

ISSN (online): 2304-0394



**КЛИНИЧЕСКАЯ
И СПЕЦИАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ**

Clinical Psychology and Special Education

**НАУЧНЫЙ
ЭЛЕКТРОННЫЙ
ЖУРНАЛ**

2022. Том 11, № 1
2022. Vol. 11, no. 1

Клиническая и специальная психология

Международный научный электронный журнал
«Клиническая и специальная психология»

Редакционная коллегия

Вачков И.В. (Россия) — **главный редактор**
Реznichenko С.И. (Россия) — **первый заместитель главного редактора**
Мешкова Т.А. (Россия) — **заместитель главного редактора**

Алехин А.Н. (Россия), Ахутина Т.В. (Россия), Бабкина Н.В. (Россия), Баилова Т.А. (Россия), Веракса А.Н. (Россия), Зверева Н.В. (Россия), Инденбаум Е.Л. (Россия), Казьмин А.М. (Россия), Коробейников И.А. (Россия), Лифинцева А.А. (Россия), Медникова Л.С. (Россия), Нартова-Бочавер С.К. (Россия), Рощина И.Ф. (Россия), Сафанов Ф.С. (Россия), Строганова Т.А. (Россия), Ульянина О.А. (Россия), Щелкова О.Ю. (Россия), Щербакова А.М. (Россия)

Редколлегия зарубежных выпусков

Григоренко Е.Л. (США) — **главный редактор**
Жукова М.А. (Россия) — **заместитель главного редактора**

Бента Аманда (США), Гильбоа-Шехтман Ива (Израиль), Кэттс Хью В. (США), Мандельман Сэмюэль (США), Сильверман Вэнди (США), Хеффель Джеральд (США)

Секретарь

Ушакова М.Ю.

Редактор, корректор и верстальщик-оформитель
Реznichenko С.И.

Учредитель и издатель

ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет»

Адрес редакции

127051 Россия, Москва, ул. Сретенка, д. 29, ком. 209.
Телефон: +7 (495) 608-16-27

E-mail: psyclin12@gmail.com

Сайт: <https://psyjournals.ru/psyclin/>

Индексируется:

ВАК Минобрнауки России, Российский Индекс Научного Цитирования (РИНЦ), RSCI, EBSCO Publishing, Ulrich's web, ERIH PLUS, Index Copernicus, DOAJ

Издается с 2012 года

Периодичность: 4 раза в год

Свидетельство о регистрации СМИ:

Эл № ФС77-66442 от 14.07.2016

Все права защищены. Название журнала, логотип, рубрики, все тексты и иллюстрации являются собственностью ФГБОУ ВО МГППУ и защищены авторским правом. Перепечатка материалов журнала и использование иллюстраций допускается только с письменного разрешения редакции.

© ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», 2022

Clinical Psychology and Special Education

International Scientific Electronic Journal
“Clinical Psychology and Special Education”

Editorial board

Vachkov, I.V. (Russia) — **editor-in-chief**
Reznichenko, S.I. (Russia) — **first deputy editor-in-chief**
Meshkova, T.A. (Russia) — **deputy editor-in-chief**

Alekhin, A.N. (Russia), Akhutina, T.V. (Russia), Babkina, N.V. (Russia), Basilova, T.A. (Russia), Veraksa, A.N. (Russia), Zvereva, N.V. (Russia), Indenbaum, E.L. (Russia), Kazmin, A.M. (Russia), Korobeynikov, I.A. (Russia), Lifintseva, A.A. (Russia), Mednikova, L.S. (Russia), Meshkova, T.A. (Russia), Nartova-Bochaver, S.K. (Russia), Reznichenko, S.I. (Russia), Roschina, I.F. (Russia), Safuanov, F.S. (Russia), Stroganov, T.A. (Russia), Ulyanina, O.A. (Russia), Shchelkova, O.Yu. (Russia), Scherbakova, Anna M. (Russia)

Editorial Board for Foreign Issues

Elena L. Grigorenko (USA) — **editor-in-chief**
Marina A. Zhukova (Russia) — **deputy editor-in-chief**

Catts Hugh (USA), Gilboa-Schechtman Eva (Israel), Haeffel Gerald (USA), Mandelman Samuel (USA), Silverman Wendy (USA), Venta Amanda (USA)

Secretary

Ushakova, M.Yu.

Editor, Proofreader, and Graphic Designer

Reznichenko, S.I.

Founder & Publisher

Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE)

Editorial office address

Sretenka Street, 29, office 209 Moscow, Russia, 127051
Phone: +7 495 6081627

E-mail: psyclin12@gmail.com

Web: <https://psyjournals.ru/en/psyclin/>

Indexed in:

Higher qualification commission of the Ministry of Education and Science of the Russian Federation, Russian Index of Scientific Citing database, RCSI, EBSCO Publishing, Ulrich's web, ERIH PLUS, Index Copernicus, DOAJ

Published quarterly since 2012

The mass medium registration certificate number:

El # FS77-66442. Registration date: 14.07.2016

All rights reserved. Journal title, logo, rubrics, all text and images are the property of MSUPE and copyrighted. Using reprints and illustrations is allowed only with the written permission of the publisher.

© MSUPE, 2022



СОДЕРЖАНИЕ

ЛИЧНОСТЬ И СОМАТИЧЕСКОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ: РИСКИ И ВОЗМОЖНОСТИ

Корабельник П.Ю., Карпова Э.Б. Особенности субъективной оценки внутрисемейных отношений у больных псориазом 1–22

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В. Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью в связи с агрессией 23–43

Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б., Ровнова А.А. Возможности коррекции эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом в ходе проведения социально-психологической реабилитационной программы 44–66

Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В. Субъективный возраст женщин с раком молочной железы в системе психологических факторов 67–89

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Паникратова Я.Р., Лебедева И.С. Нейрокогнитивные модели вербальных галлюцинаций при шизофрении: обзор 90–119

ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Варга А.Я., Галасюк И.Н., Митина О.В. Представления супервизоров и супервизантов о профессиональной супервизии 120–140

Нартова-Бочавер С.К., Пак В.В. Аутентичность и способность прощать при разных уровнях стресса: предварительное исследование 141–163

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю. Экспериментально-психологическая оценка критичности больных параноидной шизофренией на основе изучения когнитивных функций 164–191

Черенкова Л.В., Соколова Л.В. Зрительный прайминг у детей с расстройствами аутистического спектра 192–209

ХРОНИКА

Зверева Н.В. Памяти Владимира Анатольевича Урываева (11.02.1954–20.03.2022) 210–214

Назарова Н.М., Валявко С.М. К юбилею: научный вклад профессора Т.Г. Богдановой в развитие сурдопсихологии 215–220

CONTENT

PERSONALITY AND SOMATIC DISEASE: RISKS AND OPPORTUNITIES

Korabelnik P.Yu., Karpova E.B. Features of the Subjective Assessment of Intrafamilial Relationships in Patients with Psoriasis 1–22

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V. Identity of Patients with Reflux Disease in Connection with Aggression 23–43

Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A., Kharitonov A.B., Rovnova A.A. Possible Interventions to the Emotional and Personality Domains of Children and Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course of a Social and Psychological Rehabilitation Program 44–66

Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pakhomova Y.N., Ponomareva I.V. Subjective Age of Women with Breast Cancer in the System of Psychological Factors 67–89

THEORETICAL RESEARCH

Panikratova Y.R., Lebedeva I.S. Neurocognitive Models of Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Review 90–119

EMPIRICAL RESEARCH

Varga A.Ya., Galasyuk I.N., Mitina O.V. Supervisor's and Supervisee's Views on Professional Supervision 120–140

Nartova-Bochaver S.K., Park V.V. Authenticity and Dispositional Forgiveness at Different Stress Levels: A Preliminary Study 141–163

Pekker M.V., Gvozdetskiy A.N., Shchelkova O.Yu. Experimental Psychological Evaluation of Lack of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients: Cognitive Function Assessment 164–191

Cherenkova L.V., Sokolova L.V. Visual Priming in Children with Autism Spectrum Disorders 192–209

CHRONICLE

Zvereva N.V. In memory of Vladimir Anatolyevich Uryvaev (11.02.1954–20.03.2022) 210–214

Nazarova N.M., Valyavko S.M. Scientific Contribution of Professor Tamara Bogdanova in the Development of the Psychology of the Deafness. To the Anniversary 215–220

Личность и соматическое заболевание: риски и возможности
Personality and somatic disease: risks and opportunities

Особенности субъективной оценки внутрисемейных отношений у больных псориазом

Корабельник П.Ю.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8371-6458>, e-mail: hello_polly@mail.ru*

Карпова Э.Б.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1603-9132>, e-mail: e.karpova@spbu.ru*

Псориаз — распространенное полиэтиологическое заболевание, которое затрагивает значимые элементы системы отношений личности больного, в том числе его внутрисемейные отношения. Проверялась гипотеза о негативном воздействии субъективных переживаний, связанных с псориатической болезнью, на восприятие внутрисемейной обстановки. Исследовано влияние половой принадлежности, длительности и тяжести заболевания на субъективную оценку своего семейного окружения у людей с псориазом. В исследовании приняли участие 99 человек: 66 пациентов с различными формами псориаза (30 мужчин и 36 женщин; возраст — $38 \pm 17,68$ лет; длительность заболевания — $13 \pm 7,78$ лет), из которых 40 человек имели среднюю тяжесть болезни по индексу PASI и 33 пациента с патологией опорно-двигательного аппарата (15 мужчин и 18 женщин; возраст — $41 \pm 14,56$ лет; длительность заболевания — $12 \pm 9,38$ лет), которые составили группу сравнения. В качестве методик были использованы полуструктурированное интервью, Шкала семейного окружения в адаптации С.Ю. Куприянова (1985 г.), Незаконченные предложения (J.M. Sacks, 1950). Субъективное переживание псориатической болезни не оказывает сильного негативного воздействия на восприятие внутрисемейной обстановки. Вместе с тем отмечено влияние пола и длительности заболевания на субъективную оценку своего семейного микроклимата у больных псориазом. Существует своеобразие семейного окружения у людей с псориазом в сравнении с пациентами, страдающими патологией опорно-двигательного аппарата: больные псориазом чаще отмечают, что в их семьях допускается открыто действовать и выражать свои чувства, а также поощряется самостоятельность в принятии решений. Семейный микроклимат респондентов с псориазом в меньшей степени характеризуется иерархичностью семейной организации, ригидностью семейных правил и взаимоконтролем членами семьи.

Данные исследования могут способствовать повышению эффективности психологической работы с псориазическими больными.

Ключевые слова: псориаз, семья, внутрисемейные отношения, субъективная оценка семейного окружения, шкала семейного окружения.

Для цитаты: *Корабельник П.Ю., Карпова Э.Б. Особенности субъективной оценки внутрисемейных отношений у больных псориазом [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 1–22. DOI: 10.17759/cpse.2022110101*

Features of the Subjective Assessment of Intrafamilial Relationships in Patients with Psoriasis

Polina Yu. Korabelnik

Saint-Petersburg University, Saint-Petersburg, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8371-6458>, e-mail: hello_polly@mail.ru

Elvira B. Karpova

Saint-Petersburg University, Saint-Petersburg, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1603-9132>, e-mail: e.karpova@spbu.ru

Psoriasis is a common polyetiological disease that affects significant elements of the patient's personality relationship system, including his intrafamily relationships. The hypothesis was tested about the negative impact of subjective experiences associated with psoriatic disease on the perception of the family environment. The influence of several factors (gender, duration and severity of the disease) on the subjective assessment of patients with psoriasis of their family environment was analyzed. In total, 99 individuals took part in the study: 66 subjects suffering from various forms of psoriasis (30 men and 36 women; age: 38 ± 17.68 y.o., disease duration: 13 ± 7.78 years). 40 subjects had an average severity of the disease according to the PASI index. Comparison group consisted of 33 patients (15 men and 18 women; age: 41 ± 14.56 y.o.) with pathology of the musculoskeletal system (disease duration: 12 ± 9.38 years). The following methods were used: semi-structured interview, Family Environment Scale adapted by S.Yu. Kupriyanov (1985), Uncompleted sentences (Joseph M. Sacks, 1950). The subjective experience of psoriatic disease does not have a strong negative impact on the perception of the family environment. At the same time, the influence of gender and duration of the disease on the subjective assessment of their family microclimate by patients with psoriasis was noted. There is a peculiarity of the family environment of patients with psoriasis in comparison with patients with pathology of the musculoskeletal system: patients with psoriasis more

often note that in their families it is allowed to openly act and express their feelings, and independence in decision-making is encouraged; the family microclimate of patients with psoriasis is less characterized by the hierarchy of family organization, the rigidity of family rules, and control by family members of each other. These studies can help improve the effectiveness of psychological work with psoriatic patients.

Keywords: psoriasis, family, intrafamily relationships, subjective assessment of the family environment, family environment scale.

For citation: Korabelnik P.Yu., Karpova E.B. Features of the Subjective Assessment of Intrafamilial Relationships in Patients with Psoriasis. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiii=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 1–22. DOI: 10.17759/cpse.2022110101 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

Псориаз сопровождается образованием красных шелушащихся бляшек, которые провоцируют как физический дискомфорт, вызванный болью и зудом, так и психологический, связанный с негативными проявлениями в эмоциональной сфере и обеспокоенностью людей, страдающих псориазической болезнью, своим косметическим дефектом [24]. Высыпания на коже, видимые для окружающих, могут порождать неуверенность, повышенную сензитивность и избирательную общительность [25], что влечет за собой нарушения в супружеской и социальной адаптации [1; 2].

Появление заболевания и изменение отношения домочадцев к больному члену семьи значимо влияют на семейные взаимоотношения и структуру семьи [24; 25]. Кожа человека, страдающего псориазом, требует постоянного ухода: специальные кремы и лосьоны, ограниченные контакты с водой, строгая диета и свободная одежда. Родственники больного псориазом также оказываются включенными в ситуацию болезни, и весь быт становится подчиненным снятию симптомов. При этом тяжелое протекание болезни приводит к тому, что больной псориазом зачастую не может работать на прежнем месте и выполнять домашние обязанности из-за психологического и физического самочувствия [10; 25]. Кроме того, данные проведенных исследований указывают на различия в сфере социального взаимодействия мужчин и женщин, страдающих псориазом [24; 25]. Так, было отмечено, что у женщин по мере продолжительности болезни нарастают аутизация, непрактичность, субъективизм [25].

В настоящее время большинство научных работ, посвященных психологическим проблемам больных псориазом, направлены на изучение их личностных характеристик [8; 15; 21; 25]. Появляются исследования, посвященные оценке взаимосвязи субъективной оценки пациентами влияния псориазической болезни на их семейные отношения [10; 12]: описаны представления больных о негативном влиянии состояния кожи в связи с псориазом на отношения с родственниками [4] и на качество жизни семьи в целом [29]. На актуальность исследования стратегий

выстраивания семейных отношений псориазическими больными и характера этих отношений также указывают источники, по данным которых заболевание псориазом может становиться основной причиной развода супругов [22].

Изучение специфики субъективной оценки внутрисемейных отношений больных псориазом представляется нам наиболее осмысленным с помощью сравнения с группой пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Данная патология существенно затрудняет привычное функционирование (в том числе социальное) ввиду двигательного дефекта и поражений, видимых невооруженным взглядом [19], что роднит этих пациентов с больными псориазом, заболевание которых также проявляется внешне.

В то же время заболевания опорно-двигательной системы не имеют в патогенезе и этиологии психологического фактора, который мог бы оказывать влияние на межличностное взаимодействие. Больные, страдающие от различных нарушений опорно-двигательного аппарата, испытывают трудности в поддержании привычного социального функционирования вследствие острого болевого синдрома, повышенной уязвимости и зависимости от окружающих [5; 6; 9; 13; 16; 28].

Целенаправленное изучение данной проблемы дает возможность выявить субъективную оценку внутрисемейных отношений в семьях, где присутствует больной псориазом, что может помочь в составлении психокоррекционных программ и комплексному воздействию на псориазическую болезнь.

Под субъективной оценкой внутрисемейных отношений больными псориазом мы подразумеваем их собственный взгляд и суждения о влиянии заболевания на внутрисемейные отношения. Под внутрисемейными отношениями мы понимаем систему отношений между членами семьи (правила, модели поведения, направления личностного роста в семье, организация семейной структуры) [23].

Целью нашего исследования стало описание особенностей субъективной оценки внутрисемейных отношений больными псориазом.

Гипотезами исследования являются следующие предположения:

1) по мнению больных псориазом, заболевание оказывает негативное влияние на их внутрисемейные отношения;

2) половая принадлежность больных, длительность и тяжесть заболевания влияют на субъективную оценку своего семейного окружения у больных псориазом;

3) субъективная оценка внутрисемейных отношений у больных псориазом имеет своеобразие по сравнению с пациентами с патологией опорно-двигательного аппарата.

Среди задач исследования важно отметить описание средних показателей в группах больных псориазом, сформированных по полу, тяжести и длительности заболевания.

Материалы и методы исследования

Выборка. Эмпирическая часть исследования проводилась на базе отделений дерматовенерологии, травматологии и ортопедии клиники Первого медицинского университета им. Павлова, 442-го военного окружного клинического госпиталя ЛенВО Министерства Обороны РФ, СЗГМУ им. И.И. Мечникова в г. Санкт-Петербург с апреля 2013 по февраль 2018 года.

