вслед за О.В. Конопкиным как инструментальный, потенциально осознаваемый системно-организованный процесс внутренней психической активности.[1] Согласно замечанию К.А. Альбухановой-Славской [2], саморегуляция осуществляет оптимизацию психических возможностей, компенсацию недостатков, регуляцию индивидуальных состояний и ресурсов. Взаимосвязь саморегуляции и субъективного восприятия времени, с одной стороны, обосновывается неразрывностью целей активности и планов возможного будущего и прошлого опыта, с другой стороны, факторы субъективного восприятия времени

отражают качество условий деятельности, как непосредственно воспринимаемых, так и предвосхищаемых личностью.

Материал и методы. Исследовательскую выборку составили люди, имеющие в диагнозе хроническое течение дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника (ДДЗП), 33 испытуемых, средний возраст $41,6 \pm 12,1$. Выбор ДДЗП хронического течения обусловлен достаточно пролонгированным развитием с отставленной во времени и трудно прогнозируемой возможностью ухудшения объективного состояния. Исследование проводилось на базе ГБУ РО «Областная клиническая больница» г.Рязани в 2019 г. В качестве методов исследования применялись следующие психодиагностические методики: опросник «Семантический дифференциал времени» Л.И. Вассермана («Semantic time differential» by L.I. Wasserman), опросник «Стили саморегуляции поведения» (ССПМ) В.И. Моросановой («Styles of self-regulation of behavior» by V.I. Morosanova). Математико-статистическая обработка выполнялась в программе STADIA 8.0, использовался корреляционный анализ данных по критерию Спирмана.

Результаты. В ходе исследования были получены корреляции, позволяющие охарактеризовать специфику связи саморегуляции и факторов субъективного восприятия времени в условиях хронического течения ДДЗП. Наиболее прочные взаимосвязи были получены для таких компонентов саморегуляции, как моделирование, программирование и гибкость. Способность к моделированию имеет значимую связь с субъективной величиной прошлого времени ($r_{\text{сзмп}} = 0,368$): восприятие прошлого как времени, благоприятного для свободной самореализации, более свойственно высокому уровню развития способности к моделированию.

Высокий уровень способности к программированию, под которым понимается продумывание, детализация способов поведения и действий для достижения определенной цели, обратно связан с ощущением времени прошлого ($r_{\text{сзмп}} = -0,453$). Имея тесную психологическую связь с прошлым, будучи интеллектуально и эмоционально вовлеченными в него, пациенты с ДДЗП менее ориентированы на выстраивание реалистичных планов достижения целей в будущем. Одновременно наблюдается обратная корреляция данного компонента с общей оценкой времени будущего ($r_{\text{сзмп}} = -0,415$): мы полагаем, что в условиях ХСЗ субъекту, обладающему достаточно развитыми способностями к программированию, свойственно ориентироваться на негативные стороны данной программы, что вызывает негативные эмоциональные переживания в отношении будущего времени. Подобное предположение подтверждается обратной связью программирования и фактора эмоциональности будущего ($r_{\text{сзмп}} = -0,358$).

Высокие значения общей оценки настоящего и будущего времени устойчиво коррелируют с регуляторной гибкостью, при этом наиболь-

ший вклад в их взаимосвязь вносится факторами эмоциональности и событийной насыщенности субъективного времени. Мы полагаем, что высокий уровень развития гибкости как пластичности планов и способов их реализации снимает эмоциональное давление на человека в ситуации ХСЗ, позволяет ощущать себя более компетентным в осуществлении различного рода деятельности, что отражается на характере восприятия настоящего и будущего.

Общий уровень саморегуляции деятельности пациентов с ДДЗП положительно связан с субъективным восприятием времени настоящего ($r_{\text{смп}} = 0,425$) и такими его факторами, как величина ($r_{\text{смп}} = 0,38$) и эмоциональность ($r_{\text{смп}} = 0,442$). Высокому уровню регуляции произвольной активности, ее успешности, соответствует субъективная оценка настоящего как событийно наполненного, насыщенного положительными переживаниями.

Выводы. По итогам проведенного исследования, связь саморегуляции и факторов субъективного восприятия времени у пациентов с ДДЗП характеризуется следующими особенностями: восприятие настоящего и будущего времени как эмоционально положительного, достаточно продолжительного и наполненного событиями зависит от высокого уровня развития регуляционной гибкости и в целом общего уровня саморегуляции. Опыт прошлого, его восприятие как достаточно разнообразного и обширного, позволяет субъективно легче выделять условия достижения цели в настоящем и предвосхищаемом будущем. В ситуации ХСЗ тесная связь с прошлым, проявляющая себя в факторе ощущения времени, препятствует разработке реалистичных программ деятельности, в то же время, достаточно развитый компонент программирования провоцирует восприятие будущего как неблагоприятного временного периода. Выявленная взаимосвязь может указывать на работу особенного защитного механизма, препятствующего травматизации личности пациента с ДДЗП. Это обосновывает необходимость дальнейшей разработки данной темы.

Литература

1. *Абульханова-Славская К.А.* Стратегия жизни. М.: Мысль, 1991.
2. *Конопкин О.А.* Психическая саморегуляция произвольной активности человека (структурно-функциональный аспект) // Вопросы психологии. 1995. № 1. С. 5–12.

Особенности самоотношения больных сахарным диабетом второго типа в пожилом возрасте на фоне декомпенсации

Батяева А.С.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

tovsla@yandex.ru

Зверева Н.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

ФГБНУ Научный центр психического здоровья, Москва, Россия

nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: сахарный диабет, копинг-стратегии, самоотношение, пожилой возраст, декомпенсация

Features of self-attitude of patients with type 2 diabetes mellitus in old age against the background of decompensation

Batyaeva A.S.

*Moscow State University of Psychology
and Education, Moscow, Russia*

Zvereva N.V.

*Moscow State University of Psychology
and Education, Moscow, Russia*

*FSBSI Mental Health Research
Center, Moscow, Russia*

Keywords: diabetes mellitus, coping strategies, self-attitude, old age, decompensation

Введение. Рост численности населения пожилого возраста, увеличение в 2 раза количества больных сахарным диабетом в России за последние 20 лет и высокий процент декомпенсированных больных среди людей с диабетом 2-го типа (не менее 48 % по данным 2018 г.) – все это обусловило обращение к теме изучения самоотношения, копинг-стратегий у этих пациентов. Компенсация диабета во многом зависит от способности больных управлять своим заболеванием. Соблюдение диеты и режима питания больными диабетом являются ключевыми факторами компенсации состояния здоровья этих больных. При этом длительная детальная регламентация удовлетворения витальной потребности (приема пищи) требует наличия психологических ресурсов личности. Таких

ресурсов может не доставать больным с проблемным самоотношением (недостатком самопринятия, заниженной самооценкой).

Крайне мало отечественных работ, напрямую посвященных особенностям самоотношения больных диабетом, в частности, связи самоотношения и компенсации углеводного обмена, но достаточно много работ о связи инсулинорезистентности с личностными характеристиками больных, а также о психологических особенностях больных сахарным диабетом.

В основе исследования лежит несколько предположений: компенсация-декомпенсация болезни связана с характером самоотношения, позитивное самоотношение больных диабетом соответствует лучшей компенсации углеводного обмена при диабете 2-го типа. Декомпенсация диабета имеет связь с нарушениями пищевого поведения. Деадаптивное поведение в трудных ситуациях (деадаптивные копинги) связано с трудностями в управлении диабетом и декомпенсацией углеводного обмена

Цель анализ связи параметров самоотношения больных сахарным диабетом 2-го типа с характером компенсации углеводного обмена у лиц пожилого возраста.

Материал: 45 человек (24 чел. – экспериментальная группа ЭГ, 21 чел. – контрольная группа КГ) в возрасте от 57 до 75 лет, страдающих сахарным диабетом 2 типа, в экспериментальной группе – с углеводной декомпенсацией ($Hb \geq 7,5$), а в контрольной – без декомпенсации, это деление проводилось врачами в клинике и на основании опроса респондентов, проходивших исследование через интернет. По остальным параметрам (половозрастной состав, давность заболевания, уровень образования) группы были примерно уравнены. Исследование проводилось частично очно в ГКБ им. В.В. Вересаева г. Москвы, частично дистанционно с использованием опросов через google-docs.

Методы: экспериментально-психологический, психодиагностический, Математическая обработка данных. Для проведения исследования был разработан методический комплекс для пожилых людей с диабетом 2-го типа, куда вошли анкета, методики оценки самоотношения и самооценки, опросники пищевого поведения, копингов.

Результаты. Основные результаты приводятся в обобщенном виде. Средний уровень самоуважения (по шкале Розенберга) оказался несколько выше в КГ. Люди пожилого возраста с сахарным диабетом 2-го типа, у которых выражен самоинтерес (близость к себе, интерес к своим мыслям и чувствам), достигают лучших показателей углеводного обмена. Недостаточно изученная внутренняя картина болезни и внутренняя картина лечения у пациентов с сахарным диабетом 2-го типа при декомпенсации вызывает исследовательский интерес, однако, наши предположения, что по всем параметрам пациенты ЭГ будут хуже, чем пациенты КГ оправдались неполностью. Общий уровень самооценки не показал своего влияния как значимого фактора на уровень компенсации

диабета. – средний балл по методике самоотношения Столина оказался выше в КГ, обнаружена определенная связь параметров самоотношения и длительности болезни. По мере увеличения стажа болезни у больных падает уровень самоинтереса (близость к себе), что говорит о частичном истощении ресурсов личности для адаптации к болезни с ростом продолжительности заболевания. Чем больше стаж болезни, тем ниже показатели самоинтереса в обеих группах.

Для пациентов с сахарным диабетом большое значение имеют поведенческие паттерны, связанные с приемом пищи (рацион, расписание, диета), выполнение ряда требований имеет витальное значение. В нашем исследовании характеристики пищевого поведения больных диабетом оказались более измененными в КГ по сравнению с ЭГ, где оказалась больше доля испытуемых с нормальным пищевым поведением по сравнению с КГ. Хотя средние показатели по группам различаются незначительно, но в КГ оказалось больше респондентов с нарушениями по эмоциогенному и экстернальному типу (по опроснику DEBQ).

Исследование копинг-стратегий по тесту Лазаруса показало, что в ЭГ наиболее выраженными были копинги «Дистанцирование», «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка», наименее дезадаптивный копинг «Бегство-избегание». Самоинтерес показал корреляцию с использованием адаптивных копингов «Планирование решения проблемы» и «Положительная переоценка». Такая связь может рассматриваться как продуктивная для адаптации и максимально полноценной жизни при сахарном диабете 2-го типа, особенно важно, что данные получены для пожилого возраста, который может рассматриваться как группа риска личностной и социальной дезадаптации.

Резюме. Наибольшие различия между группами по шкалам опросника Столина по среднему баллу наблюдаются: по показателю саморукводства (средний уровень несколько выше в ЭГ); самоинтерес и ожидаемое отношение других (средний уровень заметно выше в КГ). В подгруппе ЭГ, прошедшей опрос по методике Лазаруса, наиболее выражены копинги «дистанцирование», «планирование решения проблем» и «положительная переоценка», наименее выражен копинг «бегство-избегание».

Таким образом, исследование показало адекватность предлагаемого методического комплекса, его применение может быть полезным и при разработке психотерапевтической тактики по отношению к больным с сахарным диабетом 2-го типа. Для больных, их родственников и специалистов, работающих с ними, важно, что компенсация/декомпенсация зависит не столько от высоты самооценки, сколько от качества самоотношения, а психологические факторы, которые влияют на него, нуждается в дальнейшем изучении. Предположение об однозначной связи нарушений пищевого поведения и декомпенсации углеводного обмена не подтвердилось. Также не нашли подтверждения предположения о том, что копинги декомпенсированных больных несут дезадаптивный характер.

Психологическая коррекция беременных женщин с выраженным уровнем дистресса*

Бурина Е.А., Абабков В.А.

Санкт-Петербургский Государственный
Университет, г. Санкт-Петербург, Россия
e.a.burina@spbu.ru, valababkov@mail.ru

Пазарацкас Е.А.

Женская консультация № 33,
г. Санкт-Петербург, Россия
9446642@gmail.com

Капранова С.В.

Санкт-Петербургский Государственный
Университет, г. Санкт-Петербург, Россия
sph.sph92@gmail.com

Ключевые слова: дистресс, беременность, психологическое вмешательство, коррекция

Psychological correction of pregnant women with high distress level

Burina E.A., Ababkov V.A.

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

Pazaratskas E.A.

Women consultation № 33, Saint Petersburg, Russia

Kapranova S.V.

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russia

Keywords: distress, pregnancy, psychological intervention, correction

Период беременности зачастую рассматривается не только как положительное и значимое событие в жизни женщины, но и как определенное макрострессовое событие. Большое количество женщин испытывают устойчивые проявления дистресса на протяжении всего срока беременности.

Целью данного исследования явилось изучение особенностей и уровня дистресса у беременных женщин, проведение психологической коррекции, а также первичной оценки ее эффективности.

Для реализации цели были сформулированы следующие исследовательские задачи: 1. изучение социально-демографических, личностных и клинико-психологических особенностей беременных женщин; 2. изу-

* Исследование выполняется при поддержке гранта РФФИ № 19-013-00417а.

чение выраженности и особенностей дисстресса у женщин в динамике (до и после родов); 3. составление программы и проведение психологической коррекции у беременных женщин с выявленным дисстрессом; 4. оценка эффективности проведенной коррекции по ее завершении; 5. разработка психопрофилактических мероприятий, направленных на снижение выраженности дисстресса у беременных женщин.

Дизайн исследования предполагал лонгитюд с 3 замерами: 1 замер – при постановке беременной женщины на учет в женской консультации, 2 замер – после проведения психологической коррекции с частью беременных женщин, нуждающихся в психологическом вмешательстве, 3 замер – в период от 2 до 6 месяцев после родов со всеми респондентами.

Для реализации задач исследования были выбраны следующие методы: 1. клинико-психологический метод (наблюдение и беседа); 2. клинический метод (акушерко-гинекологический); 3. авторская анкета; 4. опросник «Шкала воспринимаемого стресса-10», адаптирована и валидизирована В.А. Абабковым, С.В. Капрановой, К.А. Стуковым; 5. симптоматический опросник SCL-90, адаптированный и валидизированный Н.В. Тарабиной; 6. личностная методика «Большая пятёрка» (Big 5), адаптирована Г.Г. Князевым, Л.Г. Митрофановой, В.А. Бочаровым; 7. «Тест отношений беременной» И.В. Добрякова.

По результатам первого замера с частью беременных женщин (N=40) проводились психокоррекционные мероприятия. В качестве метода психологической коррекции была выбрана краткосрочная психодинамическая психотерапия, подробно описанная и обоснованная в диссертации Е.Б. Мизиновой на тему «Краткосрочная групповая личностно-ориентированная (реконструктивная) психотерапия при невротических расстройствах» (2004). Данный вид психологического вмешательства совмещает техники когнитивно-бихевиорального и личностно-ориентированного подходов. Проводится в групповом формате (группы не более 12 человек). Краткосрочность определяется в среднем 10 групповыми встречами [1].

При анализе полученных в исследовании данных использовались стандартные методы математической статистики с помощью компьютерных программ «Excel» и «R Studio», пакеты «ez», «psych», «ggplot2». Методы обработки и анализа данных: описательные статистики, сравнение средних величин, методы вторичной статистической обработки – критерий χ^2 -Пирсона, непараметрический критерий Н-Краскела-Уоллиса, использование непараметрического критерия U-Манна-Уитни.

В целом в исследовании приняли участие 125 беременных, из них с 40 женщинами проводилось психологическое вмешательство на втором замере. Средний возраст женщин составил 30 лет. Большинство респонденток находятся в браке, имеют высшее или неоконченное высшее образование, проживают в городе Санкт-Петербург. Беременность у данных женщин протекала без каких-либо значимых осложнений.

Анализ личностных особенностей беременных женщин показал некий среднестатистический портрет респонденток, так как все изученные показатели находились в диапазоне средних значений.

По результатам проведенного исследования у большинства респонденток было выявлено преобладание оптимального типа психологического компонента гестационной доминанты, что свидетельствует об адекватном отношении к беременности, к ребенку и материнству в целом.

Анализ полученных результатов по симптоматическому опроснику на первом замере продемонстрировал значительно завышенные показатели (диапазон высоких значений), что свидетельствует о достаточно тяжелом состоянии женщин. Обращает внимание представленность всех регистрируемых шкал, что может негативно сказываться на течение беременности и приводить к определенным рискам. Результаты, полученные после проведения психокоррекционных мероприятий, демонстрируют статистически значимое снижение уровня выраженности симптоматики (диапазон средних значений). Различия между замерами достоверны по каждой шкале: $p < 0,0001$.

Был изучен общий уровень воспринимаемого респондентами стресса. Результаты первичного замера демонстрируют достоверно значимо ($p < 0,0001$) более высокий уровень стресса, нежели показатели, полученные в рамках последующего замера.

Таким образом, следует заключить, что изученные показатели дистресса резко снизили свои значения после проведения психокоррекционных мероприятий с данной группой беременных женщин. Скорость изменений в данном случае особо значима, учитывая сроки гестации, а также физиологические и психологические особенности состояния женщины во время беременности.

В целом, снижение уровня дистресса способствует улучшению состояния беременных, а также безусловно связано с более положительным течением беременности, что предоставляет женщине больше возможностей выносить и родить здорового ребенка.

Литература

1. *Абаков В.А., Исурина Г.Л., Кайдановская Е.В., Карвасарский Б.Д., Колотильщикова Е.А., Мизинова Е.Б., Полторак С.В., Чехлатый Е.И.* Разработка методики интерперсональной психотерапии для лечения невротических расстройств и оценка её эффективности. Методические рекомендации. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева. 2007. – 49 с.

Психосоматический симптом в контексте социального стресса и экзистенциальной исполненности

Василенко Т.Д., Селин А.В.

*Курский государственный медицинский
университет, Курск, Россия*

tvasilenko@yandex.ru alexspsy@gmail.com

Ключевые слова: адаптация, экзистенциальная исполненность, психосоматический симптом, социальный стресс

Psychosomatic symptom in the context of social stress and existential fulfillment

Vasilenko T.D. Selin A.V.

Kursk state medical university, Kursk, Russia

tvasilenko@yandex.ru alexspsy@gmail.com

Keywords: adaptation, existential fulfillment, psychosomatic symptom, social stress

Введение. Нарастающая стрессогенность повседневной жизни, создающая условия для психосоматического реагирования на дезадаптирующие воздействия, а также тенденция нынешней системы здравоохранения уделять внимание не только медицинской, но и психосоциальной реабилитации пациентов соматической клиники ставят перед современной медицинской психологией задачу повышения адаптационных возможностей людей, находящихся в ситуации наличия психосоматической симптоматики.

Категории «адаптация» и «дезадаптация» в психологической литературе трактуются достаточно неоднозначно. Психологическая адаптация рассматривается нами как деятельность личности по преодолению или преобразованию дезадаптирующего воздействия, затрагивающая множественные уровни организации человека и направленная на поддержание целостности личности. Взаимодействие с окружающей действительностью, её отражение, регуляция поведения с целью поддержания целостности организма всегда возникают в ответ на внешние воздействия. Следовательно, об адаптации мы можем говорить условно, так как приспособление теоретически возможно к любому воздействию, однако в практическом смысле результат подобного приспособления не всегда приемлем с точки зрения общего качества функционирования организма.

Мы считаем, что в контексте нашего исследования наиболее актуально рассматривать психологическую адаптацию к ситуации заболевания,

получившую развитие в работах Р. Моос, Ж. Шейфер, Р. Мосс-Моррис, Д. де Риддер и в общем рассматривается как здоровое обретение пациентами равновесия в изменившихся обстоятельствах [3].

Современные исследования показывают, что многие люди могут испытывать позитивные изменения в жизни в ответ на болезнь и воздействия стрессоров. Лица, страдающие заболеванием, часто сообщают о личностном росте, связанном с опытом [2]. Поиск смысла в ситуации заболевания часто побуждает к осознанию личной уязвимости, которая открывает путь к созданию смысла в жизни посредством оценки значения и ценности. Поиск смысла и пользы в опыте заболевания рассматривается как в качестве предиктора последующей адаптации, так и в качестве самостоятельного адаптивного результата. Р. Тедески и Л. Калхун в своей функциональной описательной модели предложили, что посттравматический рост проистекает из метафорически «сейсмического события», встряхивающего основные схемы, убеждения и цели человека [4].

Опираясь на работы А. Лэнгле мы рассматриваем экзистенциальную исполненность как показатель отражающий качество жизни личности, связанного с ощущением наполненности жизни определённым смыслом. Степень экзистенциальной исполненности показывает, много ли осмысленного в жизни, как часто человек живет с внутренним согласием, соответствуют ли его сущности его решения и поступки, может ли он вносить хорошее, как он его понимает, в жизнь [1].

Материалы и методы. В качестве методов исследования мы использовали шкалу экзистенции А. Лэнгле, К. Орглер, шкалу социального избегания и дистресса (SADS) Д. Уотсона и Р. Френда в адаптации В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, и клиническую беседу, направленную на установление наличия дезадаптирующей ситуации в жизни испытуемого, параметров дезадаптирующего воздействия и степени изменений, вызванных нарушением психологической адаптации личности.

На основании феноменов, выявленных в ходе клинической беседы и работе с медицинским анамнезом, нами было выделено 3 группы испытуемых (по 30 человек): здоровые испытуемые, демонстрирующие психосоматические симптомы и пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями (гипертоническая болезнь и стенокардия) и здоровые испытуемые (контрольная группа).

Результаты и выводы. Анализируя различия по уровню социального избегания и дистресса между группами здоровых испытуемых с психосоматической симптоматикой и пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями, отметим выявленные различия на высоком уровне статистической значимости. На наш взгляд важно, что по данному показателю здоровые испытуемые с психосоматической симптоматикой не отличаются от группы здоровых испытуемых, что указывает на то, что тенденция к социальному избеганию и дистрессу в ситуациях об-

щения присоединяется только с соматизацией внутреннего конфликта. Отсутствие желания спрятаться от социальных контактов «до последнего» может свидетельствовать об использовании личностью социальной поддерживающей сети как фактора, сдерживающего развитие болезни.

Таким образом, мы отмечаем, что у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями обнаруживается тенденция испытывать дискомфорт в ситуациях, предполагающих социальные взаимодействия, а также сниженная способность испытывать интерес и удовольствие от взаимодействия с партнерами по общению.

Анализируя спектр экзистенциальных феноменов психологической адаптации личности мы обнаружили различия на высоком уровне статистической значимости по шкалам «Самодистанцирование», «Самотрансценденция», «Person» и «Общий балл экзистенциальной исполненности». Важно отметить, что по всем показателям баллы в группе здоровых людей с психосоматической симптоматикой выше чем в группах здоровых испытуемых и людей с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

В целом, можно отметить, что уровень экзистенциальной исполненности у больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями значительно ниже в сравнении со здоровыми испытуемыми и здоровыми людьми, с психосоматической симптоматикой. В обеих группах в разной степени наблюдается снижение внутренней открытости, способности к адаптации к внешней среде, а также стеснение в осуществлении собственных жизненных стремлений.

Здоровые люди с наличием психосоматического симптома демонстрируют высокую способность справляться с собой и с миром, принимать внутренние и внешние вызовы, ориентируясь на собственную иерархию ценностей, что свидетельствуют о более аутентичном проживании жизни, эмоциональной открытости и диалогичности с собой и миром.

Мы считаем, что полученные результаты демонстрируют важный аспект адаптационного процесса в ситуации наличия психосоматического симптома, когда появление симптома связанное, возможно, с недостатком осмысленности жизни, запускает процесс активизации экзистенциальных процессов, основная задача которых повышение осмысленности жизни, и как следствие ослабление симптома.

Литература

1. Лэнгли А. Жизнь, наполненная смыслом. Логотерапия как средство оказания помощи в жизни // М.: Генезис. – 2017.
2. Cordova M.J. et al. Posttraumatic growth following breast cancer: a controlled comparison study //Health Psychology. – 2001. – Т. 20. – № 3.
3. Moos R.H., Schaefer J.A. The crisis of physical illness //Coping with physical illness. – Springer, Boston, MA, 1984
4. Tedeschi R.G., Calhoun L.G. «Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence» //Psychological inquiry. – 2004. – Т. 1

Психогенные неэпилептические приступы: проблема диагностики и терапии

Великанова Л.В.

*психоаналитик, независимый
исследователь, Санкт-Петербург
laragiant@gmail.com*

Ключевые слова: психоанализ, истерия, эпилепсия, психогенные неэпилептические приступы, истерические припадки

Psychogenic non-epileptic seizures: the problems of diagnostic and therapy

Velikanova L.V.

*psychoanalyst, independent
researcher, Saint Petersburg
laragiant@gmail.com*

Keywords: psychoanalysis, hysteria, epilepsy, psychogenic non-epileptic seizures, hysterical fit

В последние несколько лет в российских журналах по неврологии и эпилептологии наблюдается активность в публикации работ, посвященных психогенным неэпилептическим приступам (далее ПНП), – теме, пока мало разработанной в отечественной медицине.

Подобные припадки в литературе называются психогенными неэпилептическими, истероэпилептическими, псевдоэпилептическими или истерическими и, главным образом, характеризуются отсутствием видимой патологии мозговой активности при диагностике методами ЭЭГ, КТ, МРТ. Кроме того, Гене-Кос и Ринг [4] приводят ряд характеристик пациентов с ПНП, среди которых: сохранение зрачкового рефлекса на свет, отсутствие изменений на ЭЭГ в момент приступа, широкая распространенность данного типа припадков среди женщин, а также наличие эмоциональной травмы, в особенности травмы сексуального извращения. Последние две характеристики представляют для нас как психоаналитиков особый интерес.

Ряд исследователей указывает на проблему неверной диагностики этих феноменов и гипердиагностики эпилепсии, вследствие чего наносится вред социального и экономического характера как пациентам и их семьям, так и врачам и структуре здравоохранения в целом. Большая часть таких работ содержит статистические данные и описание проводимых диагностических методов, тогда как личности пациента и его «душевному» проблемам

отводится весьма скромное место. Некоторые авторы все же упоминают о возможной междисциплинарности проблемы и говорят о необходимости в части случаев оказания психотерапевтической помощи пациентам с ПНП [3; 4 и др.], но, как правило, под помощью понимается ряд разъяснительных бесед по поводу осознания роли личности пациента в его симптоматике и принятия нового образа жизни, чего явно недостаточно для улучшения качества жизни и психического состояния больных.

Е.Л. Николаев, Т. Серли и Г. Резвый [2] пишут о неэффективности психологической работы и необходимости психиатрического вмешательства. Они описывают случай мужчины, страдающего припадками без наличия на ЭЭГ эпилептиформной активности. Во время первого обследования припадки были диагностированы как неэпилептические (симптоматика была оценена как диссоциативные судороги), было рекомендовано обследование у психиатра и посещение психолога. В ходе психологической диагностики был выявлен ряд личностных черт, расцененных в сумме как дающие склонность к диссоциативным и психосоматическим реакциям на стресс. Проводимая позже психологическая работа, по словам авторов, была «сфокусирована на помощи в осознании роли его личности в возникновении приступов, значении триггерных факторов, возможностях профилактики приступов», что, на наш взгляд, говорит о неценности бессознательных факторов в развитии симптома. Дальнейшее развитие клинической картины характеризовалось ухудшением состояния пациента, и в момент одного из обращений ему был поставлен диагноз «биполярное аффективное расстройство II типа» и назначены медикаменты, прием которых в течение последующих трех лет позволил сократить частоту приступов с числа нескольких раз в день до одного раза в месяц. До установки этого диагноза психотерапевтическая работа, по словам авторов, была неэффективной.

Е.Л. Николаев и др. в своей статье [2] делают акцент на необходимости совместных усилий неврологов и психиатров в вопросе лечения таких пациентов и считают важным установление сопутствующего припадкам психиатрического диагноза и работу с ним. Они, а также В.С. Савков [3] указывают на сопутствующие диссоциативные расстройства в случаях пациентов с ПНП. Как правило, к диссоциативным феноменам относят различные пароксизмальные состояния, которые присутствуют и при эпилепсии и при ПНП. Это группа пароксизмальных состояний, имеющих статус эпилептических аур: состояния дежавю, кратковременные расстройства восприятия, сумеречные помрачения сознания и др. Опираясь на собственную клиническую практику, заметим, что в эту группу могут входить феномены, называемые самими пациентами галлюцинациями, которые в клинической картине могут быть расценены как истерические псевдогаллюцинации, описанные еще П. Жане.

В практике психоанализа мы столкнулись с рядом обращений молодых людей, чьей проблемой были припадки, напоминающие по характеру

ПНП. Эти пациенты до начала психоаналитической работы были обследованы неврологами, эпилептологами и психиатрами, но диагноз ПНП не был поставлен ни в одном из этих случаев. В одном случае припадки сопровождались феноменами, похожими на вышеупомянутые истерические псевдогаллюцинации. В ходе работы приступы у данного пациента полностью прекратились, но конечного излечения не произошло. В ходе работы произошло видоизменение конверсионного симптома: припадки сменились расстройством ЖКТ приступообразного характера. Мы не смогли прийти до стадии, когда данный симптом перестал бы иметь символическое значение и сошел бы на нет в ходе анализа по той причине, что работа резко прервалась по инициативе пациента и не была закончена, однако данный случай, на наш взгляд, говорит о целесообразности применения психоанализа в случае пациентов с ПНП.

Еще З. Фрейд начиная с 1880-х годов описывал успешные случаи излечения истерических припадков методом психоанализа. В эти же годы П. Жане описываются случаи истерии и сопровождающих ее диссоциативных симптомов, которые сегодня могут быть распознаны в медицинской практике как ПНП. После Фрейда представители различных школ психоанализа также приводят массу случаев, говорящие в пользу эффективности этого метода. Однако, изучая проблему с точки зрения медицинского знания мы не находим ни единого упоминания об использовании в терапии ПНП психоаналитического метода.

Ранее мы уже высказывали тезис о необходимости налаживания диалога в области феномена ПНП между представителями психоанализа и медицинской сферы (неврологи, эпилептологи, психиатры, клинические психологи и психотерапевты) и сейчас хотим вновь обратить внимание на эту проблему. Мы надеемся, что в ближайшие годы интерес к теме ПНП будет возрастать, что приведет в конечном итоге к созданию пространства для междисциплинарного диалога и качественным сдвигам в области исследования данного феномена.

Литература

1. *Великанова Л.В.* Психогенные неэпилептические приступы: взгляд психоаналитика / Л.В. Великанова // Антология российской психотерапии и психологии: материалы Международного конгресса «Психотерапия, психология, психиатрия – на страже душевного здоровья!». Вып. 7. – Санкт-Петербург, 22–24 марта 2019. – С. 22–25
2. *Николаев Е.Л., Серли Т., Резвый Г.* Психогенные неэпилептические приступы: вопросы коморбидности в аспекте диагностики и терапии. Журнал неврологии и психиатрии. – 2016. – № 4. – С. 58–61.
3. *Савков В.С.* Психогенные неэпилептические приступы. Сибирский медицинский журнал. – 2015. – № 6. – С. 24–29.
4. *Nuri Gene-Cos, Howard A. Ring.* Понятие неэпилептических приступов /Making sense of non-epileptic seizures. Международный неврологический журнал. – 2007. – № 5(15)

Уровень стигматизации и самостигматизации в системе психологических ресурсов пациентов с нарушением сердечно-сосудистой системы

Власова Н.В.

руководитель группы психологической поддержки

персонала ФГБУ НМИЦ им. В.А. Алмазова,

г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

vlasovanatasha@mail.ru

8–981–800–25–26

Ключевые слова: стигматизация, самостигматизация, роль больного, идентичность, личность

The level stigmatization and self- stigmatization in the system of psychological resources of patients with disorders of the cardiovascular system

Vlasova N.V.

head of the psychological support group

for the personnel of the N.V. V.A. Almazov,

St. Petersburg, Russian Federation

vlasovanatasha@mail.ru

8–981–800–25–26

Keywords: stigmatization, self-stigmatization, patient's role, identity, personality

Введение. По данным некоторых авторов, стигма может выполнять как дезадаптивную функцию, выступая в качестве фактора риска развития сердечно-сосудистых заболеваний, так и обеспечивать адаптацию пациентов к условиям ограничений, накладываемых заболеванием, т.е. служить психологическим ресурсом [1,2,3]. Оптимизация стигматизации пациентов в рамках биопсихосоциального подхода открывает новые возможности для их реабилитации в ситуации болезни, сохраняя качество жизни и здоровья. «Снижая параметры психологической удовлетворенности в краткосрочной перспективе, проявления стигмы, тем не менее, улучшают психосоматические показатели в долгосрочном плане» [4]. Для решения задач исследования были изучены биопсихосоциальные особенности пациентов в зависимости от уровня стигматизации, определены факторы риска и ресурсы в сравнительном ключе. С помощью

кластерного анализа с использованием метода Варда были определены границы низкого, среднего и высокого уровня стигматизации в процентах: низкий (от 0 до 47 %), средний (48–60 %), высокий (61 % и выше).

Материал и методы. На базе отделений кардиологии ГБУЗ СО «Тольяттинская городская клиническая больница № 1», Санкт-Петербургского государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская больница № 38 им. Н.А. Семашко» и Клиники имени Петра Великого ФГБОУ ВО «Северо-западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Министерства здравоохранения Российской Федерации было исследовано 113 больных с нарушениями сердечно-сосудистой системы в возрасте от 18 до 65 лет. Из них 48 пациентов с диагнозом «гипертоническая болезнь 1-й, 2-й степени» (17 мужчин и 31 женщина), что составило 42 % от общего числа, 29 пациентов с диагнозом «стенокардия напряжения 2-го и 3-го функционального класса» (14 мужчин и 15 женщин), что составило 26 %, 36 пациентов с диагнозом «инфаркт миокарда» (15 мужчин и 15 женщин), что составило 32 %.

Для реализации поставленных в работе задач были выбраны экспериментально-психологический, статистический и факторно-математический методы, соответствующие парадигме биопсихосоциального подхода. Использовались клиничко-психологический и экспериментально-психологические методы: опросник Н.Сарториуса, предназначенный для психиатрических пациентов и адаптированный для пациентов кардиологической клиники для исследований степени стигматизации пациентов; симптоматический опросник SCL-90-R (англ. Symptom Check List90-Revised); опросник «Межличностные отношения» ИР, созданный Л.М. Ногоwitz и др. (1988); опросник «Личностный дифференциал», разработанный в 1983 году в Ленинградском НИПНИ им. Бехтерева; тестовая методика типа отношения к болезни и лечению «Тобол» (1987). При математико-статистической обработке результатов применялись корреляционный, регрессионный, факторный, дисперсионный, кластерный анализы, таблицы сопряженности и хи-квадрат.

Результаты. По результатам исследования определены клинические факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний пациентов, имеющих низкую приверженность к лечению – выраженная степень сердечно-сосудистых заболеваний, острая форма течения и тяжелое состояние при госпитализации. В том случае, когда пациенты не идентифицируют себя с заболеванием, не учитывают отягощающих клинических характеристик болезни, стигма играет негативную роль. Установлено, что социальными ресурсами пациентов с низким уровнем стигматизации, являются повышение образовательного (информационного уровня в сфере профилактики и лечения заболевания); поддерживающая позиция семьи; профессиональная востребованность. Отсутствие социальных ресурсов определяет факторы риска, которые

подкрепляют негативную роль низкой приверженности к лечению.

При помощи регрессионного анализа установлено, что для пациентов, имеющих низкую степень приверженности к лечению характерны выраженные межличностные трудности, мешающие получать главный ресурс выживания – социальную поддержку ($R^2=0,907$).

По результатам исследования установлено, что высокий уровень стигматизации является психологическим ресурсом для успешной адаптации пациентов с выраженной сердечно-сосудистой патологией в условиях болезни, позволяющий принимать на себя роль больного в полной мере и своевременно получать необходимую помощь.

Клиническими факторами, подкрепляющими формирование чрезмерной приверженности к лечению, являются: большое число госпитализаций ($R^2=0,766$), лёгкая степень выраженности сердечно-сосудистых нарушений, острая форма течения заболевания; удовлетворительное состояние при госпитализации. Социальным фактором, подкрепляющим формирование чрезмерной приверженности к лечению, является не востребованность в профессии. Пациенты с высокой приверженностью к лечению и заболеванием, которое имеет данные характеристики, склонны к адаптации в ситуации болезни с помощью симптома, т.е. склонны к невротизации (или психопатизации). В этом случае стигма играет отрицательную роль и является фактором риска невротизации (или психопатизации). Результаты регрессионного анализа это подтверждают – для пациентов, имеющих высокую степень приверженности к лечению свойственны выраженные патохарактерологические особенности. Социальным ресурсом для адаптации пациентов в ситуации болезни является востребованность в профессии или другой значимой сфере.

Средний уровень стигмы диагностирован у пациентов, имеющих личностный ресурс, который обуславливает оптимальную приверженность к лечению, заключающуюся в умении пациентов определять необходимую и достаточную меру ответственности, используя собственные социальные ресурсы и учитывая клинические характеристики болезни.

Средний уровень стигматизации выполняет в отношении состояния здоровья позитивную роль, помогая пациентам идентифицировать себя с болезнью, принимая необходимую и достаточную меру собственной ответственности в лечебном процессе. Оптимальный уровень стигматизации является психологическим ресурсом для успешной адаптации пациентов в ситуации болезни, максимально сохраняя качество здоровья и жизни, используя свои социальные ресурсы, реализуя жизненные замыслы.

Резюме. Результаты исследования определяют содержание психологической реабилитации пациентов с сердечно-сосудистой патологией, реализация которой обеспечивается двумя диагностическими задачами, о которых говорил Ю.М.Губачев: «выявление биопсихосоциальных факторов риска развития заболевания и индивидуальных

ресурсов пациентов». Введено понятие оптимальной стигматизации и диагностические ориентиры нормы; определен алгоритм деятельности медицинского психолога в реабилитационном направлении, методический инструментарий. Исследование клинических, психологических и социальных характеристик пациентов обеспечивает дифференцированный подход к психологическому сопровождению кардиореабилитации, подкрепленный знаниями о психосоматических взаимосвязях на каждом этапе адаптации к болезни пациентов и более широким спектром методов психологической интервенции.

В исследовании выделено 3 группы пациентов, нуждающихся в реабилитации: пациенты, имеющие выраженные сердечно-сосудистые заболевания и низкую приверженность к лечению; пациенты, имеющие легкие сердечно-сосудистые заболевания и высокую приверженность к лечению; пациенты с впервые выявленным диагнозом.

Основная цель психологической реабилитации: формирование оптимальной приверженности к лечению с учетом клинических, психологических и социальных характеристик пациентов.

Литература

1. *Гоффман И.* Стигма: Заметки об управлении испорченной идентичностью. Часть 1. Стигма и социальная идентичность. Часть 2. Контроль над информацией и социальной идентичностью (главы 3–6).
2. *Слободская А.В.* Социальные последствия стигматизации // Научное сообщество студентов XXI столетия. Общественные науки: сб. ст. по мат. XX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 5(20). URL: [http://sibac.info/archive/social/5\(20\).pdf](http://sibac.info/archive/social/5(20).pdf) (дата обращения: 28.12.2016).
3. *Барковская А.Ю., Протаицки Д.В.* Социальные причины избыточной массы тела и ожирения порастающего поколения россиян. Социология медицины – реформе здравоохранения. Научные труды IV Всероссийской научно-практической конференции (с международным участием), 3–4 октября 2013 г., Волгоград. – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2013. – 264 с. С. 139–145.
4. *Соловьева С.Л.* Самостигматизация как фактор превращения личности здорового человека в личность больного человека. Неврологический вестник. 2017; 49(1): 49–56. [Solovieva S.L. Samostigmatisation as a factor in turning the personality of a healthy person into the personality of a sick person. Neurologicmessenger. 2017; 49(1): 49–56. (InRuss.)].
5. *Губачёв Ю.М., Стабровский Е.М.* Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. М., 1987.

Особенности отношений к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы

Горбунова А.В.

*Санкт-Петербургский государственный
педиатрический медицинский университет
canek-1999@mail.ru*

Ключевые слова: злокачественные новообразования молочной железы, отношение к другим людям, интерперсональная дистанция

Features of relationships to other people in women with breast cancer

Gorbunova A.V.

*Saint Petersburg state
pediatric medical University*

Keywords: breast cancer, the attitudes towards others, interpersonal distance

Введение. В настоящее время заболеваемость злокачественными новообразованиями молочной железы составляет 23 % от всех онкологических заболеваний, поэтому данное заболевание считается самым распространенным видом рака у женщин [2]. Начиная с сильного потрясения при постановке диагноза и при прохождении лечения (в том числе радикального), а также сохраняющаяся повышенная тревожность на протяжении всей жизни, как за себя, свое здоровье, свое будущее, так и за здоровье и будущее своих близких, в частности детей – пациентки находятся в кризисном состоянии [1]. Все эти факторы оказывают непосредственное влияние на межличностные отношения пациенток.

Актуальность и практическая значимость данной работы заключается в выявлении особенностей отношения к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы для понимания специфики копинг-ресурсов пациенток данной группы, а также использования этих данных при построении программы психологического сопровождения.

Целью работы является исследование отношений к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы.

Материал и методы. Объекты исследования: 1) основная группа – женщины со злокачественными новообразованиями молочной железы –

18 человек (возраст от 30 до 65 лет); 2) контрольная группа – условно здоровые женщины – 18 человек (возраст от 30 до 65 лет).

Предмет исследования: отношение к другим людям.

В исследовании были использованы следующие методики:

1. Социально-демографическая анкета (Горбунова А.В. под редакцией Захаровой М.Л.);
2. Методики на исследование отношений к другим людям («Незаконченные предложения» Сакса-Леви; «Шкала комфортной интерперсональной дистанции» (CIDS) М.П. Дьюка и С. Новицки; Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Голынкиной (варианты «я», «мать», «отец», «муж»);
3. Методики на исследование степени выраженности психопатологической симптоматики (Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R) Р. Дерагатис, в адаптации Н.В. Тарабриной);
4. Методики на исследование личностных особенностей («Незаконченные предложения» Сакса-Леви; Гиссенский личностный опросник в адаптации Е.А. Голынкиной (вариант “я”));
5. Проведение сравнительного анализа с помощью U-критерия Х.Б. Манна – Д.Р. Уитни;
6. Проведение корреляционного анализа с помощью коэффициента корреляции по Ч.М. Спирмену.

Результаты. По методике «Незаконченные предложения» выявлены статистически достоверно значимые различия по следующим категориям: отношение к отцу ($p \leq 0,05$), отношения к друзьям ($p \leq 0,05$), отношение к сотрудникам ($p \leq 0,05$). 61 % (11 человек) высказываний носит доброжелательный характер по отношению к друзьям. Высказывания, касающиеся отношений с отцом в 50 % (9 человек) случаев говорили о любви к отцу, носящие сочувствующий характер, нейтральные ответы составили 38 % (7 человек), открытой ненавистью является 6 % (1 человек), высказывания с чувством печали составили 6 % (1 человек) от всех ответов.

По методике «Гиссенский личностный опросник» выявлены статистически достоверно значимые различия по шкале доминантности отца ($p \leq 0,05$).

По методике «Шкала комфортной интерперсональной дистанции» статистически значимые различия получены по шкалам врач ($p \leq 0,01$) и муж ($p \leq 0,01$), мать ($p \leq 0,05$), подруга ($p \leq 0,05$), друг ($p \leq 0,05$), по остальным шкалам различия на уровне тенденции.

По методике «SCL-90-R» мы видим по большинству шкал данные основной группы выше результатов контрольной группы.

При исследовании компонента «отношение к друзьям» выявлены отрицательные взаимосвязи со шкалами открытости (Муж) ($r = -0,751$; $p \leq 0,01$) и открытости (Мать) ($r = -0,751$; $p \leq 0,05$). А также со шкалами враждебность ($r = -0,514$; $p \leq 0,05$), паранояльность ($r = -0,514$; $p \leq 0,05$) и психотизм ($r = -0,537$; $p \leq 0,05$).

Выводы.

1. У женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы по сравнению с женщинами группы сравнения выявлены менее эмоционально насыщенное отношение к отцу и более доверительное отношение к друзьям.
2. Степень выраженности психопатологической симптоматики в группе женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы взаимосвязана с особенностями отношений к мужу, матери, друзьям и врачу.
3. Отношения к другим людям у женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы по сравнению с данными контрольной группы можно охарактеризовать как более близкие и доверительные, особенно это характерно в отношениях к врачу, мужу, матери, подруге и другу.
4. Компоненты системы отношений женщин со злокачественными новообразованиями молочной железы имеют больше взаимосвязей с параметрами, отражающими личностные особенности наиболее значимого близкого – мужа, чем с личностными особенностями самих женщин.

Литература

1. Психология кризисных и экстремальных ситуаций: учебник / под ред. Н.С.Хрусталёвой. – СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та, 2018. – 748 с.
2. Статистика рака молочных желез в мире и России. Российский онкологический портал. [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-raka-molochnykh-zhelez-v-mire-i-rossii.html> (дата обращения 11.03.2020)

Психодиагностика и психологическая помощь пациентам с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника

Дейнека Н.В.

*Самарский государственный
медицинский университет, г. Самара, Россия
deineka74@mail.ru*

Ключевые слова: психосоматика, психодиагностика, психокоррекция, психологическая помощь

Psychodiagnostics and psychological care f or patients with chronic inflammatory bowel diseases

Deyneka N.V.

Samara State Medical University, Samara, Russia

Keywords: psychosomatics, psychodiagnostics, psychotherapy, psychological care

Введение. В последние годы во всем мире отмечается ежегодный рост заболеваемости хроническими воспалительными заболеваниями кишечника. Тяжесть течения, высокая частота осложнений, риск инвалидизации и летальности делает эту проблему одной из наиболее приоритетных и нерешенных в современной гастроэнтерологии и колопроктологии. При этом психологическая детерминация играет важную роль в их возникновении и развитии, а психосоматические факторы рассматриваются как триггеры воспалительных реакций кишечника.

Материал и методы. Исследование проводилось в отделении колопроктологии Клиник СамГМУ. Обследовано 78 человек, из них 62 – с диагнозом неспецифический язвенный колит и 16 пациентов с болезнью Крона. Средний возраст пациентов $35 \pm 9,5$ лет. У 35 % обследованных заболевание было выявлено впервые, 30 % обследованных страдают хроническими воспалительными заболеваниями кишечника более 5 лет, у 35 % пациентов длительность болезни не превышает 5 лет.

Использованные методики: Методика «Тип отношения к болезни» А.Е. Личко, Н.Я. Иванова (1980); Опросник «Способы совладающего поведения» Р.Лазаруса и С. Фолкман (адаптирован Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой, 2004); Опросник «Индекс жизненного стиля» Р. Плутчика, Х. Келлермана, Х.Р. Конте (1979); Торонтская Алекситимическая Шкала Г.Тейлора (1985).

Результаты. В ходе проведения клинико-психологической беседы с пациентами выявлена тенденция к предъявлению жалоб на быструю утомляемость, нарушение сна, беспокойство и тревогу в связи с заболеванием, снижение настроения, раздражительность, особенно выраженные в начале заболевания или рецидива. При этом большинство указали наличие связи между началом заболевания и/или стадии обострения со стрессовыми факторами.

Проведенное исследование показало, что у пациентов с хроническими воспалительными заболеваниями кишечника в структуре типов отношения к болезни отмечается значимое преобладание сенситивного типа (36,5 %), пациенты озабочены возможным неблагоприятным впечатлением, которое могут произвести на окружающих сведения об их болезни, стесняются своего заболевания, чрезмерно ранимы, боятся обременить близких. К тому же такое преобладание характеризуется необходимостью поддержки и сопереживания в ситуации болезни, стремлением получить эмоциональный отклик на жалобы, в сочетании с повышенной ранимостью и в случае непонимания или отвержения, формирует специфическую внутреннюю картину болезни, поведенческий паттерн которой приводит к социальной дезадаптации. Также выявляется значимое повышение тревожного (19,9 %) и ипохондрического (13,9 %) типов, которые характеризуются снижением внутриличностной адаптации.

Ведущими копинг-стратегиями являются позитивная переоценка ($U=1,000$, при $p<0,003$) и самоконтроль ($U=18,00$, при $p<0,05$). Положительная переоценка – предполагает усилия по созданию положительного значения с фокусированием на росте собственной личности. Стратегия «самоконтроль» направлена на регулирование своих чувств и действий.