В исследовании приняли участие 99 человек. Критериями включения пациентов в исследование были: лица обоего пола в возрасте 18–60 лет, страдающие псориазом или патологией опорно-двигательного аппарата; прогрессирующая стадия заболевания; продолжительность болезни от одного года; подписанное информированное согласие и соблюдение указаний врача относительно назначенной терапии. Критерии исключения: тяжелые сопутствующие заболевания, выраженные психические расстройства, отказ больного от обследования.

Основную группу составили 66 человек (30 мужчин и 36 женщин) с различными формами псориаза, в возрасте от 19 до 56 лет (возраст — $38,23 \pm 17,68$ лет). Большинство опрошенных (76%) страдают распространенным (вульгарным) псориазом, остальные пациенты имеют диагноз «псориатический артрит» (14%) и «пустулезный псориаз» (10%). Продолжительность заболевания у пациентов данного исследования варьировала от 1 года до 45 лет, средняя продолжительность — $12,66 \pm 7,78$ лет. 34 человека (51,5%) болеют псориазом до 10 лет, 15 человек (22,7%) — от 10 до 20 лет и 17 человек (25,8%) — больше 20 лет.

Для оценки тяжести псориатической болезни использовался опрос пациента на основе упрощенной методики индекса тяжести псориаза (PASI) [11]. Наибольшее количество пациентов (61%) имеют среднюю тяжесть заболевания (обширные поражения кожи, зуд, отсутствие регулярных болей, поражений суставов). Тяжелое протекание патологии отмечено у 24% опрошенных больным псориазом (жалобы на боль, трещины, псориатический артрит). Легкая форма встречается реже всего — у 15% испытуемых (1-3 пятна площадью не более 5 см, незначительные жалобы на сухость кожи и зуд).

Большинство пациентов, страдающих псориазом (59%), состоят в браке, у 9% — это второй брак по счету. У 76% участников исследования есть дети, 8% опрошенных находятся в разводе, 6% — овдовели, 12% — не состояли в браке и 15% опрошенных отметили, что сейчас не состоят в супружеских отношениях. Большинство опрошенных с псориазом относят к своей семье супругу/супруга и детей (53%), 17% опрошенных, помимо партнера и детей, включают в свою семью родителей, а еще 14% — сиблингов, племянников и племянниц. 14% относят к своей семье только детей, 11% — только родителей, 6% — считают своей семьей родителей и детей.

Группу сравнения составили 33 пациента (15 мужчин и 18 женщин) с различными патологиями опорно-двигательного аппарата, в возрасте от 19 до 67 лет (средний возраст — $41,48 \pm 14,56$). Пациенты имеют приобретенные (патологии костей и суставов: остеопороз, остеоартроз, остеохондроз, ревматоидный артрит,

вальгусная деформация стопы, болезнь Келлера — 51,5%; травмы — 36,5%) и врожденные (12%) нарушения опорно-двигательного аппарата. Средняя продолжительность заболевания — $11,66 \pm 9,38$. Основная группа и группа сравнения уравниваются между собой по показателю длительности заболевания ($F=2,45$; $p=0,21$).

Среди опрошенных с опорно-двигательными патологиями 79% состоят в браке и 76% имеют детей. У 12% участников это второй брак по счету. В браке не состояли 6% опрошенных, 15% — находятся в разводе, 21% — не замужем/не женаты. Участники с нарушениями опорно-двигательного аппарата включают в свою семью жену/мужа и детей (67%). 36% опрошенных также относят к своей семье родителей, однако лишь 12% из них считают семьей и других родственников (внуки, братья, сестры, племянники и племянницы). 9% опрошенных относят к своей семье только родителей, 3% — близкого друга.

По таким социодемографическим характеристикам, как распределение по возрасту ($F=2,25$; $p=0,19$), полу ($\chi^2=0,05$; $p=0,83$) и семейному положению ($\chi^2=2,26$; $p=0,13$) группы на статистически значимом уровне не различаются.

В исследовании использовались три **методики**.

1. Полуструктурированное интервью в авторской разработке (Э.Б. Карпова, П.Ю. Корабельник, 2018) [10], направленное на сбор анамнеза заболевания, информации о социальном функционировании больного, а также сведений о его субъективной оценке внутрисемейных отношений (см. Приложение 1).

2. Шкала семейного окружения (ШСО) R.H. Moos и B.S. Moos в адаптации С.В. Куприянова (1985) [23]. Методика предназначена для оценки социального климата в семьях разных типов. Основное внимание уделяется исследованию отношений между членами семьи, направлениям личностного роста, организационной структуре семьи и нарушениям семейных ролей. Методика состоит из десяти шкал, каждая из которых направлена на изучение характеристик семейного окружения. Несмотря на то, что надежность (α Кронбаха) некоторых шкал неудовлетворительна (по данным [3] варьируется в диапазоне от 0,37 до 0,61), а изучение психометрических свойств опросника продолжается, методика ШСО используется как психодиагностический инструмент в семейном консультировании и психотерапии [3; 23]. Методика включает следующие шкалы:

- Сплоченность — степень заботы членов семьи друг о друге, взаимопомощи и выраженности чувства принадлежности к семье;
- Экспрессивность — степень, в которой в семье разрешается открыто действовать и выражать свои чувства;
- Конфликт — выраженность агрессии и конфликтных взаимоотношений в семье;
- Независимость — степень, в которой в семье поощряется самоутверждение и проявление независимости и самостоятельности в принятии решений;

- Ориентация на достижения — выраженность характера достижения и соревнования в различных видах деятельности (учебе, работе);
- Интеллектуально-культурная ориентация — показатель того, насколько члены семьи социально активны, интеллектуальны и окультурены;
- Ориентация на активный отдых — значимость активного отдыха и спорта для семьи;
- Морально-нравственные аспекты — ценность этических и нравственных положений в семейном кругу;
- Организация — степень важности для семьи порядка и организованности (например, структурирование семейной деятельности);
- Контроль — показатель иерархии семейной организации и контроля членами семьи друг друга.

3. Модифицированный вариант проективной методики «Незаконченные предложения» [19], состоящий из 18 вопросов. Вопросы включали предложения, выражающие отношение испытуемых к себе (например, *Самое главное для меня...*), к своей болезни (*Самое неприятное в болезни...*), к близким людям (*Близкие люди...*) и к внутрисемейной обстановке (*В моей семье...*) (см. Приложение 2). Достоинством метода является его гибкость и эффективность при оценке внутренней картины болезни; некоторые исследователи отмечают его достаточно высокую валидность [17].

Процедура. Обследование больных псориазом и больных с различными заболеваниями опорно-двигательного аппарата проводилось по одинаковой схеме: сначала наедине с испытуемым (в палате больше никого не было/искали тихое место в отделении больницы) проводилось полуструктурированное интервью — испытуемому поочередно задавались вопросы, предварительно уточнив предпочтительность развернутых ответов, далее — ответы заносились в бланк (см. Приложение 1), после чего переходили к методике «Незаконченные предложения» (см. Приложение 2).

Пациенту предлагалось завершить фразу любым наиболее подходящим, по его мнению, словосочетанием. Единицами контент-анализа стали степень влияния псориазической болезни на внутрисемейные отношения (категории ответов «да»/«нет») и выраженность возможности обращения за поддержкой к родным в трудную минуту (категория ответов: «рассчитываю на родных»/«рассчитываю на других людей»). После сбора мнений двоих экспертов (авторов статьи) была проведена оценка степени их согласованности с помощью коэффициента конкордации Кендалла ($W=0,94$). После выполнения «Незаконченных предложений» испытуемые переходили к заполнению Шкалы семейного окружения. Испытуемый заполнял бланки методик самостоятельно; перед тестированием давались инструкции по выполнению методик, кроме того, полная инструкция дублировалась на бланках.

Статистические критерии. Первый этап исследования, посвященный проверке гипотезы о негативном влиянии субъективного переживания псориатической болезни на восприятие внутрисемейных отношений, осуществлялся с помощью результатов полуструктурированного интервью и методики «Незаконченные предложения». В качестве статистического критерия был использован критерий χ^2 Пирсона. Для исследования влияния половой принадлежности больных, длительности и тяжести заболевания на субъективную оценку семейного окружения у людей с псориазом использовались полуструктурированное интервью, «Незаконченные предложения» и методика ШСО. Проверка второй гипотезы осуществлялась путем сравнения полученных данных с применением многомерного дисперсионного анализа (MANOVA) и критерия Роя (проверка критерием Шапиро–Уилка подтвердила гипотезу о том, что наблюдаемое распределение анализируемых признаков не отличается от теоретически ожидаемого нормального распределения ($p > 0,05$) и наблюдается равенство дисперсий выборок). Второй этап исследования был посвящен проверке гипотезы о своеобразии субъективной оценки внутрисемейных отношений больных псориазом по сравнению с пациентами с патологией опорно-двигательного аппарата. В качестве методов исследований также использовалось полуструктурированное интервью, «Незаконченные предложения», методика ШСО; данные обрабатывались с применением критерия U-критерия Манна–Уитни. Статистическая обработка результатов осуществлялась в программе IBM SPSS v. 21.

Результаты

Результаты полуструктурированного интервью и методики «Незаконченные предложения» показывают, что 74% пациентов с псориазом тепло отзываются о семейной обстановке и считают, что в семье царит «гармония, «лад», «добро и порядок». Большинство людей с псориазом (89%) так же, как и респонденты с опорно-двигательными патологиями (76%), сообщают, что их заболевание не оказывает сильного негативного влияния на внутрисемейные отношения ($\chi^2=3,18$, $df=1$, $p=0,075$). Лишь 8% пациентов с псориатической болезнью продолжают фразу «в моей семье...» словами, что все непросто.

Последовательное проведение апостериорных сравнений данных с помощью U-критерия Манна–Уитни с применением поправки Бонферрони выявило значимые различия между исследуемыми группами по таким шкалам методики ШСО, как Экспрессивность, Конфликт, Независимость и Контроль. Респонденты с псориазом более выразительно оценивают возможность открыто действовать и выражать свои чувства внутри семьи, в том числе негативные (гнев, агрессия), по сравнению с группой людей с различными нарушениями опорно-двигательного аппарата (табл. 1, шкалы Экспрессивность и Конфликт). Что касается различий по шкале Контроля, то для семейного микроклимата людей с псориазом в меньшей степени характерна иерархичность семейной организации, ригидность семейных правил и процедур, контроль членами семьи друг друга, чем для микроклимата семьи, где присутствует член семьи с патологией опорно-двигательного аппарата. Кроме того, для респондентов с псориазом больше, чем для респондентов, страдающих патологией опорно-двигательного аппарата, характерна самостоятельность в обдумывании проблем и принятии решений в семье (табл. 1, шкала Независимость).

Таблица 1

Средние значения баллов методики ШСО в сравниваемых группах (N=99)

Шкалы	Респонденты с псориазом M±SD	Респонденты с нарушением опорно-двигательного аппарата M±SD	U	p
Экспрессивность	6,28±0,25	5,21±0,53	603	<0,001
Конфликт	6,04±0,21	4,62±0,31	619	<0,001
Независимость	5,78±0,51	4,69±0,21	576	<0,001
Контроль	4,36±0,22	5,55±0,33	659	0,001

Результаты полуструктурированного интервью и методики «Незаконченные предложения», проанализированные с помощью критерия χ^2 Пирсона, указывают на то, что большинство (76%) пациентов с нарушениями опорно-двигательного аппарата, равно как и страдающие псориазом (89%), в непростые периоды своей жизни могут рассчитывать на поддержку близких ($\chi^2=3,65$, $df=1$, $p=0,057$). При качественном контент-анализе ответов испытуемых было отмечено, что пациенты из группы сравнения отмечают, что зачастую родственники проявляют по отношению к ним чрезмерную заботу (58%) и это вызывает у некоторых из них (45%) чувство неловкости и смущения. Среди людей с псориазом почти не было таких жалоб (3%) в процессе межличностного взаимодействия в отличие от больных с патологией опорно-двигательного аппарата (73%), которые сталкиваются с неизбежными ограничениями физической активности и вынуждены просить помощи у окружающих ($\chi^2=5,97$, $df=1$, $p<0,001$). Пациенты группы сравнения отмечают, что любят бывать одни (61%), что разнится с ответами больных псориазом (29%), которые заканчивают фразу «одиночество...» негативными определениями ($\chi^2=4,53$, $df=1$, $p=0,026$).

При статистическом сравнении данных методики ШСО у подгрупп респондентов с псориазом, сформированных по полу и длительности заболевания, с помощью MANOVA было выявлено влияние половой принадлежности больных лишь на показатели субшкалы Экспрессивность (табл. 2). Сравнение средних показателей в группах мужчин и женщин показало, что вне зависимости от длительности заболевания среднегрупповые показатели мужчин и женщин, несмотря на близость к статистической норме, различаются между собой. Мужчины, страдающие псориазом, оценивают свою способность открыто выразить чувства в контексте семейных взаимоотношений ниже, чем женщины.

Полученные данные согласуются с результатами полуструктурированного интервью. Если женщины с псориазом свободно говорят с родными о своей болезни и в ответ получают принятие и понимание (67%), то мужчины в основном (57%) свое и отношение родственников к заболеванию оценивают как нейтральное. Половые различия заключаются в том, что женщины, страдающие псориазом, чаще (80%), чем мужчины (21%), просят о помощи своих родных ($\chi^2=6,88$, $df=1$, $p=0,009$).

При этом каждый второй мужчина в трудную минуту обращается к друзьям и знакомым (50%). Об этом говорят и результаты исследования семейного микроклимата.

Таблица 2

Средние показатели в группах мужчин и женщин с разной длительностью заболевания псориазом по шкале Экспрессивности (N=66)

Группы	Длительность заболевания	Экспрессивность M±SD	F-статистики
Женщины (n=36)	до 10 лет	6,61±0,24	F=8,33, df=65, p=0,006
	10–20 лет	5,64±0,33	
	более 20 лет	6,94±0,19	
Мужчины (n=30)	до 10 лет	6,45±0,25	
	10–20 лет	5,32±0,31	
	более 20 лет	5,41±0,21	

Исследование влияния тяжести псориазической болезни на субъективную оценку внутрисемейных отношений (шкалы ШСО) проводилось с помощью критерия наибольшего корня Роя (MANOVA). По этому критерию обнаружены статистически достоверные различия между средними показателями шкал Сплоченность и Независимость в подгруппах, сформированных по критериям степени тяжести (табл. 3).

Таблица 3

Средние показатели в группах больных псориаза разного пола и тяжести заболевания по шкале «Сплоченность» и «Независимость» (N=66)

Группы	Тяжесть заболевания	Сплоченность M±SD	Независимость M±SD	F-статистики
Женщины (n=36)	легкая	6,21±0,32	6,06±0,19	F=4,52, df=65, p=0,039
	средняя	5,78±0,31	5,91±0,22	
	тяжелая	7,82±0,22	6,73±0,33	
Мужчины (n=30)	легкая	7,78±0,25	6,22±0,31	
	средняя	5,44±0,23	4,89±0,25	
	тяжелая	7,11±0,2	6,44±0,25	

Больные псориазом со средней тяжестью заболевания имеют более высокие оценки независимости в сфере семейного функционирования и более низкие оценки

сплоченности членов семьи, чем пациенты с легким и тяжелым течением болезни. Мужчины с псориазом, субъективно выше оценивают сплоченность внутри семьи при легкой степени тяжести заболевания, в то время как женщины отмечают выраженное «чувство принадлежности к семье» во время тяжелого протекания заболевания.

Обсуждение результатов

Наше исследование было посвящено особенностям внутрисемейных отношений у людей с псориазом. Проверялась гипотеза о негативном воздействии субъективных переживаний, связанных с псориазической болезнью, на восприятие внутрисемейной обстановки. Было выявлено, что субъективное переживание псориазической болезни не оказывает сильного негативного воздействия на восприятие внутрисемейной обстановки. Среди группы больных псориазом также не было отмечено стеснения в процессе межличностного взаимодействия, что предположительно может обуславливать общую доверительную атмосферу внутри семьи, возможность открыто говорить о своих чувствах и переживаниях, связанных с болезнью. Так, при исследовании субъективной оценки внутрисемейных отношений респондентами псориазом в сравнении с пациентами, страдающими патологией опорно-двигательного аппарата, была отмечена их более выраженная склонность открыто действовать и выражать свои чувства (в т.ч. негативные) внутри семьи. Особенно это касается женщин с псориазом, которые вне зависимости от длительности заболевания высоко оценивают свою способность открыто проявлять эмоции в контексте семейных взаимоотношений и которые не стесняются попросить о помощи своих родных. Данная тенденция рассогласовывается с данными об усилении аутизации и социальной отчужденности женщин по мере продолжительности псориазической болезни [25].