По результатам опросника «Индекс жизненного стиля» в обнаружено явное преобладание такого механизма психической защиты как регрессия ($U=17,500$, при $p<0,02$). Механизм регрессии позволяет снизить тревогу и приспособиться к психотравмирующей или конфликтной ситуации за счет возвращения к более ранним моделям поведения, что может приводить к психосоматизации.

У 78,8 % пациентов обнаруживаются признаки алекситимии. Трудности идентификации и вербализации эмоциональных переживаний приводит к фиксации на соматическом компоненте и развитию психосоматических расстройств.

На основании данных психодиагностического обследования были выделены основные направления психологической коррекции: нормализация эмоционального состояния; обучение навыкам саморегуляции и совладания со стрессом; принятие и коррекция субъективного переживания болезни; работа с алекситимией.

На первом этапе проводилось информирование пациентов о цели и этапах работы. Осуществлялось установление продуктивного дове-

рительного контакта, информирование о психосоматической природе заболевания, формирование мотивации на психологическую работу, повышение комплаентности.

Для коррекции эмоционального состояния и обучения навыкам саморегуляции использовались техники релаксации, которые в дальнейшем пациенты могли бы осуществлять самостоятельно, находясь в дестабилизирующих стрессовых ситуациях. Применялись прогрессивная мышечная релаксация, дыхательные упражнения и релаксация, включающая элементы визуализации.

С целью психокоррекции алекситимии использовались различные техники вербализации своих внутренних переживаний, арт-терапия, релаксация с последующим описанием своих чувств, эмоций и ощущений.

Групповые формы работы мы предлагаем применять на амбулаторном этапе с участием пациентов, находящихся в ремиссии. Проведение групповых занятий дает широкие возможности получения эмоциональной поддержки, эмпатии, обмена опытом с группой людей, переживающих схожие проблемы, самореализации, расширения сферы социальных контактов.

Выводы:

1. Внутренняя картина болезни пациентов с хроническими заболеваниями кишечника характеризуется наличием интер- и интрапсихической дезадаптации за счет преобладания сенситивного, тревожного и ипохондрического компонентов в структуре типа отношения к болезни.
2. Ведущими копинг-стратегиями пациентов с хроническими заболеваниями кишечника являются позитивная переоценка и самоконтроль. Данные копинг – стратегии позволяют личности уменьшить эмоциональное напряжение до изменения самой ситуации. Преобладающей психической защитой является регрессия. Использование относительно конструктивных копинг – стратегий в сочетании с незрелой психической защитой может являться фактором риска психосоциальной дезадаптации.
3. Для пациентов данного профиля характерно наличие алекситимического типа личности, что соответствует современным представлениям о присутствии алекситимического радикала в структуре преморбидной личности как одного из возможных психологических факторов развития психосоматических расстройств.
4. Основными направлениями психологической помощи являются: нормализация и обучение навыкам саморегуляции эмоционального состояния, коррекция внутренней картины заболевания и дезадаптивных типов отношения к болезни, работа с алекситимией.

Реабилитационный потенциал женщин с острым коронарным синдромом

Ильмузина А.В.

*Самарский государственный медицинский
университет, кафедра медицинской
психологии и психотерапии, Самара, Россия*
a.v.ilmuzina@samsmu.ru

Ключевые слова: реабилитационный потенциал, копинг-стратегии, личность, острый коронарный синдром

The rehabilitation potential of women with acute coronary syndrome

Ilmuzina A.V.

*Samara state medical University,
Department of medical psychology
and psychotherapy, Samara, Russia*
a.v.ilmuzina@samsmu.ru

Keywords: rehabilitation potential, coping strategies, personality, acute coronary syndrome

Введение. Согласно статистики Всемирной организации здравоохранения, сердечно-сосудистые заболевания являются основной причиной смерти в мире. Более того, сердечно-сосудистые заболевания влекут за собой и экономический ущерб, а также существенно ухудшают качество жизни человека [1]. Описанные проблемы требуют не только особого подхода в организации как можно более раннего оказания помощи больным, но и формирование условий для последующей реабилитации и успешного возвращения больного к социальной жизни и трудовой деятельности.

Отдельное внимание в лечении пациентов с данными заболеваниями уделяется проведению кардиореабилитации, то есть комплексу особых мероприятий, которые обеспечивают наилучшее физическое и психическое состояние [2, 3]. Одним из основных направлений этого плана реабилитации является оказание психологической помощи, которая проводится медицинскими психологами.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Клиник СамГМУ в терапевтическом отделении клиники факультетской терапии с сентября 2019 по январь 2020. Обследовано 20 женщин с острым коронарным синдромом (ОКС), средний возраст $65,2 \pm 10,4$, которые соста-

вили основную группу эксперимента. Среди жалоб, которые предъявляли пациентки в процессе обследования, 70 % отмечают периодическую тревожность и беспокойные мысли по поводу заболевания, у 20 % – жалобы на повышенную утомляемость, у 30 % встречались жалобы на беспричинную эйфорию время от времени, которая, однако, быстро сменяется высокой тревогой.

В группу сравнения вошли 20 условно здоровых женщин, не состоящих на учете с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, с идентичными возрастными характеристиками.

В работе нами были использованы следующие психодиагностические методы: Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности (Мини-мульти, СМОЛ) Ф.Б. Березина и М.П. Мирошникова (1963 г.); методика «Реабилитационный потенциал личности» И.Ю. Кулагиной и Л.В. Сенкевич (2012 г.); госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) А.С. Зизмунда и Р.П. Снэйта (1983 г.); опросник «Способы совладающего поведения» Р.Лазаруса и С. Фолкман (адаптирован Т.Л.Крюковой, Е.В.Куфтяк, М.С.Замышляевой в 2004 г.); опросник «Самочувствие, активность, настроение» В.А. Доскина, Н.А. Лаврентьевой (1973 г.). Методы математической статистики: U-критерий Манна-Уитни; коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Женщины с ОКС достоверно чаще, чем пациенты группы сравнения: стремятся произвести благоприятное впечатление и демонстрируют социальную желательность поведения ($U=16$, при $p=0,001$); озабочены состоянием своего здоровья ($U=44,0$, при $p=0,004$); демонстрируют пессимизм, неудовлетворенность собой ($U=38,0$, при $p=0,001$); склонность к тревогам и избегающему поведению ($U=63,0$, при $p=0,041$).

У женщин с ОКС достоверно ниже показатели самочувствия ($U=187,5$, при $p=0,001$), активности ($U=207,0$, при $p=0,001$) и настроения ($U=207,5$, при $p=0,001$), чем у пациентов группы сравнения.

Женщины с ОКС достоверно чаще, чем женщины в группе сравнения прибегают к использованию стратегий «дистанцирование» ($U=62,5$, при $p=0,037$) и «самоконтроль» ($U=715$, при $p=0,088$). Большинство пациентов с ОКС отличаются средними показателями реабилитационного потенциала личности (46,67 %).

Выявлена взаимосвязь между компонентами реабилитационного потенциала и шкалами методики СМОЛ: прямая по шкалам «психопатия» ($r_s=0,575$, при $p \leq 0,05$), «гипомания» ($r_s=0,595$, при $p \leq 0,05$), обратная по шкалам «ипохондрия» ($r_s=-0,521$, при $p \leq 0,05$) и «шизоидность» ($r_s=-0,605$, при $p \leq 0,05$), а также взаимосвязь компонентов реабилитационного потенциала с эмоциональным состоянием: прямая – положительный эмоциональный фон ($r_s=0,558$, при $p \leq 0,05$), обратная – уровень тревоги ($r_s=-0,642$, при $p \leq 0,05$) и депрессии ($r_s=-0,592$, при $p \leq 0,05$).

Резюме. Пациентам рекомендована специализированная психокоррекционная программа, направленная на улучшение психоэмоцио-

нального состояния, формирование адекватного отношения к болезни, адаптивных стратегий совладания со стрессом и позитивного ориентира на выздоровление.

Литература

1. *Белялов Ф.И.* Психосоматические аспекты ишемической болезни сердца / Ф.И. Белялов // Кардиология. – 2014. – Т. 42. № 8. – С.63–67.
2. *Долецкий А.А.* Психологическая реабилитация кардиологических больных / А.А. Долецкий // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. – 2014. – № 1. – С.31–36.
3. *Кириченко А.А.* Депрессия, беспокойство и сердечно-сосудистая система / А.А. Кириченко // Лечащий врач. – 2015. – № 12.

Проблема эмоциональной дезадаптации при невропатии лицевого нерва

Калантарова М.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП

им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

kalantarovamv@mgppu.ru

Рахманина А.А.

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Rakhmanina.a@mail.ru

Холмогорова А.Б.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия ГБУЗ г. Москвы

«НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»

Kholmogorova-2007@yandex.ru

Завалий Л.Б.

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП

им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

zavaliy@sklif.mos.ru

Ключевые слова: теория мимической обратной связи, невропатия лицевого нерва, нейропсихологическая реабилитация, эмоциональная дезадаптация

The problem of emotional maladjustment in neuropathy of the facial nerve

Kalantarova M.V.

Moscow State University of Psychology & Education,

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,

Moscow, Russian Federation

Rakhmanina A.A.

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,

Moscow, Russian Federation

Kholmogorova A.B.

Moscow State University of Psychology & Education,

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,

Moscow, Russian Federation

Zavaliy L.B.

Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care,

Moscow, Russian Federation

Keywords: mimic feedback theory, facial nerve neuropathy, emotion disorders, neuropsychological rehabilitation, emotional disadaptation

В онтогенезе использование мимики для взаимодействия с окружающими возникает на самых ранних этапах развития человека, предшествуя жестовым и речевым формам коммуникации. Согласно теории мимической обратной связи, нарушение афферентации лицевой мускулатуры приводит к затруднениям идентификации собственных эмоций и распознаванию эмоций Другого. Распространенным заболеванием, ведущим к снижению чувствительности и подвижности лица, является невралгия лицевого нерва. В год регистрируется 20–32 новых случая на 100 000 населения [Л.Б. Завалий и др.].

Ряд исследований с участием пациентов с односторонним парезом лица свидетельствует о наличии у них трудностей распознавания эмоциональных состояний по мимическим выражениям на портретах. Показано, что приобретенное нарушение подвижности мимической мускулатуры ассоциировано с изменениями нейрональной активности структур мозга, обеспечивающих эмоциональную регуляцию [M. Kheirkhah, S. Brodoehl et al.]. По некоторым данным пациенты с односторонним парезом лица демонстрируют более выраженные черты алекситимии [V. Konnerth, G. Mohr, H. von Piekartz] и высокий рост эмоциональной дезадаптации в целом [R. Saadi et al.].

В настоящее время в отечественной и зарубежной литературе уделяется недостаточно внимания проблеме изменений в эмоциональной сфере при патологии лица. Существующие немногочисленные исследования сосредоточены на оценке отдельных сторон эмоциональных процессов и не включают комплексную психологическую диагностику пациентов данной когорты. Так, остаются открытыми вопросы о соотношении трудностей распознавания эмоций по мимическим и пантомимическим знакам, а также, степени выраженности эмоциональных нарушений с особенностями когнитивных стилей и копинг стратегий пациентов. Предметом исследования обычно выступают негативные изменения психики, связанные с болезнью, тогда как психические процессы, оказывающиеся компенсаторно усиленными в ответ на перцептивный дефицит, остаются не изученными. В общей картине эмоциональных изменений не определено место первичных нарушений (связанных с дефицитом афферентации от мышц и кожи лица) и вторичных, обусловленных переживанием болезни. Группы пациентов, принимающих участие в исследованиях, как правило, оказываются не однородными по критериям пола, возраста, рода занятий, стороны поражения лица и стажа заболевания.

Такой дефицит научных данных обуславливает необходимость формирования системного подхода к изучению изменений в эмоциональной сфере пациентов с нарушениями подвижности и чувствительности лица.

В НИИ Скорой помощи им. Н.В. Склифосовского создана Клиника лица, где пациенты с невралгией лицевого нерва могут получить комплексную медицинскую и психологическую помощь. Психолога-

ми Клиники лица разработана программа сопровождения пациентов с асимметрией, произвольными движениями, болью и нарушениями чувствительности лица. Во-первых, групповая и индивидуальная терапия направлена на помощь в разрешении личностного кризиса, обусловленного болезнью и оказание поддержки в сохранении мотива к выздоровлению. Во-вторых, на восстановление психических процессов, основанных на способностях распознавать эмоциональные состояния по лицам. Основной целью этого направления выступает расширение возможностей пациента выражать и распознавать эмоции за счет расширения спектра не мимических эмоционально выразительных средств, доступных пациенту.

Важность такого проекта как Клиника лица обусловлена не только практической помощью пациентам, но и перспективами для развития исследований, направленных на изучение проблем распознавания эмоций и эмоционального благополучия у пациентов с невропатией лицевого нерва.

Литература

1. Современные подходы к лечению и реабилитации пациентов с невропатией лицевого нерва / Л.Б. Завалий [и др.] // Вестник восстановительной медицины. 2020. № 2 (96). С.59–67. DOI: 10.38025/2078-1962-2020-96-2-59-67
2. *Kheirkhah M, Brodoehl S, Leistriz L, et al.* Abnormal Emotional Processing and Emotional Experience in Patients with Peripheral Facial Nerve Paralysis: An MEG Study. *Brain Sci.* 2020;10(3):147. Published 2020 Mar 4. doi:10.3390/brainsci10030147
3. *Konnerth V, Mohr G, von Piekartz H.* Fähigkeit von Patienten mit einer peripheren Fazialisparese zur Erkennung von Emotionen – Eine Pilotstudie [Emotion Recognition in Patients with Peripheral Facial Paralysis – A Pilot Study]. *Rehabilitation (Stuttg).* 2016;55(1):19–25. doi:10.1055/s-0042-
4. *Saadi, R., Shokri, T., Schaefer, E., Hollenbeak, C., & Lighthall, J.G.* (2019). Depression Rates after Facial Paralysis. *Annals of plastic surgery*, 83(2), 190–194. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001908>

Значение медицинской психологии в оказании комплексной клинико-диагностической и терапевтической помощи вич-инфицированным пациентам

Кольцова О.В.

*Санкт-Петербургский Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями,
Санкт-Петербург, Россия
Первый Санкт-Петербургский государственный
медицинский университет имени академика И.П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия
ovkoltsova@yandex.ru*

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, антиретровирусная терапия, психологическая помощь, психосоциальное сопровождение

Significance of medical psychology in providing comprehensive clinical and diagnostic services and therapeutic care hiv-infected patients

Koltsova O.V.

*Center for Prevention and Control
of AIDS and Infectious Diseases,
Saint Petersburg, Russia
Pavlov University, L'va Tolstogo
str. 6–8, Saint Petersburg, Russia*

Keywords: HIV infection, antiretroviral therapy, psychological assistance, psychosocial support

По данным ЮНЕЙДС, с начала эпидемии ВИЧ/СПИДа ВИЧ-инфекцией заразились 75,7 млн. человек, 32,7 млн. человек умерли от сопутствующих СПИДу заболеваний.

С тех пор как медики научились лабораторными тестами выявлять ВИЧ-инфекцию, в протекании этого хронического инфекционного заболевания, ассоциирующегося со смертью, презрением и страданием, выявлены специфические особенности. ВИЧ-инфекция у каждого человека развивается по-разному: с разной скоростью, величиной ущерба для здоровья, на фоне имеющейся или приобретаемой соматической и/или психической симптоматики. В сравнительно короткие сроки (примерно за 35 лет) специалисты научились вмешиваться в жизненный цикл вируса и противостоять его воздействию на органы и системы человеческого организма с помощью

антиретровирусной терапии (АРТ). Современные схемы АРТ становятся все более удобными и позволяют полностью остановить процесс размножения ВИЧ, повысить качество жизни, на многие годы увеличить ее продолжительность у пациентов с ВИЧ-инфекцией. Тем не менее, полное излечения человека от этого заболевания еще не достигнуто. Лабораторные методы позволяют отслеживать динамику развития ВИЧ-инфекции и связанных с ней заболеваний. Однако использование современных методов диагностики невозможно без активного участия самих заболевших в диспансерном наблюдении, а длительная непрерывная (пожизненная) фармакотерапия требует соблюдения ежедневного приема антиретровирусных препаратов строго по часам, своевременного получения лекарств и проведения обследований.

Каждый человек, заразившийся ВИЧ-инфекцией, переживает масштабный биологический, психологический и социальный кризис. Ему приходится жить с ощущением опасности, незащищенности, обостренным страхом смерти, неопределенности и неизвестности. Неопределенность при ВИЧ касается не только здоровья, но и взаимоотношений, карьеры и экономического статуса.

Депрессивные и тревожные состояния, повышенная раздражительность, ригидные установки нарушают саморегуляцию поведения и затрудняют приверженность лечению ВИЧ-инфекции, без которой самые передовые схемы лечения становятся бесполезными. Сочетание ВИЧ-инфекции с другими хроническими заболеваниями (вирусными гепатитами В и С, туберкулезом, сахарным диабетом, психическими расстройствами и другими) в совокупности с социальными проблемами (стигматизацией и дискриминацией) ставит новые вопросы для мульти-профессионального взаимодействия и психосоциального сопровождения. Начало терапии может быть отсрочено из-за негативной реакции, связанной с принятием (непринятием) диагноза или ложными представлениями о ВИЧ и АРТ (от сомнения до полного отрицания).

Задача психолога – помочь пациенту с ВИЧ-инфекцией пережить кризис и, с учетом его индивидуальных особенностей и рекомендаций врача, способствовать своевременному началу лечения опасного для жизни заболевания и удержанию на АРТ. *Психологические вмешательства способствуют проактивности ВИЧ-инфицированного пациента* – мотивированному и осознанному участию пациента в диспансерном наблюдении, пожизненном приеме препаратов и заботе о своем здоровье. Для оказания «универсальной» психологической помощи ВИЧ-инфицированным пациентам не так важна специальность психолога, сколько его компетентность по принципиальным вопросам профилактики и лечения ВИЧ-инфекции. Знания о течении инфекционного заболевания, его профилактике, особенностях терапии, психологи осваивают на рабочем месте (например, в Центре СПИД). Консультирование до и после теста на антитела к ВИЧ (в том числе, кризисное консультирование, коррекция поведенческих рисков), консультирование по вопросам приверженности

диспансерному наблюдению и лечению, участие в психосоциальном сопровождении могут проводить психологи любого профиля.

Врачи, длительно наблюдающие своих ВИЧ-инфицированных пациентов, все чаще сталкиваются с проблемами их психического здоровья. Для естественного течения ВИЧ-инфекции характерны синдромы поражения центральной и периферической нервной системы. Разработка и внедрение уже первых схем АРТ показала выраженный эффект и способствовала морфо-функциональному восстановлению центральной и периферической нервной системы. Сократилось число пациентов с деменцией на фоне СПИДа. Однако длительное применение АРТ показало, что некоторые схемы лечения могут давать нейротоксический эффект. Выраженные затруднения в лечении ВИЧ-инфекции возникали при наличии сопутствующих соматических и психических проблем. Если первоначально (до появления доступной АРТ) психодиагностика высших психических функций помогала неврологу и психиатру в постановке дифференциального диагноза, то по мере совершенствования схем АРТ, появления все более разнообразных противовирусных препаратов, обследование психических функций в динамике (до начала АРТ и после) позволило выявлять психические нарушения, появившиеся на фоне лечения, что помогает инфекционистам корректировать схему АРТ.

С момента широкого внедрения АРТ сохраняется распространенность ВИЧ-ассоциированных нейропсихических расстройств. Их клинические проявления, представленные в основном легкими формами на фоне АРТ, могут быстро прогрессировать в случае отсутствия лечения или его прерывания, при поздней диагностике, особенно у пациентов старшего возраста.

Приоритет в лечении ВИЧ-инфекции и сопутствующих соматических заболеваний может маскировать риски развития психической патологии, которая без должного вмешательства может принять необратимый характер. Поэтому в оказании комплексной клинико-диагностической и терапевтической помощи ВИЧ-инфицированным должны участвовать *медицинские* психологи. Психодиагностический скрининг необходимо проводить до начала АРТ и через определенные промежутки времени, а также в случае срыва терапии. ВИЧ-инфицированные пациенты с низкой приверженностью лечению ВИЧ-инфекции и оппортунистических заболеваний нуждаются в психологической коррекции, направленной на формирование навыков совладания в периоды критических жизненных перемен. Во время психологического консультирования важно обсуждать с пациентами риски развития когнитивных нарушений на фоне ВИЧ-инфекции и создавать стимулы к развитию когнитивного резерва.

Таким образом, несмотря на достигнутый прогресс в борьбе с ВИЧ-инфекцией, она остается неизлечимым, хроническим заболеванием, а лечение и уход за ВИЧ-инфицированными больными требует разработки программ, включающих клинико-психологические вмешательства для пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Приверженность к лечению у больных, перенесших инсульт: этап реабилитации

Котельникова А.В., Тихонова А.С., Кукишина А.А.

ГАОУЗ «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстановительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва, Россия

Ключевые слова: приверженность к лечению, комплаенс, инсульт, нарушения двигательных функций

Adherence To Treatment In Patients With Stroke: Rehabilitation Stage

Tihonova A.S., Kotel'nikova A.V., Kukshina A.A.

*Moscow centre for research and practice in medical rehabilitation, restorative and sports medicine of Moscow healthcare department
Moscow, Russia*

Keywords: treatment adherence, compliance, stroke, motor disorders

В настоящее время проблема приверженности больных к лечению активно обсуждается в отечественной и зарубежной литературе, при этом отмечается определенная терминологическая разногласия ввиду параллельного употребления близких по содержанию понятий: compliance (согласие), concordance (согласие с лечением), adherence to therapy (приверженность терапии, соблюдение указаний врача), persistence (постоянство), drug holidays (отдых от лекарств), терапевтическое сотрудничество [1]. В настоящей работе приверженность рассматривается как интегральный показатель, отражающий сочетание преморбидной психологической готовности пациента быть комплаентным (комплаентности) и фиксированного поведенческого результата (комплаенса). Целью настоящего исследования явилась оценка вклада комплаентности личности в формировании комплаенса у больных, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Материал и методы: В исследовании приняло участие 87 больных в возрасте $62,4 \pm 11,7$ года, 36 (41,4 %) мужчин, 51 (58,6 %) женщин, проходивших реабилитацию по поводу нарушения двигательных функций в результате перенесенного ОНМК. Комплаентность была измерена опросником «Уровень комплаентности» [2]. Интерпретация данных основана на трехчастной структурной модели характеристик, обуславливающих комплаентное поведение: социальная комплаентность обуслов-

лена ориентацией на мнение значимых других (врачей, родственников, друзей), потребностью в получении социального одобрения; эмоциональная комплаентность – соблюдение рекомендаций обусловлено повышенной впечатлительностью и чувствительностью (привержен к лечению, потому что напуган, встревожен как самим фактом заболевания, так и возможными последствиями); поведенческая комплаентность – в этом случае человек воспринимает свою болезнь как препятствие в жизни, высоко мотивирован на выполнение всех рекомендаций и предписаний врачей. По результатам применения методики делается заключение о высоком/среднем/низком уровне выраженности социальной, эмоциональной, поведенческой составляющих и интегрального показателя комплаентности. Комплаенс, как поведенческий результат осознанной включенности больного в процесс собственного выздоровления оценивался с помощью экспертной оценки лечащего врача и инструктора ЛФК, производимой по 5-балльной шкале Лайкерта. Интегральный показатель комплаенса рассчитывался как среднее арифметическое. В качестве низких интерпретировались результаты, не превышающие 3 балла, средних – 4 балла, высоких – 5 баллов.

Результаты: выявлено, что в целом обследованная выборка больных продемонстрировала высокий уровень зафиксированного, по данным экспертной оценки, комплаенса (73,6 %), при этом общая психологическая готовность к комплаентному поведению, по данным опросника «Уровень комплаентности» составила 100,0 %. Анализ структуры комплаентности с использованием попарного сравнения по критерию Манна-Уитни выявил достоверное ($p < 0,05$) преобладание эмоциональной составляющей. Применение корреляционного анализа по Спирмену позволило выявить достоверную ($p < 0,05$) отрицательную связь уровня комплаенса с социально обусловленной составляющей комплаентности больного ($r = -0,22$), что может приводить к общему снижению фиксируемого комплаенса по сравнению с ожидаемым. Полученный результат соответствует клиническим наблюдениям: такое поведение пациентов, перенесших инсульт, хорошо известно клиницистам и имеет объективные предпосылки. Дело в том, что хотя патогенетически острое нарушение мозгового кровообращения является вполне предсказуемым следствием хронического состояния сосудов, но субъективно событие «инсульт» воспринимается человеком как внезапное, сопровождается, помимо всего прочего, переживанием интенсивных чувств страха, ужаса, паники, то есть соответствует критерию «А» посттравматического стрессового расстройства [3] и переживается, как психологическая травма, вызывающая интенсивное чувство беспомощности и вынуждающая к поиску опоры в лице так называемых значимых других (врача, медицинского персонала, ухаживающих родственников). В данной ситуации человек нуждается, прежде всего, в поддержке, в связи с чем

в психологическое сопровождение таких пациентов, помимо собственно реабилитационных мероприятий, направленных на преодоление психофизиологических последствий мозговой катастрофы, необходимо включать работу по нивелированию разрушительного воздействия на различные сферы личности травматического события «инсульт».

Выводы: чрезмерное стремление больного понравиться доктору, вступать в доверительные отношения с врачом, опираться на его мнение, становясь зависимым от него, препятствует формированию осознанного намерения перейти от пассивной позиции «лечите меня» к активной включенности в процесс собственного выздоровления, к готовности действовать в соответствии с установкой «я делаю все возможное для того, чтобы выздороветь», и, как следствие, снижает приверженность к лечению.

Литература

1. *Котельникова А.В., Кукишина А.А.* Психодиагностические аспекты приверженности к лечению в процессе медицинской реабилитации // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2016. Т. 93. № 3. С. 4–9.;
2. *Кадыров Р.В.* Опросник «Уровень комплаентности»: монография / Р.В. Кадыров, О.Б. Асриян, С.А. Ковальчук. – Владивосток: Мор. гос. ун-т, 2014. – 74 с.;
3. *Тарабрина Н.В., Азарков В.А., Быховец Ю.В., Калмыкова Е.С., Маркарчук А.В., Падун М.А., Удачина Е.Г., Химчян З.Г., Шаталова Н.Е., Щепина А.И.* Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч.1 . Теория и методы. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.

Особенности использования механизмов психологической защиты больными сахарным диабетом II типа при различных вариантах его течения

Кошанская А.Г.

Медицинский институт ФГБОУ ВО

«Майкопский государственный технологический университет», г. Майкоп, Адыгея, Россия

koangen@list.ru

Ключевые слова: сахарный диабет II типа, декомпенсированное течение, копинг-стратегии, механизмы психологической защиты

Features of use of mechanisms of psychological protection by patients with diabetes of the II type at various options of its current

Koshanskaya A. G.

Medical institute FGBOU IN "The Maykop state technological university", Maykop, Adygea, Russia

koangen@list.ru

Keywords: diabetes of the II type, dekompensovanny current, coping-strategy, mechanisms of psychological protection

Сахарный диабет (СД) II типа – это распространенное хроническое соматическое заболевание, которое требует от пациентов изменения образа жизни и ежедневный самоконтроль. Для достижения компенсированного течения заболевания важно учитывать особенности использования механизмов психологической защиты больными СД II типа, то есть привычных способов преодоления трудных ситуаций, так как они могут быть взаимосвязаны не только с психологическим благополучием, но и способностью управлять своим заболеванием.

Цель. Изучить особенностей использования механизмов психологической защиты больными СД II типа при различных вариантах его течения.

Материал. Обследовано 409 больных СД II типа: из них 284 женщины и 125 мужчин, средний возраст – $56,08 \pm 1,26$ лет (39,75 лет), средняя продолжительность заболевания $10,04 \pm 0,99$ лет (0,5,36 лет). Группу разделили на две подгруппы: I подгруппа – лица с инсулиннезависимым СД (ИНСД), принимающие сахароснижающие препараты – 268 человек: из них 87 мужчин и 181 женщина; II подгруппа – пациенты

с инсулинпотребным СД (ИПСД), получающие инсулин – 141 человек: из них 141 женщина и 38 мужчин.

Методы. Исследование проводилось при помощи опросника «Индекс жизненного стиля» (LSI); копинг-теста (Е. Нейм); опросника «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга (адапт. Писаревой О.Л., Гриценко А.). Полученные данные обработаны при помощи статистической программы SPSS 20.

Результаты и их обсуждение. Проведенное исследование показало, что большинство больных СД II типа независимо от варианта течения заболевания используют следующие механизмы психологической защиты: «отрицание» (74 % всей выборки), «реактивные образования» (81 % всей выборки) и «проекция» (80 %), реже используется механизм «замещение» (23 % всей выборки). Опираясь на психоэволюционную теорию эмоций Р. Плутчика и структурную теорию личности Г. Келлермана, можно предположить, что комбинация данных механизмов защиты может характеризовать больных СД II типа, как лиц, обладающих большей внушаемостью, отрицающих обстоятельства, вызывающие тревогу, не воспринимающих неприемлемые для личности чувства и мысли, а локализирующие их вовне, приписывая их другим людям или обстоятельствам. Следует отметить, что при использовании механизма «проекции» возникает ощущение собственной неполноценности, что позволяет больным СД II типа этого не замечать, а объектом их критики становится окружающая действительность. Дружелюбность, общительность, хорошее отношение к людям, врожденная потребность к избытку приятных стимулов обусловлены активизацией стратегии «реактивные образования». При анализе результатов копинг-теста (Е. Нейм) выявлены ведущие когнитивные стратегии преодоления стресса в I и II подгруппах и отмечено, что адаптивные копинг-механизмы используют 68,3 % ИНСД и 34,7 % ИПСД ($p < 0,05$). Основными адаптивными формами совладающего поведения, используемыми больными СД II типа в когнитивной сфере, являются «сохранение самообладания» (26,3 %) и «установка собственных ценностей» (31,7 %), больше проявляющиеся у больных ИНСД ($p < 0,05$), что указывает на наличие веры в собственные ресурсы при преодолении трудных ситуаций, способность определить пути выхода из них, склонность демонстрировать социально – поощряемые формы поведения в трудных ситуациях, придерживаясь социально нормативных форм эмоционального реагирования. При утяжелении течения заболевания больные СД II типа используют копинг-стратегии «смирение» (23,7 % больных ИПСД), 13,2 % «растерянность» и 10,5 % «диссимуляцию». Данные пассивные формы поведения, предполагают отказ от преодоления трудностей из-за неверия в свои силы. Они представляют травмирующую ситуацию, как неважную, что позволяет больным ИПСД игнорировать проблемы и временно снижать эмоциональное напряжение. В эмоциональной сфе-

ре больные СД II типа используют копинг-стратегии «оптимизм» (41,3 % всей выборки) и «подавление эмоций», указывающие на уверенность в наличии выхода из сложной ситуации. Возможно, что внешне оптимистичное отношение к происходящему также временно снижает эмоциональное напряжение, однако, в случае повторяющихся травмирующих ситуаций эмоциональное перенапряжение может трансформироваться в «соматические» симптомы. 21,18 % больных ИПСД активно пользуются поведенческими копинг-стратегиями «отступление» и 26,3 % «компенсации», уходя от активных интерперсональных контактов, отказываясь от решения проблем, с целью снизить внутреннее напряжение и сохранить социальную привлекательность при помощи погружения в занятия любимым делом. Больные ИНСД (21,9 %) больше проявляют готовность к «сотрудничеству», но в то же время у них нет склонности использовать стратегию «обращение» (7,2 %), поэтому их поведение может быть ориентировано на избегание медицинской помощи до тех пор, пока не возникнут тяжелые нарушения соматического состояния. При помощи опросника «Когнитивная регуляция эмоций» Н. Гарнефски и В. Крайга было выявлено преимущество использования продуктивных когнитивных стратегий регуляции аффективных переживаний больными СД II типа, которые способствуют успешной адаптации: «принятие» того, что случилось, «позитивная перефокусировка» с отвлечением мыслей на приятные события, «фокусирование на планировании», «рассмотрение в перспективе». Использование деструктивных стратегий чаще отмечалось у больных ИПСД, в частности, таких как «самообвинение» с чувством вины за случившееся; «руминации» со склонностью к постоянным размышлениям о пережитой трудной ситуации; «катастрофизации» с обдумыванием глобальных размеров произошедшего события и его отрицательных последствиях; «обвинение других» с перекладыванием вины за окружающих.

Резюме. Таким образом, больные СД II типа чаще используют наименее адаптивные, затрудняющие осознание внутриличностных проблем, механизмы психологической защиты такие как, «отрицание», «реактивные образования» и «проекция». Конструктивные варианты копинг-стратегий характерны для больных ИНСД, что указывает на тенденцию к демонстрации социально – поощряемого поведения в трудных ситуациях, в частности, усиление самоконтроля при соблюдении терапевтического режима, а при ИПСД выявлены доминирование неадаптивных копинг-стратегий и стойкая аффективная фиксация на негативных событиях с деструктивными стратегиями регуляции эмоций: руминация, катастрофизация и обвинения других, со стремлением отказаться от решения проблем, чтобы снизить внутреннее напряжение и сохранить социальную привлекательность. Выявляя различные особенности использования механизмов психологической защиты можно создавать у больных СД II типа более адаптивные установки на лечение и предупреждать декомпенсированное течение заболевания.

Модель здоровьесберегающего поведения профессиональных спортсменов с травмами конечностей

Маликова Л.А., Яковлева Н.В.

Рязанский государственный медицинский университет им. ак. И.П. Павлова, Рязань, Россия
malikovala@yandex.ru, yakovleva.nata2@gmail.com

Ключевые слова: здоровьесберегающее поведение, модель здоровьесберегающего поведения, спортивная травма, спорт высших достижений

Model of health-saving behavior of professional athletes with injuries of limbs

Malikova L.A., Yakovleva N.V.

Ryazan State Medical University named after academician I.P. Pavlov, Ryazan, Russia

Keywords: health-saving behavior, model of health-saving behavior, sport injury, sports of the highest achievements

Введение. Большинство авторов определяют здоровьесберегающее поведение человека как формы человеческой активности, включающие всю совокупность действий и направленные на функциональное обеспечение необходимого и достаточного для данного индивида качества жизни [2].

В нашем исследовании мы рассматриваем здоровьесберегающее поведение как конструкт, включающий в себя функциональную и структурную составляющие. Функциональный концепт здоровьесберегающего поведения представлен особенностями здоровьесберегающей деятельности (Н.Н. Вишнякова, О.П. Андрианова, В.К. Биловус, G. Huppmann, F. Wilker, Н.В. Яковлева). Структурный концепт соответствует понятию внутренней картины здоровья (В.В. Николаева, В.Е. Каган, Е.И. Рассказова, Г.А. Арина, М.А. Иосифян, Е.И. Первичко, И.М. Шишкова, Л.А. Александрова, D.F. Marks, M. Murray, V. Evans). Исследователи здоровьесберегающего поведения отмечают специфичность здоровьесбережения профессионалов (Л.И. Вассерман, Е.А. Дубинина, А.Б. Леонова) [1]. На наш взгляд, для понимания особенностей здоровьесберегающего поведения профессиональных спортсменов необходимо исследование механизмов регуляции изучаемого конструкта. Проведенный факторный анализ, позволяет нам выделить основные факторы в группах профессиональных спортсменов и спортсменов-

любителей, отражающие эти механизмы и причинно-следственные связи поведения, связанного со здоровьем.

Материалы и методы. В эмпирическом исследовании принимали участие спортсмены-мужчины с травмами конечностей: профессиональные спортсмены (32 испытуемых) и спортсмены-любители (30 испытуемых), средний возраст – 22 г.

В ходе исследования применялись следующие методики: «Индекс отношения к здоровью» (С. Дерябо, В. Ясвин, 1999 г.); «Опросник исследования здоровьесберегающей деятельности» (Яковлева Н.В., Яковлев В.В., 2012г.); шкала «Здоровье» методики «Исследование самооценки» (Т. Дембо, С.Я. Рубинштейн, модификация А.М. Прихожан, 1988г.); «Уровень субъективного контроля» (Е.Ф. Бажин, Е.А. Голынкина, А.М. Эткинд, 1984 г.). Математико-статистическая обработка проводилась с помощью факторного анализа (метод главных компонент, варимакс-вращение).

Результаты исследования. В группе профессиональных спортсменов было выявлено 7 факторов, которые в общей сложности объясняют 71,09 % разброса всех переменных. Первый фактор, описывающий 22,61 % дисперсии, включает в себя шкалы методики «Индекс отношения к здоровью». Фактор назван нами как «Отношение к здоровью» и демонстрирует включенность всех трех компонентов структуры отношения к здоровью: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. При этом структура системы отношения профессиональных спортсменов имеет специфическую особенность в виде большей значимости поведенческого компонента. Мы предполагаем, что поведенческий компонент становится особенно актуальным именно в ситуации травмы, когда спортсмену необходимо выполнять конкретные реабилитационные упражнения.

Второй фактор, описывающий 12,28 % дисперсии переменных, включает в себя шкалы методики «Уровень субъективного контроля» и получил название «Интренальность». Фактор 3 включает в себя шкалу «Практический компонент отношения к здоровью» методики «Индекс отношения к здоровью» и шкалу «Эталонное здоровьесбережение» из методики «Исследование здоровьесберегающей деятельности». Фактор получил название «Эталонное здоровье», весовая нагрузка – 2,81 (10,1 % дисперсии переменных). Появление данного фактора говорит нам о существовании своеобразного «эталонного» уровня здоровья, которому стремится соответствовать спортсмен. При этом «эталонный» уровень здоровья в первую очередь ориентирован на поведенческую составляющую. Профессиональные спортсмены стремятся соответствовать некоему поведенческому паттерну, который входит в их систему представлений об идеальном состоянии здоровья. А.В. Карпов и Н.В. Яковлева в своем исследовании моделей здоровья спортсменов-профессионалов и любителей, отмечают, что индивидуальная модель здоровья атлетов

уже и специфичней, за счет своеобразной знаковой системы оценки здоровья. Такая специфичность эталонно-критериальной системы оценки здоровья обусловлена важностью здоровья для продолжения успешной профессиональной карьеры [2].

Модель здоровьесбережения спортсменов-любителей включает шесть факторов, объясняющих 73 % разброса переменных. В отличие от модели высококвалифицированных атлетов, в модели любителей доминирующее положение занимает фактор «Экстернальность» (22,6 % дисперсии). Фактор 2, объясняющий 19,27 % разброса переменных, получил название «Целопологание». Развитая способность к целепологанию позволяет нам говорить о важном умении спортсменов-любителей ставить и достигать цели, связанные с улучшением состояния здоровья, даже при условии, что регуляция здоровьесбережения в большей степени происходит с помощью опоры на внешние факторы, в виде экстернальной личностной направленности. При этом ни одна из переменных отражающих показатель отношения к здоровью, не нашла отражения в модели здоровьесбережения спортсменов-любителей, что позволяет нам говорить о включении иных детерминант, выступающих регулятором здоровьесберегающего поведения.

Выводы:

1. Здоровьесберегающее поведение профессиональных спортсменов и спортсменов-любителей имеет различные механизмы регуляции поведения.
2. Факторы «Отношение к здоровью», «Интернальность», «Эталонное здоровье» в модели профессиональных спортсменов описывают 45 % разброса всех переменных, что позволяет говорить об их наибольшей значимости в регуляции здоровьесберегающего поведения. Именно от положительного отношения к здоровью, внутреннего локуса-контроля и опоры на эталоны здоровья в большей степени зависит успешность реабилитации профессионального спортсмена после травмы. Здоровьесберегающее поведение спортсменов-любителей в большей степени связано с экстернальной личностной направленностью и целепологанием.
3. На основании полученных данных могут быть разработаны коррекционные программы по оптимизации восстановления после травмы для профессиональных спортсменов и спортсменов-любителей.

Литература

1. *Леонова А.Б.* Стресс и психическое здоровье профессионалов // Руководство по психологии здоровья / под ред. А.Ш. Тхостова, Е.А. Рассказовой. – М. : Издательство Московского университета, 2019. – Гл. 13. – С. 638–690.
2. *Яковлева Н.В., Карнов А.В.* Профессиональная специфичность как свойство витальной метакомпетентности личности / Вестник Костромского государственного университета. -2014. – № 20 (2). – С. 20–23.

Использование техники интервью в процессе мотивационного тренинга, направленного на формирование здоровьесберегающего поведения

Меркулова В.А.

*Институт психотерапии и клинической
психологии, г. Москва, Россия*

vero.merkulova@yandex.ru

Покровская С.В.

*Московский государственный психолого-
педагогический университет, г. Москва, Россия*

lana_f@mail.ru

Ключевые слова: здоровьесберегающее поведение, мотивационный тренинг, установка, интервью

Using the interview technique in the process of motivational training aimed at forming health-saving behavior

Merkulova V.A.

*Institute of psychotherapy and clinical
psychology, Russia, Moscow*

vero.merkulova@yandex.ru

Pokrovskaya S.V.

*Moscow State Psychological and
Pedagogical University, Russia, Moscow*

lana_f@mail.ru

Keywords: health-saving behavior, motivational training, attitude, interview

Формирование здоровьесберегающего поведения является актуальной проблемой, так как затрагивает как индивидуальные, так и общественные интересы, повышает качество жизни каждого отдельного человека, а также социума. В качестве варианта решения данной задачи нами был разработан и проведен мотивационный тренинг, ориентированный на формирование, развитие и коррекцию психологических черт, связанных с поведением, позволяющим сохранять здоровье и преодолевать те поведенческие паттерны, которые могут влиять на здоровье негативно.

Мотивационный тренинг позволяет последовательно усваивать мотив достижения оптимального состояния здоровья и позволять в последствии поддерживать его. В структуру тренинга включаются ключевые этапы, отражающие последовательность закрепления attitudes на сохранение здоровья. На первом этапе формируется опыт мышления, позволяющий в последствии приобретать возможность реализации здоровьесберегающего поведения. Второй этап подразумевает перенос приобретенного мышленческого опыта на исходную структуру собственных ценностей личности. Благодаря этому достигается интеграция с эмоциональной сферой, что способствует желанию удовлетворить потребность в обладании сохранным здоровьем. На третьем этапе дается опыт совершения конкретных действий, регулярное выполнение которых позволяет поддерживать здоровье, то есть реализовывать здоровьесохраняющую установку на поведенческом уровне. Для того чтобы индивидуализировать прохождение этих этапов в рамках участия в групповом тренинге, можно использовать технику интервью, направленного на понимание системы социальной установки на сохранение здоровье, представленной у каждого участника тренинга.

Применение этого метода делает возможным качественно изучить структуру социальной установки, что может быть использовано для оценки различных знаний, качеств и черт, присущих участникам, что может иметь влияние на процесс формирования установки на сохранение здоровья и, тем самым, должно быть отражено в процессе прохождения тренинга. При прохождении интервью затрагиваются следующие процессы:

1. Анализ суждений о природе здоровья у участников тренинга. Обработка этих данных позволяет организовывать подачу информации о здоровье не как об отсутствии заболеваний, а как о ценности, обладающей целостностью составляющих его физического, психологического и социального компонентов.
2. Определение непосредственно присутствующих у участников тренинга знаний о поведении, позволяющем сохранить здоровье. Оценивая эти знания, мы имеем возможность углублять предлагаемую в ходе работы информации в пользу той, которая является для участников менее знакомой, и обладает большей новизной.
3. Понимание представленности в поведенческом арсенале активных и пассивных действий, оказывающих влияние на здоровье. По данным нашего исследования нарушение баланса позитивных и негативных суждений о вариативных способах поведения связано с представленностью у участников аналогичных копинг-ресурсов. Нами была отмечена важность влияния различных стратегий совладающего поведения на реализацию здоровьесберегающего поведения, таким образом, качественная оценка суждений, производимая в процессе интервью, позволяет успешно переформулировать и применять копинг-стратегии для достижения поставленной на тренинге цели.

4. Определение содержательной части эмоциональной реакции на необходимость следования здоровьесберегающему поведению. Это дает возможность использовать в тренинговой работе имеющиеся у участников группы положительно и отрицательно окрашенные воззрения на способы поведения, и в соответствии с этим создавать структуру упражнений, отвечающих за эмоциональный компонент установки. Кроме того, в результате данного анализа становится заметно снижение эмоциональных реакций в группе, что может быть связано с алекситимией, имеющей негативное влияние на здоровьесберегающее поведение. Выявление её в процессе тренинга позволяет направить большее число упражнений на повышение эмоциональности, что способствует получению удовольствия от предпринимаемых действий, и позволяет более надежно закреплять здоровьесберегающий аттитюд.
5. Обнаружение поведенческих закономерностей, позволяющих сохранять здоровье и, наоборот, обладающих потенциально негативным влиянием. Так как при прохождении мотивационного тренинга ведущей целью является приобретение форм поведения, ранее неиспользуемых участниками, то в данном случае достижением может являться приобретение новых здоровьесберегающих поведенческих паттернов. Таким образом, приобретаемые в процессе прохождения тренинга поведения формы должны обогащать уже имеющиеся паттерны, а не повторять и без того успешно реализуемые. Кроме того, поведение, направленное на сохранение здоровья, подразумевает отказ от выполнения действий, относящихся к потенциально опасным, и замещение их новыми, позволяющими выполнять их вместо тех, от которых человек отказался. Эта особенность также подчеркивает необходимость подробного предварительного анализа не только позитивных, но и негативных поведенческих паттернов, позволяет сделать групповой тренинг индивидуализированным, что, в свою очередь, усиливает его эффективность.

Таким образом, разработанная система интервью позволяет решать как диагностические, исследовательские, так и коррекционно-терапевтические интересы, обогащать знания об изучаемом феномене здоровьесберегающего поведения, опираясь на качественный анализ структуры его компонентов. Интервью может являться основой для проведения вступительной сессии мотивационного тренинга, позволяя с одной стороны структурировать её проведение и стандартизировать структуру самого тренинга, при одновременном повышении значимости знаний и опыта каждого участника, включения их в процесс отбора наиболее актуальной для данной группы людей информации, которая будет использоваться на тренинге, а с другой стороны индивидуализировать программу, что повышает активность участников и большую задействованность всех компонентов социальной установки при прохождении тренинговой программы.

Психологическое сопровождение и реабилитация пациентов с хронической болезнью почек до и после трансплантации

Микита О.Ю., Лысенко Ю.С.,

Пинчук А.В., Хубутия А.Ш.

ГБУЗ г. Москвы «НИИ СП

им. Н.В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия

mikita-o@yandex.ru

Ключевые слова: хроническая болезнь почек, трансплантация почки, психологический статус, психологическое сопровождение, комплаентность, реабилитация

Резюме: Развитие медицины увеличивает количество людей, живущих в ситуации наличия тяжелого хронического заболевания и определяет необходимость развития программ сопровождения и реабилитации таких пациентов, с целью профилактики их дезадаптации. Около 10 % населения РФ страдает хронической болезнью почек (ХБП) и ежегодно около 41,5 тыс. человек признаётся инвалидами по данному заболеванию. На основании проведенного собственного исследования пациентов с ХБП в отделении трансплантации почки и поджелудочной железы НИИ СП им Н.В. Склифосовского обоснована и составлена программа психологического сопровождения таких пациентов.

Psychological support and rehabilitation of patients with chronic kidney disease before and after transplantation

Mikita O.Y., Lysenko Yu. S.,

Pinchuk A.V., Khubutia A. Sh.

Sklifosovsky Research Institute for Emergency

Medicine, Moscow, Russian Federation

mikita-o@yandex.ru

Key words: chronic kidney failure, kidney transplantation, psychological support, compliance, rehabilitation

Summary: The development of medicine increases the number of people living in a situation of severe chronic diseases and determines the need to develop support and rehabilitation programs for such patients in order to prevent their disadaptation. About 10 % of the

Russian population suffers from chronic kidney disease (CKD) and 41.5 thousand people are recognized as disabled for this disease every year. Based on our own research of patients with CKD in the department of kidney and pancreas transplantation of the Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, a program of psychological support for such patients is justified and compiled.

Хроническая болезнь почек (ХБП) по распространенности сопоставима с гипертонической болезнью, сахарным диабетом, ожирением и метаболическим синдромом. Методом лечения пациентов с ХБП является заместительная почечная терапия (гемодиализ, перитонеальный диализ, трансплантация почки) [6]. За последние годы в РФ почти в 2 раза увеличилось количество проводимых операций по трансплантации почки [1], обусловленное значительным ростом распространенности ХБП среди населения [2].