Кроме того, для семейного микроклимата людей с псориазом в меньшей степени характерна иерархичность семейной организации, ригидность семейных правил и процедур, контроль членами семьи друг друга, чем для микроклимата семьи, в которой у одного из ее членов есть патологии опорно-двигательного аппарата. Полученные данные также могут обуславливать положительную оценку внутрисемейных отношений больных псориазом, поскольку ситуация болезни существенно меняет привычный жизненный уклад, а человеку сравнительно легче адаптироваться к новому режиму внутри семьи, если в ней выстроены гибкие границы [10; 25].

Для людей с псориазом больше, чем для людей с нарушениями работы опорно-двигательного аппарата, характерна самостоятельность в обдумывании проблем и принятии решений в семье, однако респонденты с псориазом негативно отзываются о состоянии одиночества. Степень независимости в сфере семейного функционирования и низкие показатели сплоченности членов семьи особенно характерны для больных псориазом со средней (по их оценкам) тяжестью заболевания. При этом у мужчин самые высокие показатели сплоченности внутри семьи наблюдаются в период легкого течения заболевания, в то время как женщины с псориазом отмечают выраженное чувство принадлежности к семье во время тяжелого протекания заболевания. Мужчины, страдающие псориазом, оценивают

свое отношение и отношение родственников к заболеванию как нейтральное и отмечают, что в трудную минуту скорее обратятся к друзьям и знакомым, нежели к родным. Полученные данные о влиянии фактора пола на субъективную оценку семейного взаимодействия могут быть интерпретированы как свидетельство культурных и гендерных особенностей, связанных с открытостью женщин и замкнутостью мужчин.

Таким образом, было выявлено влияние половой принадлежности и тяжести псориазической болезни на субъективную оценку семейного окружения. Фактор продолжительности болезни не показал статически значимых различий в сравниваемых группах больных псориазом, однако в дальнейшем он может быть изучен на группах большего размера и с менее большим возрастным разбросом.

Выводы

1. Большинство опрошенных людей с псориазом считает, что их заболевание не оказывает сильного негативного влияния на внутрисемейные отношения.

2. Половая принадлежность больных и тяжесть заболевания влияют на субъективную оценку людей с псориазом своего семейного окружения. Женщины чаще, чем мужчины, отмечают свою экспрессивность во внутрисемейных отношениях, а также субъективную готовность обратиться за помощью к родственникам в трудную минуту. Пациенты с псориазом со «средней» тяжестью заболевания чаще, чем пациенты с «легкой» и «тяжелой» степенью псориазической болезни, отмечают независимость в сфере семейного функционирования и низкую сплоченность членов семьи.

3. Субъективная оценка внутрисемейных отношений у людей с псориазом имеет своеобразие по сравнению с пациентами с патологией опорно-двигательного аппарата. Респонденты с псориазом чаще, чем респонденты с патологиями опорно-двигательного аппарата, отмечают возможность открыто действовать и выражать свои чувства, в том числе негативные. Люди с псориазом чаще, чем люди с нарушением работы опорно-двигательного аппарата, отмечают независимость и самостоятельность членов семьи в обдумывании проблем и принятии решений. Респонденты с псориазом в меньшей степени оценивают организацию семьи как иерархичную, реже отмечают ригидность семейных правил и процедур и контроль членами семьи друг друга, чем респонденты с патологией опорно-двигательного аппарата.

Таким образом, заболевание псориазом в целом не оказывает выраженного негативного воздействия на субъективную оценку внутрисемейной обстановки больных. Длительность псориазической болезни не влияет на субъективную оценку пациентами своего семейного окружения. Вместе с тем отмечено влияние половой принадлежности и тяжести заболевания на субъективную оценку семейного микроклимата у людей с псориазом. Существует своеобразие семейной организации у респондентов с псориазом в сравнении с респондентами, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата. Расширение выборки в дальнейших исследованиях позволит выявить группы риска развития изменений внутрисемейных отношений

в связи с болезнью и более детально изучить взаимосвязи между субъективными переживаниями, связанными с псориазической болезнью, и характеристиками семейного микроклимата.

К ограничениям исследования следует отнести большой возрастной разброс в исследованных группах и нестратифицированный отбор в выборку пациентов с опорно-двигательной патологией по длительности заболевания. Однако проведенное исследование позволяет расширить представления об особенностях субъективной оценки внутрисемейных отношений больных псориазом.

Литература

1. *Агарков С.Т.* Супружеская дезадаптация. М.: Едиториал УРСС, 2004. 256 с.
2. *Бабюк И.А.* Психические и соматические расстройства в нарушении сексуального здоровья. Донецк: Донеччина, 2002. 215 с.
3. *Барский Ф.И., Воронин И.А., Гиндина Е.Д. и др.* Восприятие семейной обстановки близнецами подросткового возраста: генетические и средовые факторы // Теоретическая и экспериментальная психология. 2014. № 4. С. 26–39.
4. *Бахлыкова Е.А., Филимонкова Н.Н., Матусевич С.Л. и др.* Пустулезный псориаз: качество жизни пациентов и методы терапии // Практическая Медицина. 2014. № 8 (84). С. 27–31.
5. *Вялков А.И., Гусев Е.И., Зборовский А.Б. и др.* Основные задачи Международной Декады (the bone and joint decade 2000-2010) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России // Научно-практическая ревматология. 2001. № 2. С. 4–8. DOI: 10.14412/1995-4484-2001-391
6. *Давыдова Т.Н., Шакирова Е.П.* Оптимизация социально-медицинской реабилитации после эндопротезирования крупных суставов // Материалы I международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы социально-экономического развития современного общества» (г. Киров, 20 апреля 2020 г.) / Под ред. М.П. Разина, Л.Н. Шмаковой, Н.С. Семено и др. Киров: ФГБОУ ВО Кировский ГМУ Минздрава России, 2020. С. 96–99.
7. *Карякина Л.А., Смирнова О.Н., Пирятинская В.А.* Псориаз: учебное пособие. СПб.: изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2017. 52 с.
8. *Касьянова В.Е., Шамаева В.С., Малышева Л.А. и др.* Псориаз: личностные особенности больных // Психосоматические и интегративные исследования. 2018. Том 4. № 3. С. 31–33.
9. *Кислица Г.К.* Особенности психологического пространства у людей с заболеваниями опорно-двигательного аппарата [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование. 2012. № 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57398.shtml (дата обращения: 27.02.2021).

10. *Корабельник П.Ю., Карпова Э.Б.* Особенности восприятия межличностного взаимодействия больными псориазом // Научные исследования выпускников факультета психологии СПбГУ. 2020. Том 8. № 8. С. 52–59.

11. *Кубанов А.А., Карамова А.Э., Знаменская Л.Ф. и др.* Индекс PASI (Psoriasis Area and Severity Index) в оценке клинических проявлений псориаза // Вестник дерматологии и венерологии. 2016. Том 92. № 4. С. 33–38. DOI: 10.25208/0042-4609-2016-92-4-33-38

12. *Луценко А.Г.* Типовое состояние семейных отношений при псориазе у мужчин // Медична психологія. 2014. Том 9. № 3. С. 102–104.

13. *Мирзоян О.И.* Функции проблемных методов обучения в социализации лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Инновационная наука. 2016. № 1–2 (13). С. 188–191.

14. *Николаева Н.Н., Якубович А.И.* Особенности акцентуаций личности пациентов, страдающих псориазом // Материалы междисциплинарной региональной научно-практической конференции дерматовенерологов и косметологов «Актуальные вопросы дерматовенерологии, косметологии и репродуктивного здоровья» (г. Красноярск, 27 ноября 2020 г.). / Под ред. А.В. Самцова, Е.В. Соколовского. Красноярск: КАСС, 2020. С. 200–205.

15. *Николаевская А.О., Алехина Е.А.* Личностные особенности и качество жизни больных, страдающих псориазом, с различной длительностью заболевания // Сибирский психологический журнал. 2018. № 69. С. 100–112. DOI: 10.17223/17267080/69/6

16. *Пазина М.В.* Эпидемиологические и медико-социальные аспекты заболеваемости хроническими дерматозами: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2010. 165 с.

17. *Пахомов А.П.* Методика «Незаконченные предложения» Сакса-Леви как учебное пособие // Экспериментальная психология. 2012. Том 5. № 4. С. 99–116. URL: <https://psyjournals.ru/exp/2012/n4/57358.shtml> (дата обращения: 27.02.2021).

18. *Романова Е.В., Толкачева О.Н.* Сравнительное исследование копинг-стратегий, особенностей межличностных отношений и смысложизненных ориентаций у лиц с врожденными и приобретенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата // Вестник СПбГУ. Социология. 2015. № 4. С. 87–98.

19. *Румянцев Г.Г.* Опыт применения метода «незаконченных предложений» в психиатрической практике // Исследования личности в клинике и в экстремальных условиях / Под. ред. В.Н. Мясищева, Б.Д. Карвассарского. Л.: изд-во НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1969. С. 266–275.

20. *Страдина М.С.* Опорно-двигательный аппарат // Возрастные особенности человека: учебное пособие / Под. ред. М. С. Страдиной. СПб.: изд-во НГУ им. П.Ф. Лесгафта, 2014. С. 125–128.

21. Терентьев С.Ю., Ермошина Н.П., Яковлева Н.В. Психологические особенности больных экземой и псориазом // Российский медико-биологический вестник им. академика И.П. Павлова. 2009. № 3. С. 1–5.

22. Усубалиев М.Б., Кожанов А.С. Социально-гигиеническая характеристика больных вульгарным псориазом // Современные проблемы науки и образования. 2016. № 6. С. 121–122.

23. Шкала семейного окружения [Электронный ресурс] // Электронная библиотека психодиагностики. URL: https://psylab.info/Шкала_семейного_окружения (дата обращения: 27.02.2022).

24. Юцковский А.Д., Дубняк Н.С., Федорова Е.Б. и др. К проблеме психогенных дерматозов // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2006. № 4. С. 29–32.

25. Яговдик Н.З., Сятковский В.А., Азарова Л.А. и др. Социально-психологические особенности личности больных псориазом // Белорусский медицинский журнал. 2013. № 1. С. 110–111.

26. Dueñas M., Ojeda B., Salazar A. et al. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system // Journal of Pain Research. 2016. № 9. P. 457–467. DOI: 10.2147/JPR.S105892

27. Eghlileb, A.M., Davies, E.E.G., Finlay A.Y. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners // British Journal of Dermatology. 2007. Vol. 156. № 6. P. 1245–1250. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2007.07881.x

28. Prang K., Berecki-Gisolf J., Newnam S. Recovery from musculoskeletal injury: the role of social support following a transport accident // Health and Quality of Life Outcomes. 2015. Vol. 13. № 97. P. 1–17. DOI: 10.1186/s12955-015-0291-8

29. Salman A., Yucelten A.D., Sarac E. et al. Impact of psoriasis in the quality of life of children, adolescents and their families: a cross-sectional study // Anais Brasileiros de Dermatologia. 2018. Vol. 93. № 6. P. 819–823. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20186981

References

1. Agarkov S.T. Supruzheskaya dezadaptaciya [Marital maladjustment]. Moscow: Editorial URSS, 2004. 256 p.

2. Babyuk I.A. Psikhicheskie i somaticheskie rasstroistva v narushenii seksual'nogo zdorov'ya [Mental and somatic disorders in violation of sexual health]. Donetsk: Donechchina, 2002. 215 p.

3. Barskii F.I., Voronin I.A., Gindina E.D. et al. Vospriyatie semeinoi obstanovki bliznetsami podrostkovogo vozrasta: geneticheskie i sredovye factory [Perception of the family environment by adolescent twins: genetic and environmental factors]. *Teoreticheskaya i ehksperimental'naya psikhologiya=Theoretical and Experimental Psychology*, 2014, no. 4, pp. 26–39.

4. Bakhlykova E.A., Filimonkova N.N., Matusevich S.L. et al. Pustulezniy psoriaz: kachestvo zhizni patsientov i metody terapii [Pustular psoriasis: quality of life of patients and methods of therapy]. *Prakticheskaya Meditsina=Practical Medicine*, 2014, no. 8 (84), pp. 27–31.

5. Vyalkov A.I., Gusev E.I., Zborovskii A.B. et al. Osnovnye zadachi Mezhdunarodnoi Dekady (the bone and joint decade 2000-2010) v sovershenstvovanii bor'by s naibolee rasprostranennymi zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata v Rossii [The main tasks of the International Decade (the bone and joint decade 2000-2010) in improving the fight against the most common diseases of the musculoskeletal system in Russia]. *Nauchno-prakticheskaya revmatologiya=Scientific and Practical Rheumatology*, 2001, no. 2, pp. 4–8. DOI: 10.14412/1995-4484-2001-391

6. Davydova T.N., Shakirova E.P. Optimizatsiya sotsial'no-meditsinskoi reabilitatsii posle ehndoprotezirovaniya krupnykh sustavov [Optimization of social and medical rehabilitation after arthroplasty of large joints]. In M.P. Razin, L.N. Shmakovf, N.S. Semeno et al (eds.), *Materialy I mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii "Aktual'nye problemy sotsial'no-ehkonomicheskogo razvitiya sovremennogo obshchestva"=Proceedings of the First International Scientific and Practical Conference "Current problems of socio-economic development of modern society"*. Kirov: publ. of Kirov State Medical University, 2020, pp. 96–99.

7. Karyakina L.A., Smirnova O.N., Piryatinskaya V.A. Psoriaz: uchebnoe posobie [Psoriasis: a study guide]. Saint-Petersburg: publ. of NWSMU n.a. I.I. Mechnikov, 2017. 52 p.

8. Kas'yanova V.E., Shamaeva V.S., Malysheva L.A. et al. Psoriaz: lichnostnye osobennosti bol'nykh [Psoriasis: personal characteristics of patients]. *Psikhosomaticheskie i integrativnye issledovaniya=Psychosomatic and Integrative Research*, 2018, vol. 4, no. 3, pp. 31–33.

9. Kislitsa G.K. Osobennosti psikhologicheskogo prostranstva u lyudei s zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Features of the psychological space in people with diseases of the musculoskeletal system]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie=Psychological Science and Education*, 2012, no. 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57398.shtml (Accessed: 27.02.2021).

10. Korabel'nik P.Yu., Karpova E.B. Osobennosti vospriyatiya mezhlichnostnogo vzaimodeistviya bol'nymi psoriazom [Features of perception of interpersonal interaction by patients with psoriasis]. *Nauchnye issledovaniya vypusknikov fakul'teta psikhologii SPBGU=Scientific research of graduates of the Faculty of Psychology of St. Petersburg University*, 2020, vol. 8, no. 8, pp. 52–59.

11. Kubanov A.A., Karamova A.E., Znamenskaya L.F. et al. Indeks PASI (Psoriasis Area and Severity Index) v otsenke klinicheskikh proyavlenii psoriaza [PASI (Psoriasis Area and Severity Index) in assessing the clinical manifestations of psoriasis]. *Vestnik dermatologii i venerologii=Dermatology and Venereology Bulletin*, 2016, vol. 92, no. 4, pp. 33–38. DOI: 10.25208/0042-4609-2016-92-4-33-38

12. Lutsenko A.G. Tipovoe sostoyanie semeinykh otnoshenii pri psoriaze u muzhchin [Typical state of family relationships in men with psoriasis]. *Medichna psikhologiya=Medical Psychology*, 2014, vol. 9, no. 3, pp. 102–104.

13. Mirzoyan O.I. Funktsii problemnykh metodov obucheniya v sotsializatsii lits s narusheniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Functions of problem teaching methods in the socialization of persons with musculoskeletal disorders]. *Innovatsionnaya nauka=Innovative Science*, 2016, no. 1–2 (13), pp. 188–191.

14. Nikolaeva N.N., Yakubovich A.I. Osobennosti aktsentuatsii lichnosti patsientov, stradayushchikh psoriazom [Features of personality accentuations in patients with psoriasis]. In A.V. Samtsov, E.V. Sokolovskiy (eds.), *Materialy mezhdistsiplinarnoi regional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii dermatovenerologov i kosmetologov "Aktual'nye voprosy dermatovenerologii, kosmetologii i reproduktivnogo zdorov'ya"*= *Proceedings of the interdisciplinary regional scientific-practical conference of dermatovenerologists and cosmetologists "Topical issues of dermatovenerology, cosmetology and reproductive health"*. Krasnoyarsk: KASS, 2020, pp. 200–205.

15. Nikolaevskaya A.O., Alekhina E.A. Lichnostnye osobennosti i kachestvo zhizni bol'nykh, stradayushchikh psoriazom, s razlichnoi dlitel'nost'yu zabolevaniya [Personal characteristics and quality of life of patients with psoriasis with varying duration of the disease]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal=Siberian Psychological Journal*, 2018, no. 69, pp. 100–112. DOI: 10.17223/17267080/69/6

16. Pazina M.V. Ehpideologicheskie i mediko-sotsial'nye aspekty zabolevaemosti khronicheskimi dermatozami: avtoref. dis. ... kand. med. nauk. [Epidemiological and medico-social aspects of the incidence of chronic dermatoses. PhD. (Medicine) Thesis]. Ekaterinburg, 2010. 165 p.

17. Pakhomov A.P. Metodika "Nezakonchennye predlozheniya" Saksa-Levi kak uchebnoe posobie [Sachs-Levy's "Unfinished Sentences" methodology as a teaching aid]. *Eksperimental'naya psikhologiya=Experimental Psychology*, 2012, vol. 5, no. 4, pp. 99–116. URL: <https://psyjournals.ru/exp/2012/n4/57358.shtml> (Accessed: 27.02.2021).