Результаты исследования 170 пациентов с ХБП в НИИ СП им. Н.В. Склифосовского показали, что психологические особенности и качество жизни пациентов с ХБП на различных этапах трансплантации почки характеризуются высоким уровнем ситуативной и личностной тревожности, депрессивными реакциями, нарушением физического и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием; эпизодами некомплаентности, доминированием дезадаптивных копинг-стратегий, что определяет необходимость организации и оказания им психологической помощи [3,4].

Разработана программа психологического сопровождения, основанная на мультидисциплинарном подходе, принципах комплексной психодиагностики и мониторинга, интеграции работы различных специалистов. Комплекс мероприятий по психологическому сопровождению и реабилитации пациентов с ХБП на различных этапах трансплантации почки включает в себя этапы – диагностический, экстренной медико-психологической помощи, комплексной психолого-медико-социальной реабилитации, мониторинга психологического состояния и его коррекции, взаимодействия и организации деятельности специалистов, психолого-психотерапевтической и социальной помощи пациенту и родственникам, информирования специалистов, пациента и его родных [5].

Важность внедрения программ психологического сопровождения и реабилитации пациентов с ХБП обусловлена необходимостью организации им адресной помощи, в том числе для улучшения исхода операций по трансплантации, а также перспективами для развития исследований, направленных на изучение способов повышения адаптации пациентов на всех этапах заболевания.

Литература

1. Данные Rus Transplant [Электронный ресурс]/URL: <https://rustransplant.com/statistika-po-peresadke-pochki/> (Дата обращения: 11.04.2020).

2. *Готье С.В.* Планирование объемов финансирования на заместительную почечную терапию (гемодиализ и трансплантация почки) / С.В. Готье, С.М. Хомяков // Вестник трансплантологии и искусственных органов. – 2017. – № 19(3). – С.19–20.
3. *Микита О.Ю.* Качество жизни и смысловые ориентации пациентов с хронической почечной недостаточностью до трансплантации почки / О.Ю. Микита, Ю.С. Лысенко // Вестник психотерапии. – 2018. – № 67(72). – С. 131–140.
4. *Микита О.Ю.* Психологический статус и качество жизни пациентов с хронической почечной недостаточностью до и после трансплантации почки / О.Ю. Микита, А.Ш. Хубутя // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2018. – № 12 (166).
5. *Микита О.Ю.* Психологическое сопровождение пациентов с хронической почечной недостаточностью на различных этапах трансплантации почки: цели, задачи, методики, программа // О.Ю. Микита // Вестник психотерапии, 2018, № 68 (73), С. 99–113.
6. Трансплантология: учебник / под ред. М.Ш. Хубутя / П.М. Богопольский, С.А. Кабанова, В.Л. Виноградов, О.Ю. Микита, Я.Г. Мойсюк, А.В. Пинчук, Н.А. Сирота, В.Е. Соткин, Е.А. Тарабрин, А.А. Темнов, М.Ш. Хубутя, В.М. Ялтонский. // – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с.

Отношение к болезни и здоровью детей с различными соматическими заболеваниями

Панфилова М.А.

МГМСУ им. А.И. Евдокимова, центр практической психологии «Отношение», г. Москва, Россия

panfilova-ma@yandex.ru

Ключевые слова: дети, болезнь, здоровье, страхи, тревога

Attitude to illness and health of children with various somatic diseases

Panfilova M.A.

A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Center for Practical Psychology "Otnoshenie", Moscow, Russia

panfilova-ma@yandex.ru

Keywords: children, illness, health, fears, anxiety

Введение. В клинической психологии с середины XX века представления о своей болезни глубоко изучается не только у взрослых пациентов, но и у детей, у подростков. А.А. Киселю (1940) [3], удалось определить, что при соматических заболеваниях в детской психике наступают изменения. При этом оказалось, что формирующееся у детей отношение к заболеванию зависит от многих факторов. Например, от особенности самой болезни, ощущений боли, тяжести болезни, глубины поражений, необратимости или успехов лечения заболевания (В.А. Еренков, 1976; А.А. Яковлева, 1977; Н.Д. Игнатъева и др., 1978). Большое значение для детей имеют социальные факторы, помещение детей в больницу, соседство с больными, ограничение их активности, отрыв от коллектива сверстников и членов семьи, изменения режима питания и состава диеты (В.А. Еренков, 1976; М.А. Forman et al., 1983). Чуть позже, в 70–80-х годах учёные обратились к исследованиям представлений человека о своём здоровье. В современной клинической психологии существуют феномены, концепции, модели внутренней картины болезни (ВКБ) (А.Р.Лурия, В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, А. Ш. Тхостов, Г. А. Арина, В. В. Николаева, Н.А. Сирота, В.М. Ялтонский и др.) и внутренней картины здоровья (ВКЗ) (В. М. Смирнов, Т. Н. Резникова, В. А.Ананьев, А. Ш. Тхостов, Е. И. Рассказова, Г.С. Никифоров, А. Bandura, R. Rogers и др.) [2,3]. Однако, знания о болезни и здоровье у маленьких детей (от 5 до 10 лет) имеют целый ряд специфических особенностей. Дошкольники

и младшие школьники опираются на свои субъективные представления эмоционального, иррационального содержания, которые сформированы под влиянием их социального окружения (семья, детский сад, школа) и личного опыта (болезни, госпитализация) (Д.Н.Исаев, 2004; Ю.Е. Куртанова, 2004; Е.В. Свистунова, 2010)[2,3,5]. Ситуативность, лабильность эмоций, активные наглядно-образные формы мышления, богатое воображение – всё это является характеристикой психики ребёнка этого возраста. Получить достоверные, надёжные данные исследователям представлений о болезни и здоровью у детей весьма затруднительно. Сложность заключается не только в подборе методик, но так же и в самом процессе психологической диагностики, в интерпретации результатов.

На кафедре клинической психологии с 2012 г. по 2019 г совместно со студентами (А.С. Грудиной, К.Г., Яковенцевой С.Ц. Раднаевой и др.) нами были проведены исследования, которые посвящены изучению отношения к болезни и здоровью детей с различными соматическими заболеваниями, а так же выявлению у них психологических особенностей тревоги и страхов. В исследовании приняло участие 360 детей от 5-х до 10 лет (50 % девочек и 50 % мальчики). 180 детей – условная норма (2 возрастные группы: дошкольники, младшие школьники) и 180 детей – дети с разной нозологией (болезни, патологические состояния, травмы, повреждения, расстройства) (4 нозологические группы). Исследование проходило в учреждениях города Москвы (детские сады, школы, больницы). Использовались подобранные по проблеме различные методы. Наиболее эффективными в диагностике детей 5–10 лет оказались следующие психодиагностические методики: 1) опросник «Субъективная оценка болезни» А. Вольрат (версия для детей и версия для родителей, адаптация В.М. Ялтонского (2008); 2) Клиническая беседа, направленная на выявление особенностей внутренней картины здоровья Ю.Е. Куртановой (2004) [3]; 3) Для изучения особенности страхов у детей применялась методика «Страхи в домиках» (А.И.Захаров, М.А.Панфилова) (2000) [1, 4]. В данной методике дети обозначают интенсивность страхов в баллах (от 1 до 3-х) и помещают названия страхов (шкала страхов) в два домика: со страшными страхами и нестрашными страхами. 4) Тест тревожности (Р.Тэмпл, М.Дорки, В.Амен) в адаптации В.М. Астапова (2004) [4].

Результаты.

1. Существуют общие и различные специфические особенности отношения к своей болезни при разных хронических заболеваниях. Например, дети с сахарным диабетом воспринимают свое заболевание как умеренно опасное и малозаметное, отмечают свою способность контролировать заболевание и управлять им. При этом вероятность полного излечения оценивается выше среднего, а надежда на успешное будущее – значительно большая (полное излечению в возрасте взрослого человека и возможное повторение этой болезни в старости).

2. Оценивая свое здоровье дети 5–10 лет опирались на ситуативные признаки (отсутствие боли, процедуры и пр. в данный момент). Дети с хроническими заболеваниями считали себя здоровыми, а дети с травмами и повреждениями говорили с оптимизмом о своём здоровье после госпитализации, давая характеристики активности здорового человека («может бегать, играть, гулять»; «есть всё, что захочет» и др.).
3. В актуальных страхах у детей с различными заболеваниями имеются значимые отличия в общем показателе количества страхов, в их интенсивности и содержании. Например, у детей с сахарным диабетом более активные такие темы страхов, как боязнь страшных снов, огня и неожиданных резких звуков, и низкий показатель медицинских страхов (уколов, боли, врачей, боли). А у детей с нефрологическими заболеваниями более активные такие темы страхов, как не успеть, наказания. В экспериментальных и контрольных группах детей в каждом возрастном периоде преобладают определенные категории страхов, как отражение эмоционального, интеллектуального и социального развития ребёнка. Среднее количество страхов у современных детей в контрольных и экспериментальных группах в два раза превышает нормы, представленных в исследованиях прошлых лет (А.И. Захаров, 2000)[1]. Насыщенная эмоциями современная информационная среда актуализирует страхи у детей, характерные для более старшего возраста, соединяясь со страхами данного возрастного периода.
4. При сравнении ситуаций тревоги можно отметить: в экспериментальных группах высокая тревога преобладает в ситуациях: «разговор со взрослыми или выговор»; «изоляция или игнорирование». У младших школьников из экспериментальных групп высокая тревога наблюдается в школьных ситуациях: «взрослый и школьники» и «домашнее задание».

Заключение. Изменчивость, лабильность детской психики отражает и информационные изменения в обществе, как позитивные, так и негативные для развития ребёнка. Современные технологии позволяют дошкольникам изучать строение человека по ярким, наглядным энциклопедиям, по дидактическим пособиям. На детских каналах телевидения навязчивая реклама знакомит детей с названиями болезней и даже с лекарствами. Доступность Интернета рано погружает детское сознание во взрослые проблемы человечества. В детских больницах для коррекции тревоги, страхов активно внедряются игровые психологические технологии, создаётся привлекательная внешняя среда в помещениях. В связи с этим, представления и отношения к болезни и здоровью у современных детей изменились, и новые исследования по данным вопросам необходимы чтобы скорректировать, дополнить уже существующие, выделить устойчивые показатели, характеристики.

Литература

1. *Захаров А.И.* Происхождение детских неврозов и психотерапия – М., 2000.
2. *Исаев Д.Н.* Детская медицинская психология. Психологическая педиатрия. – Спб., Речь, 2004. – 384 с.
3. *Куртанова Ю.Е.* Личностные особенности детей с различными хроническими соматическими заболеваниями: Дисс...канд.психол. наук. – М., 2004.
4. *Панфилова М.А.* Игротерапия общения //Тесты и коррекционные игры. – М., 2000
5. *Свистунова Е.В.* Ребенок и болезнь: психологические аспекты проблемы / Е.В. Свистунова // Consilium medicum. Педиатрия. – 2010. – № 34. – С.29–33.

Психическое здоровье женщин, больных раком молочной железы, проживающих в промышленном мегаполисе и сельской местности*

Пономарева И.В., Пахомова Я.Н.

Томский государственный университет, г. Томск, Челябинский государственный университет, Челябинск, Россия
ivp-csu@yandex.ru, sizova159@yandex.ru

Ключевые слова: психическое здоровье, онкопсихология, рак молочной железы

Mental health of women with breast cancer living in an industrial metropolis and rural areas

Ponomareva I.V., Pakhomova Ya.N.

Tomsk State University, Tomsk, Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia

Key words: mental health, oncopsychology, breast cancer

Рак молочной железы – онкологическое заболевание, занимающее первое место по распространенности в мире среди женщин. Данная онкологическая патология приводит к снижению качества жизни женщин, нетрудоспособности, инвалидность и смерти. Тяжелое соматическое заболевание, такое как рак молочной железы, приводит к возникновению новой жизненной ситуации, разрушающей структуру личности, приводящей к нарушению психического здоровья [1]. Не смотря на то, что современная медицина располагает эффективными методами лечения рака молочной железы, тем не менее, онкологи отмечают высокую смертность и непродолжительность безрецидивного периода данной онкологии [2]. Прогноз течения болезни и ее исход связан с таким интегральным показателем как качество жизни. Качество жизни представляет собой субъективную оценку физического и психического компонентов здоровья, а также социального аспекта жизни. Изучение качества жизни является популярным направлением среди медицинских исследований, в области клинической психологии и психотерапии. Однако мало исследований, которые бы учитывали общий уровень жизни, демографические особенности, менталитет и т.д. при изучении качества жизни больных онкологией. Также ряд авторов отмечают, что не только онкологическая патология значительно влияет на психическое состоя-

* Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ (проект № 20–013–00824)

ние больного, но и обращают внимание на роль психических факторов в этиологии, течении и исходе онкологического заболевания.

Поэтому целью нашего исследования явилось выявление особенностей одного из маркера качества жизни – психического здоровья у женщин, проживающих на различных экономических территориях (промышленный мегаполис, районный центр, сельская местность). В исследовании приняло участие 146 женщин с диагнозом рак молочной железы I-III стадий, проживающих на территории Челябинской области РФ, где 63 женщины проживают в Челябинске как промышленном мегаполисе, 59 женщин в районном центре и 24 женщины в сельской местности. Средний возраст испытуемых составил 55, 4 лет. Нами был использован опросник SF-36 «Оценка качества жизни», в частности показатель психического здоровья (Mental Health).

Такой средовой фактор как место проживания особенно важен для женщины, с диагнозом РМЖ, так как это связано со своевременным оказанием высококвалифицированной медицинской помощи, доступностью медицинских услуг. Очевидно, что в мегаполисе медицина более доступна, чем в сельской местности, и качество медицинских услуг, наличие медицинского оборудования также различается в районных центрах и мегаполисах. Женщина, которой поставлен онкологический диагноз, испытывает колоссальный стресс, ей важно понимать, насколько доступна для нее медицинская помощь. Поэтому место проживание как средовой фактор ассоциируется с показателем психического здоровья женщин с РМЖ, и также с качеством их жизни.

Сравнительный анализ с использованием непараметрического критерия Краскела-Уоллиса показал, что между женщинами, проживающими на различных территориях, существуют значимые различия по показателю психического здоровья ($H=7.02$; $p=0.03$). Причем наиболее высокий показатель психического здоровья характерен для женщин, проживающих в сельской местности. Это свидетельствует о том, что женщины из сельской местности оценивают свое психическое здоровье как благополучное, они не испытывают тревог, у них нет депрессивных эмоциональных состояний. И возможно, прогноз течения заболевания будет благополучнее, чем у женщин из мегаполиса или районного центра. Не смотря на то, что женщины, проживающие в сельской местности территориально удалены от районного центра и мегаполиса, где может оказываться соответствующее лечение, они не испытывают ежедневных психоэмоциональных нагрузок, характерных для мегаполиса, их уклад жизни более стабилен и предсказуем.

Таким образом, женщины с РМЖ, проживающие в сельской местности демонстрируют более благополучное психическое здоровье как компонент интегрального показателя качества жизни, чем женщины с РМЖ, проживающие в мегаполисе или районных центрах. Данные

результаты должны быть обращены к практическим психологам, которые осуществляют психологическую помощь женщинам с РМЖ на всех этапах течения болезни.

Литература

1. *Зейгарник Б.В.* Патопсихологический метод в изучении личности // Психологический журнал. – 1982. – № 1. – С. 43–51.
2. *Великая В.В., Балацкая Л.Н., Старцева Ж.А., Гольдберг В.Е., Попова Н.О., Егорова М.Ю.* Качество жизни больных местнораспространенным раком молочной железы после комплексного лечения с применением нейтронной терапии // Сибирский онкологический журнал. – 2020. – № 19(2). – С. 34–40.

Психолого-педагогическая реабилитация лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в раннем периоде заболевания

Ратникова Ю.А.

Костромской государственной университет (КГУ)

Кострома, Россия

ratnikova-1976@yandex.ru

Ключевые слова: реабилитация, психолого-педагогическая реабилитация, острое нарушение мозгового кровообращения, средний возраст, когнитивные нарушения

Psychological and pedagogical rehabilitation of middle-aged people with early period acute cerebrovascular accidents

Ratnikova J.A.

Kostroma State University (KSU) Kostroma, Russia

Key words: rehabilitation, psychological and pedagogical rehabilitation, acute cerebrovascular accident, middle age, cognitive impairment

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – это расстройство по типу недостаточной скорости и скудного качества кровотока в церебральных структурах, провоцирующее очаговую неврологическую симптоматику, редукцию некоторых функций ЦНС. Примерно 40 % ОНМК влекут нарушения высших психических функций (ВПФ), которые, как правило, сочетаются с нарушениями движений в конечностях, что в большинстве случаев приводит к инвалидизации, возникновению депрессивных состояний, отсутствию жизненной мотивации.

Как отмечают некоторые авторы (В.В. Архипов, В.К. Вилюнас, Д.В. Горячев и др.), острые нарушения мозгового кровообращения представляют существенную проблему для лиц трудоспособного возраста, особенностью которого является субъективизм, нередко проявляющийся в завышенной оценке своих возможностей, что часто приводит к физическим и психологическим перегрузкам, что, в свою очередь, провоцирует возникновению ОНМК.

Актуальной проблемой, в настоящее время, является специфика психолого-педагогической реабилитации лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в раннем пери-

оде, поскольку эффективность восстановления нарушенных функций в существенной мере зависит быстроты оказания помощи больным в ранний период инсульта, который составляет в среднем двадцать одни сутки с момента его развития. Проблема состоит в также и в том, что преобладает в основном медицинский аспект реабилитационных мер.

Психолого-педагогическая реабилитация – процесс коррекции высших психических функций, когнитивных, эмоционально-волевых нарушений и поведенческих реакций, речевых недостатков; формирования мотивации к саморазвитию, самовосстановлению, обучению, формированию социально-бытовых и других навыков. Процесс реабилитации включает в себя функциональное восстановление или компенсацию того, что нельзя восстановить, приспособление к повседневной жизни и приобщение к трудовому процессу больного или инвалида. Основными направлениями психолого-педагогической реабилитации, по мнению Л.М. Аболина (2016), являются: восстановление основных навыков общения, мобильности и самообслуживания; восстановление навыков профессиональной деятельности; восстановление общественной жизни вне семьи, включение в жизнь отдельных сообществ, всего общества и в гражданские сферы жизни [1]. Значимая роль принадлежит ближайшему окружению, которое создает благоприятный психологический климат, осуществляет психологическую поддержку, реализует педагогические задачи обучения и восстановления утраченных знаний, умений и навыков.

Возникает необходимость создания условий психолого-педагогической помощи, которые помогут реализовать реабилитационные мероприятия более эффективно. Так, В.К. Гвоздецкой (2016), определены основные компоненты: диагностический компонент (отслеживание психолого-педагогических изменений в динамике развития, своевременная корректировка методов, форм и средств реабилитации); педагогический компонент (создание социально-психологических условий для успешности овладения двигательными, когнитивными, коммуникативными, социальными навыками); психологический компонент: создание условий для коррекции развития поврежденных функций); социально-коммуникативный компонент (обеспечение условий для формирования и реализации позитивных взаимоотношений между пациентом и специалистами, с окружающими и др.) [2].

Сроки реабилитационных мероприятий зависят от степени нарушений и интенсивности медико-социальной, психолого-педагогической помощи. Современные программы реабилитаций предполагают различные формы и методы с разными сроками помощи на разных этапах реабилитации, обеспечивающих возможность максимально приблизиться к полноценной общественной жизни. Знание особенностей и психологического состояния лиц, перенесших ОНМК, имеет немаловажное значение в эффективности психолого-педагогической помощи.

В настоящее время, по нашему мнению, уделяется недостаточное внимание психолого-педагогической реабилитации в условиях стационарного лечения. В большей степени психолого-педагогическая помощь ограничивается диагностикой. Однако с нашей точки зрения возможно и необходимо применение таких методов как музыкотерапия, библиотерапия, арт-терапия, которые оказывают благотворное влияние на психоэмоциональное состояние пациентов и могут способствовать повышению мотивации к самостоятельности, самообслуживанию, повышению самооценки, помогают преодолеть депрессию, настроиться на выздоровление, восстановление утраченных или нарушенных двигательных и когнитивных функций.

Данная проблема требует более глубокого исследования, в котором планируется проверить несколько частных гипотез, в том числе, о значительной эффективности психолого-педагогической реабилитации при ОНМК в раннем периоде заболевания, об эффективности использования с этой целью психолого-педагогических методов.

По результатам исследования планируется разработать программу психолого-педагогической реабилитации функциональных и когнитивных нарушений у лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в раннем периоде. Целью программы является создание мотивации у лиц среднего возраста, перенесших острые нарушения мозгового кровообращения, в раннем периоде к самостоятельности, адаптации к новым условиям жизни, восстановление двигательной и когнитивной активности.

Литература

1. *Аболин Л.М.* Психологические механизмы социальной реабилитации человека // Психологические исследования. – 2016. – № 3. – С. 56–71.
2. *Гвоздецкая В.К.* Психологические особенности нормативного кризиса взрослости // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. – 2016. – Т.5. – № 6 А. – С. 5–20.

Социализация телесности у детей с хроническим соматическим заболеванием (на примере бронхиальной астмы)

Романова В.В.

*Таврическая академия ФГАОУ ВО «Крымский
федеральный университет имени В.И. Вернадского»,
Симферополь, Республика Крым, Россия
taymyr2014@mail.ru*

Ключевые слова: психология телесности, внутренняя картина болезни, социализация телесности, первичное означение болезни

Socialization of corporality in children with a chronic somatic disease (on the example of bronchial asthma)

Romanova V.V.

*V.I. Vernadsky Crimean Federal University,
Simferopol, Russian Federation
taymyr2014@mail.ru*

Keywords: bodily psychology, mental image of illness, socialization of corporality, primary meaning of disease

Введение. Психология телесности как активно развивающееся направление клинической психологии имеет свой феноменологический круг явлений, базирующийся на культурно-исторической концепции развития психики Л.С. Выготского. Данный подход наряду с психической и физической линией развития выделяет особую линию развития – психосоматическую, которую нужно рассматривать как процесс закономерного становления механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов, т.е. социализация телесности. Содержанием этого процесса становится усвоение (означивание) и порождение телесных знаков [1]. Одним из направлений исследования социализации телесности, в нашей работе стало изучение опосредствования интрацептивных ощущений (первичного означения болезни) в структуре внутренней картины болезни у школьников с бронхиальной астмой.

Организация и методика исследования. В исследовании приняли участие 28 младших школьников (7–10 лет) и 42 подростка (10–15 лет) с диагнозом БА. В качестве метода исследования использова-

лась проективная рисуночная методика «Как я себя чувствую, когда болею». Качественный анализ пояснений детей к рисунку позволил рассмотреть особенности интрацептивного словаря школьников с БА и его возрастную динамику.

Результаты исследования. В сознании детей школьного возраста уже существуют и продолжают свое становление определенные способы описания интрацептивных значений. А.Ш. Тхостов отмечает, что телесные ощущения не даны человеку «прямо», но опосредствованы системой «категорий телесности» [2]. Выделенный репертуар пояснений школьников с БА к рисунку был достаточно сходным, что позволило выделить семь вариантов первичного означения болезни: интрацептивные ощущения не вербализованы, интрацептивные ощущения, не относящиеся к симптомам БА, интрацептивные ощущения, относящиеся к симптомам БА, эмоционально-оценочные категории, неудовлетворенные потребности, ощущения общего тонуса, метафоры.

Вариант первичного означения, когда интрацептивные ощущения не вербализуются, т.е. отсутствует словесное описание, нами был отнесен к категории *«интрацептивные ощущения не вербализованы»*. Этот способ был выявлен у 42,8 % младших школьников («не знаю, что чувствую») и 11,9 % подростков («ничего не чувствую, расслабление от школы»).

Категория *«интрацептивные ощущения, не относящиеся к симптомам БА»* – это способ первичного означения болезни через разнородные интрацептивные ощущения, которые не входят в круг симптоматики БА. Эти описания связаны с опытом перенесенных соматических заболеваний (чаще простудных) или травм. Такой вариант наблюдался у 25 % младших школьников и у 23,8 % подростков. Например: «насмотрк», «болит живот», «температура».

Высказывания школьников, которые содержали типичный симптомокомплекс, указанный в клинических педиатрических рекомендациях по БА наблюдались у 21,4 % младших школьников и 38,1 % подростков и были отнесены к категории *«интрацептивные ощущения, связанные с симптомами БА»* («тяжело дышать, воздуха не хватает»).

Первичное означение болезни через *эмоционально-оценочные* категории можно рассматривать как способ объективации телесности к которому ребенок прибегает не находя других возможностей для выражения интрацептивных ощущений. Такой способ структурирования телесного опыта по определению А.Ш. Тхостова возникает в сознании, когда эмоциональные, психические состояния, объективировавшись, расцениваются, как телесные [2]. Исходя из полученных данных, 28,5 % младших школьников и 42,8 % подростков прибегают к эмоционально-оценочным способам объективации телесности. Например: «есть чувство страха, задохнуться, не хочется так умереть», «когда болеешь грустный, хочется плакать».

Качественный анализ пояснений к рисунку школьников с БА показал, что репрезентация телесных ощущений во время болезни у них может быть выражена через чувство неудовлетворенности в связи с фрустрацией потребностей и противопоказаниями, связанными с заболеванием. Данная категория интрацептивных ощущений определялась как «*неудовлетворенные потребности*» и встречалась у 7,1 % младших школьников, например: «хочется то, что нельзя, побегать, попрыгать», и у 4,8 % подростков, например: «я чувствую, что не могу делать то, что хочу».

Был выделен вариант описания интрацептивных ощущений, связанный с *общим тонусом организма*. Этот способ выражения телесных ощущений трудно однозначно отнести к психическим или соматическим состояниям, поскольку они ассоциируются с одной стороны с физическими ощущениями, а с другой стороны служат выражением определенных психических состояний. К данному способу описания прибегают 17,9 % младших школьников – «у меня слабость, иду сразу спать» и 38,1 % подростков – «лежу обессиленный, ничего не хочу».

Ощущения физического дискомфорта во время болезни часть школьников поясняет с помощью *метафоры*. Использование метафор в описании своего самочувствия это способ знакового овладения внутренней телесностью, психологическая функция, имеющая несколько аспектов. С помощью метафоры осуществляется вербализация интрацептивного ощущения, облегчается коммуникация внутреннего телесного опыта, происходит оформление интрацептивного процесса в образ сознания, который придает внутренней телесности новую степень реальности [2]. 14,3 % младших школьников с БА описывают, свои интрацептивные ощущения используя метафору, например: «как будто в груди молния». В подростковом возрасте язык метафор используют 35,7 % подростков, например: «решетка и колючая проволока».

Исследование первичного означения болезни у школьников с БА показало, что во многих случаях описание внутренних телесных ощущений происходит через различные комбинации способов категоризации и чаще всего является поливариантным.

Выводы. Анализ первичного означения болезни у школьников через выделение различных способов категоризации внутреннего телесного опыта свидетельствует о сопряженности этого процесса с принципами социализации телесности. Осознание хронической болезни в младшем школьном возрасте достаточно фрагментарно и диффузно. Слабая способность к вербализации внутренних телесных болезненных ощущений, низкая дифференциация симптомов БА от других телесных ощущений связаны с недостаточностью психологических средств для анализа телесного самочувствия на данном этапе онтогенеза. В подростковом возрасте изменяются доминирующие способы первичного означения

болезни, их описательные характеристики, что свидетельствует о более развитой системе значений для описания телесных ощущений. Таким образом, самопознание болезни тесным образом сопряжено с развитием психики ребенка и подчиняется динамике этого развития.

Литература

1. *Арина Г.А.* Психосоматический симптом как феномен культуры // Телесность человека междисциплинарные исследования. М., 1991. – 98 с.
2. *Тхостов А.Ш.* Психология телесности. – М.: Смысл, 2002. – 287 с.

Сравнительное исследование особенностей проявления виктимного поведения женщин с диагнозом рак молочной железы и заключенных женщин

Русина Н.А., Нечаева Е.М., Швецова С.В.

Ярославский государственный медицинский

университет, Ярославль, Россия

rusinana@ysmu.ru , nechaevakate666@mail.ru, svshvec@yandex.ru

Ключевые слова: виктимное поведение; личностные особенности; рак молочной железы; заключенные женщины

Comparative study of the features of victimization behavior of women diagnosed with breast cancer and incarcerated women

Rusina N.A., Nechaeva E.M., Shvetsova S.V.

Yaroslavl state medical University. Yaroslavl, Russia

Keywords: victim behavior; personality traits; breast cancer; incarcerated women

Введение. Личностные качества некоторых людей заставляют обратить на себя внимание, особенно тогда, когда они направлены на причинение вреда самой личности. К подобному поведению относится виктимность. Любая личность предрасположена в силу неблагоприятных объективных и специфических субъективных факторов воспроизводить определенный тип поведения жертвы, который проявляется в позиции или статусе индивида, а также в их исполнении социальной или игровой роли. Но также есть вероятность, что качества присущие виктимности не будут реализованы, т.к. во многом все зависит от обстоятельств конкретной ситуации.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 90 респондентов женского пола. Группа 1: 30 условно здоровых женщин, у которых отсутствовал диагноз рак молочной железы (РМЖ) (средний возраст 36,0 лет). Группа 2: 30 женщин с РМЖ (средний возраст 47,9 лет). Группа 3: 30 женщин, совершивших насильственные и корыстные правонарушения (средний возраст 36,6 лет). Исследование проводилось на базе ГБУЗ ЯО Областной клинической онкологической больницы г.Ярославля и следственного изолятора № 1 УФСИН России по Ярославской области. Методика исследования склонности к виктим-

ному поведению (Андронникова О.О.); Я-структурный тест Г. Аммона. Для статистической обработки данных: непараметрический U – критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. Проведено попарное сравнение групп. Выявлены значимые различия показателей по методике склонности к виктимному поведению в группах 2 и 3. Индекс склонности к гиперсоциальному поведению в гр.2 ($p \leq 0,01$) и в гр.3 ($p \leq 0,01$) достоверно выше в сравнении с группой 1. Можно предположить, что в гр.3 в ситуациях конфликта считают недопустимым уклонение от вмешательства в него, даже если это может угрожать их жизни и здоровью. Они склонны к риску, нетерпимы к поведению людей, которое, по их мнению, противоречит их взглядам, принятых в их криминальном мире. В гр.3 завышенная самооценка, поэтому последствия своих поступков они не всегда осознают. Высокий показатель склонности к гиперсоциальному поведению в гр. 2 может выглядеть со стороны социума как социально одобряемое. Они так же, как и в гр. 3, не могут уклониться от вмешательства в конфликт, но их поведение и мотивы несут положительную характеристику, при этом состояние своего здоровья они могут не учитывать. Возможно, такое поведение связано с тем, что в гр.2 склонны жертвовать собственными интересами ради других, а также стремятся показать себя окружающим людям только с хорошей стороны.

Шкала «Склонность к зависимому и беспомощному поведению» в гр.2 достоверно ниже в сравнении с гр.3 ($p \leq 0,01$). Низкий уровень склонности к зависимому и беспомощному поведению говорит о том, что в гр.2 из-за наличия повышенной эмоциональной чувствительности, страха не оправдать ожидания окружающих людей могут прийти к желанию отгородиться от социума. В гр.3 не желают делать что-то без помощи других людей, если это, конечно, не выгодно им или если они не живут по принципу «все вокруг мне должны». Возможно, это связано с тем, что, находясь в изоляции от социума, они испытывают состояние беспомощности (ожидание приговора, неуверенность в своем будущем) из-за опасения за свои аморальные действия. Шкала «Склонность к некритичному поведению» в гр.2 достоверно ниже по сравнению с гр.1 ($p \leq 0,001$) и гр.3 ($p \leq 0,01$). Низкий уровень склонности к некритичному поведению говорит о том, что в гр.2 стремятся предугадывать последствия своих действий, они осторожны и вдумчивы. Возможно, они могут испытывать необоснованные страхи (тревогу) по отношению к совершенным ими действиям, а также могут испытывать чувство досады, зависти, в связи с тем, что не удовлетворены своими достижениями.

При сравнительном анализе по методике Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA) были выявлены следующие результаты. Конструктивный страх; конструктивное внешнее Я-отграничение; конструктивный нарциссизм; конструктивная сексуальность достоверно ниже в группе

2. В гр.3 достоверно ниже дефицитарная сексуальность и достоверно выше дефицитарная агрессия и дефицитарный страх. В гр.3 способны разграничивать реальную угрозу от необоснованной в условиях, которые для них привычны. Можно предположить, что это связано с тем, что в данных обстоятельствах они находятся в обществе, которое для них знакомо и привычно в их культуре (соседи по камере), а если это не первое для них нарушение закона, то они осознают последствия своих действий и наказание, которое будет предпринято в отношении их поступков. В гр.3 могут соблюдать необходимую дистанцию с окружающими людьми (например, сотрудники СИЗО) или, наоборот, сблизиться для обмена необходимой им информации: правила данной структуры, встречи с адвокатами и родственниками. Конструктивный нарциссизм у них выражается в «адекватном» восприятии себя, своих качеств, внешности. Они прощают себе свои промахи и ошибки, могут извлекать из них необходимые для них уроки, могут не испытывать чувство тоски, спокойно переносят временное одиночество. Вероятнее всего «адекватное» восприятие себя связано со спецификой социума, в котором заключенные женщины живут. Это может быть не только общение с бывшими заключенными, но возможно, что в детстве данная категория лиц состояла в асоциальной группе, где приняты свои стандарты образа жизни, своя мораль и ценности. Они способны завершать сексуальные взаимоотношения, не испытывая при этом чувства вины.

В поведении дефицитарная агрессия в гр.3 проявляется в отсутствии навыков установления межличностных контактов. Они не способны поддерживать теплые отношения, брать на себя какую-либо ответственность и принимать решения. Затруднена возможность открыто проявлять свои эмоции, и переживания, претензии и предпочтения. Недостаток активности компенсируется несбыточными планами и мечтами. В эмоциональных переживаниях в гр.3 выражены чувства собственного бессилия, ощущение пустоты, одиночества и скуки. Можно предположить, что данные личностные особенности связаны с тем, что в настоящее время эти женщины лишены социума, а также постоянно находятся в одном и том же пространстве, а их деятельность несет однообразный характер. В гр.3 дефицитарный страх (тревога) выражается неспособностью чувствовать страх. Это проявляется в том, что угроза недооценивается или полностью игнорируется. Отсутствующий страх проявляется в ощущениях усталости, скуки и душевной пустоты. Им свойственно отсутствие чувства тревоги, возможно, это связано с тем, что, испытывая чувство неопределенности за свое будущее, они постоянно находятся в напряжении, и эта постоянная монотонность вызывает «притупление» в эмоциональной сфере (некий защитный механизм). Дефицитарная сексуальность в гр. 3 связана с низкой сексуальной активностью. Обычно отказ от сексуальных контактов происходит под влиянием внешних

обстоятельств, в данном случае, скорее всего, это связано с отсутствием партнера противоположного пола и с изоляцией от внешнего мира.

Вывод: женщины, имеющие диагноз рак молочной железы и женщины заключенные, имеют свои отличительные друг от друга личностные особенности, которые могут приводить к реализации виктимного поведения. Полученные результаты можно использовать в психологическом сопровождении больных, в превентивной работе для предупреждения виктимного поведения.

**Исследование внутренней
картины болезни пациентов с диагнозом
хроническая обструктивная болезнь легких
и пациентов с синдромом перекреста
бронхиальной астмы и хронической
обструктивной болезни легких**

Русина Н.А., Скобелева Д.А., Филатова Ю.С.

*Ярославский государственный медицинский
университет, Ярославль, Россия*

rusinana@ysmu.ru, skodaria.20@gmail.com, yuliaka@mail.ru

Ключевые слова: ХОБЛ; эмоциональная, когнитивная составляющие болезни; локус контроля причин болезни, лечения; семья

**Study of the internal picture of the disease
of patients diagnosed with chronic obstructive
pulmonary disease and patients with intersection
syndrome of bronchial asthma and chronic
obstructive pulmonary disease**

Rusina N.A., Skobeleva D.A., Filatova Yu.S.

Yaroslavl state medical University. Yaroslavl, Russia

Keywords: COPD; emotional, cognitive components of the disease; locus of control of the causes of the disease and treatment; family

Введение. Хроническая обструктивная болезнь лёгких (ХОБЛ) является одним из распространённых обструктивных заболеваний респираторной системы. По данным на 2016 год, распространённость ХОБЛ в мире была на уровне 251 миллиона случаев. Ежегодно от ХОБЛ умирают 2,74 млн. населения в мире, а по оценкам за 2015 год умерло 3,17 млн. человек, что составило почти 5 % случаев смерти в мире. По прогнозам ВОЗ, ХОБЛ может стать третьей причиной смертности среди населения, в возрастной группе старше 45, в мире. У части больных присутствуют признаки как ХОБЛ, так и бронхиальной астмы (БА). Несмотря на чёткие диагностические критерии, в ряде случаев трудно было провести границу между данными заболеваниями. И только в 2014 г. впервые был выделен синдром перекрёста БА и ХОБЛ (СПБАХ).

В связи с высокой распространённостью этих форм заболеваний и возможностью их лечения и предотвращения особенно актуальным становится

ся изучение внутренней картины болезни у пациентов с целью оказания психологической помощи и определения психотерапевтических мишеней.

Материалы и методы: опросник Локус контроля и самоэффективность в отношении болезни и лечения, Шкала дифференциальных эмоций К.Изарда; Шкала семейной адаптации и сплоченности Д. Олсона. Непараметрический U-критерий Манна – Уитни, ранговый коэффициент корреляции Спирмена, регрессионный анализ. Экспериментальная группа 25 мужчин отделения пульмонологии областной клинической больницы г. Ярославля с диагнозом ХОБЛ и ХОБЛ+СПБАХ. Курящих пациентов 14, не курящих 11. Группа сравнения 25 мужчин, не имеющих заболеваний лёгких и дыхательных путей. Курящие 13 человек, не курящие 12 человек. Средний возраст 64 ± 7 лет.

Результаты: По методике Локус контроля и самоэффективность в отношении болезни и лечения выявлены различия: $p < 0,001$ по шкале Экстернальность в отношении лечения; $p < 0,01$ по шкалам Безличность в отношении причин болезни и Внешний локус контроля в отношении лечения; $p < 0,05$ по шкалам Внешний локус контроля в отношении причин болезни и Общая экстернальность в отношении болезни. Пациенты более экстернальны в отношении лечения и причин болезни, чем группа сравнения. По Шкале семейной адаптации и сплоченности выявлены различия: $p < 0,01$ по шкале Семейная адаптация; $p < 0,05$ по шкале Семейная сплоченность. Пациенты имеют сбалансированный тип семейной системы, в группе сравнения выявлен средне сбалансированный тип.

Корреляционный анализ: в группе пациентов Интернальность в отношении лечения отрицательно коррелирует со шкалами 4 стадия ХОБЛ ($r = -0,55$, $p < 0,01$) и Индекс острых негативных эмоций ($r = -0,62$, $p < 0,01$); положительно коррелирует со шкалой Контроль мыслей ($r = 0,54$, $p < 0,01$): чем тяжелее заболевание и выше уровень негативных эмоций (горе, гнев, отвращение), тем более выражена потребность передать ответственность за лечение лечащему врачу; чем выше у пациентов потребность в контроле тревожных мыслей, тем более они склонны брать ответственность за процесс лечения. Самоэффективность в отношении болезни отрицательно коррелирует со шкалой Индекс тревожно-депрессивных эмоций ($r = -0,64$, $p < 0,001$), которая положительно коррелирует со шкалой Возраст ($r = 0,65$, $p < 0,001$): чем старше пациент, тем более выражены эмоции: страх, стыд, вина, что снижает уверенность в своих силах в плане лечения и выздоровления; чем тяжелее протекает заболевание и выше уровень проявления негативных эмоций, горе, гнев, отвращение, тем более у пациента выражена потребность передать ответственность за лечение лечащему врачу. Потребность в контроле тревожных мыслей заставляет пациентов брать ответственность за процесс лечения. С возрастом повышается индекс тревожно-депрессивных эмоций.

Выявлено, что «Курящие пациенты с ХОБЛ+СПБАХ» в сравнении с группой «Курящие здоровые» более экстернальны в отношении лечения

и причин болезни и не считают себя ответственными за возникновение болезни; имеют более высокий уровень сплоченности со своей семьей; склонны считать тревожные мысли усиливающими их беспокойство. Корреляционный анализ: чем выше уровень проявления негативных эмоций у курящих пациентов (гнев, отвращение, презрение), тем более выражена потребность передать ответственность за свое лечение лечащему врачу. И наоборот, чем выше, у пациентов, потребность в контроле тревожных мыслей, тем более они склонны брать ответственность за процесс лечения и заботиться о своем здоровье. Выявлено, что ухудшение памяти пациента, зависимого от табакокурения, повышает уровень семейной адаптации. «Некурящие пациенты с ХОБЛ+СПБАХ» в сравнении с группой «Некурящие здоровые» более экстернальны в отношении лечения; имеют более высокий уровень семейной адаптации. Корреляционный анализ: чем тяжелее протекает заболевание у некурящих пациентов, тем выше потребность передавать ответственность за выздоровление врачу. И наоборот, чем больше пугающих мыслей, по поводу заболевания, тем активнее пациенты следят за своим лечением. Проявление таких эмоций как, гнев, отвращение, презрение, снижает чувство ответственности за возникновение болезни. Чем ближе и теплее отношения между членами семьи, тем больше пациенты, не зависимые от табакокурения, уверены в своих стремлениях следовать лечению и справиться с заболеванием.

В ходе регрессионного анализа было выявлено:

1. значимое влияние предиктора шкалы «индекс положительных эмоций» на выраженность компонента «экстернальность в отношении причин болезни». Положительное эмоциональное отношение субъекта к ситуации, а именно: проявление эмоций интереса, радости, удивления может повлиять на то, что испытуемый не будет испытывать вину за ухудшение своего здоровья;
2. значимое влияние предиктора шкал «позитивные убеждения о спокойствии» и «семейная сплоченность» на выраженность компонента «экстернальность в отношении лечения». Сомнения в пользе и выгодах беспокойства, а также уровень эмоциональной связи между членами семьи может влиять на то, что испытуемый будет следовать рекомендациям врача, а не заниматься самолечением;
3. значимое влияние предиктора шкалы «негативные убеждения, связанные с неуправляемостью и опасностью беспокойства», на выраженность компонента «безличность в отношении причин болезни». Убежденность в опасности тревожных мыслей может влиять на то, что испытуемый не будет брать ответственность за ухудшение своего здоровья на себя, а будет списывать все на случайные события в жизни или судьбу;
4. значимое влияние предиктора шкалы «индекс тревожно-депрессивных эмоций» на выраженность компонента «самоэффективность

в отношении болезни». Переживание эмоций тревожно-депрессивного комплекса (страх, стыд, вина) может отрицательно повлиять на уверенность испытуемого в своих возможностях следовать назначенному лечению и выздороветь.

Выводы: Пациенты с ХОБЛ имеют более выраженную потребность передать ответственность за свое лечение лечащему врачу; более адаптированную семейную систему и более высокий уровень семейной сплоченности, чем в группе сравнения.

Исследование уровня тревожности у пациентов кардиологического профиля

Сафарбаев Б.Б.

Ташкентская Медицинская

Академия, Ургенчский филиал

Ключевые слова: тревожные расстройства, психология, сердечно-сосудистые заболевания

Research of anxiety disorders in the patients with a cardiac profile

Safarbaev B.B.

Tashkent Medical Academy, Urgench branch

Keywords: anxiety disorders, psychology, patients with a cardiac profile

Введение. Высокий уровень личностной и ситуационной тревожности негативно воздействует на психосоматическое состояние пациентов, являются коморбидной составляющей заболеваний сердечно-сосудистой системы[1]. Тревожные расстройства влияют на качество жизни пациентов, повышают риск развития инфарктов и инсультов, отрицательно сказываются на трудовой и социальной адаптации пациентов[2,4]. Раннее выявление и превенция эмоциональной патологии у пациентов психосоматического профиля являются неотъемлемой задачей медицинских и клинических психологов, способствующих оптимизации и совершенствованию оказания медико-психологической помощи пациентам общесоматического профиля[3].

Цель исследования: изучить клинические особенности тревожных расстройств у пациентов кардиологического профиля.

Материалы и методы: объектом для исследования явились 60 пациентов с наличием тревожных расстройств в клинической картине заболеваемости, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Для определения эмоционального статуса использовали «Госпитальную шкалу тревоги и депрессии» (HADS) и опросник тревожности Спилбергера-Ханнина. Тест-опросник Шмишека-Леонгарда применялся для определения конституционально – характерологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистой патологией.

Результаты и обсуждение: установление уровня тревожности у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями в сравнительном

аспекте в зависимости от нозологической структуры явились первоочередной задачей инициального этапа исследования. Обследовано 60 пациентов в возрасте 18–65 лет с сердечно-сосудистой патологией, поступивших на лечение в отделения Хорезмского филиала Республиканского Специализированного Научно-Практического Медицинского Центра Кардиологии. Распределение по клиническим группам с учетом кардиологического диагноза было следующим: испытуемых с ГБ – 40 %, испытуемых с ИБС – 45 %, испытуемых с ПС – 15 %. С помощью «Госпитальной шкалы тревоги и депрессии» (HADS) и опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98 % пациентов. У пациентов с гипертонической болезнью более чем у 55 % было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности, у 45 % наблюдалась выраженная тревога. У 35 % пациентов с ишемической болезнью сердца выявлено наличие выраженной тревоги. Тревожная симптоматика характеризовалась наличием панических атак и генерализованного тревожного расстройства в виде страха смерти или внезапной остановки сердца. Коморбидной составляющей тревоги во всех случаях наблюдения констатировалась депрессивная патология, которая клинически проявлялась сниженным фоном настроения и соматическими эквивалентами депрессии – бессонница, вегетативные изменения, отсутствие аппетита, спастические колиты и запоры. В период усиления тревожности, которая усиливалась в вечернее время, нарастало чувство тоски и безысходности. Большинство пациентов отмечало возникновение страха смерти и предчувствие приближающейся катастрофы, неопределённости и надвигающейся опасности. При исследовании конституционально-психологических характеристик обследуемых с помощью опросника Шмишека-Леонгарда среди всех пациентов были выявлены: демонстративный тип личности – у 6 больных(10 %), застревающий тип личности – у 16 больных(26,7 %), дистимический тип в 40 % случаев(24обследованных), тревожно-боязливый тип – у 10 больных(16,6 %), в 6,6 % случаев(4 пациента) был выявлен эмотивный тип личности. Отмечалось суточное колебание настроения, сопровождающееся чувством тоски и безысходности. Большинство пациентов отмечало нарастающее чувство грусти и предчувствие приближающейся смерти. При длительном течении соматической патологии тревожность и депрессия принимали затяжной характер, отмечалось формирование терапевтической резистентности к назначаемой фармакотерапии. Возникновение фармакорезистентности и хронификация процесса требовали подключения психологической помощи медицинских психологов и психотерапевтов для решения комплексного лечения пациентов кардиологического профиля. Для редукции тревожной и депрессивной симптоматики специально подбирались психотерапевтическое вме-

шательство с дифференцированным подходом с учётом личностных особенностей каждого пациента. Одним из ведущих методов психотерапевтического вмешательства было проведение краткосрочных сеансов когнитивно-поведенческой психотерапии в виде индивидуальных и групповых сессий. На первой стадии психотерапии устанавливались отрицательные когниции, подробноразбиралось их негативное воздействие на соматическое благополучие и психоэмоциональный фон пациентов и окружающих его близких людей. На второй стадии отрицательные руминации переводились в положительные и выделялась значимая доля пользы этого влияния на адаптационный потенциал личности пациентов кардиологического профиля. На третьей стадии психотерапии полностью трансформировалось поведение больных с сердечно-сосудистой патологией и происходила адаптация к изменяющимся условиям социума.

Выводы: таким образом, своевременное определение уровня тревожности у пациентов кардиологического профиля и раннее включение в реабилитационную программу методов когнитивно-поведенческой психотерапии способствует оптимизации оказания медико-психологической помощи данному контингенту населения и снижению развития риска острых нарушений мозгового кровообращения. Использование психометрических шкал в психодиагностике тревожных расстройств с учётом личностных особенностей пациентов кардиологического профиля позволяют определить более глубокий уровень тревожности и является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания.

Литература

1. Мамедов М.Н. Оценка психологического статуса пациентов со стенокардией напряжения / М.Н. Мамедов, Р.Т. Дидигова, З.З. Булгачева // Кардиология. – 2012. – № 1. – С. 20–25.
2. Abdullaeva V.K., Nurkhodjaev S.N. Optimization of Therapy of Treatment Resistant Depressions in patients taking into account Personal Characteristics / Journal of Research in health science, 67–72, 2019
3. Matveeva A.A., Sultonova K.B., Abbasova D.S. et al. Optimization of psycho-diagnostics of emotional states // Danish Scientific Journal. VOL 3, No 5 pp. 24–27.
4. Niyazova Z., Nurkhodjaev S., Akhmedzhanova A. Features of psychological rehabilitation in patients with eye injuries. Medicine and Law. 2019. – 1 (38). – P. 14–28.

Восприятие болезни и стратегии совладания пациентов с раком желудка

Сирота Н.А., Ялтонский В.М.,

Шарифова А.А., Огарев В.В.

МГМСУ имени А.И. Евдокимова Министерства

здравоохранения России, г. Москва, Россия,

sirotan@mail.ru, yaltonsky@mail.ru,

alsharifova@ya.ru, ogareffvalera@ya.ru

Ключевые слова: восприятие болезни, совладающее поведение, психоонкология, внутренняя картина болезни.

Illness perception and coping strategies in patients with stomach cancer

Sirota N.A., Yaltonsky V.M.,

Sharifova A.A., Ogarev V.V

Moscow state university of medicine and dentistry

named after A.I. Yevdokimov, Moscow, Russia

sirotan@mail.ru, yaltonsky@mail.ru,

alsharifova@ya.ru, ogareffvalera@ya.ru

Key words: illness perception, coping behavior, psychooncology, internal image of disease

В связи с возрастанием числа лиц, имеющих онкологические заболевания, в настоящее время в медицине активно развивается раздел психоонкологии. Психологическую адаптацию к дистрессу онкологического заболевания можно рассматривать в рамках изучения внутренней картины болезни (ВКБ). ВКБ является сложным феноменом, который включает в себя как ощущения, эмоциональные реакции, так и когнитивные представления, мотивационный компонент. Все это в совокупности играет важную роль в преодолении последствий болезни и возможной адаптации.

Объект исследования: восприятие болезни пациентами с раком желудка.

Предмет исследования – параметры восприятия болезни и стратегии совладания с болезнью.

Цель – определение структурно-содержательных параметров восприятия болезни, а также сравнительное изучение стратегий совладающего поведения пациентов с раком желудка с разным уровнем восприятия болезни как угрозы для жизни и здоровья.

Задачи: 1. Изучить параметры восприятия болезни пациентов с раком желудка с разным уровнем восприятия болезни как угрозы для жизни

ни. 2. Провести сравнительное исследование стратегий совладающего поведения пациентов с раком желудка с разным уровнем восприятия болезни как угрозы для жизни.

Объем исследования: 50 пациентов.

Методы исследования: клинико-анамнестический; экспериментально-психологический, в рамках которого применяются следующие психодиагностические методики: «Краткий опросник восприятия болезни» (Э. Бродбент)[1], «Опросник способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями» – Вассерман Л.И. и соавт[2].

Характеристики выборки: обследованы пациенты с хроническими злокачественными новообразованиями верхнего отдела желудочно-кишечного тракта (С16, МКБ-10) различной степени тяжести (3,4 стадии) от 40 до 70 лет (средний возраст ± 63 года) на базе отделения высокотехнологической хирургии Московского клинического научного центра им. А.С. Логинова. Клинико-психологическое исследование проходило после проведенной пациентам операции.

Результаты: Первым этапом было проведение кластерного анализа по результатам исследования компонентов восприятия болезни в ходе, которого выборка поделилась на 2 группы: 1 группа (28 пациента) – пациенты с раком желудка, воспринимающие болезнь как выраженную угрозу своей жизни и здоровью, 2 группа (22 пациентов) – пациенты, воспринимающие болезнь как умеренную угрозу жизни и здоровью. Среди данных двух групп пациентов статистически достоверно преобладают такие компоненты восприятия болезни: последствия (группа 1 = $8 \pm 2,2$, группа 2 = $5,6 \pm 3,2$, $p=0,006$); озабоченность болезнью (группа 1 = $7,8 \pm 2,1$, группа 2 = $4,3 \pm 3$, $p=0,001$); личностный контроль (группа 1 = $5 \pm 3,4$, группа 2 = $2,3 \pm 1,8$, $p=0,005$), контроль лечения (группа 1 = $3,4 \pm 2,8$, группа 2 = $1,4 \pm 1,6$, $p=0,006$). Сравнительный анализ использования стратегий совладания у двух групп показал, что группа пациентов с выраженной угрозой восприятия болезни достоверно чаще использует копинг-стратегию – «Положительная переоценка» ($p=0,008$).

Выводы: проведенное исследование показало, что в структуре ВКБ у пациентов с раком желудка на интеллектуальном уровне преобладает угрожающий тип восприятия болезни. Пациенты в большей степени воспринимающие болезнь как угрозу значительно чаще используют стратегию положительной переоценки для совладания с болезнью.

Литература

1. Ялтонский В.М., Ялтонская А.В., Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психометрические характеристики русскоязычной версии краткого опросника восприятия болезни // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 51. С. 1. URL: <http://psystudy.ru>
2. Вассерман Л.И. и соавторы Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями, СПб Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2009.

Особенности системы отношений женщин, больных эпилепсией

Соснина В.Г.

Учреждение здравоохранения «Брестская
областная психиатрическая больница
“Могилевцы”», Республика Беларусь
leriksos@gmail.com

Сарайкин Д.М.

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии
им. В.М. Бехтерева» МЗ РФ, Санкт-Петербург, Россия
saraikindm@yandex.ru

Ключевые слова: эпилепсия, сфера отношений

Features of the relationship system of women with epilepsy

Sosnina V.G.

Health care institution «Brest Regional Psychiatric
Hospital “Mogilevtsy”», Republic of Belarus

Saraykin D.M.

V.M. Bekhterev National Research Medical Center for
Psychiatry and Neurology, Saint-Petersburg, Russia

Key words: epilepsy, sphere of relations

Введение: На сегодняшний день установлено, что эпилепсия рассматривается как одно из самых стигматизирующих заболеваний, а наиболее опасной проблемой при эпилепсии являются вовсе не судороги, а поведенческие и психосоциальные трудности [1–3]. Почти для всех больных эпилепсией закономерно проявление психосоциальных проблем разной степени выраженности. Кроме того, больным данной группы свойственна самостигматизация. Вследствие переживаний из-за заболевания, чувства стыда и ожидания больными дискриминационных мер со стороны социума, – они сами дистанцируются от окружающих. Ни в одной другой области у больных эпилепсией не возникает такой неуверенности, как в области межличностных отношений. Они озабочены отношением окружающих, опасаются, что их будут избегать и считать неполноценными, поэтому зачастую замыкаются в себе, сторонятся контактов, что лишает их возможности устанавливать продуктивные межличностные отношения. Наиболее выраженные трудности, при построении межличностных отношений, отмечаются у женщин,

в силу более выраженных переживаний из-за возможности иметь детей, создать полноценную семью. Поэтому в рамках данного исследования нам было важно изучить особенности системы отношений женщин, больных эпилепсией, определить степень благополучия и значимости изучаемых сфер отношений, наличие прямых и скрытых конфликтов в них, обозначить «мишени» для реабилитационного воздействия.

Материалы и методы. В данном исследовании приняли участие 50 респондентов в возрасте 19 до 45 лет: 25 женщин, имеющих верифицированный диагноз «эпилепсия», находящихся на стационарном лечении в ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева», и 25 условно здоровых женщин.

Психологический инструментарий: проективная методика «Незаконченные предложения» Дж. Сакса и С. Леви. Статистическая обработка: непараметрический U-критерий Манна-Уитни (SPSS версии 17.0).

Результаты. Между условно здоровыми женщинами и женщинами, больными эпилепсией, обнаружилось статистически значимые различия касательно эмоциональной оценки таких сфер взаимоотношений, как: отношение к себе ($U = 176, p = < 0,05$), нереализованные возможности ($U = 178, p = < 0,05$), отношение к подчиненным ($U = 133, p = < 0,001$), отношение к прошлому ($U = 129, p = < 0,001$), отношение к лицам противоположного пола ($U = 157, p = < 0,01$). Данные различия указывают на то, что условно здоровые женщины имеют более позитивный образ себя, спокойнее относятся к нереализованным возможностям, более довольны своим прошлым, лучше относятся к подчиненным и лицам противоположного пола.

При ранжировании предложенных сфер взаимоотношений по неблагоприятию между женщинами обеих групп обнаружилось различия касательно отношения к друзьям ($U = 171, p = < 0,01$). Данные различия говорят о том, что женщины, больные эпилепсией, оценивают данную сферу более неблагоприятной. Эти же различия выявлялись и в рамках клинической беседы, т.к. женщины, больные эпилепсией, чаще отмечали свое одиночество, покинутость, отсутствие друзей и поддержки.

При ранжировании сфер отношений по значимости между женщинами обеих групп были выявлены статистически значимые различия касательно следующих сфер: отношение к себе ($U = 209, p = < 0,05$), отношение к будущему ($U = 206, p = < 0,05$), отношение к лицам противоположного пола ($U = 158, p = < 0,01$). Полученные данные говорят о том, что условно здоровые женщины ставят на более высокие позиции и оценивают как более значимые, такие сферы отношений, как отношение к себе, будущему и лицам противоположного пола, что говорит, о большей важности данных сфер для них.

Кроме того, между женщинами, больными эпилепсией, и условно здоровыми женщинами обнаружилось статистически значимые различия в отношении выраженности конфликтности (K – конфликты,

где есть прямое указание на конфликт; Т – неосознанные конфликты в виде шоковых реакций и латентного увеличения времени ответа; сумма К и Т – Σ К) касательно таких сфер, как: отношение к себе (К: $U = 151$, $\rho = < 0,01$; Σ К: $U = 159$, $\rho = < 0,01$), нереализованные возможности (К: $U = 128$, $\rho = < 0,001$; Σ К: $U = 146$, $\rho = < 0,01$), отношение к подчиненным (К: $U = 184$, $\rho = < 0,05$; Σ К: $U = 181$, $\rho = < 0,05$), отношение к друзьям (К: $U = 169$, $\rho = < 0,01$); отношение к лицам противоположного пола (К: $U = 173$, $\rho = < 0,05$; Σ К: $U = 165$, $\rho = < 0,01$), сексуальные отношения (К: $U = 183$, $\rho = < 0,05$; Т: $U = 160$, $\rho = < 0,01$; Σ К: $U = 176$, $\rho = < 0,05$), отношение к будущему (Т: $U = 212$, $\rho = < 0,05$), отношение к вышестоящим (Т: $U = 208$, $\rho = < 0,05$), страхи и опасения (Т: $U = 192$, $\rho = < 0,05$), отношение к матери (Т: $U = 197$, $\rho = < 0,01$), отношение к прошлому (Σ К: $U = 179$, $\rho = < 0,05$), а также, в целом, в отношении выраженности конфликтности (дезадаптации) ($U = 144$, $\rho = < 0,01$). Отмеченные различия указывают на то, что женщинам, страдающим эпилепсией, свойствен больший уровень конфликтности, который на статистически значимом уровне отмечается касательно выше обозначенных сфер отношений. Высокая конфликтность в сферах отношений может приводить к социальной дезадаптации женщин, страдающих эпилепсией.

Выводы: Таким образом, применение данной методики позволило обозначить мишени для планирования реабилитационных мероприятий с женщинами, больными эпилепсией. Так, при работе с женщинами данной группы необходимо способствовать улучшению их отношения к себе, переоценке прошлого, повышать их коммуникативные способности, способствовать улучшению межличностных отношений, уделять внимание важности построения временной перспективы.

Литература

1. Михайлов В.А. Психосоциальные аспекты эпилепсии: стигматизация больных и поиск путей решения проблемы // Сибирский вестник психиатрии и неврологии. – 2008. – № 2 (49). – С. 39–42.
2. Эпилепсия / под общ. ред. Н.Г. Незнанова. – СПб.: СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2010. – 960 с.
3. Mula M., Sander J.W. Psychosocial aspects of epilepsy: a wider approach // British Journal of Psychiatry Open. – 2016. – № 2 (4). – P.270–274.

Влияние семейного положения и возраста на уровень тревоги и депрессии у пациентов травматологического профиля

Хихол В.А., Якуть А.В.,

Сурмач Е.М., Малкин М.Г.

УО «Гродненский государственный

медицинский университет» г. Гродно, Беларусь

vkhikhoh@bk.ru, esurmach@mail.ru

Ключевые слова: тревога, депрессия, возраст, семейное положение

Influence of marital status and age on the level of anxiety and depression in trauma patients

Khikhoh V.A., Yakuts A.V., Surmach K.M., Malkin M.R.

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Keywords: anxiety, depression, age, marital status

Введение: падение является одним из наиболее распространенных потенциально травмирующих событий в пожилом возрасте, особенно когда оно приводит к переломам [1]. Восстановление способности ходить у пациентов с переломами бедренной кости очень важно для пациента, чтобы быть самостоятельным и независимым [2]. Наличие симптомов тревоги/депрессии может влиять на реабилитационный потенциал пациента [3]. Согласно результатам исследований одинокие пожилые пациенты с наличием симптомов тревоги или депрессии теряют способность к самообслуживанию, резко снижается качество их жизни, результаты работ показывают, что врачи, работающие с данной категорией пациентов, должны оценивать и лечить имеющиеся симптомы [4]. Поэтому целью работы явилось изучение влияния возраста и семейного положения на распространенность и уровень тревоги/депрессии у пациентов с переломом шейки бедренной кости или коксартрозом после выполненного оперативного вмешательства.

Материал и методы исследования: Для скрининга тревоги и депрессии использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) – методика для пациентов соматического стационара. Шкала является предпочтительной для использования, поскольку позволяет одновременно оценить наличие и глубину тревоги и депрессии. Валидность и чувствительность шкалы подтверждены не только зарубежными, но и отечественными авторами.

Статистическая обработка полученных данных проведена в пакете программы «Statistica 10». Использовался критерий Манна-Уитни для сравнения значений в группах, а также χ^2 Пирсона. Уровень $p < 0,05$ был принят как статистически значимый. В исследовании приняли участие 48 пациентов (18 мужчин и 30 женщин). Все пациенты были разделены на группы: первая группа – одинокие пациенты ($n=17$); вторая группа – замужние/женатые пациенты ($n=31$); третья группа – пациенты в возрасте до 60 лет, четвертая – пациенты старше 60 лет. Средний возраст группы 3–51,3±8,33, а группы 4–66,5±6,0. Выполнены сравнения уровней тревоги/депрессии в группах 1 и 2, а также в группах 3 и 4.

Результаты: уровень тревоги в группе 1 ($n=17$) составил 8,2 [5–10], а в группе 2 ($n=31$) – 5,9 [4–7], $p=0,07$. Уровень депрессии в группе 1 составил 5,9 [2,5–9], а в группе 2 – 4,4 [3–6], $p=0,34$. Достоверные различия в уровнях тревоги и депрессии в группах 1 и 2 выявлены не были.

Результаты скрининг диагностики показали у 21 % группы 1 и у 14,5 % группы 2 субклинически/клинически выраженную тревогу (8 и более баллов по шкале HADS). Субклинически/клинически выраженный уровень депрессии в группе 1 – у 12,5 % пациентов, а в группе 2 – у 10,4 %. В группе 3 ($n=20$) показатель тревоги – 7 [5–9], а в группе 4 ($n=28$) – 6,6 [4–8], $p=0,47$. Показатель депрессии в группе 3 составил – 5,8 [4–8], а в группе 4 – 5,4 [3,5–7], $p=0,56$. Достоверные различия в уровнях тревоги и депрессии между группами не найдены. У 19 % пациентов группы 3 и 17 % группы 4 был выявлен субклинически/клинически выраженный уровень тревоги (8 и более баллов по шкале HADS). Субклинически/клинически выраженная депрессия в группе 3 составила 10 %, в группе 4 – 12,2 %.

Выводы:

1. Семейное положение, возраст пациентов после перенесенного оперативного вмешательства на тазобедренном суставе не влияют на уровни тревоги/депрессии.
2. Субклинически/клинически выраженная тревога присутствовала у 1/5 части одиноких респондентов и 15 % респондентов, состоящих в браке; депрессия – в среднем у 1/10 респондентов независимо от семейного положения.
3. Субклинически/клинически выраженная тревога присутствовала у 1/5 респондентов, депрессия – у 1/10 респондентов независимо от возраста.

Литература

1. *N. Jayasinghe*. Posttraumatic stress symptoms in older adults hospitalized for fall injury / N. Jayasinghe [et al.] // *General hospital psychiatry*. – 2014. – № 36(6). – P. 669–673.
2. *A. Salpakoski*. Walking recovery after a hip fracture: a prospective follow-up study among community-dwelling over 60-year old men and women /

- A. Salpakoski [et al.] // BioMed Research International. – 2014. – 2014: 289549.
3. A. Sharma. Anxiety and depression in patients with osteoarthritis: impact and management challenges / A. Sharma [et al.] // Open Access Rheumatol. – 2016. – № 8. – P. 103–113.
 4. A. Gretchen. Anxiety, depression and disability across the lifespan / A. Gretchen Brenes [et al.] // Aging Ment. Health. – 2008. – № 12 (1). – P. 158–163.

Соотношение эмоционального выгорания и выраженности жалоб на психопатологическую симптоматику у матерей и отцов, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья

Черная Ю.С., Шишкова А.М., Бочаров В.В.

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии

им. В.М. Бехтерева», г. Санкт-Петербург, Россия

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, г. Санкт-Петербург, Россия

shishaspb@mail.ru

Ключевые слова: родители детей с ограниченными возможностями здоровья, эмоциональное выгорание, психопатологическая симптоматика

Interrelation of burnout and severity of psychopathological symptoms in disabled children parents

Chernaya Y.S., Shishkova A.M., Bocharov V.V.

V.M. Bekhterev National Research Medical

Center for Psychiatry and Neurology

St. Petersburg State Pediatric Medical University

Keywords: parents of children with disabilities, burnout, psychopathological symptoms

Введение. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) часто является трудным испытанием для его родителей. В силу различий поло-ролевой позиции, матери и отцы могут по-разному переживать ситуацию хронической болезни ребенка. Сравнительный анализ переживаний хронической болезни ребенка у матерей и отцов представляется значимым для создания эффективной системы психологической помощи родителям.

Целью данного исследования являлось изучение соотношения эмоционального выгорания и выраженности жалоб на психопатологическую симптоматику у матерей и отцов, воспитывающих детей с ОВЗ.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 138 человек, из них: 40 отцов в возрасте от 26 до 52 лет (средний возраст составил $36,12 \pm 6,81$ лет) и 98 матерей в возрасте от 23 до 58 лет (средний возраст $36,67 \pm 7,23$ лет). Исследование проводилось на базе клиники Санкт-Петербургского государственного педиатрического медицин-

ского университета и Санкт–Петербургской детской городской больнице Св. Ольги. В исследуемую группу вошли родители детей, страдающих ревматоидным артритом (M05, M06), нейрофиброматозом (Q85) и эпилепсией (G40). Постановка диагноза осуществлялась по МКБ-10.

Исследование осуществлялось при помощи стандартизированной клинической карты, симптоматического опросника SCL-90-R [2] и тестовой методики «Уровень эмоционального выгорания родственников/Родительско-детский вариант» – УЭРВ/РДВ [1]. УЭРВ/РДВ позволяет объективировать не только проявления выгорания (симптоматический полюс), но и ресурсные составляющие личностного функционирования, противостоящие выгоранию родителей в ситуации хронической болезни ребенка (ресурсный полюс).

Обработка данных осуществлялась при помощи статистического пакета SPSS V. 21. В качестве меры связи применялся коэффициент корреляций Спирмена.

Результаты. Анализ результатов исследования показал, что структура взаимосвязей эмоционального выгорания и характера жалоб на психопатологическую симптоматику в исследуемых группах родителей имеет как сходства, так и различия.

В группе матерей, воспитывающих детей с ОВЗ, показатели шкал SCL-90-R имеют множественные положительные взаимосвязи со шкалами симптоматического полюса методик УЭРВ/РДВ. При этом, наибольшее количество взаимосвязей установлено со шкалой «Редукция личностных достижений» (УЭРВ/РДВ). Так, данная шкала выявляет положительные корреляционные связи со следующими показателями SCL-90-R: «Депрессия» ($p < 0,05$), «Тревожность» ($p < 0,01$), «Враждебность» ($p < 0,05$), «Фобия» ($p < 0,01$), «Паранояльность» ($p < 0,05$), «Психотизм» ($p < 0,01$) и общим индексом тяжести симптомов ($p < 0,05$). В группе отцов связи показателей SCL-90-R со шкалами симптоматического полюса УЭРВ/РДВ, отражающими проявления выгорания, отсутствуют.

В тоже время, в данной группе шкалы SCL-90-R обнаруживают, на первый взгляд, парадоксальные положительные взаимосвязи преимущественно со шкалами ресурсного полюса методики УЭРВ/РДВ. В частности, наблюдается положительная корреляционная связь интегративной шкалы «Ресурс» (УЭРВ/РДВ) и показателей «Обсессивность–компульсивность» ($p < 0,05$), «Сензитивность» ($p < 0,05$), «Тревожность» ($p < 0,05$) и «Фобия» ($p < 0,05$). В группе матерей детей с ОВЗ подобные связи не выявлены.

Обращают на себя внимание корреляционные связи шкалы «Наполненность смыслом» (УЭРВ/РДВ) со шкалами SCL-90-R. В обеих исследуемых группа общая структура взаимосвязей оказывается сходной, обнаруживая положительные связи данной шкалы, относящейся к ресурсному полюсу, со шкалами, представляющими жалобы на психопатологическую симптоматику. Так, шкала «Наполненность смыслом» у отцов коррелирует с показателями «Обсессивность–компульсивность»

($p < 0,01$), «Сензитивность» ($p < 0,01$), «Тревожность» ($p < 0,01$), «Депрессия» ($p < 0,05$) и «Фобия» ($p < 0,05$), а у матерей со шкалой «Психотизм» ($p < 0,05$) и общим индексом тяжести симптомов ($p < 0,05$) SCL-90-R.

Как в группе матерей, так и в группе отцов обнаруживается определенное сходство корреляционных отношений по шкалам «Энергия» и «Самоэффективность в лечении ребенка» (УЭВР/РДВ). В группе отцов показатели этих шкал отрицательно коррелируют с индексом наличного симптоматического дистресса ($p < 0,01$) SCL-90-R. В группе матерей «Самоэффективность в лечении ребенка» имеет отрицательную связь со шкалой «Депрессия» ($p < 0,01$), также установлены отрицательные взаимосвязи между шкалой «Энергия» и показателями шкал: «Тревожность» ($p < 0,05$) и «Депрессия» ($p < 0,01$) SCL-90-R.

Таким образом, у исследованных матерей проявления эмоционального выгорания связаны с выраженными полиморфными жалобами на психопатологическую симптоматику, что подтверждает данные отечественных и зарубежных исследований в области родительского выгорания. В группе отцов такие взаимосвязи отсутствуют и, в тоже время, у них отмечается сочетание жалоб на психопатологическую симптоматику с тенденциями, отражающими высокую значимость и наполненность личностным смыслом деятельности, направленной на поддержание здоровья своего больного ребенка. Высокая «наполненность смыслом» ухода за больным ребенком часто оказывается связанной с жалобами на психопатологическую симптоматику и у матерей, воспитывающих детей с ОВЗ.

В тоже время, высокий энергетический потенциал родителей, психологическая готовность осуществлять опеку больного и уверенность в собственной самоэффективности (правильности действий, предпринимаемых для борьбы с болезнью и поддержания здоровья) выступают в качестве ресурсных составляющих личностного функционирования как матерей, так и отцов детей с ОВЗ.

Выводы. Соотношение взаимосвязей эмоционального выгорания и характера жалоб на психопатологическую симптоматику различается в зависимости от поло-ролевой позиции родителей, воспитывающих детей с ОВЗ. У матерей, в отличие от отцов, симптомы эмоционального выгорания часто оказываются связанными с жалобами на психопатологическую симптоматику. В тоже время, соотношение ресурсных показателей и психопатологических жалоб в исследованных группах обнаруживает определенное сходство.

Литература

1. Бочаров В.В., А.М. Шишкова, А.А. Сивак, Ипатов К.А. Методика «Уровень эмоционального выгорания родственников», психометрические характеристики [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России : электрон. науч. журн. 2018. Т. 10, № 6 (53) С. 4.
2. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер. 2001. 272 с.

Психологические последствия хронической болезни близкого для опекающих его родственников: рост или дисфункциональность личности

Шишкова А.М., Бочаров В.В.

ФГБУ «НМИЦ психиатрии и неврологии

им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

shishaspb@mail.ru

Ключевые слова: родственники, опекающие хронически больных, эмоциональное выгорание, посттравматический рост

Psychological consequences of relative' chronic illness for informal caregivers: personal growth or dysfunctionality

Shishkova A.M., Bocharov V.V.

V.M. Bekhterev National Research Medical

Center for Psychiatry and Neurology

St. Petersburg State Pediatric Medical University

Keywords: informal caregivers, burnout, posttraumatic growth

Возникновение неизлечимой болезни у одного из членов семьи часто является выраженным по силе травматическим фактором для его родственников, которые сталкиваются с множеством порой трудно разрешимых задач в процессе опеки хронически больного.

В качестве концептуальной основы для описания и систематического учета негативных последствий воздействия хронического стресса, обусловленного болезнью одного из членов семьи на его близких в настоящее время широко используется теоретический конструкт «выгорания». Исследованию выгорания у родственников, опекающих лиц страдающих различной соматической и психической патологией, посвящены многочисленные работы. К факторам, взаимосвязанным с формированием феноменов выгорания у опекающих больного родственников, относят широкий диапазон параметров, описывающих ситуацию ухода, в частности, длительность контакта с больным, тяжесть и длительность заболевания, трудности, связанные с коррекцией поведения больного, наличием депрессии у опекаемого и др.

В результате произошедшего за последние десятилетия сдвига научной парадигмы с проблемно-ориентированного, редуционистского

подхода в сторону позитивной психологии, акцентирующей внимание на поиске сильных сторон человеческой психики, в фокусе интересов исследователей оказались не только негативные, но и позитивные аспекты трансформации личности опекающих родственников. Так, в настоящий момент широко используются понятия «рост обусловленный стрессом» («stress-related growth»), «позитивные психологические изменения» («positive psychological changes») и особенно «посттравматический рост» («posttraumatic growth»). Посттравматический здесь подчеркивает, что рост происходит после чрезвычайного по силе стрессового (травматического) события, а не в результате какого-либо незначительного стресса или как часть естественного процесса развития. При этом «рост» показывает, наличие качественных изменений в развитии, выходящих за пределы привычного психологического функционирования, степени осознанности жизни, уровня психологической адаптации.

Среди позитивных компонентов опыта, переживаемого родственниками, опекающими хронически больного, описывают разнообразные варианты восприятия болезни и связанных с ней жизненных обстоятельств, которые отражают изменение личностных и семейных смыслов. В частности, родственники могут воспринимать болезнь в качестве возможности учиться, осваивать новые навыки; фактора, способствующего укреплению семьи; события, дающего ощущение цели в жизни; возможности стать более хорошим человеком (более терпимым и способным к состраданию, менее эгоистичным); фактора, способствующего увеличению силы личности; способности к духовному росту и т.д.

Таким образом, в одном случае хроническая болезнь близкого является определенным трамплином, раскрывающим ресурсные возможности личности опекающего родственника, в другом, порождает глубокий личностный кризис, который при неблагоприятном исходе, может вызывать у него развитие психической и соматической патологии.

В этой связи, особую значимость приобретают исследования, посвященные изучению факторов, связанных с формированием позитивных/негативных последствий влияния стресса, обусловленного болезнью близкого, на опекающих его родственников.

Среди наиболее часто изучаемых факторов, оказывающих влияние на способность опекающих больного близких справляться со сложившейся жизненной ситуацией, выступают стратегии совладания.

Исследования показывают, что проблемно-ориентированные стратегии совладания особенно адаптивны и связаны с меньшим психологическим дистрессом, а также более позитивными последствиями стрессового воздействия. В качестве проблемно-ориентированные стратегии совладания авторы описывают, например, такие как: сокращение часов затрачиваемых на опеку за счет привлечения специализированного персонала, принятие финансовых трудностей, интеграция ухода за

больным в семейную культуру, эффективное планирования распорядка дня, снижение уровня ожиданий от больного члена семьи, избегание конфронтации с ним и использование юмора.

Вместе с тем, родственники, характеризующиеся пассивными копинг-стратегиями или наличием выраженного отрицания, в большей степени склонны к формированию выгорания, чем те, кто характеризуется применением активных копинг-стратегий, позитивной переоценки, наличием оптимизма.

В качестве отдельного направлений, требующего дальнейшего детального исследования, можно выделить изучение потребностей членов семьи, осуществляющих опеку хронически больного и оценку их качества жизни. Среди таких потребностей авторы называют, например, потребность в информации, в частности, информации о том, как ухаживать за пациентом дома (медицинское обслуживание/уход за больным, мониторинг, симптомы), что следует ожидать (например, физического восстановления больного), как взаимодействовать с больным, реагировать на его эмоциональные проявления (например, депрессию, капризы).

Резюмируя вышесказанное следует отметить, что в настоящий момент созданы концептуальные основы для понимания разнообразных влияний болезни близкого на опекающего его родственника. Это создает предпосылки для устранения односторонности понимания психологии опекающего родственника исключительно с позиций его дисфункциональности. Учет как негативных, так и позитивных последствий той психологической ситуации, в которой оказывается родственник больного, важен для повышения качества жизни опекающих близких и самих больных.

Совладающее поведение матерей, воспитывающих детей с тяжелыми множественными нарушениями развития

Шумская Н.А.

РГПУ им. А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия

nadia.shum@gmail.com

Ключевые слова: тяжелые множественные нарушения развития, невротические черты личности, копинг-механизмы, типы совладающего поведения

Coping behavior of mothers raising children with severe multiple disorders

Shumskaya N.A.

*Herzen State Pedagogical University
of Russia, St. Petersburg, Russia*

nadia.shum@gmail.com

Keywords: severe multiple developmental disorders, neurotic personality traits, coping strategy, coping behaviour

Введение. Рождение ребенка с тяжелыми множественными нарушениями развития (ТМНР) является психотравмирующей ситуацией для родителей: они оказываются вынуждены отказаться от своих фантазий о здоровом ребенке, его радужном будущем, своих перспективах и идеальном в их представлении родительстве [1]. Такая ситуация приводит к разладу привычного уклада жизни семьи, вызывает ежедневное эмоциональное напряжение, увеличивает материальные расходы и пр. Матери, воспитывающие детей с различными вариантами дизонтогенеза, живут в ситуации повышенного родительского стресса [2, 3]. Эффективность поведения в стрессовых ситуациях зависит от имеющихся личностных ресурсов, от характера используемых типов совладающего поведения и копинг-стратегий [4].

Материал и методы. В данном исследовании был проведен сравнительный анализ стратегий совладания и черт личности матерей детей с ТМНР и матерей детей с нормативным развитием. В исследовании приняли участие 49 женщин в возрасте от 26 до 53 лет: в основную группу (20 человек) вошли матери, имеющие детей с ТМНР, в контрольную (19 человек) – воспитывающие детей с нормативным развитием. Для проведения эмпирического исследования были использованы беседа, наблюдение и следующие методики: опросник невротических черт личности, методика «Индикатор копинг-стратегий» (Дж. Амир-

хан), методика «Способы совладающего поведения» (Р. Лазарус). Для статистической обработки использовались методы сравнительного анализа (критерий Манна-Уитни) и ранговой корреляции Ч. Спирмена.

Результаты и обсуждение. Анализ данных исследования показал, что матери детей с ТМНР, как и матери здоровых детей, обладают повышенным уровнем выраженности таких невротических черт, как познавательная и социальная пассивность, невротический сверхконтроль поведения и аффективная неустойчивость. Для женщин характерна повышенная истощаемость при выполнении бытовых и рабочих дел, снижение заинтересованности в социальных контактах, потребность в тщательном планировании и обдумывании своих поступков, причем зачастую доминирует мотивация избегания неуспеха. В фрустрирующих ситуациях они склонны к проявлению раздражения, гневливым реакциям, что приводит к накоплению отрицательных переживаний и снижению толерантности к стрессу. Это может объясняться тем, что основная психоэмоциональная нагрузка в семьях с детьми с ТМНР ложится на матерей: они как правило одни решают проблемы материального характера (после ухода из семьи «кормильца»), обеспечивают жизнеобеспечение и функционирования больного ребенка, при этом страдая от предательства близкого человека, от травмы, связанной с ребенком непосредственно, и от травмы, связанной с несостоятельностью себя как женщины и матери. Матери детей с нормативным психическим развитием находятся в стрессовой обстановке по иным причинам: возможно, это является следствием того, что в нынешнем обществе, когда женщина работает наравне с мужчиной, она все еще несет на себе традиционную нагрузку по ведению быта и воспитанию детей, решению их трудностей, что значительно затрудняет эмоциональную разгрузку.

Выявлена статистически достоверная разница в показателе «неуверенность в себе», что явилось вполне ожидаемым, учитывая, что сам факт рождения ребенка с нарушениями развития воспринимается женщиной как ее вина, а отсутствие информационной, медицинской и иной поддержки, равно как и огромное количество стереотипов и «ярлыков», существующих в обществе, лишь укрепляют мысль о собственной несостоятельности.

Для поиска возможных способов эффективного разрешения проблем матери детей с ТМНР, как и матери здоровых детей чаще пользуются двумя активными копинг-стратегиями: «разрешение проблем» и «поиск социальной поддержки». Матери стараются использовать имеющиеся у них внешние (обращение за помощью и поддержкой к окружающим) и внутренние (личностные) ресурсы, редко прибегают к пассивным способам избегания (уход в болезнь).

Достоверно различаются два типа совладающего поведения: «поиск социальной поддержки» и «бегство-избегание». Для матерей детей с ТМНР характерны ожидание внимания, совета, сочувствия от окружающих людей. Потребность в такой эмоциональной поддержке проявляется стремле-

нием быть выслушанным, получить эмпатичный ответ, разделить с кем-то свои переживания. Они часто обращаются за информационной поддержкой, ждут рекомендаций экспертов. С одной стороны, это говорит о том, что женщины способны прибегать к внешним ресурсам при возникновении трудностей, однако это часто приводит к формированию зависимой позиции от окружающих. Этим женщинам действительно нужна большая поддержка со стороны социума, поскольку им приходится преодолевать множество сложностей в обычной жизни, в медицинских и государственных учреждениях и т.д. Однако, в фрустрирующих ситуациях матери детей с ТМНР могут быть склонны к отрицанию, игнорированию проблемы, уклоняться от ответственности, выражать нетерпение, недовольство, либо погружаться в фантазии, что, конечно, дает возможность быстрого снижения эмоционального напряжения в ситуации стресса, но тем не менее приводит к невозможности разрешения проблемы и накоплению трудностей.

В основной группе выявлена прямая взаимосвязь невротического сверхконтроля поведения с таким копинг-механизмом, как стратегия разрешение проблем (0,57). Неуверенность в себе имеет прямую связь с принятием ответственности (0,64) и избеганием проблем (0,54). Избегание проблем взаимосвязано с такими типами совладающего поведения как дистанцирование (0,66) и принятие ответственности (0,76). Повышенная ответственность у матерей детей с ТМНР зачастую характеризуется высоким уровнем самообвинения, принятие ответственности и стремление контролировать ситуацию – это взваливание на себя больше того, что человек может выдержать, зачастую отягощенное чувством вины за невыполненный результат. В контрольной группе получена прямая взаимосвязь между копинг-механизмом «разрешение проблем» и планированием решения проблемы (0,66) и самоконтролем (0,50), копинг-механизм «избегание проблем» взаимосвязан с такими типами совладающего поведения, как дистанцирование (0,65), конфронтация (0,50) и бегство-избегание (0,64). У матерей здоровых детей в целом преобладает рациональный подход к проблемным ситуациям, однако они склонны преодолевать негативные переживания за счет целенаправленного подавления и сдерживания эмоций, что не редко приводит к враждебности и неоправданному упорству при достижении цели. Такие копинг-действия теряют свою целенаправленность и становятся преимущественно результатом разрядки эмоционального напряжения.

Литература

1. *Добряков И.В. Защеринская О.В.* Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. 400 с.
2. *Ильин Е.П.* Психология индивидуальных различий. СПб.: Питер, 2010. 701 с.
3. *Селигман М. Дарлинг Р.* Обычные семьи, особые дети / М.Селигман Р. Дарлинг. М.: Теринф, 2016. 368 с.
4. *Lazarus R.S., Folkman S.* Stress, appraisal and coping. New York: Springer Publishing Company, 1984, 456 p.

РАЗДЕЛ 7

РОЛЬ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ

Включение секции «Роль нейропсихологии в современной медицине» в работу Международной научно-практической конференции «Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований» является абсолютно оправданной и актуальной. Хорошо известна совместная работа Б.В. Зейгарник и А.Р. Лурия, которые во многом были единомышленниками и принадлежали к московской психологической школе. Необходимо вспомнить, что научное сотрудничество и личные отношения Б.В. Зейгарник и А.Р. Лурия продолжались многие годы, в том числе и во время Великой отечественной войны в тыловом нейрохирургическом госпитале на Южном Урале в г.Кисегач.

Актуальность включения научных исследований по нейропсихологии в работу конференции отражает все более активное применение нейропсихологического подхода в диагностике, коррекции и нейрореабилитации, который успешно используют клинические психологи в работе с пациентами разного возраста с широким кругом нервно-психической патологии. Нейропсихологическую диагностику и когнитивную стимуляцию, основанную на нейропсихологическом подходе, реализуют нейропсихологи, работающие с детских клиниках, в неврологии, нейрохирургии, в психиатрии, в консультативных центрах.

Проблемы развития нейропсихологической помощи детям с нарушениями психического развития представлены в работах А.С. Султановой, Е.Г. Каримулиной, А.А. Сергиенко, Г.У. Солдатовой, Н.А. Хохлова, в которых обсуждаются как новые диагностические приемы, так и вопросы коррекции.

Современные исследования, посвященные применению нейропсихологического подхода к исследованию особенностей психической деятельности при нормальном старении и психических заболеваниях в позднем возрасте, составляют значительную часть материалов секции (работы Е.Ю. Балашовой, О.А. Дерюгановаой, Н.Д. Селезневой, И.Ф. Рощиной и др.).

Следует особо подчеркнуть все более успешное применение нейропсихологии в психиатрии для дифференцированной оценки когнитивного статуса пациентов с различными вариантами психической патологии, что находит отражение в работах И.В. Плужникова, Ю.С. Фатеева, А.А. Пичикова, Д.А. Колесникова, Е.Г. Абдуллиной и других.

Хотелось бы также отметить исследование «Изменения внимания при компримирующих воздействиях на левое и правое полушария головного мозга» (М.Ю. Каверина, Е.В. Гаврилова, О.А. Кроткова, Е.В. Ениколопова), выполненное в традициях классической нейропсихологии.

Я благодарю всех коллег, приславших свои научные материалы, а также докладчиков секции, с надеждой на дальнейшее развитие богатого научного наследия наших учителей – Б.В.Зейгарник и А.Р.Лурия.

Ирина Федоровна Роцина, к.псих.н.
*ведущий научный сотрудник ФГБНУ НЦПЗ,
профессор кафедры нейро- и патопсихологии развития
факультета Клинической и специальной психологии МГППУ*

Преимущества использования шкалы MoCA перед MMSE при проведении скрининговой диагностики когнитивных функций у пациентов с поздней шизофренией

Абдуллина Е.Г.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

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

catherina.abdullina@gmail.com

Савина М.А., Рупчев Г.Е.

Шешенин В.С., Паникратова Я.Р., Почуева В.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Россия, Москва

Ключевые слова: шизофрения, поздняя шизофрения, нейропсихологическая диагностика, когнитивный скрининг

Advantages of the MOCA over the MMSE for cognitive screening in late-onset schizophrenia patients

Abdullina E.G.

Mental Health Research Center,

Kashirskoe highway 34, Moscow, Russia

Lomonosov Moscow State University,

Leninskie gory 1, Moscow, Russia

catherina.abdullina@gmail.com

Savina M.A., Rupchev G.E., Sheshenin V.S.,

Panikratova Ya. R., Pochueva V.V.

Lomonosov Moscow State University,

Leninskie gory 1, Moscow, Russia

Key words: schizophrenia, late-onset schizophrenia, neuropsychological assessment, cognitive screening

Введение. Когнитивная дисфункция при шизофрении выявляется у 70–75 % пациентов [1] и рассматривается наряду с позитивной и негативной симптоматикой как один из ключевых симптомов заболевания. Существует проблема повышенного риска развития деменции при шизофрении в целом [2], особенно – при манифестации заболевания после 40 лет [3]. В связи с этим, пациентам необходимо проводить регулярное полное нейропсихологическое обследование. Однако, оно не всегда является доступным по различным причинам, например, из-за повышенной

утомляемости и низкой мотивации пациентов, организационных затруднений. Таким образом, исследование применимости коротких скрининговых шкал при диагностике состояния когнитивной сферы у пациентов с поздней шизофренией представляется весьма актуальным. Их применение является простым как для психолога, так и для лечащего врача, и занимает не более 10–15 минут. В данной работе мы оценили внешнюю валидность Монреальской шкалы когнитивной оценки (Montreal Cognitive Assessment – MoCA) и Краткой шкалы оценки психического статуса (Mini Mental State Examination – MMSE) в группе пациентов с поздней шизофренией. Данные методики широко используются в геронтопсихиатрии для скрининговой диагностики когнитивных нарушений.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие пациенты с шизофренией, начавшейся после 40 лет: $n=14$, 13 женщин, ср. возраст $58,1 \pm 8,2$ лет, длительность заболевания $1,07 \pm 1,5$ лет. Группа контроля состояла из респондентов без психиатрических и неврологических заболеваний: $n=21$, 16 женщин, ср. возраст составил $56,3 \pm 9,2$ лет. Выборки были сопоставимы по полу (точный тест Фишера: $p=0,209$) и возрасту (непараметрический критерий Манна-Уитни: $U=109$, $p=0,691$) Для оценки состояния когнитивных функций применялись русскоязычная версия Краткой шкалы оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (Brief Assessment of Cognition in schizophrenia – BACS), субтест «Сходство» из теста Векслера, шкалы MoCA и MMSE. Результаты шкалы MoCA оценивались как нормальные при значении композитного балла ≥ 26 [4], результаты шкалы MMSE – при значении ≥ 28 [5]. Значимость межгрупповых различий оценивалась с помощью непараметрического критерия Манна-Уитни. Связь между баллами MoCA и MMSE и результатами других методик оценивалась с помощью непараметрического коэффициента корреляции Спирмена. Анализ данных проводился с помощью статистического пакета IBM SPSS Statistics 26.

Результаты. Пациенты с поздней шизофренией значимо хуже контрольной группы выполнили все предложенные методики, за исключением субтеста «Сходство» из теста Векслера и субтеста BACS «Двигательный тест с фишками» (используется для оценки моторной скорости): MoCA ($23,6 \pm 3,5$; $26,3 \pm 2,7$; $U=82,5$; $p=0,029$), MMSE ($28 \pm 1,6$; $29 \pm 1,4$; $U=66,5$; $p=0,019$) «Вербальная память» ($34,7 \pm 9,8$; $47,3 \pm 9,5$; $U=28,5$; $p=0,002$), «Последовательность чисел» ($37,7 \pm 10,7$; $50,5 \pm 8,1$; $U=27,5$; $p=0,002$), «Семантическая и словесная беглость» ($43,5 \pm 9,5$; $54,2 \pm 9,3$; $U=35$; $p=0,007$), «Шифровка» ($28,6 \pm 9,8$; $52,4 \pm 7,4$; $U=3$; $p=0,000$), «Башня Лондона» ($42,4 \pm 12,6$; $53,4 \pm 5,2$, $U=40$; $p=0,013$); первое среднее значение для всех методик соответствует клинической группе, второе – контрольной группе. В контрольной группе композитный балл по шкале MoCA позитивно коррелировал с результатами субтестов BACS «Последовательность чисел» ($r_s=0,567$; $p=0,043$), «Вербаль-

ная беглость» ($r_s = 0,776$; $p = 0,002$), с результатом субтеста «Сходство» ($r_s = 0,568$; $p = 0,022$), а также с композитным баллом ВАСС ($r_s = 0,580$; $p = 0,038$). В клинической группе результаты выполнения шкалы МоСА положительно коррелировали с субтестом ВАСС «Вербальная память» ($r_s = 0,635$; $p = 0,015$), а также с субтестом «Сходство» ($r_s = 0,767$; $p = 0,001$). Значимые корреляции композитного балла MMSE с результатами других методик присутствовали только в контрольной группе: была получена положительная ассоциация с субтестом «Сходство» ($r_s = 0,661$; $p = 0,014$). Значимые корреляции между композитными баллами МоСА и MMSE отсутствовали в обеих группах. По результатам выполнения всех описанных выше методик мы также качественно оценили состояние познавательных процессов у пациентов с поздней шизофренией (нормативное когнитивное функционирование; мягкие когнитивные нарушения; когнитивные нарушения между мягкими и умеренными). Качественная оценка согласовалась с данными МоСА в 71 % случаев, а с данными MMSE в 43 % случаев. В случае рассогласованности количественных результатов выполнения шкал и качественного анализа, для обеих методик речь идёт о гиподиагностике, т.е. пациенты имели нормативные композитные баллы МоСА и MMSE при наличии когнитивных затруднений.

Выводы. Использование МоСА для скрининговой оценки когнитивных нарушений в группе пациентов с поздней шизофренией может быть более адекватным, чем использование MMSE, поскольку применение первой шкалы связано с более низким риском гиподиагностики, и ее результаты коррелирует с большим количеством других методик, направленных на оценку когнитивной сферы. Необходимы дальнейшие исследования применения скрининговых шкал в группе пациентов с поздней шизофренией на больших выборках с оценкой их чувствительности и специфичности.

Литература

1. Harvey, P., Strassnig, M. and Silberstein, J., 2019. Prediction of disability in schizophrenia: Symptoms, cognition, and self-assessment. *Journal of Experimental Psychopathology*, 10(3), p.204380871986569.
2. Cai, L. and Huang, J., 2018. Schizophrenia and risk of dementia: a meta-analysis study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, Volume 14, pp. 2047–2055.
3. Brodaty, H., Sachdev, P., Koschera, A., Monk, D. and Cullen, B., 2003. Long-term outcome of late-onset schizophrenia: 5-year follow-up study. *British Journal of Psychiatry*, 183(3), pp. 213–219.
4. Nasreddine, Z., Phillips, N., B'Adirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. and Chertkow, H., 2005. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), pp. 695–699.
5. Folstein, M., Folstein, S. and McHugh, P., 1975. "Mini-mental state". *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), pp. 189–198.

Категория психической нормы в нейропсихологии старения

Балашова Е.Ю.

МГУ имени М.В. Ломоносова,

Научный центр психического здоровья,

Психологический институт РАО, Москва, Россия

elbalashova@yandex.ru

Ключевые слова: психическая норма, старение, нейропсихология

Category of mental norm in the neuropsychology of aging

Balashova E. Yu.

Moscow State Lomonosov University,

Psychological institute of Russian academy of education,

Mental Health Research center, Moscow, Russia

Keywords: mental norm, aging, neuropsychology

Категория психической нормы уже на протяжении многих десятилетий является одной из важнейших составляющих понятийного аппарата психологической науки. Особо значимым формированием представлений о психической норме является для клинической психологии, неоценимый вклад в развитие которой внесла Блюма Вульфовна Зейгарник. Без адекватных представлений о психической норме невозможна качественная оценка структуры и степени выраженности дефекта, дифференциация нарушенных и сохраненных звеньев психических функций, психической деятельности и личности, решение многих других теоретических и диагностических задач клинической психологии [Е.Ю. Балашова, М.С. Ковязина, 2006].

В психологии старения категория психической нормы также является активно работающим «инструментом», позволяющим рассматривать и анализировать разные аспекты этого сложного процесса. Такой комплексный анализ возможен благодаря тому, что современные представления о психической норме отличаются значительной вариативностью.