18. Romanova E.V., Tolkacheva O.N. Sravnitel'noe issledovanie koping-strategii, osobennostei mezhlchnostnykh otnoshenii i smyslozhiznennykh orientatsii u lits s vrozhdannymi i priobretennymi zabolevaniyami oporno-dvigatel'nogo apparata [Comparative study of coping strategies, peculiarities of interpersonal relations and life-meaning orientations in persons with congenital and acquired diseases of the musculoskeletal system]. *Vestnik SPBGU. Sotsiologiya=St. Petersburg State University bulletin. Sociology*, 2015, no. 4, pp. 87–98.

19. Rummyantsev G.G. Opyt primeneniya metoda «nezakonchennykh predlozhenii» v psikhiatricheskoi praktike [Experience of using the method of "unfinished sentences" in psychiatric practice]. In V.N. Myasishchev, B.D. Karvassarskiy (eds.), *Issledovaniya lichnosti v klinike i v ehkstremaal'nykh usloviyakh=Personality Research in the Clinic and in Extreme Conditions*. Leningrad: publ. of NIPNI im. V.M. Bekhtereva, 1969, pp. 266–275.

20. Stradina M.S. Oporno-dvigatel'nyi apparat [Musculoskeletal system]. In M.S. Stradina (ed.), *Vozrastnye osobennosti cheloveka: uchebnoe posobie=Age features of a person: a tutorial*. Saint-Petersburg: publ. of Lesgaft National State University of Physical Education, Sport and Health, 2014, pp. 125–128.

21. Terent'ev S.Yu., Ermoshina N.P., Yakovleva N.V. Psikhologicheskie osobennosti bol'nykh ehkzemoi i psoriazom [Psychological features of patients with eczema and

psoriasis]. *Rossiiskii mediko-biologicheskii vestnik im. akademika I.P. Pavlova*=*Russian Medical and Biological Bulletin n.a. I.P. Pavlov*, 2009, no. 3, pp. 1–5.

22. Usubaliev M.B., Kozhanov A.S. Sotsial'no-gigienicheskaya kharakteristika bol'nykh vul'garnym psoriazom [Socio-hygienic characteristics of patients with psoriasis vulgaris]. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*=*Modern Problems of Science and Education*, 2016, no. 6, pp. 121–122.

23. Shkala semeinogo okruzheniya. Elektronnaya biblioteka psikhodiagnostiki [Family Environmental Scale. Digital Library psychodiagnostics]. URL: https://psylab.info/Shkala_semeinogo_okruzheniya (Accessed: 27.02.2022).

24. Yutskovskii A.D., Dubnyak N.S., Fedorova E.B. et al. K probleme psikhogennykh dermatozov [To the problem of psychogenic dermatoses]. *Rossiiskii zhurnal kozhnykh i venericheskikh boleznei*=*Russian Journal of Skin and Venereal Diseases*, 2006, no. 4, pp. 29–32.

25. Yagovdik N.Z., Syatkovskii V.A., Azarova L.A. et al. Sotsial'no-psikhologicheskie osobennosti lichnosti bol'nykh psoriazom [Socio-psychological characteristics of the personality of patients with psoriasis]. *Belorusskii meditsinskii zhurnal*=*Belarusian medical journal*, 2013, no. 1, pp. 110–111.

26. Dueñas M., Ojeda B., Salazar A. et al. A review of chronic pain impact on patients, their social environment and the health care system. *Journal of Pain Research*, 2016, no. 9, pp. 457–467. DOI: 10.2147/JPR.S105892

27. Eghlileb, A.M., Davies, E.E.G., Finlay A.Y. Psoriasis has a major secondary impact on the lives of family members and partners. *British Journal of Dermatology*, 2007, vol. 156, no. 6, pp. 1245–1250. DOI: 10.1111/j.1365-2133.2007.07881.x

28. Prang K., Berecki-Gisolf J., Newnam S. Recovery from musculoskeletal injury: the role of social support following a transport accident. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2015, vol. 13, no. 97, pp. 1–17. DOI: 10.1186/s12955-015-0291-8

29. Salman A., Yucelten A.D., Sarac E. et al. Impact of psoriasis in the quality of life of children, adolescents and their families: a cross-sectional study. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 2018, vol. 93, no. 6, pp. 819–823. DOI: 10.1590/abd1806-4841.20186981

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Полуструктурированное интервью «Анамнез заболевания и социальная ситуация больного»

1. Дата обследования:
2. ФИО:
3. Дата рождения:
4. Установленный диагноз:
5. Форма лечения: стационар / дневное пребывание / стационар, но ночью дома
6. Дата поступления:
7. Семейное положение:

Есть супруг/супруга

Не женат/не замужем

Официальный брак/Гражданский брак

Какой брак по счету

Разведен(а) / вдова(вдовец) / не состоял(а) в браке

Дети:

есть

нет

8. Сопутствующие заболевания:
9. Общее число госпитализаций:
10. Время начала заболевания (месяц, год):
11. Опишите первый эпизод проявления заболевания, в чем вы видите предполагаемые причины.
12. Опишите первые контакты с врачом, постановку диагноза начало лечения.
13. Опишите основные трудности, с которыми приходится сталкиваться из-за имеющегося заболевания.
14. Как получается решать эти трудности или приспособливаться к ним?
15. Расскажите про реакцию окружающих на проявления вашего заболевания (агрессивная / нейтральная / заинтересованность / поддержка / страх / беспокойство / брезгливость)
16. Расскажите про вашу ответную реакцию на реакцию окружающих: (агрессивная / нейтральная / дружелюбная)

17. Возникает ли беспокойство по поводу внешности, собственной привлекательности в связи с заболеванием?
18. В каких ситуациях возникает это беспокойство?
19. Что успокаивает и поддерживает в случае возникновения этого беспокойства?
20. Место работы:
21. Должность:
22. Влияют ли условия работы на протекание заболевания (*да / нет*)? Каким образом?
23. Влияет ли ваше заболевание на развитие карьеры и уровень доходов (*да / нет*)? Каким образом?
24. От каких занятий и увлечений приходится отказываться в связи с заболеванием?
25. Кого Вы относите к своей семье (*мать / отец, муж / жена, дети, сестры / братья, дедушки / бабушки, другие*)?
26. Как влияет заболевание на отношение к вам со стороны родственников и близких людей?
27. Как влияет заболевание на ваше отношение к родственникам?
28. Какие рекомендации врача приходится нарушать время от времени (*диета / полноценный сон / минимизация стрессовых ситуаций / прием лекарств / отдых / сокращение рабочего времени / отказ от загара / отказ от косметики / другое*)?
29. Каковы ваши прогнозы на дальнейшее состояние вашего здоровья?
30. Что бы могло вам помочь почувствовать себя здоровым человеком?

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Методика «Незаконченные предложения»

Инструкция. Перед вами список незаконченных предложений. Вам предлагается завершить каждое предложение одним или несколькими словами, вложив в него содержание характерное для вас. Выполняйте работу по возможности быстро. Завершайте начало предложения, не раздумывая, первым, что приходит в голову.

1. Моя жизнь — это...
2. Будущее кажется мне...
3. В моей семье...
4. К своему здоровью я отношусь...
5. В трудную минуту я всегда могу рассчитывать на...
6. Мне кажется, что причина моей болезни...
7. Работа для меня...
8. Близкие люди...
9. Самое неприятное в болезни...
10. Я лечусь, потому что...
11. Я надеюсь...
12. Я думаю, что врачи...
13. Моя карьера...
14. Одиночество...
15. Зачастую финансовые вопросы...
16. Больше всего люблю тех людей, которые...
17. Самое главное для меня...
18. Мне нравится, что я...

Корабельник П.Ю., Карпова Э.Б. Особенности субъективной оценки внутрисемейных отношений у больных псориазом
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 1–22.

Korabelnik P.Yu., Karpova E.B. Features of the Subjective Assessment of Intrafamilial Relationships in Patients with Psoriasis
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 1–22.

Информация об авторах

Корабельник Полина Юрьевна, аспирант, кафедра психологии кризисных и экстремальных ситуаций, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8371-6458>, e-mail: hello_polly@mail.ru

Карпова Эльвира Борисовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1603-9132>, e-mail: e.karpova@spbu.ru

Information about the authors

Polina Yu. Korabelnik, PhD Student, Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Faculty of Psychology, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8371-6458>, e-mail: hello_polly@mail.ru

Elvira B. Karpova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology of Crisis and Extreme Situations, Faculty of Psychology, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1603-9132>, e-mail: e.karpova@spbu.ru

Получена: 18.03.2021

Received: 18.03.2021

Принята в печать: 15.02.2022

Accepted: 15.02.2022

Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью в связи с агрессией

Кравцова Н.А.

*Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), г. Владивосток, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2841-4144>, e-mail: kranatali@yandex.ru*

Киняйкина Е.В.

*Тихоокеанский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), г. Владивосток, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9887-6761>, e-mail: elen5555@mail.ru*

Трухан В.В.

*Медико-санитарная часть МВД России по Приморскому краю (ФКУЗ «МСЧ МВД России по Приморскому краю»), г. Владивосток, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5541-8602>, e-mail: nikulya_95@mail.ru*

В исследовании проверялась гипотеза о том, что статус идентичности у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ) отличается от такового у условно здоровых людей и связан с проявлениями агрессивности. Выборку исследования составили 75 человек, из них в эмпирическую группу вошли 45 пациентов в возрасте от 21 до 38 лет ($M=27,85$ лет, $SD=3,21$ лет) с установленным диагнозом ГЭРБ, из них 66,7% мужчин и 33,3% женщин. В группу сравнения — 30 условно здоровых человек в возрасте от 21 до 32 лет ($M=26,90$ лет, $SD=3,87$ лет), из них 60,0% мужчин и 40,0% женщин. Использовались Методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) Л.Б. Шнейдер, русскоязычная версия Опросника объективного измерения статуса эго-идентичности в адаптации Т.А. Гавриловой и Е.В. Глушак, Я-структурный тест Аммона в адаптации Ю.Я. Тупицына и др., опросник «Виды агрессивности» Л.Г. Почебут и опросник агрессивности Басса-Дарки. По результатам исследования у 48,9% пациентов с ГЭРБ была выявлена диффузная идентичность, у 20,0% — мораторий, у 17,7% — достигнутая позитивная идентичность, у 6,7% — преждевременная идентичность и 6,7% псевдопозитивная идентичность. У 30,0% здоровых выявлен статус «мораторий», у 26,6% — достигнутая позитивная идентичность, у 23,3% — диффузная идентичность и у 16,7% — псевдопозитивная идентичность. У пациентов с ГЭРБ в зависимости от статуса идентичности выявлены связи с разными показателями агрессии: статус принятой идентичности прямо связан с предметной агрессией; статус мораторий — с дефицитарной агрессией, статус достигнутой идентичности — с косвенной агрессией и чувством вины. Выявлено, что чем ниже показатель личностной идентичности, который соответствует статусам принятой и диффузной идентичности, тем выше у пациентов раздражение и враждебность. У условно

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

здоровых респондентов значимые связи показателей идентичности с показателями агрессии не выявлены.

Ключевые слова: гастроэзофагеальный рефлюкс, личность, статус идентичности, агрессия, центральные Я-функции личности.

Для цитаты: Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В. Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью в связи с агрессией [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 23–43. DOI: 10.17759/cpse.2022110102

Identity of Patients with Reflux Disease in Connection with Aggression

Natalia A. Kravtsova

*Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2841-4144>,
e-mail: kranatali@yandex.ru*

Elena V. Kinyaykina

*Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation,
Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9887-6761>,
e-mail: elen5555@mail.ru*

Veronika V. Trukhan

*Medical and Sanitary Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Primorsky
Territory, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5541-8602>,
e-mail: nikulya_95@mail.ru*

The study tested the hypothesis of difference of personality identity in patients with gastroesophageal reflux disease (GERD) and healthy individuals and of association of difference with manifestations of aggressiveness. The sample of 75 subjects includes an experimental group of 45 patients, aged 21 to 38 years old ($M=27.85$, $SD=3.21$), with an established diagnosis of GERD, 66.7% men and 33.3% women. Control group of 30 normal individuals aged 21 to 32 years ($M=26.90$, $SD=3.87$), who do not have a history of GERD, 66.0% men and 40.0% women. The methodological complex includes: Method for the Study of Personal Identity Schneider (MILES); Questionnaire for Objective Measurement of Status Ego-Identity (adaption by Gavrilova, Glushak); ISTA (Tupitsyn et al.); the method "Types of aggressiveness" (Pochebut); Buss-Durkee Hostility Inventory. The diffuse identity was revealed in 48.9% of patient group, the "moratorium" identity status was revealed in 20.0%, while achieved positive identity, premature identity, and pseudo-positive identity were found in 17.7%, 6.7%, and 6.7% of patients, accordingly. The "moratorium" identity status was revealed in 30.0% of normal group, while achieved positive identity, "moratorium" identity, and pseudo-positive identity were found in 26.6%,

23.3%, and 16.7% of patients, accordingly. Also, in GERD patients following connections with different aggression indicators were revealed depending on the identity status: the status of the adopted identity is directly related to the object aggression; the status of a moratorium related with the deficit aggression, the status of achieved identity related with the indirect aggression and guilt. Personal identity indicator corresponds to the status of accepted and diffuse identity. It was revealed that the lower state of personal identity indicator connected to the higher state of the irritation and hostility in patients. The control group did not reveal significant links between the indicators of identity and indicators of aggression.

Keywords: gastroesophageal reflux, personality, identity, aggression, central self-functions.

For citation: Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V. Identity of Patients with Reflux Disease in Connection with Aggression. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia= Clinical Psychology and Special Education*, 2021. Vol. 11, no. 1, pp. 23–43. DOI: 10.17759/cpse.2022110102 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

В последние десятилетия отмечается тенденция к увеличению заболеваемости гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ), симптомы которой выявляются у 50% взрослого населения и лидируют среди заболеваний пищеварительной системы, а в группе заболеваний пищевода составляют около 75% случаев [8; 11; 16]. Высокая распространенность ГЭРБ среди заболеваний пищеварительной системы у лиц разного возраста и пола во всем мире составляет 8–33% [11; 16; 26–28]. Согласно данным эпидемиологов, рефлюксной болезнью страдают от 10% до 20% населения западных стран и 13,3% населения России [6; 10; 16; 27].

Основные усилия гастроэнтерологов в настоящее время направлены на более детальное обследование пациента с использованием современных методов эндоскопии пищеварительной системы. Однако следует признать, что подобный диагностический акцент не обеспечивает повышения эффективности лечения пациентов с рефлюксной болезнью. На фоне широкого использования антисекреторных препаратов вместо ожидаемого лечебного эффекта отмечается рефрактерность части пациентов к этим препаратам и, возможно, вследствие этого, их низкая комплаентность [10].

В работах И.А. Гришечкиной у пациентов с ГЭРБ были выявлены высокая частота невротических реакций и дезадаптивных типов поведения в условиях болезни, высокий уровень тревожности и преобладание агрессивности над враждебностью [4; 5]. Л.Н. Мосийчук и соавторы выявили у 100% людей с ГЭРБ повышенную тревожность и у 91,2% пациентов депрессивную симптоматику [13]. Авторы считают, что наличие психологической дезадаптации у пациентов с ГЭРБ влияет на эффективность лечения и без соответствующей психокоррекции делает невозможным достижение стойкой ремиссии по основному заболеванию [13].

Клинико-психологическое исследование комплексной терапии пациентов с рефлюксной болезнью, включающей психотерапию, показало значительный лечебный эффект подобного подхода, проявляющийся не только в виде снижения характерной клинической симптоматики, но и в изменениях показателей психологического реагирования, повышения качества жизни пациентов [25]. Авторами выявлена сильная связь между показателем тревоги и психологическим компонентом качества жизни, а также обратная связь между показателем тревоги и клиническим индексом [24].

О.И. Одарущенко выявила у пациентов с ГЭРБ психоэмоциональную напряженность, повышенную личностную тревожность, плохое самочувствие и субъективный дискомфорт, беспокойство, подверженность страхам и чувству вины, снижение мотивации и изменения в сфере социального общения [14].

В исследовании С. Zhong и коллег было показано, что симптомы соматизации, депрессии, тревоги, враждебности и фобии тревожности, выявленные с помощью симптоматического опросника SCL-90-R, у больных с рефлюксной болью в груди были выше, чем у пациентов с типичным рефлюксным синдромом и у здоровых людей [30]. В другом исследовании продемонстрирована связь симптомов ГЭРБ с хроническими болезненными височно-нижнечелюстными симптомами, а соматизацию, беспокойство и нарушение сна авторы рассматривают как фактор, опосредующий эту связь [29].

Л.В. Ромасенко и соавторы представили данные клинических исследований, демонстрирующих участие в патогенезе заболеваний пищеварительной системы как органических, так и функциональных психических факторов, а также психосоматических и соматопсихических механизмов, что требует, по мнению авторов, мультидисциплинарного подхода к лечению с участием психиатров [17].