В нейропсихологических исследованиях старения сегодня возможно использование целого ряда ракурсов психической нормы. Обсудим некоторые из этих возможностей.

Во-первых, для понимания психологических закономерностей старения очень важно осознание роли индивидуальных различий на данном этапе онтогенеза. По мнению Б.С. Братуся и других авторитетных

психологов, единой психической нормы не существует; она обладает бесконечным множеством индивидуальных вариантов. При старении эта вариативность определяется комплексом средовых и биологических (прежде всего, генетических) факторов. К средовым факторам можно отнести особенности жизненного пути, социальную и культурную ситуацию развития (по выражению Л.С. Выготского), образовательный уровень, характер профессиональной деятельности и другие детерминанты. Специалисты считают, что роль индивидуальных различий при старении даже больше, чем в детском возрасте. Признание этого факта выражается, в частности, в нейропсихологическом описании вариантов нормального старения [Н.К. Корсакова, И.Ф. Рощина, 2012].

Во-вторых, в нейропсихологических исследованиях старения используется понимание психической нормы как среднестатистической величины. Как правило, данный ракурс категории нормы применяется при анализе различных количественных параметров отдельных психических функций [см., например, Е.А. Зарудная, Е.Ю. Балашова, 2018]. Хочется подчеркнуть, что подобный анализ обязательно сочетается с качественной интерпретацией выявленных симптомов и особенностей деятельности. Это один из важных принципов отечественных клиничко-психологических исследований, сформулированных в свое время Б.В. Зейгарник [Б.В. Зейгарник, 1986].

В-третьих, в психологической науке существует комплекс представлений о психической норме как о способности к адаптации, как о наличии определенных личностных черт, ценностей, установок, как о соответствии требованиям культуры [Е.Ю. Балашова, М.С. Ковязина, 2006]. Можно ли транспонировать эти представления в контекст нейропсихологии старения? Что касается адаптационно-регуляторных перестроек, то при старении этот процесс существует на разных уровнях. С позиций психологического подхода вопрос об адаптации – это фактически вопрос об опосредующих стратегиях, включаемых в регуляцию психической деятельности и поведения для компенсации возрастных изменений работы мозга в позднем онтогенезе. И этот вопрос давно разрабатывается в нейропсихологии старения [Н.К. Корсакова, Е.Ю. Балашова, 1995]. Именно в возможности достаточно эффективного использования разных уровней опосредования состоит, с точки зрения отечественной нейропсихологии, принципиальное отличие нормального старения от патологического (например, деменций позднего возраста).

Вопрос о связи психической нормы с наличием определенных личностных черт также представляет несомненный интерес. Какие личностные особенности, ценности свойственны нормальному старению? Можно ли соотнести их с какими-то нейропсихологическими показателями? Разумеется, прямые параллели здесь вряд ли будут корректными. Однако, на мой взгляд, в комплексе психологических детерминант,

определяющих продуктивность, включенность в культурное и социальное функционирование, наличие эмоциональных связей с окружающими людьми, стремление к познанию окружающего мира, критичности и т.п., не последнюю роль играют факторы нейропсихологического уровня, в частности, сформированность в индивидуальном онтогенезе активности лобных отделов мозга. То же можно сказать и о таких характеристиках психической нормы, упомянутых в работах Э. Фромма, как способность осознания ситуации выбора и реализации определенного выбора. Модель нормального старения едва ли возможна вне подобных личностных характеристик. Следует также иметь в виду, что оптимальная сформированность когнитивной сферы в ходе индивидуального развития и ее достаточная сохранность на этапе позднего онтогенеза являются принципиальными психологическими характеристиками нормального старения.

Наконец, нельзя не упомянуть некоторые представления о психической норме, существующие в современной возрастной психологии. Это, например, идеи о норме как о динамическом феномене, как о реализации определенной программы развития. Такие идеи весьма актуальны не только для детского возраста, но и для старости и старения.

Литература

1. *Балашова Е.Ю., Ковязина М.С.* Некоторые аспекты проблемы нормы в клинической психологии // Вопросы психологии. 2006; 1. – С. 112–117.
2. *Зарудная Е.А., Балашова Е.Ю.* Вербальная память в позднем онтогенезе: нормальное старение и депрессии позднего возраста // *Психологические исследования (электронный журнал)*. 2018; 11(57). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 05.0.2020).
3. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: МГУ, 1986. – 287 с.
4. *Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю.* Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1995; 1. – С.18–23.
5. *Корсакова Н.К., Рощина И.Ф.* Значение концепции А.Р. Лурии о трех функциональных блоках мозга для становления и развития нейрогеронтопсихологии / Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии / Сост. Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, 2012. – С. 161–176.

Нейропсихологические особенности младших школьников с высокими показателями тревожности

Белусова Н.В.

*выпускница кафедры нейро-
и патопсихологии развития МГППУ, Москва, Россия*
belousova@neurocon.ru

Каримулина Е.Г.

*доцент кафедры нейро-
и патопсихологии развития факультета
клинической и специальной психологии МГППУ, Москва, Россия*
karimulina@list.ru

Ключевые понятия: тревожность, нейродинамика, симптомо-
комплекс

Neuropsychological biases of primary schoolchildren with high rates of anxiety

Belousova N.V.

psychologist

MSUPE, Moscow, Russia

Karimulina E.G.

*Associate Professor, Department of Neuro-
and Pathopsychology, Faculty of Clinical
and Special Psychology, MSUPE*

Key concepts: anxiety, neurodynamics in case of anxiety, symptom
complex

Введение. Психическое развитие современных детей происходит в условиях глобальной неопределенности и соответствующей ей эмоциональной неустойчивости. В данном аспекте тревожность как вид проявления эмоциональной нестабильности выступает индикатором психической дезадаптации детей, а создание оптимальных условий развития ребенка как и профилактика нарушений развития становится важной практической задачей нейропсихологии. Представляет интерес относительно новое направление исследований в нейронауке – нейропсихология тревожности, а также поиск мозговых основ специальных видов тревожности, таких как математическая тревожность, представленная в работах Kucian K., McCaskey U., O’Gorman Tuura R. [5].

Материал и методы. Первичный отбор в экспериментальные и контрольную группы производился на основании выявленного уровня тревожности у младших школьников по тесту «Шкала явной тревожности для детей» (СМАС) в адаптации А.М. Прихожан [4]. Далее результаты согласовывались со школьным психологом для последующего комплексного нейропсихологического обследования детей с нормативной, повышенной и высокой тревожностью с применением количественной и качественной оценки по методике Ж.М. Глоzman [2, 3] и более детального исследования нейродинамики по методике анализа нейродинамического профиля детей А.Р. Агрис [1].

Выборка состояла из младших школьников, которые обучались по общеобразовательной программе и имели нормативное развитие (по анамнестическим данным из группы исключались дети с нарушениями интеллекта и неврологическими патологиями). В исследовании принял участие 251 ребенок, средний возраст испытуемых – 8,65 лет, из них: 113 мальчиков (45 %) и 138 девочек (55 %). Для целей нейропсихологической диагностики нами было отобрано 28 детей: 14 третьеклассников и 14 первоклассников с нормативной, повышенной и высокой тревожностью (средний возраст испытуемых – 8,07 лет).

Результаты. Был произведен анализ распространенности тревожности среди обследованных школьников: 29% школьников – с нормальным уровнем тревожности, 2% детей состояние тревожности не свойственно («чрезмерное спокойствие»), 31% – с чуть повышенным уровнем тревожности, 19% – явно тревожных и 19% – с очень высоким уровнем тревожности («группа риска»). Получены данные о половозрастных различиях показателей тревожности:

1. для девочек характерны более высокие средние баллы по всем показателям тревожности; при этом статистически подтверждены достоверные различия между мальчиками и девочками по показателям межличностного напряжения, вегетативных реакций, страхов и общей тревожности.
2. в структуре общей тревожности у девочек преобладает фактор межличностного напряжения, в то время как у мальчиков – самооценка и мотивация достижения, наименьшую долю представляют вегетативные реакции.
3. соотношение различных уровней тревожности среди мальчиков и девочек: большинство девочек (30,4%) в группе «несколько повышенной тревожности», в то время как для мальчиков характерно преобладание нормального уровня тревожности (31,1%). В группе риска находится приблизительно одинаковый процент мальчиков (19,4%) и девочек (19,2%).
4. получены статистически значимые отличия между первоклассниками и третьеклассниками в показателях общей тревожности, вегетативных

реакций и социально-желательных ответов. Таким образом ученики третьих классов менее тревожны, дают меньше социально желательных ответов, однако чаще имеют проявления вегетативных реакций.

Были получены статистически значимые для данной выборки отличия компонентов ВПФ высоко тревожных младших школьников:

1. общий невысокий темп деятельности и наличие инертности в счетных операциях, как проявления особенностей нейродинамики;
2. низкие показатели импульсивности и высокие результаты при запоминании 10 слов, как показатели высокого самоконтроля и усиления механизмов саморегуляции, что может свидетельствовать о компенсаторном функционировании III блока мозга.

Дополнительно с учетом качественного анализа выделяются следующие характерные для высоко тревожных младших школьников особенности психической деятельности: недостаточность избирательности перцептивных процессов при восприятии и понимании сюжетных картин в виде расширения семантического поля анализа их содержания; дефекты кинестетического праксиса (замены в праксисе позы), а также несформированность динамического праксиса. Кроме того, следует отметить преобладание обратной перспективы при построении изображений в самостоятельном рисунке.

Резюме. Результатом проведенных исследований стало выявление специфического нейропсихологического симптомокомплекса у младших школьников с высокой тревожностью, который может указывать на дефицитарность со стороны I функционального блока мозга (особая нейродинамика: низкий темп работоспособности, повышенная утомляемость, инертность) и высокую нагрузку на 3 блок мозга в виде компенсаторного механизма усиления самоконтроля за протеканием деятельности (что требует специального исследования). По итогам исследовательской работы была обоснована коррекционная программа, с учетом особого нейропсихологического симптомокомплекса высоко тревожных детей. Дополнительно предоставлены данные о распространенности тревожности среди младших школьников и о половозрастных различиях в структуре показателей тревожности.

Проведенный анализ результатов исследования ВПФ у детей с высокой тревожностью показал, что тревожность может являться проявлением адаптационного напряжения у детей с нейродинамическими трудностями и способствовать активизации функций контроля.

Литература

1. *Агрис А.Р.* Проявления дефицита активационных компонентов деятельности у детей с трудностями обучения, *Культурно-историческая психология*, 2012. № 2, с. 29–35.
2. *Глоzman Ж.М.* Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных. – М.: Смысл, 2019. – 264 с.

3. *Глоzman Ж.М., Соболева А.Е.* Нейропсихологическая диагностика детей школьного возраста. – М., 2014. – 180 с.
4. Шкала явной тревожности СМАС (адаптация А.М. Прихожан) / Диагностика эмоционально нравственного развития/ И.Б. Дерманова. – СПб., 2002, с. 60–64.
5. *Kucian K., McCaskey U., O’Gorman Tuura R.* et al. Neurostructural correlate of math anxiety in the brain of children. *Transl Psychiatry* 8, 273 (2018). <https://doi.org/10.1038/s41398-018-0320->

Нарушение речевой беглости при шизофрении в сочетании с органическим повреждением головного мозга и инсомнией

*Борщ Д.В., Колесников Д.А.,
Свинарева И.В., Кондуфор О.В.*

*ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский
университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР
Daariaborsch@gmail.com*

Ключевые слова: шизофрения, когнитивные нарушения, энцефалопатия, инсомния

Disorder of verbal fluency in schizophrenia in combination with organic brain damage and insomnia

*Borshch D.V., Kolesnikov D.A.,
Svinareva I.V., Kondufor O.V.*

*State Institution of LPR «Lugansk state medical
university named after St. Luka», Lugansk, LPR*

Keywords: schizophrenia, cognitive impairment, encephalopathy, insomnia

Введение. Многие когнитивные функции, включая речевую беглость, нарушаются при шизофрении [1]. Эти расстройства имеют большое значение в клинике заболевания, поэтому в настоящее время заслуживают не меньшее внимание, чем позитивные и негативные симптомы. Такие нарушения как органическая церебральная патология или расстройства сна, способны оказывать негативное влияние на симптоматику и течение болезни [2, 3]. Потому особый интерес вызывает изучение влияния данных факторов на речевую беглость как часть когнитивной сферы.

Материал и методы. Нами было обследовано 45 пациентов, находящихся на стационарном лечении в ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР с диагнозом: шизофрения, параноидная форма, эпизодический тип течения со стабильным дефектом. Средний возраст исследуемых составил 38,3±4,2 лет. Среди них: 11 мужчин и 34 женщины. В ходе исследования сформировались 3 группы: 1-я – пациенты без органической церебральной патологии и инсомнии (n=20), 2-я – пациенты с повреждением головного мозга (n=15), 3-я – пациенты с бессонницей (n=10). Для оценки когнитивной сферы использовали методику ВАСС, уровня бессонницы –

ISI, позитивных и негативных симптомов – PANSS. Статистическая обработка осуществлена в программе «Статистика» версии 12.5 с использованием критерия Краскела-Уоллиса ($p \leq 0,05$).

Результаты и обсуждение. При сравнении результатов субтеста BACS на оценку речевой беглости было выявлено, что пациенты 1-й группы имели больший показатель по сравнению со 2-й (на 19,5 балла $p < 0,05$) и 3-й группой (на 13,2 балла, $p < 0,05$). Показатели же 3-й группы по данному тесту были выше, чем у 2-й на 6,3 балла ($p < 0,05$). Аналогичные результаты были при оценке суммарных баллов BACS на 42,8 и 25,6 балла больше у 1-й группы. Композитный балл 2-й группы так же был выше 3-й на 17,2 балла ($p < 0,05$). Показатель по ISI оказался большим у пациентов с инсомнией, чем у исследуемых 1-й группы на 13 баллов и 2-й – на 8 баллов ($p < 0,05$). Субшкала позитивных симптомов PANSS 2-й группы была большей по сравнению с остальными на 8,9 и 4,8 балла ($p < 0,05$), как и шкала негативных симптомов (на 9,2 и 5,4 балла, $p < 0,5$). Также больные с инсомнией имели более высокий показатель по двум шкалам, чем пациенты без сопутствующей органической патологии (на 4,1 и 4,2 балла, $p < 0,05$).

Выводы. Сопутствующая патология способна оказывать негативное воздействие на определенные клинические аспекты шизофрении, в частности способна отрицательно влиять на речевую беглость как часть когнитивной сферы. Следует отметить, что органическая церебральная патология способна оказывать более выраженный негативный эффект, чем бессонница.

Литература

1. *Keefe R.S.E., Harvey P.D.* Cognitive Impairment in Schizophrenia // Novel Antischizophrenia Treatments. 2012. Vol. 213. P. 11–37
2. *Krystal A.D., Thakur M., Roth T.* Sleep disturbance in psychiatric disorders: effects on function and quality of life in mood disorders, alcoholism, and schizophrenia. // Annals of Clinical Psychiatry. 2008. Vol. 20. P. 39–46
3. *Ornstein T.J., Sahakian B.J., McKenna P.J.* Memory and executive impairment in schizophrenia: comparison with frontal and temporal brain // Psychological Medicine. 2008. Vol. 38(6). P. 833–842

Нейропсихологический анализ индивидуального здоровья*

Будыка Е.В.

МГУ им. М.В. Ломоносова,

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

ev-mgu@yandex.ru

Ключевые слова: нейропсихология индивидуальных различий, здоровье, студенты

Neuropsychological analysis of individual health

Budyka E.V.

Lomonosov Moscow state university,

*A.I. Yevdokimov Moscow State University
of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia*

Keywords: neuropsychology of individual differences, health, student

Введение. Актуальность индивидуализации донозологической диагностики в исследованиях здоровья «условно здоровых» [1, 4] сохраняется и способствует поиску эффективных подходов к её обеспечению. Одним из таких подходов выступает нейропсихологический, в основу которого положен учёт принципов мозговой организации, влияющих наряду с другими факторами на индивидуальные различия ряда процессов одновременно [4]. К указанным факторам относится, в частности, специфика межполушарного взаимодействия, опосредованно проявляющаяся в латеральной организации основных анализаторных систем: моторной, слуховой и слухоречевой, зрительной. [2, 3, 4]. Исходным для нейропсихологии является положение о том, что физиологические и психические процессы обеспечиваются совместной деятельностью обоих полушарий при наличии специфического вклада каждого из них [2, 4].

При проведении исследования в настоящей работе базировались на представлениях о том, что здоровье здорового человека является неоднородным и может описываться градацией или уровнем [1], а также о возможности анализа физиологических, психологических, социальных составляющих здоровья. Это позволяет характеризовать его комплексом показателей, каждый из которых имеет индивидуальную вариабельность, что может послужить основанием для описания индивидуального здоровья.

* Часть работы выполнена при поддержке РФФИ, договор № 18-013-01171/20.

Цель работы – анализ показателей индивидуального здоровья лиц, различающихся межполушарной организацией моторных и сенсорных функций.

Материалы и методы. Градации здоровья определяли, используя комплекс объективных и субъективных характеристик [1, 3, 4]: параметры variability сердечного ритма (ВСР), оцененные по методике Р.М. Баевского, результаты оценки качества жизни по опроснику «SF-36» и самооценки здоровья, величины коэффициента вегетативного тонуса (КВТ) по К. Шипошу, полученные расчетным путем на основе данных выполнения теста Люшера. Оценку межполушарной организации моторных и сенсорных функций осуществляли по схеме Е.Д. Хомской, И.В. Ефимовой [4]. В соответствии с ней анализировали мануальную моторную, слухоречевую и зрительную асимметрии. В исследовании приняли участие юноши-студенты I–III курсов разных факультетов университета (142 человека).

Результаты. Анализ объективных физиологических характеристик индивидуального здоровья обследованных студентов показал, что уровень (градация) здоровья, определяемый по критериям донологической диагностики и основанным на статистическом анализе variability сердечного ритма, у 34,7 % обследованных студентов расценивался как физиологическая норма. У 42,2 % выявлено функциональное напряжение, у 18,9 % – перенапряжение, а у 4,2 % – истощение регуляторных механизмов. Прослеживались различия объективных градаций здоровья у лиц с разными латеральными признаками, при этом определяющими оказались особенности зрительной асимметрии. Так, юноши с правосторонними и симметричными признаками в зрительной сфере при донологической диагностике по Р.М. Баевскому [1] характеризовались функциональным напряжением, а с левосторонними признаками – удовлетворительной адаптацией, т.е. более высоким уровнем здоровья. Эти результаты соответствуют имеющимся в литературе данным о значении наличия у индивидуума левосторонних признаков сенсомоторной асимметрии для более высоких адаптационных возможностей [2, 3].

Результаты заполнения опросника «SF-36» указывали на достаточно высокие субъективные оценки качества жизни и уровня физического и психологического здоровья. Различий, связанных с латеральной организацией моторных и сенсорных функций, не было выявлено. Результаты применения данного опросника в настоящей работе свидетельствуют о том, что, несмотря на его частое использование в клинических исследованиях, для выборки «условно здоровых» его результаты желательно дополнять иными субъективными показателями. С этой целью в наших исследованиях использовали самооценку здоровья и анализ коэффициента вегетативного тонуса (КВТ) по К. Шипошу. По величинам самооценки здоровья были отобраны группы испытуемых с высокими и низкими их значениями. В указанных группах с учетом результатов объективных показателей здоровья было определено соотношение лиц

с разными признаками асимметрии в зрительной системе. Выявлено, что высокие самооценки здоровья в 75,1 % случаев отмечались у студентов при правосторонней асимметрии в зрительной системе и только в 6,2 % – при левосторонней, в то время как низкие самооценки наблюдались в 43,9 % случаев при правосторонних латеральных признаках в зрительной сфере и в 16,5 % случаев – при левосторонних.

Анализ субъективно оцененных проявлений баланса разных отделов вегетативной нервной системы по КВТ показал, что примерно 50 % испытуемых в разных сериях исследований характеризовалась оптимальным функциональным состоянием, приблизительно четверть – состоянием с преобладанием чрезмерного возбуждения, а четверть – утомлением и низкой активностью. При этом оптимальное функциональное состояние (по субъективным данным) чаще выявлялось у лиц с симметричными и левосторонними признаками в моторной и сенсорных системах. Среди студентов с правосторонними признаками асимметрии чаще отмечались субъективные признаки перевозбуждения и реже – оптимального функционального состояния.

Резюме. результаты исследования свидетельствует о «расхождении» объективных и субъективных показателей здоровья, которое, в данном случае опосредуется особенностями латерализации в зрительной сфере. В литературе имеются сведения об индивидуальных и индивидуально-психологических различиях лиц с разными признаками зрительной асимметрии [2, 5]. Материалы настоящей работы в целом подтверждают возможности нейропсихологического подхода к исследованию индивидуального здоровья.

Литература

1. *Баевский Р.М., Берсенева А.П., Лучицкая Е.С., Слепченкова И.Н., Черникова А.Г.* Оценка уровня здоровья при исследовании практически здоровых людей. – М.: Фирма «Слово», 2009. – 100 с.
2. *Москвин В.А., Москвина Н.В.* Межполушарные асимметрии и индивидуальные различия человека. – М.: Смысл, 2011. – 367 с.
3. *Николаева Е.И., Вергунов Е.Г., Добрин А.В.* Описание характера регуляции сердечного ритма детей с разными латеральными предпочтениями в переходных состояниях методами нелинейного анализа // Асимметрия: эл. журнал. – 2015. – № 1. – С.13–24. URL: <http://j-asyymetry.com/2015>
4. *Хомская Е.Д., Ефимова И.В., Будыка Е.В., Ениколопова Е.В.* Нейропсихология индивидуальных различий: учебное пособие для студентов учреждений высш. проф. образования. – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 160 с.
5. *Фокин В.Ф., Пономарева Н.В., Медведев Р.Б., Лагода О.В., Клопов В.И., Танамян М.М.* Когнитивные и вегетативные характеристики больных дисциркуляторной энцефалопатией с правым и левым ведущим глазом // Асимметрия: эл. журнал. – 2015. – № 3. – С. 4–13. URL: <http://j-asyymetry.com/2015>

Взаимосвязь особенностей регуляции вегетативной нервной системы, тревожности и зрительно-пространственного внимания человека

Воронин Н.А.

*Московский государственный психолого-педагогический
университет, «Европейский медицинский центр»
barduag@mail.ru*

Трегубов С.С.

*Московский государственный
психолого-педагогический университет,
ГБУЗ ЦПП ДЗМ, Москва, Россия
sertrenona@gmail.com*

Ключевые слова: внимание, тревожность, вегетативная нервная система

Autonomic nervous system types, anxiety and visuo-spatial attention in humans

Voronin N.A.

MSUPE, «European medical center»

Tregubov S.S.

*MSUPE, palliative care center
of Moscow health department*

Keywords: attention, anxiety, autonomic nervous system types

Введение. Современные данные указывают на взаимосвязь характеристик психоэмоционального реагирования человека, таких как тревожность, с индивидуальными особенностями процессов внимания.

Целью нашей работы было изучить взаимосвязь показателей кардиоритмических характеристик, уровня тревожности испытуемых и индивидуальных особенностей зрительно-пространственного внимания.

Материал и методы:

1. Аппаратно-программный комплекс «БОС-ПУЛЬС», обеспечивающий регистрацию кардионтервалографии с использованием плетизмографического датчика [3].
2. Компьютерный латерализованный тест нейросетей внимания (Lateralized Attention Network Test; LANT) [1]. Тест совмещает в себе пара-

дигму подсказки [5] и парадигму фланкер-теста [4]. Сравнение разных условий используется для независимой оценки работы модулей бдительности, ориентировки и исполнительного контроля внимания.

3. Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (State-Trait Anxiety Inventory) [2].

В эксперименте приняли участие 28 испытуемых (11 мужчин) 18–35 лет (25 ± 4 года). Использовали непараметрический корреляционный анализ Спирмена, дисперсионный анализа с фактором повторных измерений (repeated measures ANOVA; пакет Statistica 13.0).

Результаты и их обсуждение. Показатели ситуативной и личностной тревожности по опроснику Спилбергера-Ханина не обнаруживали значимой корреляции со средними значениями частоты сердечных сокращений (ЧСС). При этом испытуемым с более высокими показателями ситуативной тревожности, а в ряде случаев и личностной тревожности были свойственны более высокие значения кардиоинтервалографических показателей, отражающих вклад симпатической нервной системы в регуляцию сердечной активности: индекса напряжения (SI) (критерий корреляции Спирмена $r=0,40$; $p=0,034$) и вегетативного показателя ритма (ВПР) ($r=0,41$; $p=0,027$). Показатель вариационного размаха (BP), отражающий вклад активности парасимпатического отдела, с показателем ситуативной тревожности коррелировал отрицательно ($r=-0,45$; $p=0,014$).

Следуя общепринятой методологии [3], выборку испытуемых разделили на группы с преобладанием активности симпатического отдела ВНС (14 человек) и парасимпатического отдела ВНС (14 человек). Изучали влияние фактора «тип ВНС» (симпатический, парасимпатический) на точность и скорость ответов испытуемых в компьютерном тесте внимания LANT в зависимости от типа стимула (конгруэнтный, неконгруэнтный), стороны предъявления (левое, правое полуполе зрения) и типа подсказки (нулевая, центральная, двойная, истинная, ложная) ($2 \times 2 \times 2 \times 5$ ANOVA).

Испытуемые с преобладанием активности парасимпатического отдела ВНС обнаруживали зависимость точности и скорости ответов от типа подсказок, предшествовавших целевым стимулам ($F=7,44$; $p=0,001$ и $F=5,18$; $p=0,001$, соответствует). Важно, что этот эффект проявлялся в одинаковой степени вне зависимости от типа целевых стимулов. Зависимость ответов от типов подсказок у испытуемых с преобладанием активности симпатического отдела ВНС практически отсутствовала. Учитывая, что ложная подсказка, в отличие от других типов подсказок, является весьма редким событием в тесте LANT (предъявляется всего в 9 из 153 проб), для испытуемых с преобладанием активности парасимпатического отдела ВНС которые больше полагаются на информативность подсказок в отношении времени и местоположения целевого стимула, предъявление ложной подсказки вызывало более выраженное негативное влияние на эффективность обнаружения ими целевого стимула. Таким образом, можно заключить, что у испытуе-

мых в нашей выборке преобладание регуляции парасимпатического отдела ВНС было связано с более эффективной работой модуля ориентировки внимания, что проявлялось в более выраженных различиях в скорости и точности их ответов в зависимости от типов подсказки. Различия между группами испытуемых не проявлялись в показателях работы модуля исполнительного контроля внимания.

Резюме. Таким образом, подтвердилось наше предположение о том, что особенности регуляции ВНС связаны с различиями в функционировании модулей зрительно-пространственного внимания. В отличие от данных о связи работы ВНС с психоэмоциональными особенностями испытуемых, полученные нами данные о связи функционирования мозговых модулей внимания с характеристиками работы ВНС в известных нам научных публикациях не описаны.

Результаты проведенной работы ставят интересные вопросы для дальнейших исследований: как осуществляется регуляция сердечной активности непосредственно в процессе решения человеком когнитивных задач, как эффективность процессов внимания связана с индивидуальными особенностями личностного реагирования человека, и др.

Литература

1. *Воронин Н.А., Строганова Т.А.* Исследование латерализованных модулей зрительно-пространственного внимания // *Вопр. психол.* 2008. № 6. 119–129.
2. *Карелин А.А.* «Большая энциклопедия психологических тестов», М.: Эксмо, 2007.
3. Тренинг биологической обратной связи по параметрам кровообращения теория и практика [Электронный ресурс]. URL: https://boslab.ru/methods/boslabMethods/blood_circulation.php (дата обращения: 04.09.2020).
4. *Eriksen B., Eriksen C.* Effects of noise letters upon the identification of a target letter in a nonsearch task // *Percept. Psychophys.* 1974. V. 16. P. 143–149.
5. *Posner M., Petersen S.* The attention system of the human brain // *Annu. Rev. Neurosci.* 1990. V. 13. P. 25–42.

Динамика психических функций после когнитивного тренинга у пациентов с болезнью Альцгеймера

Дерюганова О.А.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

deryuganova95@mail.ru

Рощина И.Ф.

*ФГБНУ «Научный центр психического
здоровья», МГППУ, Москва, Россия*

ifroshchina@mail.ru

Ключевые слова: болезнь Альцгеймера, когнитивные нарушения, когнитивный тренинг

Dynamics of mental functions after cognitive training in patients with Alzheimer's disease

Deruyganova O.A.

MSUPE, Moscow, Russia

Roshchina I. F.

Mental Health Research Center,

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: Alzheimer's disease, cognitive impairment, cognitive training

Введение. Увеличение продолжительности жизни населения приводит к возрастанию в популяции численности лиц пожилого и старческого возраста, что, в свою очередь, обуславливает рост пациентов с когнитивным снижением и с деменциями различного генеза, в том числе с деменцией вследствие болезни Альцгеймера (БА) [И.Ф. Рощина, 2015]. Данное заболевание имеет прогрессирующий характер и достаточно быстро приводит к инвалидизации пациентов, поэтому на сегодняшний день перед наукой и практикой стоят задачи повышения качества жизни и замедления развития патологического процесса у пациентов с данным диагнозом. Решению данных задач способствует сочетание медикаментозной и немедикаментозной терапии в форме когнитивного тренинга, применение которого способствует замедлению прогрессирования нейродегенеративного заболевания не только на ранней, но и на более поздних стадиях развития БА [R. Brookmeyer, 2007].

Цель нашего исследования заключалась в изучении особенностей и динамики когнитивных функций у пациентов с БА до и после проведения когнитивного тренинга.

Материал и методы. В исследовании принимали участие 46 пациентов ПКБ № 4 им. П.Б.Ганнушкина женского пола в возрасте от 66 до 77 лет с БА (с мягкой, умеренной и тяжелой стадией заболевания). Методический комплекс включал «экспресс-методику оценки мнестико-интеллектуальной сферы в позднем возрасте» [Н.К. Корсакова, Е.Ю. Балашова, И.Ф. Рощина, 2009], «монреальскую шкалу оценки когнитивных функций» (MoCA); методики для исследования всех видов праксиса, оптико-пространственного анализа и синтеза, методики для исследования письма. Также оценивались нейродинамические параметры психической деятельности, критичность и адекватность [Ж.М. Глозман, 2012]. Статистический анализ полученных данных проводился с помощью *t*-критерия Стьюдента для зависимых выборок в программе SPSS (уровень статистической значимости $p \leq 0,05$).

После проведения первичной нейропсихологической диагностики с отобранными пациентами с БА был проведен когнитивный тренинг в виде 10 групповых сессий (по 8 человек в смешанных по стадиям течения заболевания группах) продолжительностью 40–45 мин 2 раза в неделю. Разработанная программа тренинга базировалась на отечественных принципах нейрореабилитации (принцип квалификации дефекта, принцип опоры на сохранные психические функции и на предметную деятельность, принцип учета личности пациента, принцип контроля и др.) и с учетом опыта работы британских коллег [A. Spector, M. Ortell, B. Woods, 2010].

Результаты. Повторная диагностика после курса когнитивного тренинга показала, что пациенты с мягкой стадией БА стали испытывать значимо меньше затруднений при ориентировке в месте и во времени, у них значимо улучшились параметры «критичность» и «адекватность» (более половине пациентов стала доступна самокоррекция). После окончания когнитивного тренинга в группе пациентов с мягкой стадией БА значимо снизилось количество испытуемых, имеющих пространственные ошибки и ошибки при переходе через десяток при выполнении счетных операций. У пациентов данной группы повысилась беглость речи, а в письменной речи уменьшились параграфии, пропуски букв и снизилась тенденция к микро- или макрографии. Значимые улучшения были выявлены у пациентов с мягкой стадией БА по нейродинамическим параметрам психической деятельности (более быстрое включение в деятельность, повышение ее темпа и менее выраженная истощаемость) и по показателям динамического праксиса (более плавное выполнение проб, улучшение выполнения графомоторной пробы, уменьшение случаев редукции программы в пробе «кулак-ребро-ладонь» и увеличение количества пар движений в пробе на реципрокную координацию). У пациентов с мягкой стадией БА по окончании когни-

тивного тренинга значительно увеличился объем непосредственного запоминания (слухоречевая память), улучшилась актуализация памяти на прошлое, а также снизилась тормозимость следов памяти при отсроченном воспроизведении после интерференции.

У пациентов с умеренной стадией данного заболевания отмечались значимые улучшения нейродинамических параметров психической деятельности, улучшение ориентировки в месте и во времени, а также значимое снижение числа симптомов по параметру «адекватность».

Несмотря на то, что в группе пациентов с тяжелой стадией БА не было выявлено значимых улучшений в когнитивной сфере, наблюдение за пациентами этой группы после участия в занятиях когнитивной тренировки позволяет говорить о некоторой стабилизации когнитивных возможностей данных пациентов. Уже после 3-х занятий пациенты стали поддерживать глазной контакт с собеседником более продолжительное время, а также реагировать на групповые обсуждения и отвечать (односложно) на простые вопросы ведущего.

Резюме. Проведенный тренинг когнитивной сферы оказывает дифференцированное влияние на различные параметры психической деятельности пациентов с мягкой, умеренной и тяжелой стадиями БА. У пациентов с мягкой стадией БА когнитивный тренинг способствовал комплексному улучшению когнитивных возможностей в виде повышения нейродинамических параметров и произвольной регуляции психической деятельности, а также улучшения показателей многих операциональных компонентов психической активности (слухоречевая память, динамический праксис, оптико-пространственная деятельность, речь, письмо и счет). У пациентов с умеренной стадией БА после участия в тренинге наблюдалось значимое улучшение нейродинамического обеспечения психической деятельности, а также возможностей текущего запоминания и беглости речи.

Данное исследование будет продолжено в рамках проекта по профилактики когнитивных дефицитов у лиц пожилого возраста, по итогам которого будет проведена работа по сопоставлению полученных результатов со сходными исследованиями в «Клинике памяти» (г. Москва), а также с результатами, представленными в работах британских коллег – A. Spector, M. Orrell и др.

Литература

1. *Рощина И.Ф.* Нефармакологические подходы в лечении больных с синдромом мягкого когнитивного снижения (методы когнитивного тренинга) // Актуальные проблемы геронтопсихиатрии. 2015; 4. – С. 9–12.
2. *Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф.* Экспресс-методика оценки когнитивных функций при старении // Психологические исследования. 2009; 3(5): URL: [http:// psystudy.ru](http://psystudy.ru) (дата обращения: 24.08.2019).

3. *Глоzman Ж.М.* Нейропсихологическое обследование: качественная и количественная оценка данных: учебное пособие. М., Смысл, 2012. – 264 с.
4. *Spector A., Orrell M., Woods B.* Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia // *International journal of Geriatric Psychiatry.* 2010; 25 (12): 1253–1258.
5. *Brookmeyer R.* Forecasting the Global Burden of Alzheimer's Disease // *Alzheimer's & Dementia.* 2007; 3: 186–191.

Обучение нейропсихологической диагностике с помощью системы автоматизированных кейсов

Елшанский С.П.

Московский педагогический

государственный университет, Москва, Россия

ye_@mail.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, автоматизированные диагностические кейсы, цифровизация образования

Neuropsychological diagnostics learning using a system of automated cases

Elshansky S.P.

Moscow State Pedagogical University,

Moscow, Russian Federation

Keywords: neuropsychological diagnostics, automated diagnostic cases, digitalization of education

Цифровизация сегодня затрагивает все сферы жизни, в том числе и образование. Одним из определенно представляющих интерес направлений цифровизации образования выступает возможность использования автоматизированных образовательных кейс-систем. Такие системы в психологии могут применяться, в частности, для обучения диагностике. В клинической психологии эти системы могут быть полезны для обучения как патопсихологической, так и нейропсихологической диагностике.

В данной статье представлена концепция системы автоматизированных обучающих онлайн кейсов для формирования навыков нейропсихологической диагностики. Конкретная система в настоящее время разрабатывается автором статьи при финансовой поддержке Благотворительного фонда Владимира Потанина.

В качестве опорной планируется использование технологии автоматизированных обучающих онлайн кейсов. Это поисковая обучающая технология, реализованная в формате компьютерной программы, позволяющая обучающемуся самостоятельно формировать необходимые профессиональные компетенции. Кейсы разрабатываются и затем автоматизируются с учетом определенных принципов: самостоятельность обучающегося при решении задания кейса, возможность свободного выбора обучающимся алгоритма ознакомления с материалом

кейса, избыточность информации, наличие необходимых «подсказок», обеспечивающих помощь в структурировании и обобщении результатов анализа обучающегося, наличие автоматической проверки правильности решения и др.

Разрабатываемая система представляет собой набор учебных кейсов или нейропсихологических диагностических задач (конкретно в первоначальном варианте планируется 10 таких кейсов), решая которые обучающийся осваивает практические технологии нейропсихологической диагностики, учится правильно обобщать результаты нейропсихологического исследования. Кейсы разрабатываются на основе реальных случаев из практики эксперта-профессионала или моделируются с учетом известных закономерностей нейропсихологической науки.

Система ориентирована на студентов, для которых изучение нейропсихологии является непрофильным (не на клинических психологов или нейропсихологов), на тех студентов, которые изучают нейропсихологию в рамках подготовки по психолого-педагогическим и психологическим специальностям неклинического профиля, но подобные системы могут в будущем быть разработаны и для клинических психологов.

Система представляет собой запускаемую через браузер интерактивную программу. Она может быть интегрирована в существующие электронные образовательные системы (например, в Moodle) как внешний Интернет-ресурс. Система может быть использована как для обучения студентов контактного образования в рамках практических занятий или самостоятельной работы, так и для дистанционного обучения.

Задачей применения системы является повышение эффективности практической составляющей существующих курсов по нейропсихологии, повышение диагностической компетентности студентов, знакомство преподавателей с новыми технологиями обучения, использующими достижения научно-технического прогресса, опирающимися на идеи цифровизации современного образования. Разработка покажет перспективы использования подобных систем, заложит основы для создания автоматизированных кейсов и по другим учебным курсам, сформирует необходимый опыт такой деятельности, расширит профессиональные возможности преподавателей, а также продемонстрирует возможности эффективного кейс-обучения (о которых сообщали как отечественные [Абаева Ф.Б., 2016], так и иностранные [Barnes L.B., Christensen C.R., Hansen A.J., 1994] авторы) в психологии.

Программный модуль разрабатываемой системы будет реализован в формате интегрированного в размещенную в сети Интернет web-страницу swf-плагина, который будет запускаться на компьютере пользователя (в учебном классе вуза и т. п.) через браузер, поддерживающий технологию Adobe Flash. Дополнительно планируется разработка альтернативного варианта, запускаемого локально (в виде exe-файла).

Последний вариант необходим на случай, если браузеры прекратят поддержку flash-технологии. Также на сайте в Интернете будут размещаться необходимые для работы плагина «внешние» файлы – тексты, рисунки и т. п.

Предполагается, что программа будет содержать следующие основные модули: модуль заставки (содержит название программы и логотип Благотворительного фонда В. Потанина); модуль входа в систему (через пароль, предоставляемый пользователю); модуль выбора задачи (предполагается разработка десяти учебных задач, а также создание возможности добавления впоследствии новых задач); модуль отдельной задачи (содержит субмодули: общей информации о случае; результатов нейропсихологической диагностики – профессиональных результатов исследования больного; ссылок на научную литературу; проверки результата диагностики); модуль регистрации и сохранения протокола решения кейс-задач студентом.

В рамках модуля отдельной задачи студент получает: учебное задание по нейропсихологии (например, определить локализацию поражения головного мозга по специфике наблюдающихся или выявляемых с помощью тестовых методик нарушений); подробную информацию об анализируемом случае (это могут быть жалобы самого больного, проблемы больного, описанные его родственниками, информация о травме или болезни и т.п.); результаты необходимых профессиональных исследований/измерений (блок профессиональных результатов) – результаты проведенных нейропсихологических проб; необходимые для решения кейса ссылки на теоретические источники, с помощью которых он сможет получить нужную теоретическую «справку»; модуль решения, где из избыточного набора вариантов необходимо будет выбрать нужные и не выбрать неправильные, с возможностью автоматической проверки правильности ответов. Выбор задачи свободный. При затруднениях в решении одной задачи, студент может по своему усмотрению переключиться на другую. Все действия студента фиксируются и могут быть просмотрены преподавателем в протоколе решения.

Литература

1. *Абаева Ф.Б.* Дидактические возможности метода case study в обучении студентов // Современные научные исследования и инновации. 2016. № 1. [Электронный ресурс]. URL: <http://web.snauka.ru/issues/2016/01/62279> (дата обращения 24.07.2020)
2. *Barnes L.B., Christensen C.R., Hansen A.J.* Teaching and the Case Method, 3d ed. Boston: Harvard Business School Press, 1994. 412 pp.

Изменения внимания при компримирующих воздействиях на левое и правое полушария головного мозга*

Каверина М.Ю., Кроткова О.А.

*ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии
им. ак. Н.Н.Бурденко» Минздрава России*

Гаврилова Е.В., Ениколопова Е.В.

*Московский государственный университет
им. М.В.Ломоносова, Москва, Россия*

МКaverina@nsi.ru

Ключевые слова: симультанный и сукцессивный факторы меж-
полушарного взаимодействия, внимание, BellsTest

Changes in attention when compressing the left and right hemispheres of the brain

Kaverina M.Yu. , Krotkova O.A.

*Federal State Autonomous Institution
«N.N. Burdenko National Medical Research
Center of Neurosurgery» of the Ministry
of Health of the Russian Federation*

Gavrilova E.V., Enikolopova E.V.

*Lomonosov Moscow state University
Moscow, Russia, МКaverina@nsi.ru*

Keywords: simultaneous and sequential factors of hemispheric inter-
action, attention, BellsTest

Введение. Преобладающее число нейропсихологических исследований посвящено изучению последствий очаговых поражений мозга, приводящих к затруднённой реализации различных факторов мозгового обеспечения психических явлений. Например, при локальных поражениях констатируется снижение внимания в контралатеральной очагу стороне пространства и нарушение симультанных (при поражении правого полушария) или сукцессивных (при поражении левого полушария) факторов в работе мозга [например, Н.К.Корсакова, Л.И.Московичюте, 2019]. Однако когнитивная феноменология иных воздействий на мозг, не вызывающих видимого повреждения его макроструктур, почти не исследована. Задачей работы являлось изучение особенностей реали-

* Исследование поддержано грантом РФФ № 17–15–01426.

зации процессов зрительного внимания при мягком компримирующем влиянии на полушария мозга.

Материал и методы. Участниками исследования были пациенты с менингиомами хиазмально-селлярной области. Эти внеозговые доброкачественные новообразования располагаются на основании мозга в непосредственной близости от медио-базальных отделов правой или левой височной доли. Они оказывают давление на структуры «своего» полушария, однако не инфильтрируют вещество мозга (не разрушают его). Медленный рост опухоли, сопровождаемый компенсаторными перестройками, является ещё одним объяснением длительного отсутствия выраженной клинической симптоматики при этой нозологии [A.N. Alekseeva et al., 2018]. В исследовании участвовало 27 пациентов, составивших группы с левосторонним (13 человек) и правосторонним (14 человек) расположением опухоли. Контрольную группу составили 15 здоровых испытуемых. Все три группы были сопоставимы по демографическим признакам и уровню образования.

Для изучения процессов зрительного внимания была выбрана простая и достаточно распространённая методика «BellsTest» [E. Strauss et al., 2006]. Этот тест традиционно используется для оценки количественного и качественного снижения внимания к той или иной области пространства, вплоть до её полного игнорирования. Тест не подвержен возрастным колебаниям в диапазоне 40–75 лет и почти не зависит от текущих занятий испытуемого, например, от того, как много он пишет и читает в настоящее время [S.C. Paiva et al., 2017]. Бланк теста представлял собой лист формата А4 в альбомном расположении, где кроме колокольчиков в псевдослучайном порядке находились и другие фигуры. Требовалось, как можно быстрее зачеркнуть все колокольчики. Фиксировалось время выполнения теста, количество пропусков стимула и ошибочно зачеркнутых фигур. Статистический анализ данных проводился в среде R-studio.

Результаты. В ходе выполнения методики «BellsTest» все участники исследования допускали ошибки по типу пропуска стимульного изображения: здоровые участники – в среднем по тесту 3,8 ошибки, пациенты с левосторонним расположением опухоли – 2,9 ошибки, пациенты с правосторонним расположением опухоли – 3,5 ошибки. Тест Манна-Уитни показал, что по общему количеству допущенных ошибок статистически значимые различия между тремя группами отсутствуют. Далее бланк разделялся вертикальными линиями на три части – левую, среднюю и правую, в которых подсчитывалось распределение допущенных ошибок. В латеральных частях бланка различий выявлено не было: производилось сравнение левой и правой части, отдельно для каждой группы, а также попарное сравнение между группами в каждой области. Но для средней части бланка различия между клиническими группами

оказались существенными: пациенты с левосторонним расположением опухоли в средней части бланка допускали ошибок меньше, чем в латеральных частях, а пациенты с правосторонним расположением патологического процесса – больше, чем в латеральных секторах ($p=0,038$).

Среднее время выполнения теста здоровыми испытуемыми составило 69,2 секунды. Для группы пациентов с левосторонним расположением опухоли время выполнения равнялось 89,6 секунды, правосторонних – 70,3 секунды. Время, затрачиваемое на выполнение теста группой пациентов с левосторонним расположением опухоли, значительно превышало таковое у здоровых участников исследования ($p=0,016$) и время у пациентов с правосторонним расположением опухоли ($p=0,021$). При этом группа с правосторонним патологическим процессом и здоровые испытуемые по необходимому для выполнения теста времени статистически значимо не различались. Для определения взаимосвязи между временем, потраченным на выполнение теста, и числом ошибок в каждой группе был выполнен анализ с расчетом коэффициента корреляции Спирмена. У здоровых испытуемых и у больных с функциональной недостаточностью правого полушария время выполнения теста и число допускаемых ошибок оказались независимыми переменными. У больных с функциональной недостаточностью левого полушария была обнаружена сильная корреляционная зависимость: чем больше пациент затрачивал времени на тест, тем меньше ошибок он допускал: $r=-0,87$ ($p<0,001$).

Исследование показало, что воздействие на мозг путем постепенного сдавления может не сопровождаться когнитивными феноменами, характерными для очаговых поражений: не наблюдается латеральной асимметрии ошибок, а их общее число не выходит за рамки нормативных показателей. Однако компрессия полушарий меняет стратегию сканирования пространства, приводя к утрированному проявлению факторов межполушарного взаимодействия. Сукцессивное, пошаговое, зависящее от временных параметров сканирование пространства обнаруживает себя значимым превышением времени выполнения теста и появлением корреляционной зависимости между временем просмотра и обнаружением стимулов. Повышение точности работы в центральной зоне экспозиции ранее анализировалось с помощью регистрации движений глаз – сужение объема зрительного внимания смещало качественные зрительные фиксации в центр обзора [О.А.Кроткова и др., 2018]. Напротив, утрированное проявление симультанной стратегии восприятия и внимания не требует увеличения времени реализации теста, не обнаруживает зависимости ошибок от времени работы, приводит к ухудшению точности в центральной области бланка.

Резюме. Повреждение и компрессия нейрональных сетей сопровождаются разной когнитивной феноменологией. На примере выполнения простого теста продемонстрировано утрированное проявление сук-

цессивного фактора при компрессии левого полушария и симультанного – правого, при этом общая результативность выполнения задания находилась в нормативном диапазоне.

Литература

1. *Корсакова Н.К., Московичюте Л.И.* Клиническая нейропсихология: учеб. пособие для вузов. 2-е изд., испр. и доп. М.: Юрайт, 2019.
2. *Кроткова О.А., Данилов Г.В., Каверина М.Ю., Кулёва А.Ю., Гаврилова Е.В., Ениколопова Е.В.* Объем зрительного внимания при нормальном старении: айтрекинг-исследование // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. – 2018. – № 1. – С. 21–36. doi: 10.11621/vsp.2018.01.21
3. *Alekseeva A., Enikolopova E., Krotkova O., Danilov G., Galkin M.* Dynamics of cognitive functions in patients with parasellar meningiomas undergoing radiotherapy // «Lurian Approach in International Psychological Science»/ J.Glozman, O.Vindeker (Eds.). KnELifeSciences, Netherlands, 2018. doi:10.18502/kl.v4i8.3261 P. 42–48.
4. *Strauss E., Sherman E.M.S., Spreen O.* A compendium of neuropsychological tests, 3rd edition. N.Y.: Oxford University Press, 2006.
5. *Paiva S.C.E., Viapiana V.F., Cardoso C.O., Fonseca R.P.* Bells Test: Are there differences in performance between adult groups aged 40–59 and 60–75. // *Dementia & Neuropsychologia*. 2017. Vol. 11. No 1. P. 40–47. doi: 10.1590/1980–57642016dn11–010007

Нарушение исполнительной функции в структуре нейрокогнитивных расстройств у пациентов с параноидной шизофренией при негативных изменениях личности уровня аутизации с эмоциональным обеднением

Колесников Д.А., Туренко С.А.,

Дегтярь Е.С., Кондуфор О.В.

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский

университет имени Святителя Луки», г. Луганск, ЛНР

dmitrikolesnikov99@gmail.com

Ключевые слова: шизофрения, дефицитарная симптоматика, социальная дезадаптация

Impairment of executive function in the structure of neurocognitive disorders in patients with paranoid schizophrenia with negative personality changes of the level of autism with emotional impoverishment

Kolesnikov D.A., Turenko S.A.,

Degtyar E.S., Kondufor O.V.

*State Institution of LPR «Lugansk state medical
university named after St. Luka», Lugansk, LPR*

Key words: schizophrenia, deficit symptoms, social disadaptation

Введение. Шизофрения является заболеванием с достаточно полиморфной клинической картиной, для которого характерно наличие как позитивных и негативных симптомов, так и когнитивных нарушений. Негативные симптомы весьма неблагоприятно влияют на социальную сферу жизни пациентов, приводя к дезадаптации, что способствует дальнейшему прогрессированию заболевания [1]. Одним из важных аспектов дефицитарной симптоматики являются негативные изменения личности, которые были детально описаны в различных психиатрических глоссариях [2]. По влиянию на способность пациентов адаптироваться к меняющимся условиям внешней среды значимым является личностный дефект уровня аутизации с эмоциональным обеднением, так как именно снижение социального функционирования, отгорожен-

ность от внешнего мира, ухудшение эмоциональных связей с окружающими ведет к прогрессии других, характерных для шизофрении, нарушений. Дефицитарная симптоматика оказывает отрицательное влияние и на когнитивные расстройства, дополняя их в рамках влияния на социальную дезадаптацию [3]. Нарушение исполнительной функции (проблемно-решающего поведения), в контексте утраты пациентом навыков логически находить решение конкретных задач, является одним из значимых факторов, влияющих на уровень социального функционирования.

Материал и методы. Исследование проведено в ГУ «ЛРКПНБ» ЛНР, которое является клинической базой ГУ ЛНР «ЛГМУ им. Святого Луки». Нами обследовано 34 пациента с диагнозом шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение со стабильным дефектом. Среди обследуемых: 11 мужчин и 23 женщины. Пациенты разделены на две группы: 1-я группа – пациенты с негативными изменениями личности уровня аутизации с эмоциональным обеднением ($n=17$), 2-я – пациенты с другим типом дефекта ($n=17$). Средний возраст составил $41,5 \pm 2,1$. Манифестация в среднем отмечалась в возрасте $32,8 \pm 4,4$ лет. Проведено клиническое интервью, изучение анамнестических данных, оценка исполнительной функции и когнитивной сферы с помощью методики BACS, оценены негативные симптомы с применением шкалы PANSS. Статистическая обработка данных проведена с помощью программы STATISTICA 12.5 с применением критерия Манна-Уитни и коэффициента корреляции Спирмена ($p \leq 0,05$).

Результаты. При сравнении результатов 1-й и 2-й группы статистически достоверно было большее значение балла по тесту на проблемно-решающее поведение у пациентов 2-й группы (на 4,1 балла, $p \leq 0,05$). Суммарный балл BACS также был выше у 2-й группы (на 40,2 балла, $p \leq 0,05$). Корреляционный анализ позволил выявить среднюю прямую взаимосвязь между показателем теста на проблемно-решающее поведение и композитным баллом BACS ($r=0,521$, $p \leq 0,05$), что говорит о лучшем состоянии когнитивной сферы у пациентов без негативных изменений личности уровня аутизации с эмоциональным обеднением. Суммарный балл субшкалы негативных симптомов PANSS показал более высокие результаты у пациентов 1-й группы (на 7,1 балла, $p \leq 0,05$), помимо этого, он имеет обратную среднюю взаимосвязь с баллом теста на исполнительные функции ($r=-0,627$, $p \leq 0,05$) и суммарным баллом BACS ($r=-0,593$, $p \leq 0,05$). Данные результаты указывают на негативное влияние дефицитарных симптомов на когнитивную сферу.

Выводы. Негативная симптоматика способна оказывать отрицательное влияние на когнитивную сферу пациентов с параноидной шизофренией, а именно, на способность к проблемно-решающему поведению. В свою очередь, расстройство исполнительной функции ведет к социальной дезадаптации и углублению дефицитарных симптомов.

Личностный дефект уровня аутизации с эмоциональным обеднением оказывает также значительное влияние на состояние когнитивной сферы и доказывает важную роль в структуре негативных симптомов.

Литература

1. *А.Б. Шмуклер.* Возрастные особенности нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на начальных этапах заболевания / А.Б. Шмуклер, Е.А. Семенов // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – С. 19–23.
2. *В.С. Ястребов, А.К. Ануфриев М.А. Лисина* Глоссарий психопатологических синдромов и состояний / Под ред. В.С. Ястребова, А.К. Ануфриева, М.А. Лисиной. – М. : ВНИЦПЗ АМН СССР. – 1990. – С. 95–96.
3. *К. Kaneko.* Negative Symptoms and Cognitive Impairments in Schizophrenia: Two Key Symptoms Negatively Influencing Social Functioning. / К. Kaneko // Yonago Acta Medica. – 2018. – V. 61 (2), 091–102.

Нейропсихологические особенности здоровых лиц молодого возраста с трудностями топографической ориентации

Курбатова Е.Г.

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, г. Самара, Россия

e.g.kurbatova@samsmu.ru,

Макарова Е.В.

СОКБ им. В.Д. Середавина, г. Самара, Россия

makarovakatri@yandex.ru

Ключевые слова: ориентация в пространстве, топографическая дезориентация, топографическая дезориентация развития, нейропсихологическое исследование

Neuropsychological features of healthy young people with topographic orientation difficulties

Kurbatova E.G.

FSBEI HE SamSMU MOH Russia, Samara, Russia

Makarova E.V.

*Samara Regional Clinical Hospital named
after V.D. Seredavin, Samara, Russia*

Keywords: topographical orientation, topographical disorientation, developmental topographical disorientation, neuropsychological diagnostics

Введение. В научной литературе затруднения способности распознавать свое местоположение и положение в пространстве, воспроизводить знакомые и осваивать новые маршруты, использовать географические карты и планы для ориентации обозначается термином «топографическая дезориентация» [1].

Топографическая дезориентация (ТД) может развиваться с возрастом, возникать при очаговых поражениях и нейродегенеративных заболеваниях головного мозга, но у некоторых индивидов ТД наблюдается с детства, без очевидных повреждений мозга и каких-либо сопутствующих когнитивных нарушений («топографическая дезориентация, связанная с развитием»), или просто «топографическая дезориентация развития» (ТДР)) [3].

Данный феномен почти не исследован и крайне мало освещен в отечественной научной литературе, несмотря на свою распространенность, диктующую необходимость уточнения его этиологии. Традиционно за-

труднение ориентировки во внешнем пространстве рассматривается как следствие нарушения зрительно-пространственного анализа и синтеза, однако, ее основой скорее является своеобразие целого ряда психических функций, осуществляющих переработку пространственных характеристик информации на различных уровнях психической деятельности [2].

Целью работы стало выявление особенностей системы пространственных представлений лиц с топографической дезориентацией развития для дальнейшей разработки на этой основе программы нейропсихологической коррекции дефицитарности ориентации в пространстве.

Материал и методы. Исследование проводилось с сентября 2019 по январь 2020 года, и его процедура включала ряд последовательно реализованных этапов.

Формирование выборок исследования осуществлялось путем скринингового опроса с помощью специально разработанной анкеты и краткой беседы с потенциальным испытуемым для получения предварительной информации о его речевом статусе, эмоционально-экспрессивных особенностях, особенностях пространственных компонентов психических функций и отношения к ним. Были сформированы две группы, различавшиеся по критерию наличия/отсутствия признаков ТДР. Основную подгруппу составили 20 человек (женщин – 100 %) с признаками ТДР, контрольную – 20 человек (16 женщин – 80 %, 4 мужчин – 20 %) без признаков ТДР. Всего 40 студентов лечебного, педиатрического факультетов и факультета клинической психологии СамГМУ. Средний возраст – $21,5 \pm 3,5$ лет.

Основной этап исследования состоял в проведении нейропсихологического исследования с акцентом на состоянии пространственных компонентов ВПФ испытуемых и количественной оценки его результатов.

На заключительном этапе проводился сравнительный, в том числе статистический анализ результатов исследования, формулировались выводы и рекомендации.

Использовались следующие методы и методики: 1. методы исследования (получения данных): метод клинической беседы, наблюдение, клиничко-психологический эксперимент по методикам нейропсихологического исследования А.Р. Лурия (Лурия А.Р., 1973); 2. методы обработки данных: метод синдромного анализа, метод количественной оценки данных нейропсихологического исследования (Глозман Ж.М., 2012), методы математической статистики.

Результаты. Анализ характера и успешности выполнения нейропсихологических проб показал с одной стороны отсутствие выраженного дефицита реализации пространственного компонента ВПФ в обеих подгруппах (средняя балльная оценка выполнения проб на гнозис – 0,13 баллов в контрольной подгруппе и 0,24 балла в основной; проб на праксис – 0,05 и 0,28; речевых проб – 0,04 и 0,28; проб на память – 0,09 и 0,2; проб на ин-

теллектуальные функции – 0,16 и 0,59), а с другой – наличие особенностей пространственного ориентирования у испытуемых основной подгруппы.

Респонденты с признаками ТДР достоверно хуже выполняли пробы на определение времени по «немым часам» (0,002**), расстановку стрелок на циферблате в соответствии с заданным временем (0,000**), составление образцов из кубиков Коса (0,004**), понимание атрибутивных конструкций (0,014*), решение арифметических задач (0,013*), пробы Бине (0,001**) и Хэда (0,028*) по сравнению с испытуемыми без признаков ТДР.

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить нейропсихологические пробы, результаты выполнения которых у лиц с ТДР взаимосвязаны. Интересно, что этот комплекс объединяет пробы, так или иначе связанные с необходимостью понимания пространственной схемы объекта, находящегося напротив, и перенесения этой схемы в другую плоскость или в символическое пространство рисунка: «копирование с переворачиванием» (поворотом на 180°), «мысленное вращение пространственно-ориентированного объекта», «повторение позы кисти», «рисунк и копирование объемного объекта».

Резюме. В наибольшей степени у лиц с ТДР выражены трудности реализации оптико-пространственного гнозиса и пространственного праксиса, осуществляемого с ориентацией на зрительно предъявляемые образцы, а также вербализации «квазипространственных» отношений и решения вербально-логических мыслительных задач. Указанные затруднения у лиц с ТДР достоверно более выражены, чем у индивидов без ее признаков ($p \leq 0,01$).

На основании вышесказанного можно утверждать, что в основе ТДР у здоровых молодых людей лежит не только зрительно-пространственный дефицит, но целый комплекс особенностей пространственных аспектов психической деятельности индивида: зрительно-пространственных, практических, речевых, мыслительных.

С опорой на результаты проведенного исследования нами была создана программа нейропсихологической коррекции для лиц с топографической дезориентацией развития, требующая в дальнейшем апробации и оценки ее эффективности.

Литература

1. Григорьева, В.Н., Тихомиров Г.В. Топографическая дезориентация у больных с поражением головного мозга//Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2018. – Т. 117. – № 6. – С.44–52.
2. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения.//Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2009. – № 3–4. – С. 4–7.
3. Jiye G. Kim, Elissa M. Aminoff, Sabine Kastner, Marlene Behrmann (2015) A Neural Basis for Developmental Topographic Disorientation J. Neurosci, 2015. – 35 (37):12954–12969, DOI:10.1523/JNEUROSCI.0640–15.2015.

Исследование мозговых механизмов процесса распознавания эмоций по выражению лица у детей 5–11 лет: методика “Chimeric faces test” и опыт её применения

Морозова А.В.

МГППУ, Москва, Россия

aravshednaya@inbox.ru

Сергиенко А.А.

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва, Россия

aumsan@gmail.com

Ключевые слова: распознавание эмоций по выражению лица; мозговые механизмы; латерализация функций; «chimeric faces test»

Brain mechanisms of emotion recognition by facial expression in 5–11 years children: “Chimeric faces test”

Morozova A.V.

MSUPE master’s graduate, Moscow, Russia

Sergienko A.A.

PhD, Mental Health Research

Center (MHRC), MSUPE, Moscow, Russia

Key words: facial emotion recognition; brain mechanisms; functions brain lateralization; “chimeric faces test”

Введение. Современные отечественные исследования, направленные на изучение мозговых механизмов процесса распознавания эмоций по выражению лица, на текущем этапе, можно охарактеризовать несколькими особенностями. Во-первых, большая их часть относится к кругу нейрофизиологических, что в свою очередь диктует специфику методов исследования: это в основном электрофизиологические исследования. Во-вторых, основным предметом исследований является изучение специализации полушарий мозга при осуществлении этой функции. В-третьих, рассматриваемый процесс, в первую очередь, исследован с точки зрения распада психической функции, а не с точки зрения ее формирования в норме. Это определяет основной круг испытуемых – взрослые люди. Наше исследование предполагает расширение текущего представления о мозговых механизмах обозначенной психической функции, а именно изучение процесса формирования мозговых меха-

низмов распознавания эмоций у детей. Ряд зарубежных исследователей достаточно далеко продвинулись в этом направлении, в том числе благодаря использованию неинструментальных методик, которые позволяют сделать исследования более масштабными и представительными. Одной из таких методик является методика “Chimeric faces test” (CFT) направленная на исследование латерализации функции распознавания эмоций по лицевой экспрессии. Предлагаемая к рассмотрению работа является пилотажным исследованием, целью которого является апробирование методики CFT на российской популяции.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие «нормотипичные» (без выставленных диагнозов) дети дошкольного и младшего школьного возраста. Всего 12 человек – 6 девочек и 6 мальчиков с ведущей правой рукой и ведущим правым глазом, по 4 человека в каждой возрастной группе: 5–6 лет; 8–9 лет; 10–11 лет;

Методика исследования “Chimeric faces test”. Основным инструментом методики CFT являются фотографии лица человека, состоящие из двух половин: одна половина фотографии с изображением нейтрального выражения лица, другая половина фотографии с изображением эмоционального выражения лица. При предъявлении методики испытуемому показывают два варианта фотографии с одной и той же эмоцией и просят определить, на какой из фотографий выражение лица человека более эмоциональное. В случае если испытуемый выбрал вариант фотографии, в которой эмоциональной является левая сторона, считается, что опознание эмоции обеспечивается правым полушарием. Если же испытуемый выбирает вариант фотографии, в которой эмоциональной является правая сторона, тогда делается вывод о ведущей роли левого полушария в распознавании эмоций. Методика была валидирована на пациентах с подтвержденными унилатеральными повреждениями головного мозга. Kucharska-Pietura and David [2] в ходе проведения исследования обнаружили, что пациенты с поражениями левого полушария и пациенты в норме расценивают фотографии, в которых эмоция изображена в левой половине, более эмоциональной, в то время как у пациентов с поражениями правого полушария отсутствовало единообразие при выборе более эмоционального варианта фотографии. В 2018 году при проведении методики CFT ученые Damaskinou and Watling попросили участников также поучаствовать в ЭЭГ-исследовании. Результаты данного эксперимента подтвердили ранее сделанные выводы о том, что при изучении фотографии с левой эмоциональной половиной, наблюдается гораздо большая активность в правом полушарии, чем при изучении фотографии с правой эмоциональной половиной [1]. Результатом применения методики является показатель в диапазоне от -1 до +1, где (-1) значит, что ребенок в 100 % случаях выбирал фотографии с правой

эмоциональной половиной, а (+1) значит, что ребенок в 100 % случаях выбирал фотографии с левой эмоциональной половиной.

Результаты. В ходе пилотажного исследования были получены следующие результаты:

1. В группе 5–6 лет среднее значение показателя выполнения методики «Chimeric faces test» в отношении 6 базовых эмоций: (-0,22)
2. В группе 8–9 лет среднее значение показателя выполнения методики «Chimeric faces test» в отношении 6 базовых эмоций: (0,63)
3. В группе 10–11 лет среднее значение показателя выполнения методики «Chimeric faces test» в отношении 6 базовых эмоций: (0,87).

Полученные результаты позволяют говорить о возможной динамике латерализации функции распознавания лицевой экспрессии в зависимости от возраста ребенка, а именно об усилении специализации правого полушария в обеспечении рассматриваемой психической функции. Результаты нашего исследования совпадают с подобными исследованиями зарубежных специалистов [3], [4], что дает нам основание для ее применения в дальнейших исследованиях с участием большого количество испытуемых.

Выводы. Область знаний о мозговых механизмах процесса распознавания эмоций по лицевой экспрессии на текущий момент имеет достаточно «белых пятен» и возможных направлений изучения, в частности, таких как: подтверждение, в рамках лонгитюдных исследований, взаимосвязи вектора и динамики развития латерализации функциональной системы, осуществляющей функцию распознавания эмоций; проверки гипотез об «обусловленной» и «потенциальной» пластичности участков головного мозга, обеспечивающих функционирование процесса распознавания эмоций по лицевой экспрессии; исследование особенностей мозговых механизмов лицевой экспрессии у лиц с отклоняющимся развитием, в частности лиц с РАС.

Методика CFT, при условии дальнейшего изучения её содержательных компонентов, а также апробирования и адаптации, может стать новым инструментом для российских специалистов, проводящих исследования особенностей мозговой организации психических функций в детском возрасте (на примере восприятия лицевой экспрессии).

Литература

1. *Damaskinou, N., & Watling, D.* (2018). Neurophysiological evidence (ERPs) for hemispheric processing of facial expressions of emotions: Evidence from whole face and chimeric face stimuli. *Laterality: Asymmetries of Body, Brain and Cognition*, 23, 318–343. <https://doi.org/10.1080/1357650x.2017.1361963>
2. *Kucharska-Pietura, K., & David, A.S.* (2003). The perception of emotional chimeric faces in patients with depression, mania and unilateral brain damage. *Psychological Medicine*, 33, 739–745

3. *Watling, D & Damaskinou, N* 2018, 'Children's Facial Emotion Recognition Skills: Longitudinal Associations With Lateralization for Emotion Processing', *Child Development*, pp. 1–16. <https://doi.org/10.1111/cdev.13188>
4. *Workman, L., Chilvers, L., Yeomans, H., & Taylor, S.* (2006). Development of cerebral lateralisation for recognition of emotions in chimeric faces in children aged 5 to 11. *Laterality*, 11, 493–507

Специфика нейропсихологической диагностики и реабилитации пациентов с синдромом неглекта в первичных неврологических отделениях

Никитаева Е.В.

ГУЗ «Тульская городская клиническая
больница скорой медицинской помощи
им. Д.Я. Ваныкина», г. Тула, Россия
nikitaeva_ev@mail.ru

Ключевые слова: нейрореабилитация, нейропсихологическая
реабилитация, синдром неглекта

Specificity of neuropsychological diagnostics and rehabilitation of patients with neglect syndrome in primary neurological departments

Nikitaeva E.V.

*Tula state city hospital of emergency medical
care by Dmitry Vanykin, Tula, Russia*

Keywords: neurorehabilitation, neuropsychological rehabilitation,
neglect syndrome

Своевременное выявление пациентов с синдрома неглекта (одностороннего зрительно-пространственного игнорирования) среди поступающих в неврологические стационары является одной из важных задач работы нейропсихолога в стационаре. Данный синдром нередко остается не диагностированным, особенно в условиях отсутствия грамотной нейропсихологической помощи. Вместе с тем, наличие синдрома неглекта, а также коррелирующих с ним поведенческих и эмоционально-личностных нарушений, выраженно сказывается на качестве жизни самих пациентов, а также их родственников.

Необходимость раннего начала реабилитационных мероприятий на современном этапе развития сферы нейрореабилитации уже стала непреложным принципом [1]. Тем не менее, в отношении некоторых других групп пациентов помощь нейропсихолога на ранних этапах реабилитации имеет, скорее, подчиненное по отношению к непосредственно медицинской реабилитации значение. Это связано с необходимостью стабилизации жизненно важных функций организма пациента в момент его поступления в стационар, приоритетом медикаментозной помощи. На дальней-

ших этапах нейропсихологическая восстановительная работа все больше наращивая удельный вес. Когда же речь идет о пациентах с синдромом неглекта, нейропсихологическая реабилитация должна начинаться практически также рано, как и все остальные виды реабилитации, вестись параллельно, так как синдром неглекта имеет тенденцию не только сохраняться, но и усиливаться при отсутствии мероприятий по его преодолению.

Известно, что синдром неглекта входит в число нарушений, крайне негативно сказывающихся на реабилитационном потенциале пациента [2]. Такие пациенты, в силу специфики имеющегося у них дефекта, не могут по собственной инициативе принимать активное участие в реабилитационных мероприятиях. Для данной категории пациентов обязательным условием является внешнее сопровождение восстановительных занятий специалистом или обученным родственником, так как самостоятельно такие пациенты, как правило, задания не выполняют.

Более того, нередко ближайшее окружение и даже специалисты, занимающиеся реабилитацией, могут быть введены в заблуждение относительно реальных возможностей пациента с синдромом неглекта. Это связано с крайне специфичной для таких пациентов поведенческой особенностью: диссоциацией между высокой коммуникативной активностью, когда речь пациента многословна и красочна (обычно в условиях диалога, начатого из вне) и общей поведенческой пассивностью, неспособностью произвольно начинать и самостоятельно организовывать собственную деятельность. Пациент с синдромом неглекта может давать обещания, в частности связанные с выполнением восстановительных заданий специалистов, которые на самом деле он не в состоянии выполнить в силу имеющегося дефекта. В условиях, когда указанная особенность не учитывается, пациент практически полностью может выпасть из реабилитационного процесса. Поэтому знание данной особенности играет одну из ключевых ролей в специфике организации всего процесса нейрореабилитации пациентов с синдромом неглекта.

Помимо указанных поведенческих особенностей, синдром неглекта коррелирует также с определенными личностными изменениями, в частности, анозогнозией по отношению к двигательным и когнитивным дефектам, аффективными вспышками [3]. В условиях, когда ближайшее окружение пациента не проинформировано о подобных особенностях данного нарушения, это может резко негативно сказываться на психологическом климате семьи, психологическом здоровье как самого пациента, так и его родственников, ухаживающих лиц.

В связи с этим нам видится целесообразным выстраивание процесса нейропсихологической реабилитации данной категории пациентов в нескольких последовательных направлениях:

1. Скрининг-диагностика всех пациентов, поступающих в первичное неврологическое отделение, на предмет наличия синдрома неглекта

любой степени выраженности. С данной целью может быть использована, в частности, предложенная нами схема экспресс-диагностики синдрома неглекта [4].

Парадоксально, но особенно важным является выявление легких и средних степеней данного нарушения по сравнению с грубым дефектом. Это связано с тем, что грубый синдром неглекта, как правило, сочетается с достаточно выраженными двигательными и/или когнитивными нарушениями, что заставляет специалистов так или иначе обратить пристальное внимание на такого пациента. При легких же проявлениях игнорирования оно может остаться незамеченным, что влечет за собой отсутствие реабилитационных мероприятий в данном направлении, выписку пациента с синдромом неглекта без соответствующих рекомендаций и последующего прицельного наблюдения и помощи.

2. Консультирование и просвещение всех сотрудников неврологического отделения на предмет специфических особенностей, присущих пациентам с синдромом неглекта, в частности, с целью предотвращения травматизации самих пациентов.
3. Консультирование ближайшего окружения пациентов с синдромом неглекта, обучение правилам взаимодействия и организации окружающего пространства, привлечение их к ведению восстановительных мероприятий.
4. Организация окружающего пространства пациента таким образом, чтобы оно само оказывало реабилитационный эффект (пассивная реабилитация). Данный раздел необходим в связи с уже упомянутыми особенностями пациентов с синдромом неглекта, ограничивающими или вовсе исключающими их самостоятельное участие в реабилитационном процессе. Вместе с тем, специфика сенсорного дефекта определяет необходимость как можно большего количества стимуляции с пораженной стороны, что на ранних этапах реабилитации может быть хотя бы частично обеспечено грамотной организацией бытовой среды и взаимодействия окружающих с пациентом. Помимо этого, использование такого подхода на ранних этапах позволяет снизить нагрузку на пациента, находящегося в тяжелом состоянии и при этом нуждающегося в нейропсихологической реабилитации [5].
5. Непосредственная нейропсихологическая работа с пациентом в формате индивидуальных занятий по восстановлению зрительного, слухового и тактильного внимания с пораженной стороны. Использование групповой формы работы с данной категорией пациентов, как правило, проблематично, так как требует обязательного наблюдения за каждым пациентом в процессе выполнения заданий.

Таким образом, проблема своевременного выявления синдрома неглекта и как можно более раннего начала реабилитационных меропри-

ятий в данном направлении видится достаточно актуальной. Важным, на наш взгляд, является донесение данной проблемы как до медицинских психологов, работающих в неврологических стационарах на всех этапах реабилитации, так и других специалистов, в том числе врачей – неврологов и психиатров – в целях уменьшения числа случаев не выявленного синдрома неглекта у пациентов с органическими поражениями головного мозга.

Литература

1. *Коновалова Е.К.* «Инсульт – часть общества» // Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы VII международного конгресса «Нейрореабилитация – 2015» / редкол.: Г.Е. Иванова [и др.]. М., 2015. С. 210–212.
2. *Бучацкий К.В.* Нейровизуальная диагностика и нейрореабилитация больных гемиспациальным неглектом с помощью инновационных компьютерных технологий // Избранные вопросы нейрореабилитации: материалы VII международного конгресса «Нейрореабилитация – 2015» / редкол.: Г.Е. Иванова [и др.]. М., 2015. С. 47–58.
3. *Григорьева В.Н., Сорокина Т.А.* Анозогнозия у больных острым полушарным ишемическим инсультом. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016; 8(2):31–35.
4. *Никитаева Е.В.* Нейропсихологическая диагностика синдрома неглекта в рамках психологического сопровождения пациентов в остром периоде ишемического инсульта // Психология человека и общества. 2020. № 3 (20). С. 47–53.
5. *Никитаева Е.В.* Нейропсихологическая восстановительная работа по преодолению синдрома неглекта у пациентов в остром периоде после ишемического инсульта // Молодой ученый. 2020. № 26 (316). С. 269–271.

Подходы к нейрокогнитивной реабилитации у пациенток с нервной анорексией

Пичиков А.А., Иванов А.Б., Саломатина Т.А.
ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева»
Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
sigurtos@mail.ru

Ключевые слова: расстройства пищевого поведения, нервная анорексия, реабилитация, нейрокогнитивный дефицит

Approaches to neurocognitive rehabilitation in patients with anorexia nervosa

Pichikov A.A., Ivanov A.B., Salomatina T.A.
V.M.Bekhterev National Medical Research
Center for Psychiatry and Neurology,
St. Petersburg, Russia

Key words: eating disorders, anorexia nervosa, rehabilitation, neurocognitive deficits

Введение. Нервная анорексия (НА) считается одним из самых сложных психических расстройств для лечения. Отсутствуют утвержденные методы фармакотерапии и недостаточно данных об эффективности предлагаемых психотерапевтических подходов. Этиология НА до сих пор неясна, однако нейропсихологические исследования неоднократно демонстрировали значительный дефицит исполнительных (управляющих) функций, таких как смена психологической установки (когнитивная ригидность) и слабая центральная когерентность (детальная обработка без оценки общей картины). Кроме того у пациентов с НА также часто нарушается процесс принятия решений.

Когнитивная реабилитация (КР) при НА была разработана как адъювантное лечение, направленное на уменьшение выраженности нейрокогнитивного дефицита, а также для улучшения клинических исходов заболевания. Существует значительное количество исследований, которые подтверждают клиническую эффективность КР у взрослых. К эффектам КР относят не только улучшение когнитивного профиля, но и формирование доверия к последующим этапам терапии, уменьшение количества рецидивов и выбывания из терапии. По сути, это может быть связано с развитием метакогнитивного познания, то есть формирования понимания особенностей своего мышления, закрепляющего патологию-

ческие формы поведения. Вместе с тем, в настоящее время недостаточное исследований нейрокогнитивного дефицита и эффективности КР у лиц молодого возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 8 пациенток с ограничительным типом НА в возрасте от 16 до 19 лет, госпитализированных в отделение подростковой психиатрии НМИЦ ПН им. В.М. Бехтерева. Критериями не включения были очистительный тип НА, выраженная депрессия, умственная отсталость, хроническая неврологическая патология.

Пациентки проходили лечение в стационаре, согласно протоколам, разработанным на отделении. Использовалась соматотропная терапия, нутриционная реабилитация, а также поддерживающая психотерапия. Психофармакотерапия использовалась симптоматически и не являлась приоритетным методом лечения.

Перед проведением КР и после неё все восемь пациенток были обследованы на предмет наличия нейрокогнитивного дефицита. Учитывая предыдущие исследования, прицельно оценивались исполнительные функции с помощью висконсинского теста сортировки карточек, цветового теста Струпа, и теста прокладывания пути. Помимо этого до и после КР проводилась оценка ИМТ и выраженности симптомов РПП по шкале оценки пищевого поведения (ШОПП).

Модуль КР был направлен в первую очередь на оценку и улучшение центральной когерентности, гибкости мышления, многозадачности, а также получение обратной связи в процессе выполнения заданий. Модуль состоял из 12 сессий. Встречи проводились с частотой 2 раза в неделю. Сессия № 1 включала в себя разъяснение сути программы, ее структуры и целей. Сессии № 2–11 включали в себя различные упражнения и домашние задания, направленные на перечисленные выше дефицитные звенья в когнитивном функционировании. В процессе выполнения заданий пациента побуждали к определению своего когнитивного стиля и оценке его сильных и слабых сторон. Вместе с терапевтом происходило обсуждение других способов мышления и неопробованных поведенческих стратегий. Сессия № 12 включала обсуждение всего пройденного курса. Также пациенту предлагалось письменное задание с изложением ощущений от терапии, оценкой ее позитивных и негативных сторон, практического смысла.

Результаты. В результате сравнительного анализа показателей до и после КР было выявлено значительное снижение баллов по следующим шкалам ШОПП: стремление к худобе ($9,7 \pm 2,4$ и $6,3 \pm 1,8$ соответственно), неэффективность ($14,3 \pm 3,9$ и $9,4 \pm 2,1$) и перфекционизм ($12,0 \pm 1,7$ и $10,6 \pm 3,5$). После прохождения терапии пациенты показывали меньшее количество персеверативных ошибок при прохождении висконсинского теста сортировки карточек ($10,3 \pm 4,1$ и $6,9 \pm 2,7$), быстрее выполняли

тест следования по маршруту (Б) ($59,1 \pm 17,9$ и $53,2 \pm 16,4$) и показывали меньший уровень интерференции при прохождении теста Струпа ($21,7 \pm 11,2$ и $17,4 \pm 10,8$). ИМТ у всех пациенток увеличился, средний показатель прибавки составил $2,7 \pm 1,5$ кг.

Учитывая обсуждение в научной литературе нейрокогнитивного дефицита как эндотипа НА, который не претерпевает изменений также и после прибавки веса, способствуя высокой частоте рецидивирования, мы предположили, что основное значение в улучшении когнитивного профиля сыграла КР, а не прибавка веса. Однако, это требует уточнения в будущих исследованиях при сравнении с пациентами, проходящими стандартную программу лечения.

При оценке терапевтического вмешательства все пациентки отметили, что данная форма работы является увлекательной, веселой и познавательной. Особое значение пациентки придавали тому, что в процессе работы практически не обсуждались «опасные» темы, связанные с весом, едой и отношениями с семьей, т.е. являлись эмоционально нейтральными. Вместе с тем, применимость полученных навыков метакогнитивного познания в обыденной жизни вызывала у пациенток определенные трудности, что, с нашей точки зрения, требует доработки модуля.

Выводы. Наше пилотное исследование показало, что предположительно КР может быть эффективным методом коррекции нейрокогнитивного дефицита у пациенток с НА. Необходимо воспроизведение полученных результатов на больших выборках исследуемых, а также усовершенствование формата обучения с прицельным обсуждением практических навыков, которые дает подобная форма терапии пациентам в обычной жизни.

Профилактика когнитивных дефицитов в позднем возрасте: первичная адаптация программы «Cognitive Stimulation Therapy» (CST) в России

Рощина И.Ф.

*ФГБНУ «Научный центр психического
здоровья», МГППУ, Москва, Россия
ifroshchina@mail.ru*

Дерюганова О.А.

*МГППУ, Москва, Россия
deryuganova95@mail.ru*

Калантарова М.В.

*МГППУ, Москва, Россия
kalanatarovamv@mgppu.ru*

Шведовская А.А.

*МГППУ, Москва, Россия
anna.shvedovskaya@mgppu.ru*

Хромов А.И.

*МГППУ, Москва, Россия
hromovai@mgppu.ru*

Ключевые слова: когнитивная сфера, когнитивные нарушения,
«Программа когнитивной стимуляции» (CST)

Prevention of cognitive deficits at a later age: initial adaptation of the Cognitive Stimulation Therapy (CST) program in Russia

Roshchina I.F.

*Mental Health Research Center,
MSUPE, Moscow, Russia*

**Deruyganova O.A., Kalantarova M.V.,
Shvedovskaya A.A., Khromov A.I.**

MSUPE, Moscow, Russia

Keywords: cognitive sphere, cognitive impairment, «Cognitive Stim-
ulation Therapy» (CST)

Введение. Современная тенденция возрастания в популяции числа лиц пожилого и старческого возраста ставит перед специалистами задачу своевременной качественной диагностики когнитивного сниже-

ния и разработки программ коррекции непатологических особенностей психической деятельности пожилых людей, а также программ когнитивной стимуляции в комплексной медико-психологической работе с пациентами при начальных формах деменции [Рошина И.Ф., Шведовская А.А., 2019]. Больших успехов в данной области достигли коллеги из Великобритании, чья программа CST, разработанная А. Spector, входит в руководство Великобритании по лечению деменции и успешно применяется ещё в 29 странах [Spector A., Orrell M., Woods B., 2010]. CST направлена на тренировку и коррекцию когнитивных функций у лиц позднего возраста с нормальным старением, с синдромом мягкого когнитивного снижения (МСИ) и деменцией. Когнитивный тренинг CST включает в себя 14 сессий продолжительность 40–45 мин, 2 раза в неделю, в первой половине дня. Количество участников – 8 человек в группе. Каждая сессия посвящена определенной тематике и имеет заданную структуру [Streater A., Spector A, Aquirre E., Woods R. et al., 2012].

Цель исследования. В рамках проекта по адаптации CST в России важной задачей являлась разработка стимульных материалов для каждого занятия когнитивного тренинга, адаптированных для российской популяции, а также создание диагностического комплекса для отбора пожилых людей с жалобами на снижение памяти для участия в программе CST и оценки ее эффективности.

Материал и методы. Для формирования стимульного материала занятий когнитивного тренинга был разработан специализированный опросник, направленный на выявление культурных и иных предпочтений респондентов. Результаты опроса фокус-группы людей старше 60 лет (60 чел.) обработаны для включения в тематику проведения каждого из 14 занятий программы CST. Диагностический комплекс для оценки когнитивной сферы и качества жизни включил краткую шкалу оценки психического статуса (MMSE), монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (MoCA) и краткую форму опросника оценки качества жизни (MOS SF-36). В исследовании приняли участие 15 респондентов ТЦСО Арбат (Москва) преимущественно женского пола (12 женщин и 3 мужчин) в возрасте от 62 до 87 лет. После первичной диагностики для дальнейшего участия в программе было отобрано 12 человек. Критерии исключения: выраженная депрессия, существенное снижение слуха и/или зрения, заболевания в период обострения.

Результаты. Результаты первичной диагностики в отобранной группе респондентов показали, что 7 участников по методике MMSE набрали 28–30 баллов (нормативные показатели), а у 7 участников были отмечены результаты в рамках МСИ (от 24 до 27 баллов). По методике MoCA 5 испытуемых получили 26 баллов и выше (нормативные показатели). Результаты остальных испытуемых (7 человек) по этой методике были в диапазоне от 22 до 25 баллов, что указывало на МСИ. По резуль-

татам качественного анализа выполнения проб MMSE и MoCA у 50 % испытуемых были выявлены: снижение в оптико-пространственной сфере (наличие пространственных ошибок при копировании геометрических фигур, ошибки при расстановке стрелок на циферблате в Clock-test), сужение объема слухоречевой памяти и тормозимость следов после интерференции, затруднения в повторной речи, негрубое снижение уровня обобщения при исследовании мышления. У 40 % респондентов были выявлены признаки снижения нейродинамических параметров психической деятельности. При этом все испытуемые были хорошо ориентированы в месте и во времени, нарушения критичности не отмечались. Практически всем респондентам была доступна самокоррекция в отношении допущенных ошибок.

По методике MOS SF-36 респонденты получили низкие балы по следующим шкалам: физическое функционирование (PF), общее состояние здоровья (GH) и влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование (RE).

Резюме. Полученные результаты исследования когнитивной сферы у обследованных участников проекта соответствуют описанным ранее симптомам нейропсихологического синдрома нормального старения и особенностям психических функций при синдроме мягкого когнитивного снижения [Корсакова Н.К., Рощина И.Ф., 2009].

В дальнейшей работе по адаптации CST на российской выборке будет проведен тренинг с использованием стимульного материала, отобранного при исследовании на фокус-группе, а также оценка эффективности результатов когнитивного тренинга и сопоставление отечественных данных с аналогичными работами британских коллег [Spector A., Orrell M., Woods B., 2010].

Литература

1. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. 2009. № 3–4. С. 4–8.
2. Рощина И.Ф., Шведовская А.А. Когнитивные дефициты в позднем онтогенезе: основание для программ профилактики и коррекции // VII Всероссийская научно-практическая конференция по психологии развития (чтения памяти Л.Ф. Обуховой) «Возможности и риски цифровой среды»: сборник материалов конференции (тезисов). М.: Издательство ФГБОУ ВО МГППУ, 2019; Т. 2. – С. 119.
3. Spector A., Orrell M., Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia // *International journal of Geriatric Psychiatry*. 2010; 25 (12): 1253–1258.
4. Streater A., Spector A, Aquirre E., Woods R. et al. Maintenance cognitive stimulation therapy (GST) in practice study protocol for a randomized controlled trial // *Trials*. 2012; 13(91).

Клинико-нейропсихологическая оценка динамики психической деятельности у кровных родственников пациентов с болезнью Альцгеймера

Рощина И.Ф.

*ФГБНУ «Научный центр психического
здоровья», МГППУ, Москва, Россия
ifroshchina@mail.ru*

Селезнева Н.Д.

*ФГБНУ «Научный центр психического
здоровья», Москва, Россия
nselezneva@yandex.ru*

Ключевые слова: родственники 1-й степени родства, болезнь Альцгеймера, клинико-нейропсихологическое исследование, когнитивная сфера

Clinical and neuropsychological assessment of the dynamics of mental activity in blood relatives of patients with Alzheimer's disease

Roshchina I.F.

*Mental Health Research Center,
MSUPE, Moscow, Russia*

Selezneva N.D.

*Mental Health Research Center,
Moscow, Russia*

Keywords: first-degree relatives of AD patients, Alzheimer's disease, clinical and neuropsychological research, cognitive sphere

Введение. В комплексной научной и практической клинико-психологической работе с пациентами позднего возраста важной задачей является помощь родственникам пациентов с деменциями позднего возраста с целью выявления у них особенностей когнитивных функций, которые являются ранними симптомами мнестико-интеллектуального снижения. В отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ в 2012–2020 гг. проводится мультидисциплинарное катamnестическое исследование когнитивной и некогнитивной сферы у когорты родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера (БА). Первые результаты клинико-психопатологического исследования были представлены в предыдущих публикациях [Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф. и др., 2012]. Исследование особенностей когнитивной сферы у род-

ственников 1-й степени родства больных БА обусловлено современными представлениями о том, что задолго до появления этого заболевания выявляются специфические когнитивные особенности, которые могут свидетельствовать о повышенном риске развития нейродегенеративного процесса. В 22х-летнем проспективном исследовании M.F. Elias, A. Weiser et al. (2000) было установлено, что более низкие оценки по тестам вербальной памяти и абстрактного мышления имеют те лица, у которых спустя 10 лет после первичного обследования была диагностирована БА [3]. В сравнительном исследовании вербальных функций в когорте из 623 детей больных БА и группы контроля установлены значимо более низкие результаты опосредованной вербальной памяти у детей пациентов с БА [Cupples L.A., Fager L.A., et al, 2004].

Цель исследования. Клинико-психологическое исследование динамики когнитивной сферы (с применением нейропсихологического подхода) у родственников 1-й степени родства больных БА.

Испытуемые. В когорту катамнестического изучения, длящегося 8 лет, было включено 236 родственников 1-й степени родства больных БА (80 м., 156 ж.): 208 чел. – дети пробандов, 28 чел. – братья и сестры. Средний возраст – 48,3+12,4 г. Группу контроля составили 74 чел., не имевших среди родственников пациентов с БА (25 м., 49 ж.). Средний возраст – 56,2+15,2 г.

Методы исследования. Проведено комплексное исследование, включающее психопатологический, катамнестический, нейропсихологический, статистический методы. На каждого обследованного заполнялась клиническая карта обследуемого (формализованный инструмент клинической и психопатологической оценки состояния пациента). Комплексное нейропсихологическое исследование было основано на принципах отечественной нейропсихологической школы А.Р. Лурия и включало оценку операциональных компонентов психической деятельности, а также регуляторных и нейродинамических параметров деятельности психической деятельности. Количественная оценка результатов нейропсихологического обследования осуществлялась с опорой на шкалу нейропсихологического исследования и «экспресс-методику исследования когнитивных функций» в позднем возрасте [Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф., 2009].

Результаты. По анамнестическим данным у родственников больных БА по сравнению с группой контроля отмечались следующие виды когнитивной конституциональной недостаточности: трудности усвоения цифровой информации, трудности пространственной ориентировки, затруднения в усвоении мануальных навыков. Различия между группами по указанным параметрам когнитивной сферы достигали уровня значимости ($p < 0,05$).

Сравнение результатов первичного комплексного нейропсихологического исследования в группе родственников 1-й степени родства и в группе контроля показало отсутствие значимых различий между группа-

ми при выполнении проб на зрительный и слуховой гнозис, кинестетический праксис, экспрессивную и импрессивную речь, зрительную память, вербальное и невербальное мышление. Нейродинамические параметры психической активности также значимо не отличались у испытуемых обеих групп. На этом фоне испытуемые группы родственников значимо хуже выполняли пробы Г. Хэда (пространственная организация праксиса). Также следует отметить значимые различия между группами при выполнении комплекса проб на оптико-пространственную деятельность (самостоятельный рисунок пространственно ориентированных фигур, рисунок геометрических фигур по речевой инструкции), а также при произвольном запоминании вербальных стимулов. Значимые различия между группами обнаружались и в произвольной регуляции деятельности при решении 4 арифметических задач. Трудности при решении арифметических задач проявлялись в снижении самостоятельного программирования деятельности, которые во многих случаях компенсировались с помощью внешней коррекции. Сравнение результатов выполнения «экспресс-методики исследования когнитивных функций» в обеих обследованных группах показало более низкие результаты по всем субтестам и общему баллу у родственников по сравнению с группой контроля. Уровня статистической значимости ($p < 0,05$) различия достигали по параметрам зрительной и слухо-речевой памяти при произвольном запоминании 10 слов и при непосредственном запоминании геометрических фигур (тест Бентона). Нейропсихологическое обследование в динамике (через 8 лет) показало, что у 131 обследованных из группы родственников не наблюдалось изменений (ухудшения) в когнитивной сфере, в то время как у 105 родственников отмечалось ухудшение по всем указанным ранее параметрам психической деятельности (пространственная организация праксиса, оптико-пространственная деятельность, зрительная и слухо-речевая память, произвольная регуляция деятельности). Кроме того, обнаружено значимое усиление тормозимости следов при отсроченном воспроизведении, снижение номинативной функции речи, к которым добавились значимые различия при выполнении проб на кинетическую организацию праксиса, а также снижение нейродинамических параметров психической активности.

Резюме. Проведенное исследование указывает на необходимость проведения родственникам пациентов с БА нейропсихологической диагностики для выявления особенностей когнитивного функционирования, а также психологической поддержки (сопровождения) и коррекционной работы.

Литература

1. 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.

2. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Коровайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогов 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.
3. Elias M.F., Beiser A., Wolf P.A., Au R., White R.F., D'Agostino R.B. The preclinical phase of Alzheimer disease: a 22-year prospective study of the Framingham Cohort. Arch Neurol. 2000; 57: 808–813.
4. Cupples L.A., Farrer L.A., Sadvnick A.D. et al. Estimating risk curves for first-degree relatives of patients with Alzheimer's disease: the REVEAL study. Genet Med. 2004; 6: 192–196.

Нейрокогнитивные функции у детей и подростков с разной цифровой активностью и увлеченностью видеоиграми*

Солдатова Г.У.

*ФГБОУ ВО МГУ имени М.В. Ломоносова,
Московский институт психоанализа, Москва, Россия
soldatova.galina@gmail.com*

Вишнева А.Е.

*Центр патологии речи и нейрореабилитации, Москва, Россия
anastasiya.vish@gmail.com*

Ключевые слова: нейрокогнитивные функции, нейропсихологические индексы, видеоигры, цифровая активность

Neurocognitive functions in children and adolescents with different digital activities and passion for video games

Soldatova G.U.

*Corresponding Member of the Russian Academy
of Education, Lomonosov Moscow State University;
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia*

Vishneva A.E.

*Clinical Psychologist, Speech Pathology and
Neurorehabilitation Center, Moscow, Russia*

Keywords: neurocognitive functions, neuropsychological indices, video games, digital activity

Введение. Онлайн-игры – одна из наиболее распространенных форм цифровой активности детей и подростков. В настоящее время продолжает нарастать всеобщая обеспокоенность последствиями увлеченности видеоиграми детей младшего возраста, включая дошкольников. Это особенно значимо в ситуации, когда медиамногозадачность становится предпочтительным форматом деятельности детей и подростков в интернете [2]. В то же время существуют исследования, показывающие, что использование видеоигр в определенных временных рамках способствует хорошей концентрации внимания и лучшей школьной успеваемости [3].

* Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект № 19-29-14181.

Материал и методы. В настоящей работе мы исследуем нейрокогнитивные функции у детей и подростков, играющих и не играющих в онлайн игры, с разной цифровой активностью. В исследовании приняли участие 100 детей (5–6 лет, $n=50$, 7–10 лет, $n=50$), 100 подростков (11–14 лет, $n=52$; 15–17 лет, $n=48$) и родители этих детей ($n=200$). Использовалась сокращенная батарея нейропсихологических методик [1] и социальное-психологические опросники для детей и родителей. Нейропсихологический комплекс включал в себя 7 методик, позволяющих оценить слухоречевую и зрительно-пространственную память, динамический праксис, графические навыки, возможности составления рассказа по серии картинок. Подростки выполняли субтесты Осведомленность и Понятливость детского варианта теста Векслера [4]. Полученные в результате проведения нейропсихологических методик 58 шкал объединялись в 7 нейропсихологических индексов [1]: программирование и контроль (навыки анализа условий выполняемого задания, построение и усвоение алгоритма действий, контроль над их выполнением); серийная организация движений и действий; переработка слуховой информации; переработка зрительно-пространственной информации (зрительно-пространственная память), левополушарные функции, правополушарные функции, нейродинамические показатели психической деятельности (утомляемость, тонус рук). По цифровой активности дети и подростки были разделены на три группы Дети 5–10 лет: низкая – до 1 часа, средняя – 1–3 часа и высокая – более 3-х часов в день. Подростки: низкая – до 3-х часов, средняя – 3–5 часов и высокая – более 5-ти часов в день.