Как показал проведенный нами обзор отечественных и зарубежных исследований проблемы ГЭРБ, большинство работ представляет анализ эмоциональных факторов, которые являются отражением более глубоких личностных механизмов, проявляющихся в том числе в симптоматике ГЭРБ. Если с психосоматическими механизмами все относительно понятно — соматическое страдание меняет психическое состояние, свойства и характер протекания психических процессов, то психосоматический компонент остается недостаточно изученным. Психосоматические феномены включают прежде всего телесную идентичность, которая начинает формироваться в период сенсомоторного развития ребенка и является отправной точкой для становления личностной идентичности в подростковом и юношеском возрасте. Идентичность в непрерывном процессе развития личности выполняет в основном адаптационные функции. При тяжелом соматическом заболевании происходит нарушение привычной системы социальных ролей и представлений, структура идентичности лишается внутренней целостности. Все это может способствовать кризису идентичности [9; 12].

В текущем исследовании идентичности пациентов с ГЭРБ в качестве теоретической основы мы будем использовать статусную модель Джеймса Марсиа, в которой он выделил четыре варианта (статуса) идентичности: преждевременная

(предрешенная или принятая), диффузная, достигнутая и мораторий. Для определения статуса Дж. Марсиа использовал критерий наличия/отсутствия кризиса вследствие поиска идентичности и критерий наличия/отсутствия единиц идентичности (личностно значимых целей, ценностей, убеждений). Проживание кризиса идентичности (статус «мораторий») связано с состоянием фрустрации, что, в свою очередь, может приводить к повышению уровня агрессии [2; 22, 23]. Отсутствие ясного чувства идентичности как личностного тождества и непрерывности личности, характеризующее статус диффузной идентичности, может быть причиной негативных эмоциональных переживаний, в том числе ненаправленной злобы. Учитывая биологическую составляющую клинической симптоматики ГЭРБ в виде агрессивного воздействия желудочного содержимого на слизистую пищевода и опираясь на биопсихосоциальную модель личности и болезни G.L. Engel, рассматривающую биологическую, психологическую и социальную составляющие в понимании этиопатогенеза заболеваний, мы предположили возможность специфических проявлений агрессии в связи со статусом идентичности пациентов с ГЭРБ [20].

Актуальность исследования статуса идентичности в связи с показателями агрессии у пациентов с ГЭРБ обусловлена необходимостью прояснения роли психологических факторов в патогенезе ГЭРБ. Так как до настоящего времени не выработана единая концепция лечения ГЭРБ с учетом всех факторов этиопатогенеза, что проявляется в рецидивировании заболевания почти у 100% пациентов [16; 25; 28], проведенное исследование в перспективе позволит выделить мишени психокоррекции с целью повышения эффективности комплексной терапии.

Цель исследования — определение вариантов статуса эго-идентичности в их взаимосвязи с агрессией у пациентов с ГЭРБ.

Гипотеза 1: у пациентов с ГЭРБ преобладает статус диффузной идентичности в отличие от условно здоровых респондентов, для которых характерно преобладание статуса достигнутой идентичности.

Гипотеза 2: у пациентов с ГЭРБ статус диффузной идентичности связан с вербальной агрессией.

Методология исследования

Выборка. Совокупная выборка исследования составила 75 человек, включая экспериментальную группу и группу сравнения. Критерии формирования экспериментальной группы: наличие клинически установленного диагноза ГЭРБ (эрозивной и неэрозивной форм); критерий исключения из выборки — диагноз пищевода Баррета.

Экспериментальную группу (ЭГ) составили 45 пациентов в возрасте от 21 до 38 лет ($M=27,85$ лет, $SD=3,21$ лет) с клинически установленным диагнозом ГЭРБ; среди них 30 мужчин (66,7%) и 15 женщин (33,3%). Из вредных привычек курение отметили 37 человек (82,0%), нарушение режима питания — 38 человек (84,4%), стрессовый характер работы — 45 человек (100%).

Группу сравнения (ГС) составили 30 условно здоровых человек в возрасте от 21 до 38 лет ($M=26,90$ лет, $SD=3,87$ лет), не имеющих в анамнезе ГЭРБ; среди 18 мужчин (60,0%) и 12 женщин (40,0%). Курение в качестве вредной привычки отметили 20 человек (66,7%), нарушение режима питания — 24 человека (80%), стрессовый характер работы — 30 человек (100%).

Вычисления критерия углового преобразования Фишера подтвердило, что группы сравнения сопоставимы по полу (мужчины — $p=0,670$; женщины — $p=0,620$); возрасту ($p=0,950$); вредным привычкам ($p=0,640$), нарушению режима питания ($p=0,900$) и стрессовому характеру работы ($p=0,990$).

Клиническая характеристика экспериментальной группы. В ЭГ были включены 42 пациента (93,3%) с неэрозивной рефлюксной болезнью (НЭРБ) и 3 пациента (6,7%) с эрозивной рефлюксной болезнью (ЭРБ). Большинство пациентов предъявляли жалобы на изжогу (89,3%), боли в эпигастральной области, связанные с приемом пищи (82,4%), диспепсические явления (тошноту, отрыжку воздухом, вздутие живота) — 47%. Длительность заболевания составила от 2 до 14 лет ($M=8,67$ лет, $SD=4,01$ лет). На фиброэзофагодуоденоскопии у троих пациентов (6,7%) были выявлены эрозии пищевода, у остальных 97 (93,3%) — признаки эзофагита. У 17 пациентов (37,8%) обнаружена недостаточность кардии 1-2 степени, у двоих пациентов (4,4%) — признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. В желудке всех пациентов выявлялись признаки эритематозной гастропатии, у троих (6,7%) пациентов выявлена хеликобактер пилори, у 10 пациентов (22,2%) обнаружено наличие желчи. Все пациенты получали предусмотренное стандартами медикаментозное и немедикаментозное лечение.

Методики. Для оценки идентичности использовались: Методика изучения личностной идентичности Л.Б. Шнейдер [23]; Опросник объективного измерения статуса эго-идентичности (Objective Measure of Status Ego-Identity) Дж. Адамса, адаптированная на русском языке Т.А. Гавриловой и Е.В. Глушак [3]; Я-структурный тест Г. Аммона в адаптации сотрудников НИПНИ им. Бехтерева [7]. Для изучения агрессивности использовались: методика «Виды агрессивности» Л.Г. Почебут [15]; опросник проявлений агрессии и враждебности А. Басса и Э. Дарки, стандартизированный А.А. Хваном, Ю.А. Зайцевым и Ю.А. Кузнецовой в 2005 году [19].

Методика изучения личностной идентичности (МИЛИ) [23] построена на принципах прямого и цепного ассоциативного теста, является одношкальной, позволяет определить 5 вариантов идентичности. Опросник состоит из 218 ассоциаций. Ответы респондентов оцениваются по шкале интервалов. Статус личностной идентичности определяется по соответствию полученных испытуемым результатов определенному диапазону значений. Диффузная идентичность (0–20 баллов) — статус, при котором человек не имеет жизненных целей, ценностей и не пытается их формировать. Преждевременная (предрешенная или принятая) идентичность (20–40 баллов) — человек не переживал кризиса, но обладает системой заимствованных/навязанных ценностей, взглядов, убеждений. Статус «мораторий» (40–60 баллов) — человек переживает состояние кризиса и активно пытается разрешить его. Достигнутая идентичность (60–80 баллов) — статус

идентичности человека, прошедшего через кризис идентичности и сформировавшего определенную совокупность личностно значимых целей, ценностей. Псевдоидентичность (80–100 баллов) — тотальное поглощение социальным статусом, ролью за счет принижения и отвержения своей уникальности [23]. Надежность шкал в нашем исследовании (α Кронбаха) составила 0,83.

Опросник объективного измерения статуса эго-идентичности (OMEIS) [3] базируется на теоретико-методологической основе, которая представлена концепцией формирования эго-идентичности Э. Эриксона и концепцией статусов эго-идентичности Дж. Марсиа. Данный опросник позволяет выделить четыре статуса идентичности: диффузную (человек не прошел кризис идентичности, ясное чувство идентичности отсутствует), принятую (человек не прошел кризис идентичности принял чужую идентичность), мораторий (находится в кризисе идентичности) и достигнутую (человек прошел кризис и самостоятельно принял идентичность). Шкала состоит из 32 утверждений, которые оцениваются по шестибальной шкале. Ответы респондентов оцениваются по шкале Лийкерта. Надежность шкал в нашем исследовании (α Кронбаха) варьировала в диапазоне 0,73–0,90.

Я-структурный тест Г. Аммона [7] основан на гуманструктуральной модели личности Г. Аммона и измеряет центральные Я-функции личности (агрессия, тревога, внешнее Я-отграничение, внутреннее Я-отграничение, нарциссизм, сексуальность), каждая из которых может быть конструктивной, деструктивной и дефицитарной. Тест содержит 220 утверждений, которые распределяются на 18 шкал, между шкалами утверждения не пересекаются. Ответы респондентов оцениваются по шкале интервалов. Надежность шкал в нашем исследовании (α Кронбаха) варьировала в диапазоне 0,63–0,89. Низкая надежность была получена по шкале Конструктивное внутреннее Я-отграничение, поэтому эта переменная была удалена из анализа.

Опросник склонности к агрессии Басса–Дарки [19] измеряет проявления агрессивности и враждебности и состоит из 75 утверждений, разгруппированных по 8 шкалам: физическая, косвенная и вербальная агрессия, раздражение, негативизм, подозрительность, обида и чувство вины. Опросник позволяет рассчитать суммарный индекс агрессивных реакций (физическая, косвенная, вербальная агрессия и раздражение) и индекс враждебности (обида и подозрительность). Ответы респондентов оцениваются по шкале интервалов. Надежность шкал в нашем исследовании (α Кронбаха) составила 0,58–0,82. Низкая надежность получена по шкале негативизма; поэтому она была удалена из анализа.

Методика диагностики агрессивности «Виды агрессивности» Почебут Л.Г. является адаптационной переработкой теста А. Басса и Э. Дарки [15]. Измеряет агрессивное поведение и содержит 40 утверждений, сгруппированных в 5 шкал: вербальная агрессия, физическая агрессия, предметная агрессия, эмоциональная агрессия и самоагрессия. Ответы респондентов оцениваются по шкале интервалов от 0 до 100. Показатели надежности шкал (α Кронбаха) в нашем исследовании варьировали от 0,75 до 0,88.

Процедура исследования. Исследование проходило в офлайн формате на базе госпиталя ФКУЗ «МСЧ МВД России по Приморскому краю» г. Владивостока. Эмпирическое исследование было проведено поэтапно в период с ноября 2016 года по июнь 2017 года.

Анализ данных. Категориальные данные обрабатывались с помощью частотного анализа, позволяющего определить количество объектов в выборке в абсолютном значении и процентном соотношении. Для межгрупповых сравнений средних значений переменных использовался U-критерий Манна–Уитни с поправкой на множественность сравнения Холма–Бонферрони. Для определения связи между изучаемыми показателями вычислялся коэффициент корреляции Ч. Спирмена. Анализ проводился с использованием пакета SPSS Statistic v. 17.

Анализ результатов

Частотный анализ результатов изучения личностной идентичности с помощью опросника МИЛИ показал, что 22 (48,9%) пациентам с ГЭРБ (ЭГ) характерна диффузная идентичность, 9 пациентам (20,0%) — мораторий, 8 пациентам (17,7%) — достигнутая позитивная идентичность, трем пациентам (6,7%) — преждевременная идентичность и еще трем пациентам (6,7%) — псевдопозитивная идентичность. В ГС 7 человек (23,3%) имели диффузную идентичность, 9 человек (30,0%) — мораторий, 9 (30,0%) человек — достигнутую позитивную идентичность, 5 (16,7%) — псевдопозитивную идентичность. Никто из респондентов ГС не имел статус преждевременной идентичности. Частота встречаемости диффузной идентичности в ЭГ была значимо выше, чем в ГС ($p < 0,001$), а статуса «мораторий» — значимо выше в ГС, чем в ЭГ ($p = 0,034$). Статус достигнутой идентичности в ГС встречался чаще, чем в ЭГ ($p = 0,021$). Анализ межгрупповых различий показателей МИЛИ выявил значимые различия на уровне достоверности $< 0,05$ ($U = 487,0$; $p = 0,036$).

Частотный анализ результатов исследования идентичности по опроснику OMEIS показал, что у 24 (53,3%) пациентов с ГЭРБ преобладает показатель статуса диффузной идентичности, у 13 пациентов (29,0%) — показатель статуса «мораторий». У 6 пациентов (13,3%) выявлен статус достигнутой идентичности и у двоих (4,4%) — принятой. В ГС у 17 человек (56,7%) обнаружена достигнутая идентичность, у четверых (13,3%) — диффузная; у троих (10%) — принятая идентичность и у шести (20%) — статус «мораторий».

Как видно из представленных на рис. 1 данных сравнительного анализа средних показателей по шкалам OMEIS, значимые различия в группах сравнения выявлены по статусу диффузной идентичности — она выше у пациентов с ГЭРБ ($U = 363,0$; $p = 0,001$) — и достигнутой идентичности — выше у здоровых людей ($U = 399,0$; $p = 0,003$). Различия в статусах «мораторий» ($U = 607,0$; $p = 0,462$) и принятой идентичности ($U = 642,0$; $p = 0,721$) оказались не значимыми.

Далее мы проанализировали результаты респондентов из ЭГ и ГС по шкалам центральных Я-функций личности теста Г. Аммона (табл. 1). Значимые межгрупповые различия были выявлены по показателям Деструктивной агрессии

и Деструктивного внешнего Я-отграничения — оба показателя оказались выше у пациентов ЭГ, в то время как показатели Дефицитарной тревоги и Конструктивного внешнего Я-отграничения — наоборот, ниже.

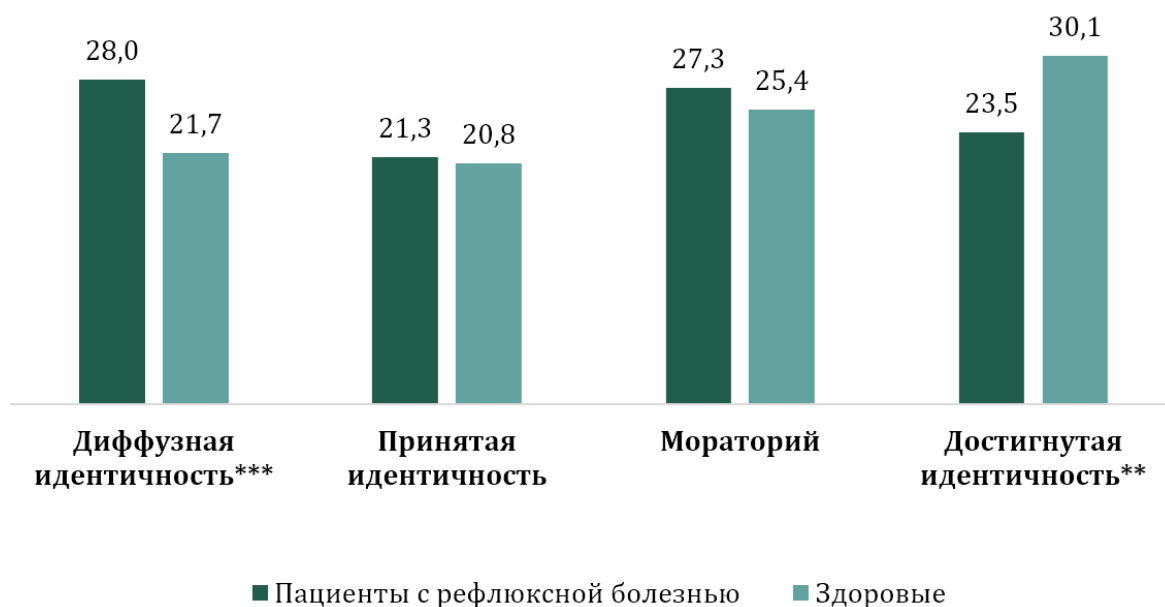


Рис. 1. Сравнение статуса эго-идентичности (по методике OMEIS) у пациентов с ГЭРБ и лиц, не имеющих в анамнезе рефлюксной болезни

Примечание. ** — различия значимые при $p < 0,01$; *** — при $p \leq 0,001$. Использована поправка на множественность сравнения Холма–Бонферрони.

Таблица 1

Сравнение выраженности Я-функций личности (по тесту Г. Аммона) у пациентов с ГЭРБ и лиц, не имеющих в анамнезе рефлюксной болезни

Переменные	ЭГ (n=45)	ГС (n=30)	U-критерий	p
	M±SD	M±SD		
Деструктивная агрессия	55,44±11,70	48,43±12,11	461,5	0,020
Дефицитарная тревога	45,44±9,63	53,30±12,16	411,0	0,004
Конструктивное внешнее Я-отграничение	41,38±8,61	49,80±11,39	360,5	0,001
Деструктивное внешнее Я-отграничение	56,78±13,42	50,47±15,27	468,0	0,024

Примечание: использована поправка на множественность сравнения Холма–Бонферрони.

Сравнительный анализ межгрупповых различий по показателям агрессии по опроснику Басса–Дарки в ЭГ и ГС показал значимые различия между пациентами ГЭРБ и условно здоровыми по показателю вербальной агрессии, который оказался

выше в ЭГ ($p=0,004$). По остальным показателям значимых различий не было выявлено (табл. 2). Анализ результатов исследования видов агрессии по тесту Л.Г. Почебут также выявил значимые различия по между ЭГ и ГС по показателю вербальной агрессии ($p=0,037$) и отсутствие значимых различий по остальным шкалам (табл. 3).

Таблица 2

Сравнение показателей агрессии (опросник уровня агрессивности Басса-Дарки) у пациентов с ГЭРБ и лиц, не имеющих в анамнезе рефлюксной болезни

Переменные	ЭГ (n=45)	ГС (n=30)	U-критерий	p
Физическая агрессия	5,66±2,25	5,06±1,77	543,5	0,151
Косвенная агрессия	4,02±2,48	4,16±2,06	633,0	0,646
Раздражение	4,40±3,41	4,30±2,61	672,0	0,974
Вербальная агрессия	8,55±2,31	6,96±2,07	408,0	0,004
Обида	4,64±2,48	4,00±2,03	570,5	0,255
Подозрительность	3,86±2,67	4,33±2,07	576,0	0,281
Чувство вины	6,13±2,03	5,30±2,05	534,5	0,125

Примечание: использована поправка на множественность сравнения Холма–Бонферрони.

Таблица 3

Сравнение показателей агрессии (опросник «Виды агрессивности» Л.Г. Почебут) у пациентов с ГЭРБ (n=45) и лиц, не имеющих в анамнезе рефлюксной болезни

Переменные	ЭГ (n=45)	ГС (n=30)	U-критерий	p
Вербальная агрессия	4,91±1,86	4,16±1,39	485,0	0,037
Физическая агрессия	2,89±1,92	2,13±1,63	528,0	0,107
Предметная агрессия	3,17±2,30	2,90±1,80	656,5	0,840
Эмоциональная агрессия	2,86±1,68	2,91±1,66	655,0	0,825
Самоагрессия	2,35±1,70	2,46±1,71	642,5	0,721

Примечание: использована поправка на множественность сравнения Холма–Бонферрони.

Для определения взаимосвязи между исследуемыми показателями идентичности и агрессии у пациентов с ГЭРБ был проведен корреляционный анализ Спирмена. Значимые взаимосвязи представлены в табл. 4. У пациентов с ГЭРБ была выявлена положительная связь между принятой идентичностью и предметной агрессией, статусом «мораторий» и дефицитарной агрессией, а также между

статусом достигнутой идентичности и косвенной агрессией. Показатель личностной идентичности (опросник МИЛИ) был отрицательно связан с враждебностью и раздражением.

Таблица 4

Взаимосвязи между показателями идентичности и агрессии у пациентов с ГЭРБ

	Статус идентичности			
	ПИ (OMEIS)	М (OMEIS)	ДПИ (OMEIS)	МИЛИ
Показатели агрессии	Предметная агрессия (опросник Л.Г. Почебут)	r=0,264; p=0,040		
	Косвенная агрессия (опросник Л.Г. Почебут)		r=0,392, p=0,004	
	Чувство вины (опросник Л.Г. Почебут)		r=0,332, p=0,013	
	Дефицитарная агрессия (тест Г. Аммона)		r=0,255, p=0,045	
	Раздражение (опросник Басса–Дарки)			r=-0,330 p=0,027
	Враждебность (опросник Басса–Дарки)			r=-0,316 p=0,034

Примечания. ПИ — принятая идентичность; М — мораторий; ДПИ — достигнутая позитивная идентичность; МИЛИ — балл по методике изучения личностной идентичности Л.Б. Шнейдер.

Обсуждение результатов

Анализ данных по опросникам идентичности позволяет говорить о том, что пациентам с ГЭРБ более свойственна диффузная идентичность (от 48,9%, до 53,3% случаев), при которой индивид не прошел кризис идентичности и не сформировал собственную систему ценностей, убеждений и обязательств. В соответствии с подходами в области психодинамической диагностики В. Линдгарди и Н. Мак-Вильямс, диффузия идентичности отражает пограничный уровень организации личности и проявляется в нестабильности ценностей, целей, чувств к себе и в поляризованных крайностях самооценки [18].

Основываясь на результатах анализа центральных Я-функций личности, полученных с помощью Я-структурного теста Г. Аммона, и опираясь на данную автором интерпретацию показателей шкал теста [7], можно описать интегративную идентичность личности пациентов с ГЭРБ, для которой характерно наличие разрушительной активности как в отношении других людей, так и в отношении себя (аутодеструктивные тенденции). В характеристике деятельности могут присутствовать неумение четко определять цель и задачи и планомерно достигать

их. В поведении возможны аффективные вспышки. Сочетание деструктивной агрессии с дефицитарной тревогой предполагают низкую способность пациентов предвидеть последствия своей агрессии и, соответственно, неспособность корректировать свое агрессивное поведение. Выявленное сочетание деструктивной агрессии с конструктивным внешним Я-отграничением говорит о наличии способности своевременно отказываться от тех внешних контактов, которые утратили свою значимость или привлекательность. При этом наличие в структуре идентичности пациентов и деструктивного внешнего Я-отграничения может расцениваться как отсутствие эмпатии к другим и, возможно, эмоциональная самоизоляция. Такие характеристики идентичности, полученные на основе Я-структурного теста Г. Аммона, соотносятся с диффузной идентичностью, выявленной у половины пациентов людей с ГЭРБ.

В исследовании агрессивности пациентов с ГЭРБ было показано, что у них преобладают деструктивная агрессия и вербальное выражение гнева и ярости [21]. Выявленная у пациентов с ГЭРБ вербальная агрессия (опросники Басса–Дарки и Л.Г. Почебут) сопряжена с показателями шкалы деструктивной агрессии (Я-структурный тест Г. Аммона), что позволяет говорить о склонности данной группы пациентов к выражению негативных чувств при помощи криков и угроз. Вербальное выражение агрессии сопряжено с вовлечением артикуляционного аппарата, который топически связан с пищеводом. В соответствии с теорией и практикой телесно-ориентированной терапии В. Райха как пищевод, так и гортань входят в третий мышечный блок, в котором сдерживаются крики, вопли, выражение гнева, рвота. В таком случае изжога, ведущий клинический симптом ГЭРБ, может рассматриваться как соматический способ выражения онтогенетически сформированного подавления испытываемой пациентом агрессии.

В отличие от людей с ГЭРБ большинству лиц из группы сравнения, по-видимому, удалось успешно пройти кризис идентичности и сформировать уникальную систему значимых для них ценностей, убеждений и обязательств, которые обеспечивают им чувство направленности и осмысленности жизни [23]. Однако выявленный у респондентов ГС значимо более высокий уровень дефицитарной тревоги отражает их неумение осознавать собственный страх, слабость защитных функций и поведение при сигнале опасности.

Установленная положительная взаимосвязь между статусом принятой идентичности и предметной агрессией позволяет говорить, что чем больше выражен статус принятой идентичности, тем сильнее проявляется предметная агрессия. Однако статус принятой идентичности был выявлен только у двоих пациентов с ГЭРБ, поэтому данную взаимосвязь нельзя считать доказанным трендом.

По результатам корреляционного анализа можно сделать вывод, что пациенты с ГЭРБ, которым присущ статус достигнутой идентичности, обладают сформированной системой личностно значимых ценностей, убеждений и обязательств. В конфликтной ситуации такие пациенты, вероятно, склонны к использованию косвенной агрессии, которая может быть направлена на другого человека окольным путем или вообще ни на кого не направлена. Однако после своего агрессивного

действия такие пациенты могут испытывать чувство вины. Полученные данные нуждаются в дополнительном исследовании качества достигнутой идентичности и взаимосвязи с показателями агрессии. Возможно, преобладание социальных мотивов достижения личности приводит к непринятию собственной агрессивности, что проявляется в косвенной форме агрессии и последующем чувстве вины.

Выявленная положительная взаимосвязь между статусом идентичности «мораторий» и дефицитарной агрессией у пациентов с ГЭРБ позволяет предполагать, что для человека, переживающего кризис идентичности в ситуации соматической болезни, не свойственны проявления агрессии. В кризисе происходит пересмотр системы ценностей, убеждений и обязательств [23]. Люди, проживающие кризис в связи болезнью, ищут способ его разрешения через выздоровление, больше внимания уделяют телесному здоровью.

Заключение

Исследование идентичности у людей с ГЭРБ показало, что половина пациентов выборки находятся в состоянии диффузной идентичности и испытывают противоречия в восприятии самих себя. Отсутствие взаимосвязей между показателями агрессивности, враждебности и диффузной идентичности могут отражать отсутствие контакта со своей внутренней агрессией, что проявляется соматической симптоматикой. 28,9% пациентов с ГЭРБ в нашей выборке находятся в статусе «мораторий», т.е. переживают кризис идентичности. Однако этот статус присущ и респондентам ГС (17,8%), которые также переживают кризис идентичности. То есть в совокупной выборке 25,3% респондентов находятся на момент исследования в кризисе идентичности. Эти данные согласуются с результатами исследования Г.М. Андреевой о проживании кризиса идентичности в эпоху социальных трансформаций [1]. Пациенты с ГЭРБ со статусом достигнутой идентичности склонны к использованию косвенной агрессии, которая может быть направлена на другого человека окольным путем. Пациенты с ГЭРБ со статусом «мораторий» склонны к дефицитарной агрессии.

Выводы

1) У половины пациентов (48,9%) с ГЭРБ обнаружена диффузная идентичность, то есть они испытывают противоречия в восприятии самого себя; они не прошли через кризис идентичности, не смогли сформировать собственную систему жизненных целей, ценностей, убеждений. У 20,0% — мораторий, у 17,7% — достигнутая позитивная идентичность, у 6,7% — преждевременная идентичность и у 6,7% — псевдопозитивная идентичность. В группе сравнения обнаружены разные статусы идентичности: у большинства — «мораторий» (30,0%) и достигнутая позитивная идентичность (30,0%); диффузная идентичность — у 23,3%. Ни у одного респондента ГС не был выявлен статус принятой идентичности, но 16,7% респондентам свойственна псевдопозитивная идентичность, которая отсутствовала у пациентов с ГЭРБ.

2) У пациентов ГЭРБ в зависимости от статуса идентичности выявлены связи с разными показателями агрессии: статус принятой идентичности положительно

связан с предметной агрессией; «мораторий» — с дефицитарной агрессией, достигнутая идентичность — с косвенной агрессией и чувством вины. Выявлено, что чем ниже показатель личностной идентичности, который соответствует статусам принятой и диффузной идентичности, тем выше у пациентов с ГЭРБ раздражение и враждебность.

У респондентов ГС не выявлены значимые связи между показателями идентичности и агрессии.

Перспективы исследования. Выявленные особенности статуса идентичности пациентов с ГЭРБ требуют дополнительных клинико-психологических исследований для определения того, является ли статус идентичности одной из причин, предрасполагающих к развитию ГЭРБ, либо они отражают трансформацию идентичности в условиях хронической соматической патологии вследствие фиксации на болезненных симптомах и процедурах лечения.

На наш взгляд, интерес представляет исследование идентичности в связи с агрессивностью на нормативной выборке в разновозрастных группах для получения новых данных о факторах и механизмах формирования идентичности в условиях социальных трансформаций. Возможно, что ситуации неопределенности, с которыми сталкиваются люди в связи с происходящими событиями (пандемия, финансовый кризис), не способствуют формированию достигнутой позитивной идентичности. Указанный подход позволит приблизиться к пониманию характера участия психосоциальных условий в формировании факторов риска функциональных расстройств пищеварительной системы. С этих позиций представляет интерес повторное проведение аналогичного исследования в сравнительном аспекте.

Ограничения исследования связаны с:

- малой репрезентативностью выборки с точки зрения ее объема;
- сложностью организации лонгитюдного исследования в клинике, где длительность пребывания пациентов ограничена, в связи с чем представлен поперечный, а не лонгитюдный дизайн исследования;
- с невозможностью проведения психодиагностического исследования с момента манифестации ГЭРБ, поскольку люди обращаются за помощью при выраженной симптоматике заболевания. Этот факт существенно снижает возможности исследования того, что именно происходит с идентичностью людей с ГЭРБ с момента заболевания;
- отсутствием качественных, идеографических методов исследования связи идентичности и агрессии, позволяющих изучить феноменологию более глубоко;
- представленное исследование проводилось 4,5 года назад до пандемии.

Литература

1. Андреева Г.М. К вопросу о кризисе идентичности в условиях социальных трансформаций // Психологические исследования. 2011. № 6 (20). С. 54.
2. Берковиц Л. Агрессия. Причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2001. 512 с.
3. Гаврилова Т.А., Глушак Е.В. Психометрическое исследование шкалы интерперсональной идентичности методики объективного измерения статуса эго-идентичности Дж. Адамса // Психологическая диагностика. 2011. № 3. С. 3–18.
4. Гришечкина И.А. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь – психосоматические аспекты // Фармация и фармакология. 2015. Приложение 1. С. 41–42.
5. Гришечкина И.А. Психологические факторы и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь // Омский научный вестник. 2011. № 1 (104). С. 13–16.
6. Ивашкин В.Т., Трухманов А.С. Эволюция представлений о роли нарушений двигательной функции пищевода в патогенезе гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2010. № 2. С. 13–19.
7. Кабанов М.М. Очерки динамической психиатрии. Транскультуральное исследование / Под ред. М.М. Кабанова, Н.Г. Незнанова. СПб.: Институт им. В.М. Бехтерева, 2003. 438 с.
8. Конькова Л.А., Коньков А.В. Клинические маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни // Медицинский вестник МВД. 2018. № 3. С. 43–49. URL: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/9769> (дата обращения: 17.03.2022)
9. Кравцова Н.А., Катасонова А.В., Довженко А.Ю. и др. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств // Тихоокеанский медицинский журнал. 2013. № 4 (54). С. 48–55.
10. Лямина С.В., Кладовикова О.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: современные тенденции в диагностике и лечении // Гастроэнтерология. 2018. № 2 С. 33–38. URL: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/10919> (дата обращения: 17.03.2022)
11. Маев И.В., Казюлин А.Н., Юренев Г.Л. и др. Маски гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Итоги 20 лет наблюдений // Фарматека. 2018. № 13. С. 30–43.
12. Микляева А.В. Румянцева П.В. Социальная идентичность личности: содержание, структура, механизмы формирования. СПб.: изд-во РПГУ им. А.И. Герцена, 2008. 118 с.
13. Мосийчук Л.Н., Демешкина Л.В., Кушницренко И.В. и др. Психологическая дезадаптация пациентов с ГЭРБ: обзор и собственные исследования // Гастроэнтерология. 2014. № 4 (54). С. 23–29.