Результаты. Были получены значимые различия у играющих и неиграющих в онлайн-игры детей 5–10 лет в управляющих функциях программирования, контроля и серийной организации движений, в зрительно-пространственной памяти и в фоновом компоненте психической деятельности (нейродинамике). У играющих в онлайн-игры детей серийная организация движений (плавность переключений от одного компонента программы к другому, в том числе и при выполнении интеллектуальных заданий) ($F=5,646$, $p<0,05$) и нейродинамический компонент психической деятельности ($F=3,451$, $p=0,066$), были развиты хуже, чем у неиграющих в онлайн-игры детей в независимости от их цифровой активности. В индексах программирования и контроля ($F=3,646$, $p<0,05$) и в зрительно-пространственной памяти ($F=3,710$, $p<0,05$) были выявлены взаимодействия факторов онлайн-игры и цифровой активности. У играющих в онлайн-игры детей с низкой пользовательской активностью показатели произвольной регуляции были несколько хуже, чем у неиграющих детей, а показатели зрительной памяти у представителей двух групп приблизительно одинаковые. У детей со средней пользовательской активностью (1–3 часа в день) разница между играющими и не играющими детьми была выражена больше – не играющие дети,

по произвольной регуляции и зрительной памяти демонстрировали более высокие результаты, чем играющие дети. Неиграющие в онлайн-игры дети со средней пользовательской активностью, имели самые лучшие показатели по произвольной регуляции и объему зрительной памяти, по сравнению со всеми другими группами детей. Среди детей с высокой пользовательской активностью (более 3-х часов в день) играющие в онлайн игры дети, наоборот, по программированию и контролю и по объему зрительной памяти показывали более высокие результаты, чем не играющие дети, но проводящие в интернете такое же длительное время.

В группе подростков (11–17 лет) между группами играющих и неиграющих не отмечалось значимых различий в тех нейропсихологических индексах, по которым были обнаружены различия у младших детей. В группе подростков были получены различия на уровне тенденции между играющими и неиграющими в компьютерные игры подростками по индексу состояния функций левого полушария ($F=3,625$, $p=0,060$). У играющих в онлайн-игры подростков левополушарные (аналитические) функции были развиты лучше, чем у неиграющих подростков независимо от их пользовательской активности. Были получены значимые различия в правополушарных функциях у подростков с разной цифровой активностью ($F=3,14$, $p<0,05$): у подростков со средней пользовательской активностью правополушарные (холистические) функции были развиты значимо лучше, чем у подростков с низкой и, особенно, с высокой пользовательской активностью. Были получены различия на уровне тенденции ($F=3,92$, $p=0,051$) между играющими и неиграющими подростками в результатах субтеста Осведомленность детского варианта теста Векслера и в продуктивности серийного счета (от 100 по 7) ($F=3,728$, $p=0,057$). Подростки, играющие в онлайн-игры, имели более высокие баллы по осведомленности и лучше выполняли серийный счет в уме, что указывает на высокий уровень интеллекта и эрудиции, хорошую рабочую память и устойчивость внимания у играющих подростков.

Заключение. Были выявлены различные тенденции у играющих и не играющих в онлайн игры детей и подростков. У детей младшего возраста (5–10 лет) отмечалось больше различий в нейропсихологических индексах и играющие в онлайн-игры дети имели результаты хуже, чем не играющие. Это закономерно, поскольку активное формирование высших психических функций происходит именно в младшем возрасте. Также закономерно то, что играющие в онлайн-игры дети имели более низкие показатели в серийной организации и в нейродинамике, поскольку формирование этих функций наиболее тесно связано с моторным развитием ребенка, чему мало способствует длительное пребывание ребенка с цифровым устройством. В индексе программирования и контроля и в объеме зрительной памяти наиболее продуктивными

оказались не играющие в онлайн-игры дети со средней цифровой активностью. Однако у детей с высокой цифровой активностью, наоборот, наиболее продуктивными по этим параметрам были играющие дети, по сравнению с неиграющими. В группе подростков уже не отмечается выраженной связи управляющих функций, фонового компонента психической деятельности и увлеченности онлайн-играми. Но выявляются различия именно в интеллектуально-когнитивных функциях – общей осведомленности, в математических и аналитических (левополушарных) способностях. Причем у подростков отмечается обратная картина – интеллектуально-когнитивные функции лучше развиты у играющих в онлайн-игры подростков, по сравнению с неиграющими подростками.

Литература

1. Методы нейропсихологического обследования детей 6–9 лет / Под ред. Т.В. Ахутиной. М.: В. Секачев, 2016.
2. Солдатова Г.У., Рассказова Е.И., Нестик Т.А. Цифровое поколение России: компетентность и безопасность. М.: Смысл, 2017.
3. Солдатова Г.У., Теславская О.И. Видеоигры, академическая успеваемость и внимание: опыт и итоги зарубежных эмпирических исследований детей и подростков Современная зарубежная психология 2017. Том 6. № 4. С. 21–28.
4. Филимоненко Ю.И., Тимофеев В.И. Руководство к методике исследования интеллекта у детей Д. Векслера. СПб.: ИМАТОН, 1992.

Проблемы развития нейропсихологической помощи детям с нарушениями психического онтогенеза

Султанова А.С.

*ФГБНУ «Институт изучения детства,
семьи и воспитания Российской академии
образования», Москва, Россия*
alfiya_sultanova@mail.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая коррекция, методы коррекции дизонтогенеза, развитие нейропсихологической помощи

Problems of the development of neuropsychological assistance for children with disorders of mental ontogenesis

Sultanova A.S.

*Institute for the study of childhood,
family and education of Russian
academy of education, Moscow, Russia*

Keywords: neuropsychological correction; methods for correction of mental ontogenesis disorders; development of neuropsychological assistance

В настоящее время сохраняется тенденция к повышению распространенности различных отклонений в психическом развитии детей и подростков. Соответственно, возрастает запрос на разработку методов помощи детям с нарушениями психического онтогенеза. В связи с этим можно было бы ожидать активного обращения к практическому потенциалу отечественной клинической психологии. Между тем, с конца 1990-х – начала 2000-х годов по настоящее время в нашей стране более активно внедряются зарубежные методики работы с этими детьми. Часть этих методик потенцируются как коррекционные, «терапевтические», хотя являются обучающими (например, АВА-терапия) или служат для улучшения эмоционального благополучия детей и родителей (песочная терапия, вестибулярная стимуляция и пр.). Большая часть предлагающихся методик никогда не проходили серьезной апробации, не были научно исследованы, их результативность и безопасность никогда не были достоверно доказаны. В последние годы отмечается тенденция применять при коррекции дизонтогенеза методы, разработанные

для людей с органическим или резидуально-органическим поражением ЦНС (ТКМП, воздействия остеопатов, айтрекинг, ТЭС и др.). Несмотря на то, что у детей с нарушениями психического развития практически всегда имеется органическая патология (чаще – резидуальная, последствия перинатального поражения ЦНС), эти методы малоэффективны для преодоления проявлений дизонтогенеза и в данном случае не должны являться основными. В особенности это касается помощи детям с тяжелыми формами патологических состояний (например, выраженные аутистические расстройства, умственная отсталость), со сложной структурой дефекта; а именно родители таких детей наиболее активно ищут помощи и готовы применять любые методы.

По нашему мнению, устойчивый положительный результат при коррекции ребенка с различными отклонениями психического развития может обеспечить только комплексное сопровождение онтогенеза, согласованная комбинированная работа различных специалистов с ребенком, и среди этих специалистов должен быть детский нейропсихолог. В отличие от упоминавшихся выше методик, разработанные в отечественной нейропсихологии методы базируются на научной основе; их теоретическим основанием являются фундаментальные труды отечественных психологов, нейропсихологов, психофизиологов (Л. С. Выготский, А. Р. Лурия, Н. А. Бернштейн), исследования в области детской нейропсихологии (Э. Г. Симерницкая и др.), а также данные, накопленные при реабилитации больных с локальными поражениями головного мозга (Л. С. Цветкова, Т. В. Ахутина и др.). Методы нейропсихологии детского возраста уже несколько десятилетий успешно применяются для коррекции различных патологических состояний у детей, и «фокус» проблем, с которыми сталкивается развитие нейропсихологической помощи, несколько сместился. Ранее основной проблемой являлось отсутствие в обществе, в т.ч. у различных специалистов, сведений о детской нейропсихологии (часто даже смешивались понятия «нейропсихологическая коррекция» и «нейролингвистическое программирование»); сейчас круг проблем несколько шире. В настоящее время можно к ним можно отнести:

1. Недостаточная внутренняя согласованность среди представителей различных направлений НК. Условно методы НК можно разделить на «настольные» (например, «Школа внимания» Т. В. Ахутиной и Н. М. Пылаевой) и моторные. Моторных методов НК два – метод замещающего онтогенеза (А. В. Семенович, Б. А. Архипов) и созданный на его основе, но давно получивший развитие как самостоятельный, метод сенсомоторной коррекции (Т. Г. Горячева, А. С. Султанова). Другие моторные методики НК являются модификацией или сочетанием данных методов. Моторные методы незаменимы при работе с детьми раннего возраста, а также с детьми, имеющими выраженную степень психической патологии. При этом на фоне выполнения упражнений не-

обходимо применять методы психологического воздействия на ребенка, иначе занятия с нейропсихологом не будут отличаться от физических занятий.

2. Недостаток квалифицированных специалистов. Востребованность нейропсихологической помощи приводит к появлению псевдоспециалистов, которые не являются клиническими психологами или не получили достаточной квалификации для проведения грамотной нейропсихологической диагностической и коррекционной работы. Эти «специалисты» могут быть довольно активны в соцсетях, но работают с низкой результативностью. Также все чаще появляются специалисты-теоретики, которые не имеют соответствующего образования и не работают с детьми, однако рассуждают о тех или иных нейропсихологических методах. Это не только не соответствует профессиональной этике, но и дискредитирует нейропсихологию как научно-практическую отрасль.

3. Распространение «мифов» о нейропсихологической помощи, которые зачастую исходят от самих специалистов. Наибольший вред наносит представление об эффективности 20 занятий, которое, вероятно, изначально появилось как некоторый маркетинговый ход. Нейропсихологическая коррекция – длительный, часто – многолетний процесс, который эффективен только при регулярном проведении занятий (не реже двух раз в неделю, не менее полугода). Другие уже начавшие укореняться неверные представления – о необходимости домашних занятий и о том, что нейропсихологическая помощь ребенку возможна только после 5–7 лет. В действительности, родители должны заниматься с ребенком самостоятельно только в исключительных случаях, чаще всего занятия дома приводят к закреплению неправильного способа выполнения упражнений и нарушению детско-родительских отношений. Нейропсихологическая диагностика и коррекция может осуществляться, начиная с раннего возраста, при этом должны использоваться специфические методы (которыми, видимо, владеют не все специалисты).

4. Представления некоторых специалистов и родителей о достаточности кратковременных («вахтовых») способов помощи ребенку. Как отмечалось выше, полноценная НК – длительный процесс. Наш многолетний опыт работы с детьми, имеющими нарушения развития, показывает, что ни один краткосрочный метод не дает результатов, сопоставимых с длительным сопровождением онтогенеза квалифицированным нейропсихологом.

5. Проблема оценки эффективности нейропсихологической помощи. Оценку эффективности НК необходимо осуществлять не столько опросом родителей, сколько повторными диагностическими мероприятиями и опросом специалистов, работающих с ребенком. Кроме того, в связи с тем, что НК – длительный процесс, часто возникает вопрос о разграничении результатов НК и возрастных изменений.

6. Низкая информированность педагогов, представителей медицинских и др. профессий о возможностях нейропсихологической коррекции. Эта проблема усугубляется также тем, что часто о результативности НК делают выводы, столкнувшись с работой недостаточно квалифицированных специалистов.

Решение этих вопросов необходимо для полноценного развития нейропсихологической помощи детям с нарушениями психического онтогенеза.

Нейропсихологическая коррекция детей раннего возраста с нарушениями психического развития

Султанова А.С.

*ФГБНУ «Институт изучения детства,
семьи и воспитания Российской академии
образования», Москва, Россия*
alfiya_sultanova@mail.ru

Корнеев М.Б.

*Медико-психологический центр
«Достижение», Москва, Россия*
korn.05@list.ru

Сонгулия Я.В.

*Центр нейропсихологической коррекции детей и
подростков «Здоровое поколение», Королев, Россия*
chigirina-yana@yandex.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая коррекция, ранний возраст, нарушения психического развития

Neuropsychological correction of young children with disorders of mental development

Sultanova A.S.

*Institute for the study of childhood, family and education
of Russian academy of education, Moscow, Russia*

Korneev M.B.

*Medical and psychological center
«Achievement», Moscow, Russia*

Songuliia I.V.

*Center for neuropsychological correction of children
and adolescents «Healthy Generation», Korolev, Russia*

Keywords: neuropsychological correction, early age, mental development disorders

Проблема оказания помощи детям раннего возраста с различными отклонениями в развитии становится крайне актуальной. Это связано, прежде всего, с ухудшением состояния здоровья детей, высокой распространенностью как негрубых, так и тяжелых отклонений психического развития. В настоящее время в нашей стране отмечается беспрецедентное увеличение количества детей-инвалидов; при этом, по

данным Росстата, первые места в структуре детской инвалидности занимают психические расстройства и расстройства поведения; болезни нервной системы; врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения [1]. Т.е. в большинстве случаев это те заболевания и нарушения развития, признаки которых начинают проявляться уже в раннем возрасте (ранний детский аутизм, нарушения зрения или слуха, задержка психомоторного и психоречевого развития и мн. др.). Следовательно, не только лечебную, но и коррекционно-развивающую работу с этими детьми необходимо начинать как можно раньше. Однако большинство специалистов (нейропсихологи, логопеды и др.) предпочитают заниматься с детьми, начиная с 5–6-летнего возраста. Более того, не зная методов раннего вмешательства и полагая, что их не существует, они «транслируют» свою позицию на консультациях, в соцсетях и других медиаресурсах. В результате упускается самый благоприятный этап с точки зрения возможности оказания коррекционной помощи, у ребенка закрепляются механизмы дизонтогенеза, развиваются патологические процессы.

Наш многолетний опыт нейропсихологической коррекции показывает, что на этапе раннего возраста заниматься с ребенком возможно и необходимо. В период с 2014 по 2019 г. нами была проведена нейропсихологическая коррекционная работа с детьми в возрасте от 1,5 до 3 лет со следующими установленными отклонениями психического развития: 47 детей – невротические реакции, синдром двигательных нарушений и другие неврологические синдромы на резидуально-органическом фоне (последствия перенесенного перинатального поражения ЦНС), 40 детей – задержка психоречевого развития, 32 ребенка – расстройство аутистического спектра (РАС), 22 ребенка – эпилепсия, 8 детей – синдром Дауна, 4 ребенка – ДЦП с ЗПР. В 30 % случаев нейропсихологическая коррекция сочеталась с медикаментозным лечением. У всех детей отмечалась положительная динамика, которая выражалась как в снижении негативных проявлений (уменьшение частоты стереотипного поведения, эхолалий, невротических реакций и пр.), так и в улучшении развития психических функций (речи, моторики, предметного мышления, коммуникативных функций и др.). Улучшения отмечали не только родители, но и врачи, обследовавшие детей, а также специалисты, проводящие параклинические исследования (ЭЭГ, ЭХО-ЭС, ВП и др.). Необходимо отметить, что нейропсихологическая коррекция детей раннего возраста имеет свои специфические особенности: предпочтение двигательных методик, необходимость «установочно-разъяснительного» этапа для родителей, индивидуальный подход к каждому ребенку, учет данных клинических и параклинических исследований, обязательное введение игровой мотивации и системы поощрений. Основу нашей работы с детьми раннего возраста составляет сенсомоторная коррекция (СМК), базовый принцип которой – оптимизация хода психического онтогенеза через определенным образом организованное воздействие на сенсорную и моторную сферу ребен-

ка [2]. Сенсомоторная коррекция позволяет достичь следующих задач: улучшение функционирования центральной нервной системы в целом, оптимизация процессов возбуждения, торможения, распределения активации; достижение оптимальной для данного возрастного этапа функциональной дифференциации различных отделов нервной системы и их интегрированной работы; оптимизация развития высших психических функций (восприятие, память, речь, мышление и др.), развитие произвольной регуляции и самоконтроля. На подготовительном этапе особую важность приобретает т.н. «установочный» этап, т.к. применение данной методики не всегда соответствует ожиданиям родителей. Некоторые родители изначально формулируют запрос на обучение ребенка «буквам и цифрам»; во многих случаях нет согласованности между членами семьи в принятии диагноза ребенка и необходимости проведения коррекционных мероприятий. Между тем, именно от родителей зависит один из главных факторов эффективности – регулярность занятий. При проведении нейропсихологической коррекции обязательной является предварительная нейропсихологическая диагностика, проведение которой с детьми раннего возраста имеет свои особенности. Многие диагностические пробы не проводятся; зачастую сведения о развитии моторной, сенсорной, речевой сфер получают не с помощью специальных проб, а наблюдая за поведением ребенка, взаимодействуя с ним в игре. Кроме того, при проведении диагностики собираются и анализируются сведения о состоянии здоровья ребенка, данные имеющихся исследований, с учетом которых разрабатывается коррекционная программа. При начале коррекционной работы с ребенком раннего возраста часто достаточно много времени занимает подготовительный этап, направленный на установление контакта и привыкание ребенка к новым условиям. Этот начальный этап нередко вызывает резкие реакции протеста у детей, часто протекает на фоне негативного эмоционального состояния, но затем ребенок привыкает к занятиям, и его эмоциональный фон стабилизируется.

Ранний возраст – период, изначально привлекающий внимание как общих и возрастных, так и клинических психологов. Младенчество и раннее детство – этапы, значимость которых для развития человека трудно переоценить. Наши наблюдения подтверждают мнение многих специалистов о том, что при нарушениях психического развития очень важно, даже критично, начать коррекционно-развивающую работу именно в ранние периоды онтогенеза. Тех результатов, которых можно достичь, начиная коррекционно-развивающие мероприятия в этом возрасте, нельзя добиться в более поздние периоды онтогенеза. Но эти мероприятия должны быть грамотно спроектированы, проводиться квалифицированными специалистами, с учетом как общих закономерностей развития, так и индивидуальных особенностей ребенка, а также специфики, накладываемой имеющимися у ребенка нарушениями.

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Здравоохранение. [Электронный ресурс] URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (Дата обращения – 4.09.2020).
2. *Горячева Т.Г., Султанова А.С.* Сенсомоторная коррекция при различных отклонениях психического развития. //Неврологический вестник. Журнал им. В. М. Бехтерева. – 2008. – Т. XL, вып. 3. – с. 56–60.

Нейрокогнитивное функционирование пациентов с высоким риском шизофрении и доминированием позитивных расстройств мышления*

Фатеев Ю.С.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,
fateev.yuri@gmail.com

Плужников И.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
Pluzhnikov.iv@gmail.com

Омельченко М.А.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия
omelchenko-ma@yandex.ru

Ключевые слова: Шизофрения, психотическая симптоматика, нейропсихологические механизмы

Neurocognitive functioning in patients at high risk of schizophrenia dominated by positive thought disorders

*Fateev Iu.S., Pluzhnikov I.V., Omelchenko M.A.
FSBSI MHRC, Moscow, Russia*

Keywords: Schizophrenia, psychotic symptoms, neuropsychological mechanisms

Введение. В клинической практике протекание аффективных расстройств значительно варьируется. Встречается множество симптомов, не связанных с аффективными расстройствами, которые невозможно описать в рамках других нозологических единиц. В настоящем исследовании подобные патопсихологические феномены, схожие с психотической симптоматикой и относящиеся к симптомам из круга «шизофренического риска», были обозначены как позитивные расстройства мышления (ПРМ). Под данными симптомами понимаются проявления бредового и галлюцинаторного регистра. К бредовому спектру относятся следующие явления: напряженное или бредовое настроение с фрагментарными диссоциативными состояниями в виде нереальности происходящего, состояния *déjà vu* и *jamais vu*, а также состояния-

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 20-013-00772.

ми, напоминающими «открытость» мыслей, кратковременными идеями внешнего контроля при повышенной подозрительности и недоверчивости к окружающим. Галлюцинаторный регистр проявляется в виде слуховых и зрительных феноменов: оклики по имени, шумы, шорох, шепот и кратковременные слуховые ощущения собственного голоса, а также различных вспышек, примитивных образов, мелькающих геометрических фигур и абстрактных конструкций. Характерными особенностями для лиц с доминированием позитивных расстройств мышления является то, что больные критически относятся к подобной симптоматике, редко жалуются на нее, и зачастую имеют трудности в описании подобных жалоб, подборе слов.

Цель настоящей работы – оценить особенности когнитивного функционирования у пациентов из группы высокого риска шизофрении с доминированием позитивных расстройств мышления.

Материал и методы. Для реализации целей, поставленных в данной работе, были выбраны отечественные методики, в основном из Луриявской батареи, такие как решение арифметических задач, сложная фигура Рей-Остеррица, а также карикатуры Бидструпа [1] и современные западные методики (D-KEFS, тест Векслера). Все методики, таким образом, подобраны для возможного проведения синдромного анализа высших психических функций [2].

Нейропсихологическая батарея состояла из следующих проб: Сложная фигура Рея-Остеррица, Тест вербальной беглости, Тест образной беглости, Тест «20 вопросов», Словесно-цветовой интерференционный тест, Карикатуры Бидструпа, Шифрование (SDMT), Решение арифметических задач и прямые и обратные ряды (Digit span).

Испытуемыми выступили 35 пациентов, находящихся на стационарном лечении в клинике ФГБНУ НЦПЗ, из которых 17 пациентов обладают отдельными психотическими симптомами (основная группа), а 18 пациентов являются больными депрессией без особенностей течения заболевания (контрольная группа).

Результаты. При выполнении методики «Сложная фигура Рей-Остеррица» наблюдались значимые различия по шкале «Целостность» и баллам по копированию фигуры, где у основной группы показатели ниже ($p = 0,04$ и $p = 0,03$). При выполнении методики «Вербальная беглость» у основной группы показатели значимо ниже по шкале «потеря инструкции» и по количеству повторов ($p = 0,021$ и $p = 0,009$). Во время выполнения методики «Решение арифметических задач» наблюдались значимо низкие показатели у основной группы по шкалам: «Импульсивные решения» и ($p = 0,038$) и «Исправления» ($p = 0,008$). Значимость оценивалась по критерию Манна-Уитни (U). При выполнении методик Образная беглость, Digit span, Словесно-цветовой интерференционный тест, 20QT, Шифрование, карикатуры Бидструпа значимых различий не наблюдалось.

Группа больных с высоким риском шизофрении с доминированием ПРМ отличается от основной группы снижением функции контроля, что проявляется импульсивным выполнением, низким уровнем самокоррекции, а также высоким уровнем повторов и нарушения инструкции, что может говорить о трудностях удержания программы деятельности (планирование), а также дефицитом симультанности.

Можно предположить, что в случае пациентов с ПРМ сочетание дефицита симультанности и сниженного контроля может приводить к ошибкам интерпретации поступающей информации, а именно, в связи с доминированием фрагментарного восприятия происходит искажение воспринимаемой информации, и, как следствие, приводит к ошибкам в понимании смысла ситуации, а сниженный сдерживающий контроль, влияя на избирательность, не оттормаживает появление подобных ошибок, что провоцирует такие нарушения восприятия, как оклики, шорохи, иллюзии, что, в особенности, усугубляется в ситуациях предполагающих когнитивную уязвимость: усталость, истощение, состояние недосыпа и т.д. Превалирование фрагментарного восприятия и сниженный сдерживающий контроль могут провоцировать около бредовую симптоматику при социальном взаимодействии: подозрительность, недоверчивость, чрезмерная озабоченность. Однако сохранная критика позволяет пациентам идентифицировать данные феномены.

Выводы. Таким образом, по результатам данного исследования можно заключить о наличии особенностей нейрокогнитивного функционирования у группы лиц с высоким риском шизофрении и доминированием позитивных расстройств мышления, в виде сниженного контроля и дефицита симультанности.

Наиболее чувствительными методиками являются Сложная фигура Рей-Остеррица, тест Вербальной беглости и решение арифметических задач. Остальные методики показали незначимые результаты.

Литература

1. *Белый Б.И.* Психические нарушения при опухолях лобных долей мозга. М., 1987. 142 с.
2. *Ковязина М.С., Корсакова Н.Т.* Новый взгляд на старую проблему: категория «Синдром» в психологии // Национальный психологический журнал. 2015 – № 2(18). – С. 66–76.

Нейрокогнитивное функционирование пациентов с негативными расстройствами мышления*

Фатеев Ю.С.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Fateev.yuri@gmail.com

Плужников И.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Pluzhnikov.iv@gmail.com

Омельченко М.А.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

omelchenko-ma@yandex.ru

Ключевые слова: Шизофрения, Шизотипическое расстройство, Аффективные расстройства, Нейропсихологические механизмы, Регуляторные функции

Neurocognitive functioning of patients with negative thought disorders

Fateev Iu.S., Pluzhnikov I.V.

Omelchenko M.A. FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: Schizophrenia, Schizotypal disorder, Affective disorders, neuropsychological mechanisms, Executive functions

Введение. В клинической практике больные различных нозологий обладают схожими психопатологическими феноменами в разнообразных формах проявления от ярко выраженных шизофренических симптомов, до рудиментарных, атеннуированных симптомов из группы «шизофренического риска». Современные идеи о континууме психопатологических расстройств [2,3] теоретически обосновывают наличие возможных эндогенных процессов общего шизофренического генеза при различных нозологиях: аффективные расстройства, шизотипическое расстройство личности, шизофрения и т.д. Данные симптомы можно разделить на группу симптомов негативного (дефицитарная симптоматика) и позитивного спектра. В рамках настоящего исследования особый интерес вызывают негативные расстройства мышления, которые в клинической практике сложно отделить от симптомов аффективных расстройств. Аффективные расстройства маскируют дефицитарную симптоматику, вплетая ее в психопатологическую структуру

* Исследование выполнено при поддержке гранта РФФИ № 20-013-00772

депрессии и крайне усложняя верификацию. Отличительной особенностью дефицитарной симптоматики являются: алогия со снижением речевой продукции и спонтанности речи; абулия со снижением целенаправленной активности, а также ангедония при выраженных нарушениях мышления, в виде нарушений ассоциативного процесса, связанных с ослабленными способностями к подавлению незначимых ассоциаций, расплывчатостью, разноплановостью и причудливостью мышления. Помимо вышеперечисленного наблюдается нарушение логических связей, формирование витиеватой, метафоричной речи с использованием неологизмов, также в клинической картине встречается аспонтанность, «наплыв» мыслей и образных представлений.

Цель настоящей работы – оценить особенности нейрокогнитивного функционирования у пациентов различных нозологий с доминированием негативных расстройств мышления.

Материал и методы. Для проведения синдромного анализа [1] высших психических функций были выбраны отечественные, в основном из Луриевской батареи, и зарубежные методики из батареи Делис-Каплан и теста Векслера: Сложная фигура Рея-Остеррица, Тест вербальной беглости, Тест образной беглости, Тест «20 вопросов», Словесно-цветовой интерференционный тест, Карикатуры Бидструпа, Шифрование (SDMT), Решение арифметических задач и прямые и обратные ряды (Digit span).

Испытуемыми выступили 32 пациента, 15 из которых обладают отдельными негативными расстройствами мышления разной степени выраженности (основная группа), а 18 пациентов являются больными депрессией без особенностей течения заболевания (контрольная группа).

Результаты. По результатам прохождения нейрокогнитивного исследования группа пациентов с негативными расстройствами мышления показала значимо низкие результаты по следующим методикам: Сложная фигура Рей-Остеррица («Баллы копирования», $p=0,005$ и «Целостность восприятия», $p=0,019$); Вербальная беглость («Потеря инструкции», $p=0,024$ и «Количество повторов», $p=0,003$); Образная беглость («Включение в задание и трудности переключения», $p=0,002$ и $p=0,003$ соответственно, а также «Суммарные баллы правильных решений», $p=0,002$); Прямые и обратные ряды ($p=0,021$); Решение арифметических задач (Импульсивные решения), $p=0,037$, «Исправления», $p=0,0084$ и «Инициация», $p=0,004$); Шифрование («Количество ошибок», $p=0,005$); Карикатуры Бидструпа («Резонерство», $p=0,00$, «Сохранность процессов планирования и результирующего контроля при построении высказывания», $p=0,00$, «Выдвижение гипотезы», $p=0,01$, а также «Понимание юмора», $p=0,001$). По методикам «Словесно-цветовой интерференционный тест» и Тесту «20 вопросов» значимых различий не обнаружено. Значимость оценивалась по критерию Манна-Уитни (U).

Перечисленные выше данные говорят о нарушении регуляторных функций у пациентов с негативными расстройствами мышления, а именно: снижение контроля, функции планирования и регуляции деятельности, рабочей памяти, трудности переключения, что может говорить о дисфункции лобных долей левого полушария. Также наблюдается дефицит симультанности и нарушение смыслового компонента мышления (резонерство, понимание юмора, выдвижение верных гипотез), что связано с дисфункцией правого полушария. Для пациентов, подобное нарушение в понимании смысловых компонентов социального взаимодействия может приводить к трудностям в понимании собственных мотивов и мотивов других людей, а также эмоционального компонента взаимодействия, что может проявляться в снижении эмоциональной регуляции деятельности. Сочетание когнитивных нарушений и нарушений смыслового компонента мышления, по всей вероятности, может приводить к трудностям в целеполагании и регуляции деятельности, что можно определить, как нарушение волевой сферы.

Выводы. У пациентов с негативными расстройствами мышления наблюдаются нейрокогнитивные нарушения высших психических функций в виде снижения дефицита симультанности и нарушений смысловой сферы, что говорит о дисфункции правого полушария, а также нарушении исполнительных функций, что связано с дисфункцией лобных долей левого полушария.

Подобные негативные расстройства мышления, помимо снижения когнитивного функционирования, приводят к нарушению эмоциональной и волевой сферы.

Литература

1. *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека. М: Питер. 2018.
2. *Павличенко А.В., Кулыгина М.А., Костюк Г.П.* Шизофрения и другие психотические расстройства в МКБ-11 и DSM-5: развитие концепций и современное состояние // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. – 2020. – Т. 120, № 6. – С. 5–12.
3. *David A.S.* Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality // *Psychological Medicine*. – 2010. – Vol.40, N.12. – P. 1935–1942.

Знание названий пальцев как диагностический признак при проведении нейропсихологического обследования детей и подростков

Хохлов Н.А.

Центр тестирования и развития

«Гуманитарные технологии»;

Московский государственный университет

имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия

nkhokhlov@psychmsu.ru

Ключевые слова: возрастные нормативы, детская нейропсихология, высшие психические функции, речевое мышление

Knowledge of fingers names as a diagnostic sign during the neuropsychological assessment of children and teenagers

Khokhlov N.A.

Centre for Testing and Development

“Gumanitarnye Tekhnologii” [Humanitarian Technologies];

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Keywords: age-stratified scores, developmental neuropsychology, higher mental functions, verbal thinking

Введение. При проведении психолого-педагогической диагностики детей и подростков нередко обращают внимание на то, знает ли обследуемый названия пальцев. В соответствии с таблицами сенсомоторного и социального развития в 4 года ребёнок должен знать названия большого и указательного пальцев [2], а в 7 лет – названия всех пальцев, особенно среднего и безымянного [1].

Следует различать способность к восприятию собственного тела (соматогнозис) и способность называть части тела, в том числе пальцы. Ч. Ньюкиктен пишет: «Развитие пальцевого гнозиса (не имеется в виду название пальцев) происходит в возрасте от 2–3 до 10–12 лет. К двум годам дети знают свой большой палец, к трём – мизинец, к 4–6 – большой, мизинец и указательный, позднее – безымянный и средний пальцы. Вполне ожидаемо, что 7-летний ребёнок знает все пальцы на ведущей руке, а 9-летний – все пальцы на обеих руках. Но средний и безымянный пальцы на неведущей руке всё ещё могут путаться» [3, с. 142]. При этом «та последовательность, в которой развивается способность к раз-

личению пальцев на невербальном уровне, обычно повторяется и в том, как ребёнок осваивает названия пальцев. Знание того, как называются те или иные объекты, достаточно слабо связано с сенсорной функцией теменных долей. Состояние, при котором знакомые названия не могут быть произнесены, называется ассоциативной агнозией. Трудности названия (трудности поиска нужного слова) могут быть обусловлены нарушением тактильно-вербальных или зрительно-вербальных связей, как это имеет место при нарушениях речевого развития» [3, с. 142].

Цели данной работы: 1) выявить, как меняется знание названий пальцев с возрастом (в каком возрасте большинство детей называют пальцы без ошибок); 2) выяснить, состояние каких психических функций влияет на способность называть пальцы у детей и подростков.

Материалы и методы. В исследовании были задействованы 658 условно здоровых человек в возрасте от 4 до 17 лет, из них 225 девочек и 433 мальчика. Участники исследования в 2014–2020 гг. по желанию родителей проходили нейропсихологическую диагностику в Центре тестирования и развития «Гуманитарные технологии» и Психологическом центре «Гальтон». По результатам диагностики оценивался уровень развития 14 высших психических функций и психологических характеристик (темп работы, внимание, энергетическое обеспечение психической деятельности, зрительный гнозис, зрительная память, конструктивно-пространственные функции, тактильный гнозис, акустический гнозис, речь, слухоречевая память, динамический праксис, мышление, регуляторные функции, эмоциональная сфера).

Перед проведением пробы Тойбера диагност спрашивал обследуемого, знает ли он названия своих пальцев, и просил показать и назвать каждый палец. Правильно названный палец оценивался в 1 балл, неуверенное или частично ошибочное название – в 0,5 балла, отсутствие ответа – в 0 баллов. Суммарный балл мог принимать значение от 0 до 5 с шагом в 0,5 балла.

Результаты. По нашим наблюдениям дети и подростки, обучающиеся в музыкальной школе, чаще ошибаются в названиях пальцев, т.к. привыкли называть их номерами (аппликатура). Кроме этого, при дефиците зрительно-пространственного гнозиса встречаются зеркальные ошибки – происходит инверсия названий справа и слева от среднего пальца (особенно путают указательный и безымянный пальцы).

Среднее число называемых пальцев меняется с возрастом следующим образом (в скобках – процент испытуемых, назвавших все пальцы верно): в 4–5 лет ($n = 82$) – $2,1 \pm 1,8$ (13,4 %); в 6–7 лет ($n = 185$) – $2,9 \pm 1,7$ (26,5 %); в 8–9 лет ($n = 103$) – $3,6 \pm 1,6$ (37,9 %); в 10–12 лет ($n = 127$) – $4,1 \pm 1,3$ (55,9 %); в 13–15 лет ($n = 122$) – $4,4 \pm 1,1$ (66,4 %); в 16–17 лет ($n = 39$) – $4,5 \pm 1,1$ (74,4 %).

Для дальнейших расчётов мы разделили выборку на 6 возрастных подгрупп и в каждой подгруппе провели процентильную стандартизацию сы-

рых баллов. Значение в z-оценках отражает относительную успешность называния пальцев с учётом распределения баллов в его возрастной группе.

Нет различий в успешности называния пальцев между мальчиками и девочками, а также между праворукими и леворукими обследуемыми.

По результатам нейропсихологической диагностики удаётся объяснить примерно 12 % дисперсии успешности называния пальцев. Наиболее значимыми предикторами являются (в скобках процент объясняемой дисперсии): мышление (6,9 %), речь (2,5 %), акустический гнозис (1,3 %), слухоречевая память (1 %). Мы также провели отдельный анализ в трёх возрастных подгруппах: дошкольники ($n = 196$), ученики начальной школы ($n = 234$), ученики средней и старшей школы ($n = 228$). В подгруппе дошкольников удаётся объяснить 9,5 % дисперсии: мышление (6,8 %) и речь (2,7 %). Среди младших школьников – 10,1 % дисперсии: речь (7,5 %), конструктивно-пространственные функции (2,6 %). В старшей возрастной подгруппе процент объяснённой дисперсии составляет 19,1 %: мышление (13,4 %), акустический гнозис (4,4 %), тактильный гнозис (1,3 %). Интересно, что тактильный гнозис выступает здесь негативным предиктором, тогда как все остальные предикторы положительны.

Выводы. Успешность называния пальцев в современной нормативной выборке детей и подростков не соответствует литературным нормам. В 7 лет безошибочное знание названий пальцев отмечается только у 27,9 % детей. К 10 годам половина детей может назвать все пальцы верно. Среди старших подростков ошибки допускают более четверти обследованных. Способность называть пальцы преимущественно отражает состояние речемышлительных функций, не имея прямого отношения к сенсомоторным процессам. Диагностическая значимость этого показателя растёт с возрастом.

Несоответствие результатов литературным данным ставит более общий вопрос о необходимости регулярного пересмотра возрастных нормативов. Важно приводить не только средние значения, но и меры разброса, отражающие нормативные индивидуальные различия в детской популяции.

Литература

1. *Зиннхубер Х.* Как развивается ваш ребёнок? Таблицы сенсомоторного развития, игры и упражнения: От 4 до 7,5 лет: пер. с нем. – 3-е изд. – М.: Теревинф, 2016. – 160 с.
2. *Кипхард Э.И.* Как развивается ваш ребёнок? Таблицы сенсомоторного и социального развития: От рождения до 4-х лет: пер. с нем. – 4-е изд. – М.: Теревинф, 2016. – 112 с.
3. *Ньюкиктъен Ч.* Детская поведенческая неврология. В двух томах. Том 1: пер. с англ. / Под ред. Н.Н. Заваденко. – М.: Теревинф, 2009. – 288 с.

Роль сенсорнообогащенной среды в реабилитации афазических расстройств

Шипкова К.М.

*Московский НИИ психиатрии –
филиал ФГБУ «НМИЦ ПН
им. В.П. Сербского», Москва, Россия
karina.shipkova@gmail.com*

Ключевые слова: сенсорнообогащенная среда, направленная полисенсорная стимуляция, когнитивные нарушения, афазия, реабилитация

The Role of Sensory Enriched Environment in Rehabilitation of Aphasia Disorders

Shipkova K.M.

*Moscow Research Institute of Psychiatry –
Branch of Serbsky National Medical Research
Center of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia*

Keywords: sensory enriched environment, multisensory induced stimulation, cognitive impairment, aphasia, rehabilitation

Введение. Исследования направленного воздействия музыкальных стимулов на мозговой нейрогенез, структурно-функциональную организацию мозга и его функциональную переорганизацию при очаговых поражениях [T. Särkämö et al., 2014] способствовали созданию нового подхода в нейрокогнитивной реабилитации – неврологической музыкальной терапии (Neurologic Music Therapy – NMT) [E. Altenmüller, G. Schlaug., 2015]. В зависимости от формы когнитивных расстройств и решаемых в связи с этим реабилитационных задач, она, как отмечают М.Н. Thaut и S. Koelsch, используется в таких направлениях как музыкальная интонационная терапия (Music Intonation Therapy – MIT), музыкальная поддерживающая терапия (Music Supported Therapy), ритмическая моторная терапия (Rhythmic Auditory-Motor Entrainment) [К.М. Шипкова, 2020]. Наличие ряда общих звеньев в психологической и нейрональной структуре восприятия музыки и речи позволяют воздействовать ритмом и интонацией на речь. Эта нагрузка на слуховую перцепцию в MIT, как считается, создает благоприятные условия для подключения правого полушария в процесс восстановления речи. В нашей стране мало работ, посвященных разработке научных основ NMT, в силу осторожного отношения к влиянию сенсорнообогащенной среды на динамику когнитивных нарушений.

Задачи исследования. В данной работе мы изучали влияние сенсорнообогащенной среды в форме направленной полисенсорной стимуляции (НПС) на профиль и коэффициент функциональной речевой асимметрии; динамику количественных и качественных показателей экспрессивной речи при афазии.

Методика. Курс НПС состоял из 12 сессий (4 занятия в неделю) и представлял направленное сопряженное воздействие на слуховую, тактильную, двигательную, зрительную модальности в форме решения сенсорных задач, которые сразу затем сменялись решением речевых задач. Таким образом, речевая нагрузка всегда предвлялась сенсорной стимуляцией. Продолжительность НПС в рамках 1 сессии составляла 10–15 мин. Содержание НПС и речевых задач подбирались индивидуально в зависимости от формы и степени выраженности афазии.

Выборка. Исследовано всего 30 пациентов с поражением левого полушария и афазией ($45,5 \pm 18,5$ лет). Основная группа: 15 пациентов с акустико-мнестической афазией (7 чел.) и эфферентной моторной афазией (8 чел.). Контрольная группа: 6 пациентов с акустико-мнестической афазией и 9 пациентов с эфферентной моторной афазией. Обе группы проходили стандартный курс речевой реабилитации, включающий индивидуальные и групповые занятия с логопедом. Основная группа дополнительно в течение курса лечения проходила 3-х недельный курс НПС. Нейропсихологическая диагностика проводилась до и после курса НПС, оценивалась динамика коэффициента функциональной речевой асимметрии и ее профиль в дихотическом прослушивании, а также показатели монологической речи: скорость речевого потока; длина/грамматическая сложность фраз; количество аграмматизмов; количество свободных/направленных вербальных ассоциаций. Статистическая обработка опиралась на Т-критерий, U-критерий, S-критерий Фридмана. Значимость различий для Т- и U-критерии оценивалась при $p \leq 0,05$.

Результаты. В основной группе отмечалось разная динамика в показателях речи в зависимости от формы афазии. При эфферентной моторной афазии наблюдалось снижение аграмматизмов ($T=2$), увеличение количества свободных/направленных ассоциаций ($T=1$; $T=3$ соответственно), при акустико-мнестической афазии – увеличение скорости речевого потока ($T=1$). НПС не влияла на профиль и коэффициент речевой асимметрии. В основной группе 5 испытуемых с эфферентной моторной афазией прошли вслед за первым еще 2 курса НПС, что позволило оценить динамические изменения в исследуемых показателях на большем отрезке времени (9 недель). Повторное тестирование показателей происходило после завершения каждого следующего курса НПС. Результаты показали увеличение скорости речевого потока ($S=5,2$, $p=0,093$), длины фраз ($S=8,4$, $p=0,0085$) и грамматической сложности речи ($S=0,3$, $p=0,954$).

Заключение. Сенсорнообогащенная среда в форме НПС позволяет активно воздействовать на компенсацию речевых нарушений за счет

направленного расширения и усиления области сенсорного активирования мозговых зон правого полушария, входящих в речевую функциональную систему. Это позволяет частично перераспределять речевую нагрузку на интактное правое полушарие, не оказывая при этом влияния на исходный профиль слухоречевой асимметрии.

Литература

1. *Шипкова К.М.* Использование музыкаобогащенной среды при нарушениях когнитивных функций у взрослых // Ж. Клиническая и специальная психология. 2020. Т.9 №1. С.64–77. doi: 10.17759/cpse.2020090104.
2. *Altenmüller E., Schlaug G.* Apollo's gift: new aspects of neurologic music therapy // Progress in Brain Research. 2015. Vol. 217. P. 237–252. doi:10.1016/bs.pbr.2014.11.029.
3. *Koelsch S.* A neuroscientific perspective on music therapy // Annals of the New York Academy of Sciences. 2009. Vol. 1169. P. 374–384. doi:10.1111/j.1749–6632.2009.04592.x
4. *Thaut M.H.* The Future of music in therapy and medicine // Ann. N.Y. Acad. Sci. Annals of the New York Academy of Sciences. 2005. Vol. 1060. P. 303–308. doi: 10.1196/annals.1360.023.
5. *Särkämö T., Ripollés P., Vepsäläinen H., et al.* Structural changes induced by daily music listening in the recovering brain after middle cerebral artery stroke: a recovering brain after middle cerebral artery stroke: a recovering brain after middle cerebral artery stroke: a voxel-based morphometry study // Frontiers in Human Neuroscience. 2014. Vol. 8. Article 245. P.1–16. doi: 10.3389/fnhum.2014.00245.

РАЗДЕЛ 8

КРИМИНАЛЬНОЕ ПОВЕДЕНИЕ И СУДЕБНАЯ ПСИХОЛОГО- ПСИХИАТРИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА

Проблемы криминального, а в более широком контексте – девиантного поведения, всегда составляли значительную часть проблематики клинической психологии. Отклонения от нормы как предмет исследования обеих отраслей психологии – криминальной и клинической – различаются в целом, охватывая обширные сферы девиаций от социальных норм и норм психического здоровья, но имеют большую область пересечения. Одна из форм практического клинко-психологического исследования противоправного поведения – комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ).

В последние годы важным направлением профилактики криминализации и виктимизации молодежи стала оценка риска развития девиантного поведения как предшествующей стадии социально опасного поведения. Такой риск может быть связан с употреблением психоактивных веществ, и уменьшая его, человек становится одновременно менее уязвимым по отношению к криминалу.

Агрессивное поведение – традиционный предмет изучения специалистов в области криминальной и клинической психологии. Агрессия может проявляться в самых разных контекстах и отношениях, в том числе в партнерстве. Понимание истоков агрессии и насилия в близких отношениях – ключ к психологической реабилитации жертвы и профилактике подобного рода действий. С развитием цифровых технологий в современном мире агрессия получила новую виртуальную, но не менее вредоносную, чем физическая, форму. Для профилактической работы с киберагрессорами и их жертвами необходимо ориентироваться в этом феномене, видах и формах его проявления.

Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза, анализирующая криминальное поведение человека и различные факторы, влияющие на осознанность и волевою регуляцию этого поведения, – постоянно развивающийся вид профессиональной деятельности медицинского психолога. Рефлексия ее современного состояния и актуальных задач позволяет увидеть перспективы развития и потенциальные проблемы, требующие разрешения. Такая рефлексия должна касаться и собственных места и роли психолога во взаимодействии с психиатром, правового и профессионального статуса эксперта, а также методов, используемых при проведении комплексных исследований.

Описанные вопросы будут рассмотрены в докладах участников секции «Криминальное поведение и судебная психолого-психиатрическая экспертиза». Они, безусловно, не исчерпывают всех проблем, стоящих перед медицинскими психологами, исследующими противоправное и отклоняющееся от социальных норм поведение. Всех интересующихся этой проблематикой мы приглашаем к участию и обсуждению актуальных тем на вебинаре.

Е.Г. Дозорцева, доктор психол. наук, профессор
главный научный сотрудник, и.о. руководителя
Лаборатории психологии детского и подросткового возраста
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава РФ,
профессор кафедры юридической психологии и права
факультета Юридической психологии ФГБОУ ВО МГППУ

Нарушения психической регуляции поведения у лиц с психическими расстройствами и психически здоровых на примере водителей транспортных средств категории В

Васильченко А.С.

*ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия
vasilchenko.alesya@gmail.com*

Ключевые слова: психическая регуляция, психические расстройства, опасное вождение

Disorders of psychical regulation of behavior of persons with mental disorders and mentally healthy by the example of drivers of vehicles

Vasilchenko A.S.

*Federal State Budgetary Institution
«National Medical Research Centre for
Psychiatry and Narcology» of the Ministry
of Health of the Russian Federation, Moscow, Russia,
vasilchenko.alesya@gmail.com*

Keywords: psychical regulation, mental disorders, dangerous driving

Введение. Важным направлением исследования безопасности дорожного движения является измерение рисков потенциально опасного вождения [2]. Согласно существующим НПА, ограничение права управления транспортным средством предполагается устанавливать, во-первых, на основании психиатрического диагноза, во-вторых, критерием ограничения является нахождение индивида на диспансерном наблюдении в психоневрологическом или наркологическом диспансерах [1,2]. Однако психическое расстройство само по себе не всегда является противопоказанием к управлению автотранспортом [2]. В НПА закреплено, что противопоказанием к управлению автомобилем является хроническое и затяжное психическое расстройство с тяжелыми стойкими или часто обостряющимися болезненными проявлениями [2]. Вопрос о влиянии психической болезни водителя на совершение ДТП до сих пор остается открытым. Согласно результатам исследований,

большую опасность представляют водители с «аномалиями характера и поведения», чем профессиональные навыки управления автомобилем и наличие психического расстройства [2].

В практике часто при одном и том же психиатрическом диагнозе врачебные решения о наличии или отсутствии противопоказаний к управлению автотранспортом различаются [1,2]. Это обуславливает необходимость разработки более дифференцированной психолого-психиатрической оценки способности к безопасному вождению у водителей и кандидатов в водители с психическими расстройствами [1].