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

14. *Одарущенко О.И.* Эмоционально-личностная сфера пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2019. Том 96. № 3. С. 25–30. DOI: 10.17116/kurort20199603125
15. *Почебут Л.Г.* Кросс-культурная и этническая психология: Учебное пособие. СПб.: Питер, 2012. 336 с.
16. *Разумов А.Н., Эфендиева М.Т., Бадтиева В.А.* Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь с кардиальными проявлениями: перспективы немедикаментозных методов лечения // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. 2020. Том 97. № 1. С. 75–81. DOI: 10.17116/kurort20209701175
17. *Ромасенко Л.В., Махов В.М., Доронина Ю.А. и др.* Психосоматические соотношения у пациентов с дивертикулярной болезнью и синдромом раздраженного кишечника // Доктор.Ру. 2020. Том 19. № 4. С. 55–60. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-55-60
18. Руководство по психодинамической диагностике. DSM-2. В 2-х т., 2-е изд. Том 1 / Под ред. В. Линджарди, Н. Мак-Вильямс. М.: Класс, 2019. 792 с.
19. *Хван А.А., Зайцев Ю.А., Кузнецова Ю.А.* Стандартизация опросника А. Басса и А. Дарки // Психологическая диагностика. 2008. № 1. С. 35–58.
20. *Холмогорова А.Б., Рычкова О.В.* 40 лет биопсихосоциальной модели: что нового? // Социальная психология и общество. 2017. Том 8. № 4. С. 8–31 DOI: 10.17759/sps.2017080402
21. *Шаповалова В.В.* Агрессия у пациентов с рефлюксной болезнью // Студент. Аспирант. Исследователь. 2016. № 8 (14). С. 56–62.
22. *Шипова Л.В.* Психологический анализ феномена агрессии в теории фрустрации // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. 2014. № 4. С. 283–285.
23. *Шнейдер Л.Б.* Психология идентичности: учебник и практикум для бакалавриата и магистратуры. М.: ЮРАЙТ, 2019. 328 с.
24. *Юрнев Г.Л., Миронова Е.М., Сировата Н.А. и др.* Особенности психоэмоционального статуса и расстройства пищевого поведения у пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью и ожирением // Consilium Medicum. 2021. Том 23. № 5. Р. 412–416. DOI: 10.26442/20751753.2021.5.200932
25. *Юрнев Г.Л., Сирота Н.А., Дичева Д.Т. и др.* Роль психологической коррекции в комплексном лечении больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Терапевтический архив. 2014. Том 86. № 8. С. 42–49.
26. *Chang C.Y., Lee L.J., Wang J.D. et al.* Health-related quality of life in patients with Barrett's esophagus // Health and Quality of Life Outcomes, 2016. Vol. 14 (158). DOI: 10.1186/s12955-016-0551-2

27. *El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C. et al.* Update on the Epidemiology of Gastroesophageal Reflux Disease: A Systematic Review // *Gut*. 2014. Vol. 63 (6). P. 871–880. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-304269
28. *Gyawali C.P., Kahrilas P.J., Savarino E. et al.* Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus // *Gut*. 2018. Vol. 67 (7). P. 1351–1362. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314722
29. *Li Y., Fang M., Niu L. et al.* Associations among gastroesophageal reflux disease, mental disorders, sleep and chronic temporomandibular disorder: a case-control study // *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*. 2019. Vol. 191. Issue 33. P. E909–E915. DOI: 10.1503/cmaj.181535
30. *Zhong C., Liu K., Wang K. et al.* Developing a diagnostic understanding of GERD phenotypes through the analysis of levels of mucosal injury, immune activation, and psychological comorbidity // *Diseases of the Esophagus*. 2018. Vol. 31 (10). P. 1–8. DOI: 10.1093/dote/doy039

References

1. Andreeva G.M. K voprosu o krizise identichnosti v usloviyakh sotsial'nykh transformatsii [On the issue of identity crisis in the context of social transformations]. *Psikhologicheskie issledovaniya=Psychological Research*, 2011, no. 6 (20), p. 54. (In Russ.).
2. Berkovits L. Agressiya. Prichiny, posledstviya i kontrol' [Aggression: reasons, consequences and control]. Saint-Petersburg: Praim-Evroznak, 2001. 512 p. (In Russ.).
3. Gavrilova T.A., Glushak E.V. Psikhometricheskoe issledovanie shkaly interpersonal'noi identichnosti metodiki ob"ektivnogo izmereniya statusa ego-identichnosti Dzh. Adamsa [Psychometric study of the scale of interpersonal identity of the method of objective measurement of the status of ego-identity by J. Adams]. *Psikhologicheskaya diagnostika=Psychological Diagnostics*, 2011, no. 3, pp. 3–18. (In Russ.).
4. Grishechkina I.A. Gastroezofageal'naya reflyuksnaya bolezni' – psikhosomaticheskie aspekty [Gastroesophageal reflux disease — psychosomatic aspects]. *Farmatsiya i farmakologiya=Pharmacy and Pharmacology*, 2015, suppl. 1, pp. 41–42. (In Russ.).
5. Grishechkina I.A. Psikhologicheskie faktory i gastroezofageal'naya reflyuksnaya bolezni' [Psychological factors and gastroesophageal reflux disease]. *Omskii nauchnyi vestnik=Omsk Scientific Bulletin*, 2011, no. 1 (104), pp. 13–16. (In Russ.).
6. Ivashkin V.T., Trukhmanov A.S. Evolyutsiya predstavlenii o roli narushenii dvigatel'noi funktsii pishchevoda v patogeneze gastroezofageal'noi reflyuksnoi bolezni [The evolution of ideas about the role of disorders of the motor function of the esophagus in the pathogenesis of gastroesophageal reflux disease]. *Rossiiskii zhurnal gastroenterologii, gepatologii, koloproktologii=Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology*, 2010, no. 2, pp. 13–19. (In Russ.).
7. Kabanov M.M., Neznanova N.G. (eds.). Ocherki dinamicheskoi psikhiiatrii. Transkul'tural'noe issledovanie [Essays on dynamic psychiatry. Transcultural research].

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

Saint-Petersburg: Publ. of Saint-Petersburg Bekhterev Psychoneurological Research Institute, 2003. 438 p. (In Russ.).

8. Kon'kova L.A., Kon'kov A.V. Klinicheskie maski gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni [Clinical masks of gastroesophageal reflux disease]. *Meditinskii vestnik MVD=Medical Bulletin of the Ministry of Internal Affairs*, 2018, no. 3, pp. 43–49. URL: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/9769> (Accessed: 17.03.2022) (In Russ.).

9. Kravcova N.A., Katasonova A.V., Dovzhenko A.Yu. Faktory i mekhanizmy razvitiya psikhosomaticheskikh rasstroistv [Factors and mechanisms of development of psychosomatic disorders]. *Tikhookeanskii meditsinskii zhurnal=Pacific Medical Journal*, 2013, vol. 4 (54), pp. 48–55. (In Russ.).

10. Lyamina S.V., Kladovikova O.V. Gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni': sovremennye tendentsii v diagnostike i lechenii [Gastroesophageal reflux disease: current trends in diagnosis and treatment]. *Gastroenterologiya=Gastroenterology*, 2018, no. 2, pp. 33–38. URL: <https://www.gastroscan.ru/literature/authors/10919> (Accessed: 17.03.2022) (In Russ.).

11. Maev I.V., Kazyulin A.N., Yurenev G.L. et al. Maski gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni. Itogi 20 let nablyudenii [Masks of gastroesophageal reflux disease. Results of 20 years of observations]. *Farmateka=Pharmateka*, 2018, no. 13, pp. 30–43. DOI: 10.18565/pharmateca.2018.13.30-43 (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Miklyaeva A.V. Rummyantseva P.V. Sotsial'naya identichnost' lichnosti: sodержanie, struktura, mekhanizmy formirovaniya [Social identity of a person: content, structure, formation mechanisms]. Saint-Petersburg: publ. of Herzen University, 2008, 118 p. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-55-60 (In Russ.).

13. Mosiichuk L.N., Demeshkina L.V., Kushnirenko I.V. et al. Psikhologicheskaya dezadaptatsiya patsientov s GERB: obzor i sobstvennye issledovaniya [Psychological maladaptation of patients with GERD: a review and own research]. *Gastroenterologiya=Gastroenterology*, 2014, no. 4 (54), pp. 23–29. (In Russ.).

14. Odarushchenko O.I. Emotsional'no-lichnostnaya sfera patsientov s gastroezofageal'noi refluksnoi bolezni'yu [The emotional and personal sphere of patients with gastroesophageal reflux disease]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury=Issues of Balneology, Physiotherapy and Therapeutic Physical Culture*, 2019, vol. 96, no. 3, pp. 25–30. DOI: 10.17116/kurort20199603125 (In Russ., abstr. in Engl.).

15. Pochebut L.G. Kross-kul'turnaya i etnicheskaya psikhologiya [Cross-Cultural and Ethnic Psychology: A Study Guide]. Saint-Petersburg: Piter, 2012, 336 p. (In Russ.).

16. Razumov A.N., Efendieva M.T., Badtieva V.A. Gastroezofageal'naya refluksnaya bolezni' s kardial'nymi proyavleniyami: perspektivy nemedikamentoznykh metodov lecheniya [Gastroesophageal reflux disease with cardiac manifestations: prospects for non-drug treatment methods]. *Voprosy kurortologii, fizioterapii i lechebnoi fizicheskoi kul'tury=Issues of Balneology, Physiotherapy and Therapeutic Physical Culture*, 2020, vol. 97, no. 1, pp. 75–81. DOI: 10.17116/kurort20209701175 (In Russ., abstr. in Engl.).

17. Romasenko L.V., Makhov V.M., Doronina Yu.A. et al. Psichosomaticheskie sootnosheniya u patsientov s divertikulyarnoi boleznyu i sindromom razdrazhennogo kishchnika [Psychosomatic relationships in patients with diverticular disease and irritable bowel syndrome]. *Doktor.Ru*, 2020, vol. 19, no. 4, pp. 55–60. DOI: 10.31550/1727-2378-2020-19-4-55-60 (In Russ., abstr. in Engl.).
18. Rukovodstvo po psikhodinamicheskoi diagnostike [Guide to psychodynamic diagnosis] DSM-2. V 2-kh t., 2-e izd. Tom 1 / V. Lindzhardi, N. Mak-Vil'yams (eds.). Moscow: Klass, 2019, 792 p. (In Russ.).
19. Khvan A.A., Zaitsev Yu.A., Kuznetsova Yu.A. Standartizatsiya oprosnika A. Bassa i A. Darki [Standardization of the questionnaire by A. Bass and A. Darki]. *Psikhologicheskaya diagnostika=Psychological Diagnostics*, 2008, no. 1, pp. 35–58. (In Russ.).
20. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. 40 let biopsichosotsial'noi modeli: chto novogo? [40 years of the biopsychosocial model: what's new?]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo=Social Psychology and Society*, 2017, vol. 8, no. 4, pp. 8–31. DOI: 10.17759/sps.2017080402 (In Russ., abstr. in Engl.).
21. Shapovalova V.V. Agressiya u patsientov s reflyuksnoi boleznyu [Reflux Patients Aggression]. *Student. Aspirant. Issledovatel'=Student. Graduate Student. Researcher*, 2016, no. 8 (14), pp. 56–62 (In Russ.).
22. Shipova L.V. Psikhologicheskii analiz fenomena agressii v teorii frustratsii [Psychological analysis of the phenomenon of aggression in the theory of frustration]. *Gumanitarnye, sotsial'no-ekonomicheskie i obshchestvennye nauki=Humanities, Socio-economic and Social Sciences*, 2014, no. 4, pp. 283–285. (In Russ.).
23. Shneider L.B. Psikhologiya identichnosti: uchebnik i praktikum dlya bakalavriata i magistratury [Psychology of identity: textbook and workshop for undergraduate and graduate students]. Moscow: Yurait, 2019, 328 p. (In Russ.).
24. Yurenev G.L., Mironova E.M., Sirovata N.A. et al. Osobennosti psikhoemotsional'nogo statusa i rasstroistva pishchevogo povedeniya u patsientov s gastroezofagal'noi reflyuksnoi boleznyu i ozhireniem [Features of psycho-emotional status and eating disorders in patients with gastroesophageal reflux disease and obesity]. *Consilium Medicum*, 2021, vol. 23, no. 5, pp. 412–416. DOI: 10.26442/20751753.2021.5.200932 (In Russ., abstr. in Engl.).
25. Yurenev G.L., Sirota N.A., Dicheva D.T. et al. Rol' psikhologicheskoi korrektsii v kompleksnom lechenii bol'nykh gastroezofagal'noi reflyuksnoi boleznyu [The role of psychological correction in the complex treatment of patients with gastroesophageal reflux disease]. *Terapevticheskii arkhiv=Therapeutic Archive*, 2014, vol. 86, no. 8, pp. 42–49. (In Russ.).
26. Chang C.Y., Lee L.J., Wang J.D. et al. Health-related quality of life in patients with Barrett's esophagus. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2016, vol. 14 (158). DOI 10.1186/s12955-016-0551-2

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

27. El-Serag H.B., Sweet S., Winchester C.C. et al. Update on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease: a systematic review. *Gut*, 2014, vol. 63, pp. 871–80. DOI: 10.1136/gutjnl-2012-304269

28. Gyawali C.P., Kahrilas P.J., Savarino E. et al. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. *Gut*, 2018, vol. 67, no. 7, pp. 1351–1362. DOI: 10.1136/gutjnl-2017-314722

29. Li Y., Fang M., Niu L. et al. Associations among gastroesophageal reflux disease, mental disorders, sleep and chronic temporomandibular disorder: a case-control study. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal*, 2019, vol. 191, issue 33, E909–E915. DOI: 10.1503/cmaj.181535

30. Zhong C., Liu K., Wang K. et al. Developing a diagnostic understanding of GERD phenotypes through the analysis of levels of mucosal injury, immune activation, and psychological comorbidity. *Diseases of the Esophagus*, 2018, vol. 31, no. 10, pp. 1–8. DOI: 10.1093/dote/doy039

Информация об авторах

Кравцова Наталья Александровна, доктор психологических наук, кандидат медицинских наук, доцент, заведующая кафедрой клинической психологии Тихоокеанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), г. Владивосток, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2841-4144>, e-mail: kranatali@yandex.ru

Киняйкина Елена Всеволодовна, кандидат медицинских наук, доцент, доцент Института терапии, Тихоокеанского государственного медицинского университета Министерства здравоохранения Российской Федерации (ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России), г. Владивосток, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9887-6761>, e-mail: elen5555@mail.ru

Трухан (Шаповалова) Вероника Валентиновна, медицинский психолог, Центр психофизиологической диагностики, Медико-санитарная часть МВД России по Приморскому краю (ФКУЗ «МСЧ МВД России по Приморскому краю»), г. Владивосток, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5541-8602>, e-mail: nikulya_95@mail.ru

Information about the authors

Natalia A. Kravtsova, Doctor of Psychology, PhD in Medical Sciences, Associate Professor, Head of the Department of Clinical Psychology, Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2841-4144>, e-mail: kranatali@yandex.ru

Elena V. Kinyaykina, PhD in Medical Sciences, Associate Professor of the Institute of Therapy, Pacific State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9887-6761>, e-mail: elen5555@mail.ru

Veronika V. Trukhan, Clinical Psychologist, Center for Psychophysiological Diagnostics, Medical and Sanitary Unit of the Ministry of Internal Affairs of Russia in the Primorsky Territory, Vladivostok, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5541-8602>, e-mail: nikulya_95@mail.ru

Кравцова Н.А., Киняйкина Е.В., Трухан В.В.
Идентичность пациентов с рефлюксной болезнью
в связи с агрессией
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 23–43.

Получена: 01.07.2021

Принята в печать: 01.02.2022

Kravtsova N.A., Kinyaykina E.V., Trukhan V.V.
Identity of Patients with Reflux Disease
in Connection with Aggression
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 23–43.

Received: 01.07.2021

Accepted: 01.02.2022

Возможности коррекции эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом в ходе проведения социально-психологической реабилитационной программы

Куртанова Ю.Е.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-4874>, e-mail: ulia.kurtanova@yandex.ru*

Мещерякова Е.А.

*Благотворительный фонд «Хрупкие люди», г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1601-7037>, e-mail: em@hrupkie.ru*

Харитонов А.Б.

*Благотворительный фонд «Хрупкие люди», г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5100-6347>, e-mail: garitonov@gmail.com*

Ровнова А.А.

*Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1791-846X>, e-mail: rovnova.anastasiya@yandex.ru*

Статья посвящена изучению особенностей эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом, а также исследованию эффективности применения социально-психологической реабилитационной программы в следующих направлениях: снижение выраженности агрессивности и тревожности, развитие общительности, изменение самооценки и отношения к своему заболеванию, формирование новых значимых потребностей детей и подростков с несовершенным остеогенезом. В исследовании приняли участие 58 детей и подростков 9–19 лет (13,2±2,39 лет) с несовершенным остеогенезом, из них 36 девочек и 22 мальчика. Контрольную группу составили 25 детей и подростков 9–19 лет (13,8±3,12 лет) без хронических соматических заболеваний, из них 13 девочек и 12 мальчиков. Исследование проводилось с опорой на методики: тест М. Куна «Кто я» (в модификации Т.В. Румянцевой, 2006), методика «Несуществующее животное» (М.З. Дукаревич, 1990), сокращенный вариант методики «Незаконченные предложения» (В.Е. Каган и И.К. Шац, 2003) и методика «Цветик–семицветик» (И.М. Витковская, 2010). Были выявлены особенности эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом по сравнению с их здоровыми сверстниками, заключающиеся в негативной оценке своего физического Я, преобладании страха перед агрессией и в сниженной субъективной значимости у них нравственных потребностей. Отмечено, что с возрастом у детей и подростков

Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б. и др.
Возможности коррекции эмоционально-личностной
сферы детей и подростков с несовершенным
остеогенезом в ходе проведения социально-
психологической реабилитационной программы
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 44–66.

Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A.,
Kharitonov A.B. et al. Possible Interventions to the
Emotional and Personality Domains of Children and
Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course
of a Social and Psychological Rehabilitation Program
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 44–66.

с несовершенным остеогенезом увеличивается показатель адекватного представления о своем заболевании, усиливаются негативные эмоциональные переживания относительно своего заболевания и повышается мотивация выздоровления. В исследовании также частично доказана эффективность применения предлагаемой реабилитационной программы, в результате проведения которой у детей и подростков с несовершенным остеогенезом наметилась положительная динамика в расширении основных параметров идентичности, повысились самооценка их физического Я и общительность, а также снизились показатели вербальной агрессии и тревожности. Приоритет биологических и коммуникативных потребностей снизился, на первый план вышли потребности в личностных изменениях и материальные потребности. В результате проведения реабилитационной программы у детей и подростков с несовершенным остеогенезом снизились самоотчетные показатели фиксации на болевых ощущениях; увеличилось число детей, открыто проявляющих эмоциональные переживания относительно болезни.

Ключевые слова: подростки, несовершенный остеогенез, реабилитационная программа, самосознание, самооценка, тревожность, агрессивность, отношение к заболеванию, ведущие потребности.