В качестве методологического основания анализа опасного вождения в настоящем исследовании были использованы положения о системе психической регуляции субъекта, построенной на основе двух принципов: уровневой организации и доминирования-дополнения ее структурных механизмов (Асмолов А.Г., 1979; Ломов Б.Ф., 1984; Кудрявцев И.А. и соавт., 1986, 1999; Конопкин О.А., 1995; Моросанова В.И., 1998–2010; Дозорцева Е.Г., 2000; Микадзе Ю.В., 2012). Согласно результатам теоретического анализа общим подходом к оценке опасного поведения на дорогах, как варианта девиантного поведения, является системно-целевой анализ, опирающийся на понимание психической регуляции поведения, как системно организованного процесса внутренней психической активности человека [1].

Материал и методы исследования: Общее количество обследуемых, вошедших в анализ – 178 человек (средний возраст $32,7 \pm 10,9$ года, соотношение мужчин и женщин – 4,9:1). Из них 104 – психически здоровых человека в возрасте 18–59 лет (средний возраст $29,95 \pm 9,29$) и 74 с диагнозом о наличии психического заболевания в возрасте 21–58 лет (средний возраст $38,0 \pm 10,9$), имеющие права на управление транспортным средством категории «В». Из 178 обследованных не были участниками ДТП – 89 человек (средний возраст $28,8 \pm 9,9$); попадали в ДТП 89 человек (средний возраст $36,6 \pm 10,5$). Из них были признаны невиновными 26 человек (средний возраст $35,5 \pm 11,2$); виновными – 43 человека (средний возраст $35,8 \pm 10,1$).

Методический аппарат включал в себя: 1) опросник уровня агрессивности Басса-Перри (адаптация Ениколопова С.Н., Цибульско-го Н.П., 2007); 2) опросник самоконтроля (адаптация Булыгиной В.Г., Абдраязковой А.М., 2008); 3) опросник BIS/BAS (адаптация Князева Г.Г., Слободской Е.Р., 2007); 4) многофакторный опросник стиля вождения (адаптация Фурманова И.А., Астрейко Н.С., 2016); 5) шкала базисных убеждений (адаптация Падуна М.А., Котельниковой А.В., 2007); 7) опросник «Способы совладающего поведения» (адаптация Крюковой Т.Л. и др., 2004); 6) методика диагностики степени готовности к риску Шуберта (Соломин В.П., Шатровой О.В. и др., 2008); 7) мельбурнский опросник принятия решений (адаптация Корнило-

вой Т.В., 2007); 8) опросник «Уровень субъективного контроля» (Бажин Е.Ф., Голынкина Е.А., Эткинд Л.М., 1984); 9) опросник «Стиль саморегуляции поведения» (Моросанова В.И., 1988). Патопсихологические и нейропсихологические функциональные пробы, направленные на оценку когнитивных функций.

Результаты. Выявлена случайность распределения признаков «наличие психического расстройства», «частота нарушения ПДД» и «участие в ДТП». Показано, что вне зависимости от наличия психического расстройства водители, нарушающие ПДД, значительно чаще являются участниками ДТП [1].

Специфичными для виновных в ДТП водителей вне зависимости от фактора психической патологии являются несвязанность между собой этапов саморегуляции и неспособность к своевременной коррекции действий; трудности сдерживания аффекта раздражительности, выраженность инструментального и аффективного компонентов агрессии, низкие показатели избирательности внимания и скорости переработки зрительной информации, а также тесная связь между опасным и агрессивным стилем вождения и склонностью к риску, слабой способностью к моделированию значимых условий, импульсивностью, низким общим уровнем саморегуляции поведения.

Лица с психическими расстройствами, признанных виновными в ДТП, значительно отличают предпочтение простых способов достижения цели, импульсивность, высокий общий уровень агрессии, подозрительность. Когнитивная сфера характеризуется нарушением функций внимания. Психически здоровых, признанных виновными в ДТП, отличают нарушения психической регуляции на индивидуально-типологическом уровне в виде преобладания активации поведения, направленной на поиск новых ощущений; на индивидуально-психологическом уровне – неспособность к планированию и оценке результатов.

Выводы. Общие нарушения психической регуляции поведения у виновных в ДТП водителей заключаются в дефицитности контрольно-оценочных функций, трудностях сдерживания аффекта раздражения, выраженности инструментального и аффективного компонентов агрессии на фоне снижения скорости переработки зрительной информации и низкой избирательности внимания. Особенности иерархической структуры факторов риска опасного вождения у психически здоровых определяются большим вкладом негативных и неадекватных установок в отношении соблюдения ПДД и техники безопасности, а также более высоким общим показателем склонности к риску, отражающим индивидуально-типологические особенности самоконтроля и системы активации поведения. Лица с психическими расстройствами относятся к группе риска попадания и виновности в ДТП только при сочетанной дефицитности когнитивного и эмоционального уровней психической регуляции.

Литература

1. *Васильченко А.С.* Нарушения психической регуляции поведения у лиц с опасным вождением автотранспортных средств: автореферат дис. ... к. психол. н. Санкт-Петербург, 2019. 28 с.
2. *Васильченко А.С.* Психологические маркеры риска попадания в дорожно-транспортное происшествие и опасного вождения у психически здоровых и лиц с психическими расстройствами [Электронный ресурс] // Форум молодых ученых. – 2019. – № 11 (39). – URL: [https://forum-nauka.ru/domains_data/files/39/Vasilchenko %20A.S..pdf](https://forum-nauka.ru/domains_data/files/39/Vasilchenko%20A.S..pdf)

Риски употребления психоактивных веществ и склонность к виктимному поведению у лиц подросткового возраста

Григорьева А.А., Усова Л.Е.

*ФГБУ «Национальный медицинский
исследовательский центр психиатрии и наркологии
имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва*

Ключевые слова: виктимное поведение, психоактивные вещества, подростковый возраст

Risks of psychoactive substances and a propensity to victim behavior in adolescents

Grigorieva A.A., Usova L.E.

*V. Serbsky National Medical Research
Centre for Psychiatry and Narcology*

Keywords: victim behavior, psychoactive substances, adolescents

Введение. Психологическое содержание подросткового возраста ряд исследователей связывают с появлением виктимного поведения, которое определяют как отклонение от норм безопасного поведения или как процесс и результат становления индивидуума жертвой преступления [Андронникова, 2005]. Основой повышенной виктимности в подростковом возрасте является стремление к провоцирующему поведению, социальному вызову. Об актуальности проблемы подростковой виктимизации свидетельствуют статистические данные: в Российской Федерации в период с 2012 по 2017 гг. число несовершеннолетних, ставших жертвами преступлений, увеличилось на 18,3 % [Евсеев и др., 2018].

Употребление психоактивных веществ (ПАВ) нередко указывается как характеристика и как триггер разных типов виктимного поведения [М.В. Мусийчук и др., 2020]. Проблема склонности подростков к употреблению ПАВ, так же как и виктимное поведение не теряет своей актуальности [Антонян Ю.М. и др., 2018]. Важным аспектом в предотвращении подростковой виктимизации является своевременное выявление подростков группы высокого риска. Учитывая тот факт, что возрастание риска виктимизации связано с состояниями алкогольной и наркотической интоксикации, актуальным вопросом является выявление взаимосвязи между склонностью подростков к употреблению ПАВ и к разным видам виктимного поведения.

Цель исследования: изучение взаимосвязи склонности к разным видам виктимного поведения и рисков употребления наркотических веществ у подростков с разными личностными профилями.

Материал и методы. В выборку вошли 153 учащихся общеобразовательных школ Московской области в возрасте от 12 до 16 лет ($14,74 \pm 1,49$), из них 69 мальчиков (45 %), 68 девочек (44 %) и 16 человек без указания пола (11 %).

Для исследования склонности к виктимному поведению была использована «Методика исследования склонности к виктимному поведению» О.О. Андронниковой [О.О. Андронникова, 2005]. Методика представлена тест-опросником, состоящим из набора специализированных психодиагностических шкал, направленных на измерение предрасположенности к реализации отдельных форм виктимного поведения, таких как: агрессивное, самоповреждающее и саморазрушающее, гиперсоциальное, некритическое, зависимое и беспомощное поведение.

Для диагностики рисков формирования наркозависимого поведения учащихся был использован «Психодиагностический опросник «Наркориск»» разработанный Л.Д. Сыркиным, А.А. Зуйковой, А.И. Сафроновым, А.С. Ляпиным [Л.Д. Сыркин и др., 2016]. Данная методика разработана в форме личностного опросника, предназначенного для ранней диагностики нарушения вектора развития личности, формирующего потенциальные риски возникновения наркозависимого поведения подростков в ходе социально-психологического тестирования. Группа исследователей под руководством Л.Д. Сыркина выделила пять личностных профилей, формирующих потенциальные риски возникновения аддиктивного поведения подростков, привязанных к нарушениям вектора развития одной из сфер личности: эмоционально-волевой, ценностно-смысловой, мотивационно-потребностной, социальных рисков, а также нормативно-поведенческой регуляции.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью методов описательной статистики, коэффициента ранговой корреляции Спирмена. Анализ данных проводился с помощью статистических пакетов SPSS 17.0, IBM SPSS Statistics 23.0 и Microsoft Office Excel 2007.

Результаты. По результатам корреляционного анализа были выявлены значимые положительные взаимосвязи:

- показатели шкалы склонности к агрессивному виктимному поведению значимо связаны со шкалами ПДО «Сфера нормативно поведенческой регуляции» ($r = 0,478$; $p = 0,000$) и «Шкала социальных рисков» ($r = 0,366$; $p = 0,000$);
- показатели шкалы склонности к самоповреждающему поведению значимо связаны со шкалами ПДО «Сфера нормативно поведенческой регуляции» ($r = 0,454$; $p = 0,000$) и «Шкала социальных рисков» ($r = 0,347$; $p = 0,000$);

- показатели шкалы склонности к зависимому и беспомощному поведению значимо связаны со шкалой ПДО «Эмоционально-волевая сфера» ($r = 0,416$; $p = 0,000$);
- показатели шкалы склонности к некритичному поведению значимо связаны со шкалой ПДО «Сфера нормативно поведенческой регуляции» ($r = 0,398$; $p = 0,000$);
- показатели шкалы реализованной виктимности значимо связаны со шкалами ПДО «Эмоционально-волевая сфера» ($r = 0,443$; $p = 0,000$) и «Сфера нормативно поведенческой регуляции» ($r = 0,348$; $p = 0,000$).

Таким образом, возрастание рисков употребления ПАВ у подростков с абулистическим личностным профилем сопровождается повышением рисков развития зависимого и беспомощного виктимного поведения. Высокий риск употребления ПАВ у лиц с конформным профилем связан со предрасположенностью к агрессивному и самоповреждающему виктимному поведению. Подростки с асоциальным личностным профилем отличаются склонностью к агрессивному, самоповреждающему, некритическим видам виктимного поведения при возрастании рисков употребления алкоголя и наркотиков.

Выводы. Полученные результаты позволяют предположить тот факт, что риск формирования аддиктивного поведения у подростков связан с такими типами виктимного поведения, как агрессивное, самоповреждающее, зависимое, некритичное. Аддиктивное поведение в данном случае возникает в связи с эмоционально-волевой незрелостью, конформизмом, снижением нормативно-поведенческой регуляции, что соответствует таким рискогенным личностным профилям, как абулистический, конформный, асоциальный.

Литература

1. *Андронникова О.О.* Психологические факторы возникновения виктимного поведения подростков: дис. канд. психол. наук. Новосиб. гос. пед. ун-т, Новосибирск, 2005.
2. *Евсеев А.В., Радимушкина О.В.* Криминологическая характеристика и тенденции криминальной виктимизации в Российской Федерации. *Виктимология*, 2018, No. 1, С. 15.
3. *Мусийчук М.В., Яценко Т.В.* Виктимность как фактор риска аддиктивного поведения подростков на основе выявления предикторов зависимостей // *Общество: социология, психология, педагогика*. 2020. № 1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/viktimnost-kak-faktor-riska-addiktivnogo-povedeniya-podrostkov-na-osnove-vyavleniya-prediktorov-zavisimostey> (дата обращения: 27.06.2020).
4. *Антонян Ю.М.* и др. Комплексный анализ состояния преступности в Российской Федерации и расчетные варианты её развития. – 2018.
5. *Сыркин Л.Д.* и др. Использование методики «Психодиагностический опросник «Наркориск» в социально-психологическом тестировании в образовательных организациях // *Мир науки. Педагогика и психология*. – 2016. – Т. 4. – № 1.

Проблемные зоны дифференциальной диагностики умственной отсталости и органической патологии

Морозова М.В., Савина О.Ф.

*ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва, Россия
psyhol@yadex.ru*

Ключевые слова: дифференциальная диагностика, патопсихологическое исследование, генез интеллектуального снижения, экспертная оценка

Problem areas of differential diagnosis of mental backwardness and organic pathology

Morozova M.V., Savina O.F.

*V. Serbsky National Medical Research
Centre of Psychiatry and Narcology named
after V.P. Serbsky, Russia, Moscow*

Keywords: differential diagnosis, pathopsychological research, Genesis of intellectual decline, expert assessment

Несмотря на то, что в патопсихологии исследованию нарушений психической деятельности у лиц с органическими психическими расстройствами уделялось достаточное внимание, применительно к экспертной практике эта проблема изучена недостаточно. Диагностика и экспертная оценка лиц с органической патологией часто незаслуженно считается несложной по сравнению с квалификацией эндогенных заболеваний. Патопсихологический симптомокомплекс этой категории подэкспертных традиционно включает снижение интеллектуально-мнестических способностей и нарушения в эмоционально-волевой сфере, от выраженности которых и зависит оценка способности субъекта осознавать противоправный характер и общественную опасность своих действий или руководить ими. Однако экспертный опыт показывает, что структура нарушений у данных больных более сложна, многопланова и требует тонких дифференциальных критериев; большую роль играет соотношение сохраненных и нарушенных зон, потенциальных и актуальных способностей, динамические аспекты изменений психической деятельности, компенсаторные возможности, личностные особенности и ресурсы.

Ретроспективный анализ заключений СПЭ и КСПЭ Центра им. В.П. Сербского выявил следующие проблемные зоны при дифференциальной диагностике и экспертной оценке рассматриваемого контингента.

1. Гипердиагностика умственной отсталости, трудности дифференциации когнитивных расстройств органической природы от интеллектуального недоразвития. При повторных СПЭ и КСПЭ прослеживается недостаточное внимание первичных экспертиз к генезу интеллектуальной недостаточности. Если детям, в том числе из социально неблагополучного окружения, в связи с проблемами в обучении ставился диагноз умственной отсталости, то он не пересматривался без развернутой доказательной базы. Психологические исследования проводились не всегда, а часто были редуцированы. В то же время именно патопсихология позволяет объективировать структуру и степень интеллектуального снижения, ориентируясь не столько на формальные показатели IQ, сколько на качественную интерпретацию данных патопсихологического обследования. Так, модификация части заданий в обучающий эксперимент дает информацию о наличии потенциальных возможностей и диапазоне зоны ближайшего развития, способности к обучению, формированию навыков и переносу полученного опыта, что содержит важную информацию о генезе, структуре и степени выраженности интеллектуальной недостаточности, а также компенсаторных ресурсах.

При интерпретации полученных данных и выдвигении диагностических гипотез особое внимание следует обращать на следующие характеристики: соотношение потенциальных интеллектуальных, личностных возможностей и уровня актуального развития; механизмы возникновения ошибочных решений; волевую регуляцию. Результаты ЭПИ имеет большое значение не только для диагностики, но и для повышения доказательности экспертных выводов, а также выбора правильных путей лечения и реабилитации данного контингента.

2. Маскированность некоторых феноменологических проявлений в когнитивной сфере и диссоциированность результатов интеллектуальной деятельности, из-за чего внешне несложные в диагностическом и экспертном плане случаи могут представлять значительные трудности. У лиц старшего возраста при оценке выраженности органической патологии или деменции, как ни парадоксально, при ЭПИ зачастую не обнаруживаются ожидаемых выраженных нарушений в когнитивной и личностной сферах. Это обусловлено изначально высоким интеллектуальным и личностным потенциалом, позволяющим демонстрировать сохранность формального интеллекта, что маскирует истинную экспертно-значимую информацию. Важной задачей становится дифференциация использования сформированных ранее знакомых категорий и интеллектуальных приемов работы от актуальной способности к проведению анализа и синтеза материала непосредственно в ходе выполнения методик, что наиболее отчетливо проявляется при предъявлении слабоструктурированных стимулов с большой вариативностью ответов. Такие феномены как подмена выполнения заданий стройным рассуждением на его тему, а анализа проблем – общими сентенциями являются значимыми маркерами при формировании диагностического и экспертного суждения.

3. Недостаточный учет динамических показателей интеллектуального снижения при органическом процессе и компенсаторных возможностей связан со статичностью выявляемой при экспертизе картины. При интерпретации полученных результатов необходимо принимать во внимание условия, в которых происходило формирование психики субъекта, и не смешивать интеллектуальное снижение с изначально невысоким уровнем интеллектуального развития, а также не завышать и не занижать ожидания в зависимости от собственных критериев. Формальные показатели необходимо проецировать на социальные predisпозицию и детерминанты: возможность компенсации органической патологии в процессе обучения и воспитания или ее усугубление вследствие социальной, педагогической запущенности, эмоциональной и социальной депривации.

Определение механизма интеллектуального снижения требует специальных приемов по организации эксперимента и оценке результатов обследования. Диссоциация между актуальными решениями и высоким уровнем вербализации, содержательностью компенсаторного рассуждательства на фоне неравномерности уровня решений говорит о выраженной отрицательной динамике в когнитивной сфере. У лиц с изначально низкими интеллектуальными возможностями обнаруживается большая однородность патопсихологической картины, и низкие результаты отмечаются во всех сферах.

При экспертной оценке таких случаев значимость уровня продуцируемых в процессе эксперимента решений не столь существенна: как способность к абстрактному мышлению не является предпосылкой «вменяемости», так и изначально низкий уровень проведения интеллектуальных операций не может быть основным критерием для экспертной квалификации ее отсутствия. Важно оценить, насколько подэкспертные способны ориентироваться в непривычных ситуациях, выделять социально значимые аспекты своих нестандартных решений, следовать известным нормам в реальных криминальных. У субъектов с органической патологией и последствиями педагогической запущенности ракурс оценки смещается на осведомленность о социальных нормах, прогноз, механизмы сдерживания побуждений.

4. Недоучет диагностической и экспертной значимости личностных изменений при относительной интеллектуальной сохранности субъектов с органической патологией. Волевые нарушения могут быть маскированы стратегией самопрезентации, отсутствием реальных стрессовых факторов. Для выявления истинного спектра личностных и поведенческих реакций, регуляторных механизмов, запаса эмоционально-волевых ресурсов и компенсаторных возможностей имеет смысл вводить в эксперимент отдельные приемы коррекции с элементами провокации.

Таким образом, учет вышеперечисленных трудностей диагностики и экспертной оценки анализируемого контингента позволит повысить информативность и объективность данных патопсихологического эксперимента, а также доказательность экспертных оценок.

Исследование уровня рискогенности социально-психологических условий, формирующих у подростков психологическую готовность к аддиктивному поведению

Русина Н.А., Швецова С.В.

Ярославский государственный

медицинский университет, Ярославль, Россия

rusina@almisoft.ru, svshvec@yandex.ru

Ключевые слова: аддиктивное поведение, рискогенность, социально-психологические условия, психологическая готовность.

Study of the level of riskiness

Rusina N.A., Shvetsova S.V.

Yaroslavl state medical University. Yaroslavl, Russia

Keywords: addictive behavior, riskiness, social and psychological conditions, psychological preparedness

Введение. Увеличение стрессов, перегрузка информацией, нарушения соматического и психического здоровья обучающихся делает их уязвимыми и зависимыми от различного рода злоупотреблений, повышает уровень тревоги, импульсивность, склонность к риску.

Материалы и методы. Данные социально-психологического тестирования лиц, обучающихся в общеобразовательных организациях и профессиональных образовательных организациях, с помощью обязательной для образовательных организаций всех субъектов РФ Единой методики социально-психологического тестирования (ЕМ СПТ) и методики семантического дифференциала Ч. Осгуда (СД). Проводилось в сентябре-ноябре 2019г. в Ярославской области, 57106 обучающихся из 342 общеобразовательных организаций, расположенных в крупном (КГ), больших (БГ) и малых (МГ) городах, поселках городского типа (ПГТ) и сельских поселениях (СП).

Результаты. При проведении факторного анализа использовался метод главных компонент с последующим ортогональным вращением матрицы факторных нагрузок методом varimax. Получены факторные нагрузки на все переменные.

Шкалы, относящиеся к факторам риска: Подверженность влиянию группы (0,66), Принятие аддиктивных установок социума (0,79), Склонность к риску (0,73), Импульсивность (0,86), Тревожность (0,66).

Шкалы, относящиеся к факторам защиты: Принятие родителями (0,79), Принятие одноклассниками (0,75), Социальная активность (0,8), Самоконтроль поведения (0,82). К факторам риска в ЕМ СПТ отнесена шкала «Потребность в одобрении», однако исследование структуры взаимосвязей шкал методики показало, что данная шкала (0,8) должна быть отнесена скорее к факторам защиты, а не риска. Возможно, присоединяясь к факторам защиты, она приобретает несколько иной смысл как желание вести себя таким образом, чтобы соответствовать некому идеалу, принятому в обществе.

Результат тестирования респондента можно представить точкой на плоскости в ортогональной системе координат, образованных двумя осями; по горизонтальной оси откладываются значения фактора защиты (ФЗ), по вертикальной оси – значения фактора риска (ФР). В данной системе координат точка с координатами $ФЗ=0$ и $ФР=100$ является точкой наиболее неблагоприятного сочетания факторов защиты и риска, т.к. защита минимальна, а риск – максимален. Эту точку можно рассматривать как точку максимальной рискогенности (ТМР) социально-психологических условий, формирующих у обучающихся психологическую готовность к аддиктивному поведению.

Для оценки степени рискогенности условий для каждого респондента можно использовать евклидово расстояние от точки, соответствующей его результату тестирования, до точки максимальной рискогенности. Чем ближе результат к ТМР, тем выше уровень рискогенности. Оказалось, что максимальная степень рискогенности условий наблюдается в МГ, на 2 месте – ПГТ, далее БГ, затем КГ, на последнем месте – СП. Для подтверждения статистической достоверности наблюдаемой нелинейной зависимости степени рискогенности условий от величины населенного пункта применен однофакторный дисперсионный анализ ANOVA. Результаты показали достоверность различий на уровне значимости $p<0,001$.

Для более детального анализа различий между категориями населенных пунктов проведена процедура апостериорных сравнений, т.е. попарных сравнений групп с помощью LSD-теста. Согласно результатам, МГ статистически достоверно отличаются от всех остальных категорий населенных пунктов более высоким уровнем рискогенности условий, формирующих у обучающихся психологическую готовность к аддиктивному поведению. Наиболее благоприятная ситуация наблюдается в СП. Результаты можно объяснить следующим образом: по данным авторов методики, степень рискогенности определяется соотношением факторов риска и факторов защиты. В КГ и БГ обучающиеся в большей степени нацелены на получение образования, продолжение обучения, т.к. имеет место соревновательный эффект, настрой родителей; имеют больше возможности заниматься саморазвитием, в кружках, в секциях. Время их более структурировано. В СП обучающиеся находятся в боль-

шей степени в зоне досягаемого общения с родственниками. Соблазнов и финансовых возможностей приобретения наркотиков у них меньше, а время их еще в большей степени структурировано помощью родителями по хозяйству, т.к. семьи, как правило, более многочисленны, семейный доход много ниже и зависит от трудового участия всех членов семьи. В МГ и ПГТ инфраструктура менее разнообразна, чем в БГ. Досуг детей недостаточно организован, дополнительное образование практически отсутствует. Обучающиеся предоставлены сами себе. Уровень рискогенности выше. Обучающиеся в силу меньшей численности населения образуют устойчивые малые группы; в них имеются «значимые» негативные лидеры; переход в другие группы и страты затруднен; они вынуждены соблюдать установки группы принадлежности.

Зависимое поведение в форме аддиктивного формируется при низкой самооценке и слабой Я-концепции. Одна из форм такого поведения – злоупотребление наркотиками. С целью анализа причин различия уровня рискогенности в различных населенных пунктах мы применили методику СД. В качестве изучаемых использовались понятия «Наркотик» и «Я».

Как показали результаты множественного сравнения результатов СД с использованием однофакторного дисперсионного анализа ANOVA, между населенными пунктами существуют статистически значимые различия. Для анализа различий проведена процедура апостериорных сравнений (LSD-тест).

Различия по шкале «Оценка». В МГ оценка наркотика наиболее высокая, оценка Я имеет наименьшие значение. В ПГТ оценка наркотика достаточно лояльна, однако, оценка Я не такая низкая. В КГ и СП сочетание наиболее благоприятное: оценка наркотика наиболее негативная, а оценка Я – наиболее позитивная. Можно сделать вывод, что наибольший риск представляют собой обучающиеся в МГ, где оценка наркотика наиболее высокая, при этом оценка Я имеет наименьшие значение. Различия по шкале «Сила». В КГ сила наркотика оценивается наиболее высоко, а в БГ – наиболее низко. Сила Я в СП и КГ – самая высокая, а в БГ и МГ – самая низкая. Таким образом, в КГ и в СП сочетание наиболее благоприятное: сила наркотика не недооценивается, но и сам обучающийся оценивает себя как сильного. Результаты можно объяснить тем, что обучающиеся в КГ, где не только больше возможностей достать наркотики, но и больше возможностей видеть последствия их потребления, оценивают опасность их потребления как серьезную угрозу, поэтому оценка силы наркотика выше. Но в силу больших возможностей саморазвития они также высоко оценивают и силу своего «Я», как достаточную, чтобы справиться с угрозой. В СП оценка силы наркотика высока потому, что за этим стоит страх как возможной угрозы того, с чем сталкиваются меньше, т.е. мало знают о реальной опасности, но заняты полезным трудом и менее подвержены информационному

воздействию пропаганды наркопотребления. Наибольший риск имеют обучающиеся в БГ и МГ, где сохраняется низкая оценка силы Я. Силу наркотика они недооценивают. Самая высокая группы риска. Здесь более всего необходимы меры профилактики. Различия по шкале «Активность». В КГ активность наркотика оценивается наиболее высоко, в СП – наиболее низко. Но активность Я в СП – самая высокая, а в БГ и МГ – самая низкая. Таким образом, в СП сочетание наиболее благоприятное: активность наркотика низкая, а собственная активность – высокая. Наименее благоприятное сочетание в БГ: самая низкая активность Я и самая высокая активность наркотика. Из полученных данных, можно сделать вывод, что оценка активности наркотика обучающимися в СП низкая, а собственная активность оценивается высоко.

Вывод. Полученные данные следует использовать при составлении адресных мишеней профилактики в общеобразовательных организациях в зависимости от категории населенного пункта, а также при составлении индивидуальных планов работы с подростками, которые обязательно следует дополнять диагностикой их личностных особенностей.

Комплексная судебно-психиатрическая экспертиза: проблемы и перспективы

Сафуанов Ф.С.
Москва, Россия

Comprehensive forensic psychiatric examination: problems and prospects

Safuanov F.S.
Moscow, Russia

1. В Российской Федерации существуют разнообразные формы использования психологических знаний в следственной деятельности и судопроизводстве. К не регулируемой процессуальным законодательством форме относится справочно-консультативная деятельность. Она может заключаться в психологическом обследовании несовершеннолетних, которые предположительно стали жертвами преступления против половой неприкосновенности и половой свободы (на стадии доследственной проверки материалов); составлении психологического портрета предполагаемого преступника, опросе с использованием полиграфа, разъяснении психологических аспектов следственных версий, определении целесообразности (необходимости) назначения экспертизы, выбора вида экспертизы и содействия при постановке вопросов эксперту (на стадии предварительного следствия); обследовании членов семьи и их взаимоотношений психологами учреждений здравоохранения или социальной защиты по поручению органов опеки и попечительства при подготовке к судебному разбирательству по семейно-правовым спорам о воспитании детей (на стадии подготовки к суду в гражданском процессе). К процессуальным формам применения психологических знаний относятся психологическое сопровождение несовершеннолетнего потерпевшего или свидетеля (ст. 191, 425 УПК РФ), участие в процессе в качестве специалиста (ст. 58 УПК РФ, ст. 118 ГПК РФ) и эксперта (ст. 57 УПК РФ, ст. 79 ГПК РФ).

Основная проблема – непонимание многими психологами круга вопросов, на которые можно отвечать при консультативном обследовании. Особенно ярко это проявляется в досудебном обследовании ребенка при спорах между родителями об его воспитании: не имея информации об одном из родителей и не имея возможности ознакомиться с материалами дела, неквалифицированные психологи отвечают на «экспертные» вопросы, дают конкретные рекомендации (взяв на себя функции суда) о месте проживания ребенка и о порядке встреч с отдельно проживающим ребенком.

2. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ) проводится в судебно-психиатрических экспертных учреждениях (СПЭУ) Минздрава России. Судебно-психологическая экспертиза проводится в судебно-экспертных учреждениях Минюста России, а также негосударственными экспертами. Среди последней категории довольно много лиц с низкой квалификацией, мало знакомых с теорией и методологией судебно-психологической экспертологии. В результате в стране проводится много дополнительных и повторных экспертиз, возможны судебные ошибки. Решение данной проблемы видится в принятии Федерального закона «О судебно-экспертной деятельности в РФ», которая уже не первый год рассматривается в Государственной думе. В проекте этого закона указано, что негосударственный судебный эксперт должен иметь высшее образование и дополнительное образование по конкретной экспертной специальности, сертификат компетентности, полученный в уполномоченных Правительством РФ организациях, а также должен быть включен в Государственный реестр судебных экспертов.

3. Медицинские психологи, согласно Приказам Минздрава России от 19.05.2000 № 165 и от 12.01.2017 N 3н, должны быть в штате всех СПЭУ. При этом предусмотрена 1 должность медицинского психолога на 180 амбулаторных экспертиз в год, и 1 должность медицинского психолога на 10 коек при стационарной экспертизе. На сегодняшний день существует потребность в 1146,5 ставок медицинских психологов (при амбулаторных КСППЭ – 1034, стационарных – 112,75). Занятых же ставок – всего 504,25 (44 %), физических лиц – 347 (коэффициент совместительства – 1,5). Таким образом, очевидна проблема недостаточного количества медицинских психологов в региональных СПЭУ, что вызвано как объективными (в регионе нет вуза, выпускающего клинических психологов), так и субъективными (экономия средств на заработную плату) причинами.

4. Деятельность медицинского психолога в СПЭУ регулируется, кроме Федеральных законов, целым рядом подзаконных актов. Наиболее важными из них являются: Приказ Минздрава России от 12.08.2003 № 401 (раздел «Заключения комплексных судебно-психиатрических экспертиз»); Протоколы ведения больных (раздел «Экспертные исследования в КСППЭ», 2004–2013); Приказ Минздрава России от 12.01.2017 № 3н «Об утверждении Порядка проведения судебно-психиатрической экспертизы»; Национальный стандарт РФ ГОСТ «Судебно-психологическая экспертиза. Термины и определения» (утвержден 12 декабря 2016). Подготовлен проект профессионального стандарта «Медицинский психолог», включающий трудовую функцию, связанную с производством судебной экспертизы. В настоящее время квалификационные требования к должности «Медицинский психолог», работающему

в СПЭУ, сводятся к высшему психологическому образованию или профессиональной переподготовке по специальности «Клиническая психология» и повышению квалификации по медицинской и судебной психологии каждые 5 лет. В системе же Минюста России, где психологи занимают должность эксперта, они должны иметь высшее образование по направлению и специальности психологии и обязательно профессиональную подготовку по экспертным специальностям «Исследование психологии человека» и «Психологическое исследование информационных материалов». В системе Минздрава медицинские психологии, специализирующиеся в судебной экспертизе, проходят аттестацию на общих основаниях, а в системе Минюста России предусмотрена аттестация на право самостоятельного производства судебной экспертизы.

Возникает насущная необходимость дифференцировать деятельность медицинского психолога, выделив отдельные должности «медицинский психолог – судебный эксперт» (и «медицинский психолог – психотерапевт»), так, как это сделано в психиатрии («врач – судебно-психиатрический эксперт»). Тогда возможно будет создать систему подготовки медицинских психологов – судебных экспертов, включающую профессиональную подготовку по конкретной экспертной специальности, что соответствует действующему Федеральному закону «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации»

5. Довольно долго у нас в стране доминировала доктрина «трех экспертов-психиатров» при проведении судебно-психиатрической экспертизы и КСППЭ, что было закреплено в Инструкциях о производстве судебно-психиатрической экспертизы. В «Порядке проведения судебно-психиатрической экспертизы» (Приказ Минздрава России от 12.01.2017 № 3н) такого требования уже нет. Это позволяет проводить судебные экспертизы в составе 1 или 2 экспертов-психиатров. Целесообразным представляется и увеличение количества экспертов-психологов в составе комиссии в необходимых случаях, например, при проведении семейных экспертиз, при обследовании малолетних и несовершеннолетних потерпевших и свидетелей.

6. Изменения в законодательстве приводят к возникновению новых виды экспертиз с участием психолога. Вполне обоснованы теоретические и методологические основы таких видов экспертиз как КСППЭ по делам о защите интересов ребенка; о деятельности, направленной на побуждение детей к суициду; об ограниченной дееспособности. Все они активно внедряются в деятельность государственных судебно-экспертных учреждений. В то же время предпринимаются активные попытки ввести в практику такие сомнительные виды экспертиз как экспертиза достоверности показаний, психофизиологическая экспертиза с применением полиграфа, психолого-педагогические экспертизы по делам об определении места жительства ребенка при раздельном проживании

родителей и другие. Пока данная проблема решается с помощью привлечения внимания правоохранительных органов путем публикации информационных писем о неправомерности такого рода экспертиз, что нередко поддерживается руководителями судебно-следственных органов. Однако проблема существует, такие исследования все равно проводятся в негосударственных судебно-экспертных учреждениях, а также частными лицами в форме досудебных исследований и судебных экспертиз. Решить ее возможно только путем принятия Федерального закона «О судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации».

Причины, содержание и формы киберагрессии у подростков, молодежи и взрослых*

Солдатова Г.У., Чигарькова С.В.

*факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова,
Московский институт психоанализа, Москва, Россия
soldatova.galina@gmail.com, chigars@gmail.com*

Ключевые слова: киберагрессия, механизмы, подростки, молодежь, родители

Reasons, content and forms of cyberaggression in adolescents, youth and adults

Soldatova G.U., Chigarkova S.V.

*Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow
State University, Moscow Institute of Psychoanalysis*

Keywords: cyberaggression, mechanisms, adolescents, youth, parents

Введение. Цифровая среда давно превратилась в пространство, в котором находят свое специфическое отражение различные формы и способы поведения и взаимодействия, существующие в реальной жизни, в том числе, связанные с деструктивными проявлениями, например, агрессией [1]. В онлайн-пространстве присутствуют, за исключением физической, практически все выделяемые виды агрессии (вербальная, прямая, косвенная, инструментальная, враждебная). Киберагрессию можно определить как намеренный вред, осуществляемый посредством использования электронных устройств одному человеку или группе людей вне зависимости от возраста и воспринимаемый как оскорбительный, уничижительный, приносящий ущерб или нежеланный [3]. Большинство исследователей сходятся в выделении ряда ключевых характеристик киберагрессии: безнаказанность, анонимность, непрерывность, отсутствие пространственных границ, увеличение количества свидетелей, незаметность для взрослых, отсутствие аффективной обратной связи [2, 5].

Проблема киберагрессии оказывается особо актуальной для подростков, что определяется как психологическими особенностями подросткового возраста, так и высоким уровнем их пользовательской активности. Выявление механизмов киберагрессии представляется важной и пока недостаточно реализованной задачей. В рамках нашей работы мы сосредоточимся на некоторых аспектах, а именно, представ-

* Исследование выполнено при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, проект 20-013-00857.

лениях о поводах, пространстве, содержании и форме киберагрессии среди трех поколений – подростков, молодежи и родителей подростков.

Методы и выборка. Исследование проводилось на основе специально разработанных опросников для 4-х возрастных групп: подростков в возрасте 12–13 лет, подростков 14–17 лет, молодежи и родителей подростков этих возрастов. Все опросники включали схожие блоки вопросов, направленных на изучение различных аспектов использования интернета, столкновения с онлайн-рисками и онлайн-агрессией, а также уровня цифровой культуры.

В исследовании приняли участие 1029 подростков в возрасте от 14 до 17 лет, 525 подростков в возрасте от 12 до 13 лет, 736 молодых людей в возрасте от 17 до 30 лет и 1105 родителей подростков 12–17 лет из 8 федеральных округов.

Результаты. На вопрос: «Почему онлайн может предпочитаться в качестве пространства для проявления агрессии?» представители всех трех поколений называют в качестве основных причин анонимность (38 % родителей, 44 % подростков и молодежи), безнаказанность (40 % родителей, 43 % подростков, 50 % молодежи), простота и скорость (45 % родителей, 37 % подростков, 43 % молодежи). Подростки и представители молодежи считают, что это легче сделать также и потому, что не видно реакции жертвы (41 % и 42 % соответственно). Каждый третий подросток считает, что в сети быть грубым и агрессивным «не так стыдно» (33 %), а каждый четвертый – уверен, что онлайн-агрессия менее болезненна (26 %). Хотя различия в ответах о причинах между подростками, молодыми людьми и родителями достигают принятого уровня значимости $p < 0,05$, они невелики. Таким образом, в целом, родители чаще говорят, что «онлайн – проще и быстрее» или что не понимают причин склонности детей и подростков высказываться онлайн, а не офлайн (9 %). Подростки чаще говорят о том, что «онлайн – не так стыдно», менее болезненно и анонимно. Молодежи более важна безнаказанность.

Среди причин для киберагрессии, по мнению всех поколений, лидирующие позиции занимают внешность (77 % подростков, 66 % молодежи и 56 % родителей) и личностные особенности (61 % подростков и родителей, 62 % молодежи). Эти результаты перекликаются с данными мониторингового исследования буллинга и кибербуллинга в Великобритании – например, каждый второй британский подросток, который сталкивался с травлей по отношению к себе, в качестве причины назвал свою внешность [4]. На особенности здоровья и развития указывает каждый второй среди всех опрошенных возрастных групп. Каждый второй подросток и представитель молодежи также выделяет сексуальную ориентацию и национальную принадлежность, для родителей эти показатели значительно ниже – 23 % и 30 % соответственно. Для подрост-

ков часто поводом становятся хобби и увлечения (41 %), а для молодежи – принадлежность к группе или субкультуре (57 %). Материальный статус, достижения, политика и религия, культурные традиции, семья и близкий круг общения, как и пол, оказались в представлении всех опрошенных наименее выраженными причинами онлайн-агрессии.

Наиболее распространенной формой онлайн-агрессии, по мнению как подростков, так и молодежи, становится визуальная – фото (83–85 %), мемы (53–58 %), видео (39–49 %). Более половины подростков и молодых людей считают, что наиболее часто агрессивным пространством становятся открытые сетевые сообщества и групповые чаты, а способами – личные сообщения, комментарии и обсуждения, например, в переписках в групповых чатах. Родители также выделяют эти пространства и способы, но с меньшей частотой.

Для подростков основным содержанием киберагрессии становится оскорбительная и грубая информации (80 %), при этом для молодежи она наименее актуальна – 17 %. В представлениях молодежи чаще встречаются угрозы жизни и здоровью (54 %) и насмешки (49 %). По мнению подростков насмешки (43 %) и клевета (46 %) одинаково часто используются в агрессивных ситуациях. При этом компрометирующая информация используется реже.

Выводы. Рассмотренные специфические характеристики онлайн-пространства (анонимность, безнаказанность, скорость и др.), по мнению представителей всех поколений, упрощают по сравнению с офлайном возможность реализации агрессии в сети. Единогласно выделяемыми представителями всех поколений ключевыми универсальными причинами для киберагрессии стали внешность, личностные особенности и особенности здоровья и развития. Так, для онлайн-агрессии не нужны объективные основания – достаточно поводов, запускающих механизмы стереотипизации и предубеждений. Онлайн-агрессия, выбирая в качестве мишени все, что может составлять инаковость, становится инструментом подавления разнообразия. В цифровом пространстве начинает доминировать в качестве формы выражения агрессии визуально-образный контент, имеющий в сравнении с текстом более сильное воздействие на цифровое поколение. В киберпространстве чаще используется форма прямой агрессии и несколько реже – косвенная, что может также иметь более глубокие последствия, учитывая ее присутствие на всех уровнях коммуникации, как межличностном, так и межгрупповом. При этом отмеченное расхождение в оценках подростков и родителей может приводить к недопониманию, создавать сложности в осуществлении родительской медиации в трудных онлайн-ситуациях и затруднять совместную выработку конструктивных стратегий совладания.

Литература

1. *Солдатова Г.У.* Цифровая социализация в культурно-исторической парадигме: изменяющийся ребенок в изменяющемся мире // Социальная психология и общество. – 2018. – Т. 9 (3). – с. 71–80.
2. *Солдатова Г.У., Ярмина А.Н.* Кибербуллинг: особенности, ролевая структура, детско-родительские отношения и стратегии совладания // Национальный психологический журнал. – 2019. – № 3(35). – С. 17–31.
3. *Grigg D.W.* Cyber-Aggression: Definition and Concept of Cyberbullying // Journal of Psychologists and Counsellors in Schools. 2010. Volume 20, Issue 2. p. 143–156.
4. The Annual Bullying Survey 2017. – Ditch the Label, UK, 2017.
5. *Zimmerman A.G., Ybarra G.J* Online aggression: The influences of anonymity and social modeling // Psychology of Popular Media. – 2016. – V. 5. – P.181–193.

Партнерское насилие: культурно-исторический контекст и важность объединения усилий помогающих практиков

Спаская М.А.

Санкт-Петербург, Россия

info@psychoanalyst.spb.ru

Ключевые слова: партнерское, насилие, закон, психологическая, помощь

Intimate partner violence: cultural and psychological context and the importance of cooperation for help

Margarita Spasskaia

psychologist in private practice since 2007

Saint-Petersburg, Russia

Keywords: intimate partner, violence, law, psychology, help

«Одна из главных характеристик жизни с озлобленным и контролирующим мужчиной – он постоянно говорит вам, что вы должны думать, и старается поселить в вас сомнение в ценности ваших собственных ощущений и ценностей».

Ланди Банкрофт

Партнёрское насилие – серьёзная международная проблема, влияющая на качество и продолжительность жизни. К сожалению, исследование семейного насилия в России на данный момент затруднено, поскольку на уровне государства не признаётся само существование проблемы, и у нас есть лишь косвенные способы оценить масштабы партнёрского насилия и его распространённость в России. Мы также можем ориентироваться на зарубежный опыт, исследования и статистические данные, полученные в связи с проблемами семейного насилия.

Между тем партнёрское насилие причиняет серьёзный моральный, физический и психологический ущерб, а также существенный экономический, влияет не только на качество жизни и психологическое самочувствие, но и повышает риски инвалидизации, и в некоторых случаях приводит к смерти[1].

Следует иметь в виду, что некоторые формы партнёрского насилия трудно распознаваемы, и мы не всегда можем достоверно выявить их даже в рамках долгосрочной психотерапевтической работы. Это тре-

бует особой подготовки всех помогающих специалистов, вовлечённых в процесс обеспечения безопасности пострадавших, включая психологов и психиатров, социальных работников, работников полиции, адвокатов, а также представителей СМИ и государственного аппарата.

Поскольку речь идёт о психологических последствиях различных форм насилия, то в том числе и мы – как помогающие практики – должны инициировать процесс пересмотра культурных норм и этики публичных высказываний в отношении ситуаций насилия.

Недостаточное внимание к проблеме насилия в партнёрских отношениях напрямую связано с целым рядом последствий, которые зачастую остаются невидимыми, либо не имеют системного решения на уровне государства, как, например, травля и буллинг в школе, пытки, физические наказания и сексуальные злоупотребления со стороны родителей в отношении несовершеннолетних.

В каком-то смысле Россия находится в благоприятном положении – мы можем ориентироваться на опыт программ по профилактике семейного насилия, работающих в других странах, можем взять самые лучшие и эффективные инструменты, которые себя хорошо зарекомендовали.

Картина партнёрского насилия в России. Организация Объединённых Наций определяет насилие в отношении женщин как «любой акт насилия, совершенный на основании полового признака, который причиняет или может причинить физический, половой или психологический ущерб или страдания женщинам, включая угрозы совершения таких актов, принуждение или произвольное лишение свободы, будь то в общественной или в личной жизни». [2]

Когда какие-то процессы не регулируются государством или находятся в «слепой зоне» – не только с точки зрения юридической практики (декриминализация статьи о побоях в 2016), но и с точки зрения культурных норм, трансляторами которых могут выступать СМИ (сериалы, фильмы и комедийные сцены (ComedyClub), нормализующих насилие) – это приводит к тяжёлым последствиям для всего общества. [3]

Несмотря на то, что исследований партнёрского насилия в России сейчас практически не проводится, некоторые актуальные данные можно найти в отчёте «Хьюман Райтс Вотч» (Human Rights Watch) [4] за 2018 год. На сегодняшний день это самое недавнее репрезентативное исследование, которое охватывает 60 субъектов РФ.

Работа с семейным насилием: личный опыт. Партнёрское насилие отличается своими тяжёлыми последствиями. Помогаящие специалисты зачастую имеют дело с его последствиями, к которым относят: [5] злоупотребление алкоголем и наркотиками, депрессию и тревогу, нарушения питания и сна, чувство стыда и вины, фобии и панические расстройства, физическая апатия, низкая самооценка, посттравматический стресс, пси-

хосоматические расстройства, суицидальное поведение и нанесение себе ущерба, небезопасное сексуальное поведение.

По моему опыту, основная ценностная проблема, которая искажает восприятие многих людей, в том числе и специалистов, – это смещение ответственности за насилие с акторов насилия (то есть с того, кто насилие осуществляет) на пострадавших. Такого рода подходы на данный момент являются устаревшими и не работающими.

Масштабы домашнего насилия непомерно велики, но общество зачастую и не догадывается об этом, потому что информация о нём попадает в СМИ обычно в двух случаях: когда пострадавшая получила серьёзные травмы, приведшие к инвалидности (дело Маргариты Грачёвой), когда пострадавшая была убита (часто вместе с детьми) из-за бездействия полиции, несмотря на множественные заявления (например как это было с Татьяной Шуваловой и ее четырьмя детьми, 2012; с беременной Юлей Беловой и ее шестью детьми, 2015, с Яной Савчук, 2016) или когда речь идёт о превышении допустимой самообороны.

Хотелось бы отметить, что помимо глобальной задачи принятия закона о домашнем насилии, нам необходимо также изменение этических кодексов профессиональных организаций с фокусом на отношение к партнёрскому насилию, а также введение курса по Межличностному насилию (Interpersonal Violence) в образовательный стандарт всех помогающих специальностей, включая полицейских и учителей. И последнее, на чем хотелось бы сделать особый акцент: *молчание – это не нейтральность*.

Литература

1. Отчет «Экономическая и социальная цена семейного насилия» /The economic and social costs of domestic abuse, Великобритания, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/772180/horr107.pdf
2. Официальный сайт Всемирной Организации Здравоохранения: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
3. Жилина Н.Ю., Савельева И.В., Терещенко В.И. Декриминализация побоев: «за» и «против» // Пробелы в российском законодательстве. 2017. № 5. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dekriminalizatsiya-poboev-za-i-protiv> (дата обращения: 18.09.2019).
4. «Я могу тебя убить и никто меня не остановит». Проблема домашнего насилия в России и реакция государства», 25.10.2018, Ссылка на отчёт, сайт Human Rights Watch: https://www.hrw.org/sites/default/files/report_pdf/russia1018ru_web_free2.pdf
5. Доклад «Насилие и его влияние на здоровье», Всемирная организация здравоохранения, 2002. Глава 4. Насилие со стороны интимного партнёра. Стр.107. Таблица 4.6. Последствия для здоровья насилия со стороны интимного партнёра.

**Зейгарниковские чтения.
Диагностика и психологическая помощь
в современной клинической психологии: проблема
научных и этических оснований: Материалы
международной научно-практической конференции
Москва, 18–19 ноября 2020 г.**

Редакторы:

А.Б. Холмогорова, О.Д. Пуговкина,
Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина, О.В. Рычкова, Н.А. Сирота

Дизайн обложки – М.Ю. Степаненкова

Компьютерная верстка – М.В. Мазоха

ФГБОУ ВО «Московский государственный
психолого-педагогический университет»
Адрес: 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29
www.mgppu.ru