Для цитаты: Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б., Ровнова А.А. Возможности коррекции эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом в ходе проведения социально-психологической реабилитационной программы [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 44–66. DOI: 10.17759/cpse.2022110103

Possible Interventions to the Emotional and Personality Domains of Children and Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course of a Social and Psychological Rehabilitation Program

Yulia E. Kurtanova

Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-4874>, e-mail: ulia.kurtanova@yandex.ru

Elena A. Meshcheryakova

Charitable Foundation "Fragile People", Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1601-7037>, e-mail: em@hrupkie.ru

Alexandr B. Kharitonov

Charitable Foundation "Fragile People", Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5100-6347>, e-mail: garitonov@gmail.com

Anastasiya A. Rovnova

Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1791-846X>, e-mail: rovnova.anastasiya@yandex.ru

The article is devoted to the study of the features of the emotional and personal domains of children and adolescents with osteogenesis imperfecta. The effectiveness of the use of a socio-psychological rehabilitation program in the several following areas was also studied. Reducing the severity of aggressiveness and anxiety, developing of a sociability, changing of a self-esteem and the attitude to one's disease, the development of new significant children and adolescents needs with osteogenesis imperfecta. The study involved 58 children and adolescents aged 9–19 years (13.2 ± 2.39 years) with osteogenesis imperfecta, including 36 girls and 22 boys. The control group consisted of 25 children and adolescents aged 9–19 years (13.8 ± 3.12 years) without chronic somatic diseases, including 13 girls and 12 boys. The study was based on the following methods: M. Kuhn's test "Who am I" (modified by T.V. Rumyantseva, 2006), the "Non-existent animal" method (M.Z. Dukarevich, 1990), an abbreviated version of the "Incomplete sentences" method (V.E. Kagan and I.K. Shats, 2003) and the technique of "Tsvetik-Semitsvetik" (I.M. Vitkovskaya, 2010). The features of the emotional and personal domains of children and adolescents with osteogenesis imperfecta were revealed in comparison with their healthy peers, consisting in a negative assessment of their physical self, the predominance of fear of aggression and a reduced subjective significance of their moral needs. It was noted that the indicator of an adequate idea of their disease increases, negative emotional experiences regarding their disease intensify, and the motivation for recovery increases. This phenomenon interacts with age in children and adolescents with imperfect osteogenesis. The study also partially proved the effectiveness of the proposed rehabilitation program, as a result of which children and adolescents with osteogenesis imperfecta showed positive dynamics in expanding the main parameters of identity, increased self-esteem of their physical self and sociability, and also decreased indicators of verbal aggression and anxiety. The priority of biological and communicative needs has decreased, the needs for personal changes and material needs have come to the fore. As a result of the rehabilitation program in children and adolescents with imperfect osteogenesis, self-reported indicators of fixation on pain decreased; the number of children openly showing emotional experiences regarding the disease has increased.

Keywords: adolescents, osteogenesis imperfecta, rehabilitation program, self-awareness, self-esteem, anxiety, aggressiveness, attitude towards the disease, leading needs.

For citation: Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A., Kharitonov A.B., Rovnova A.A. Possible Interventions to the Emotional and Personality Domains of Children and Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course of a Social and Psychological Rehabilitation Program. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 44–66. DOI: 10.17759/cpse.2022110103 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

Осознание своего заболевания является важной частью эмоционально-личностного развития детей и подростков с хроническими соматическими заболеваниями. На формирование личности пациентов влияют возраст, социальная ситуация развития, тяжесть и длительность заболевания, лечение и прогноз болезни [1; 7]. Отношение детей к своей болезни влияет на течение заболевания, на отношения в семье. Эмоционально-личностные реакции ребенка на свою болезнь зачастую обусловлены семейной системой и личностными особенностями его родителей [4; 5; 15]. А наличие хронической соматической патологии изменяет качество жизни маленького пациента и его семьи [7; 9; 12].

Несовершенный остеогенез возникает в результате генетических нарушений и характеризуется частыми переломами костей, костными деформациями, низкой минеральной плотностью костной ткани. Тяжесть течения заболевания напрямую связана с количеством коллагена в кости. В общей сложности выделено порядка 16 типов течения заболевания — от легкого течения, при котором количество переломов чуть превышают норму, до летальных исходов. В настоящий момент единственным возможным лечением, направленным на укрепление костной ткани, является лечение бифосфонатами [16–18]. Пациенты с несовершенным остеогенезом требуют обязательного мультидисциплинарного подхода к лечению, так как частые переломы костей, периодические госпитализации и длительность восстановительного периода влияют на их эмоциональное состояние, отношение к себе, к своему заболеванию [19]. Лечение и реабилитация пациентов состоит из комплекса мероприятий, направленных на поддержание соматического и психического состояния пациента, оптимизацию его функционального состояния, повышение качества жизни и самоофективности. Основным принципом реабилитации являются дифференцированное сочетание методов, а также учет специфики заболевания, возрастных и индивидуальных особенностей пациента. Со стороны психологов в рамках реабилитационной работы проводятся дифференциальная и углубленная психодиагностика, психокоррекция, психотерапия, психологическое и семейное консультирование [9].

В психологических исследованиях разных авторов [1; 5; 7; 8] показано, что наличие соматических расстройств изменяет нормальный ход личностного развития ребенка. Зарубежные исследования подтверждают, что при несовершенном остеогенезе у ребенка снижаются самооценка, уверенность в себе, повышается уровень тревожности, появляется страх переломов и передвижения без инвалидной коляски [20; 21]. Данный факт почти не исследован отечественными психологами, что говорит об актуальности исследования самооценки и эмоционального состояния детей с несовершенным остеогенезом в России.

В.В. Николаева отмечает, что у детей и подростков с хроническими соматическими заболеваниями в отличие от их здоровых сверстников меняются содержание и иерархия мотивов, а также мотивационно-потребностный профиль в целом [8]. Характерно ли это утверждение для детей с несовершенным остеогенезом — эмпирически пока не подтверждено.

В.А. Саад указывал на трудности в общении, более выраженные эмоциональную неустойчивость и тревожность детей и подростков с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата [11]. С увеличением тяжести заболевания эти проблемы только усиливаются. Также преобладают эмоциональная оценка заболевания, повышенная фиксация на своем физическом облике [11]. Детям с несовершенным остеогенезом характерны сложности с передвижением в силу частых переломов и хрупкости костей. Многие из них оказываются на инвалидных колясках. Нам представляется важным изучить, как это влияет на их отношение к заболеванию, ближайшему окружению и к самим себе, а также предложить возможные пути коррекции.

Цель исследования — выявить особенности и динамику эмоционально-личностных характеристик (самооценки, тревожности, агрессивности, общительности, ведущих потребностей, отношения к своему заболеванию) у детей и подростков с несовершенным остеогенезом в результате применения социально-психологической реабилитационной программы.

Нами были выдвинуты три **гипотезы**.

1. Существует своеобразие в развитии эмоционально-личностной сферы у детей и подростков с несовершенным остеогенезом, проявляющееся в низкой самооценке своего физического Я, повышенной тревожности, агрессии, меньшей по сравнению со здоровыми сверстниками общительности, особых ведущих потребностях.

2. У детей с несовершенным остеогенезом в разные возрастные периоды отмечаются различия в отношении к своему заболеванию: с возрастом увеличиваются знания о болезни, меняется эмоциональное отношение к заболеванию, повышаются активность в лечении и мотивация выздоровления.

3. В результате проведения разработанной социально-психологической реабилитационной программы у детей и подростков с несовершенным остеогенезом снижаются показатели тревожности и агрессии, развивается общительность, меняются самооценка и отношение к своему заболеванию, а также формируются новые ведущие потребности.

Методы исследования

Этапы исследования. На первом этапе был проведен сравнительный анализ эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом и их здоровых сверстников, а именно параметров самооценки, тревожности, агрессии, общительности, сформированности ведущих потребностей. Выявленные эмоционально-личностные особенности детей и подростков с несовершенным остеогенезом (своеобразие в представлении параметров самооценки, высокие показатели страха перед агрессией и низкие значения по шкале нравственных потребностей) давали основание для разработки реабилитационной программы. На втором этапе проводилось межвозрастное

сравнение отношения к заболеванию у детей и подростков с несовершенным остеогенезом. Третий этап включал разработку и апробацию реабилитационной программы по нормализации эмоционального состояния, развитию общительности, корректировке самооценки и отношения к заболеванию, изменению ведущих потребностей детей и подростков с несовершенным остеогенезом. На четвертом этапе проводилась повторная диагностика детей и подростков с несовершенным остеогенезом с целью первичной оценки эффективности проведенной реабилитационной программы.

Выборка. В исследовании приняли участие 83 ребенка. Они были поделены на экспериментальную и контрольную группы.

Экспериментальную группу составили 58 детей и подростков в возрасте 9–19 лет ($13,2 \pm 2,39$ лет) с несовершенным остеогенезом, среди которых 36 девочек и 22 мальчика.

В контрольную группу вошли 25 детей и подростков в возрасте 9–19 лет ($13,80 \pm 3,12$ лет) без хронических соматических заболеваний, среди которых было 12 мальчиков и 13 девочек.

При проведении межвозрастного сравнения показателей отношения к своему заболеванию выборка была разделена на следующие возрастные группы:

1) *младший школьный возраст*; группу составили дети 9–10 лет, среди них 10 человек с несовершенным остеогенезом и 5 условно здоровых детей;

2) *предподростковый возраст*; в группу вошли дети 11–12 лет, среди них 11 человек с несовершенным остеогенезом и 5 условно здоровых детей;

3) *подростковый возраст*; в группу вошли подростки 13–16 лет, среди которых 26 человек с несовершенным остеогенезом и 10 условно здоровых подростков;

4) *юношеский возраст*; в данную группу вошли респонденты 17–19 лет, среди которых 11 человек с несовершенным остеогенезом и 5 условно здоровых молодых людей.

Методики. В исследования использовались четыре методики:

1) тест М. Куна «Кто я» (в модификации Т.В. Румянцевой) [10], направленный на исследование особенностей самооценки;

2) «Несуществующее животное» М.З. Дукаревич, позволяющее оценить уровень общительности, тревожности и агрессии [2];

3) Методика «Цветик-семицветик» И.М. Витковской, направленная на исследование ведущих потребностей [3];

4) Сокращенный вариант методики «Незаконченные предложения» В.Е. Кагана и И.К. Шаца [14], который использовался для исследования отношения к своему

Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б. и др.
Возможности коррекции эмоционально-личностной
сферы детей и подростков с несовершенным
остеогенезом в ходе проведения социально-
психологической реабилитационной программы
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 44–66.

Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A.,
Kharitonov A.B. et al. Possible Interventions to the
Emotional and Personality Domains of Children and
Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course
of a Social and Psychological Rehabilitation Program
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 44–66.

заболеванию респондентов с несовершенным остеогенезом разных возрастных групп.

Процедура. Исследование экспериментальной группы проводилось на базе Благотворительного фонда «Хрупкие люди». Контрольная группа исследовалась на базе МОУ лицея городского округа Электрогорск. Перед проведением исследования было получено согласие родителей детей экспериментальной и контрольной групп. Исследование проводилась в групповой форме. Длительность исследования составила два месяца.

Для статистического анализа данных применялся критерий хи-квадрат и тест МакНемара с поправкой Йейтса на множественные сравнения.

Анализ данных нестандартизированных методик проводился с помощью экспертной оценки. Анализ проводили четыре квалифицированных эксперта, имеющих профессиональный стаж в области психологии более 10 лет, трое из которых имеют степени кандидатов психологических наук.

Результаты исследования

Этап 1: сравнение эмоционально-личностных особенностей детей и подростков с несовершенным остеогенезом и их условно здоровых сверстников. Результаты исследования особенностей самооценки детей и подростков с несовершенным остеогенезом и их сверстников без хронических соматических заболеваний представлены в табл. 1. Значимые различия в развитии самооценки детей и подростков с несовершенным остеогенезом и их здоровых сверстников были обнаружены по большинству исследуемых параметров. Социальное Я проявлялось чаще у респондентов экспериментальной группы, а Материальное Я, Коммуникативное Я, Физическое Я и Деятельностное Я преобладали в контрольной группе. По параметру Рефлексивное Я значимых различий между группами не выявлено. Дети без хронических соматических заболеваний дают в целом большее количество собственных характеристик, что говорит о более развитом самосознании, понимании собственного Я.

Результаты исследования самооценки своего Физического Я в обеих группах показывают, что у детей и подростков с несовершенным остеогенезом преобладает негативная оценка Физического Я (62,5%), нейтральная оценка встречается в 25% случаев, а положительная — в 12,5% случаев. Все дети и подростки (100%) без хронических соматических заболеваний оценивают свое Физическое Я положительно.

Результаты сравнения параметров эмоционального состояния детей и подростков обеих групп представлены в Приложении 1. Значимых различий в проявлении тревожности, агрессии и общительности (по методике «Несуществующее животное») у детей и подростков двух групп не выявлено. Однако страх перед агрессией дети и подростки с несовершенным остеогенезом проявляют чаще, чем их сверстники без хронических соматических заболеваний.

Результаты анализа ведущих потребностей детей и подростков обеих групп свидетельствуют о том, что нравственные потребности более выражены у здоровых детей и подростков (Приложение 2). В этом заключается своеобразие мотивационно-потребностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом по сравнению с их здоровыми сверстниками.

Таблица 1

Сравнение параметров самооценки детей и подростков с несовершенным остеогенезом и их здоровых сверстников (количество ответов)

Параметры	Ответы детей	Экспериментальная группа	Контрольная группа	χ^2 с поправкой Йейтса	p																																										
Социальное Я*	+	40	23	3,88	0,049																																										
	-	18	2			Коммуникативное Я*	+	6	15	20,23	<0,001	-	52	10	Материальное Я*	+	3	9	11,04	<0,001	-	55	16	Физическое Я*	+	12	12	5,08	0,025	-	46	13	Деятельностное Я*	+	15	17	11,37	<0,001	-	43	8	Рефлексивное Я	+	48	25	3,40	0,065
Коммуникативное Я*	+	6	15	20,23	<0,001																																										
	-	52	10			Материальное Я*	+	3	9	11,04	<0,001	-	55	16	Физическое Я*	+	12	12	5,08	0,025	-	46	13	Деятельностное Я*	+	15	17	11,37	<0,001	-	43	8	Рефлексивное Я	+	48	25	3,40	0,065	-	10	0						
Материальное Я*	+	3	9	11,04	<0,001																																										
	-	55	16			Физическое Я*	+	12	12	5,08	0,025	-	46	13	Деятельностное Я*	+	15	17	11,37	<0,001	-	43	8	Рефлексивное Я	+	48	25	3,40	0,065	-	10	0															
Физическое Я*	+	12	12	5,08	0,025																																										
	-	46	13			Деятельностное Я*	+	15	17	11,37	<0,001	-	43	8	Рефлексивное Я	+	48	25	3,40	0,065	-	10	0																								
Деятельностное Я*	+	15	17	11,37	<0,001																																										
	-	43	8			Рефлексивное Я	+	48	25	3,40	0,065	-	10	0																																	
Рефлексивное Я	+	48	25	3,40	0,065																																										
	-	10	0																																												

Примечания. «+» — количество полученных ответов по исследуемому параметру; «-» — отсутствие ответов детей по исследуемому параметру. * — параметры, по которым выявлены значимые различия.

Этап 2: особенности отношения к заболеванию детей и подростков с несовершенным остеогенезом в разные возрастные периоды. В табл. 2 представлены только те параметры, значения которых значимо различаются в разных возрастных группах. С возрастом у детей и подростков с несовершенным остеогенезом увеличивается показатель адекватного представления о своем заболевании, усиливаются негативные эмоциональные переживания относительно своего заболевания и повышается мотивация выздоровления за счет более осознанного отношения к заболеванию.

Из личностных реакций на заболевание, выявленных по методике «Незаконченные предложения» В.Е. Кагана и И.К. Шаца, у детей и подростков с несовершенным остеогенезом отмечаются реакции компенсации в 83% случаев: они

стараятся компенсировать свои физические недостатки творческими и интеллектуальными способностями. В 15% случаев обнаруживаются реакции гиперкомпенсации: дети и подростки продолжают мечтать о том, что они будут ходить, бегать и заниматься спортом. Некоторые активно пытаются работать над увеличением мышечной силы и выносливости.

Таблица 2

Возрастная специфика отношения к своему заболеванию у детей и подростков с несовершенным остеогенезом (количество ответов)

Параметры	Ответы детей	9–10 лет	11–12 лет	13–16 лет	17–19 лет	χ^2 с поправкой Йейтса	p
Негативные эмоциональные переживания относительно болезни	+	2		22		10,82	0,002
	-	8		4			
	+	2			9	5,74	0,017
	-	8			2		
Адекватные представления о болезни	+		4	22		6,46	0,012
	-		7	4			
	+	0		12		5,00	0,026
	-	10		14			
Стремление улучшить состояние здоровья	+	0			9	11,17	<0,001
	-	10			2		
	+	0		13		5,81	0,016
	-	10		13			
	+	0			9	11,17	<0,001
	-	10			2		
	+		0	13		6,43	0,012
	-		11	13			
+		0			9	12,03	<0,001

Примечания. «+» — количество полученных ответов по исследуемому параметру; «-» — отсутствие ответов детей по исследуемому параметру.

Этап 3: первичная апробация реабилитационной программы для детей и подростков с несовершенным остеогенезом. На основании полученных данных об эмоционально-личностных особенностях и отношении к заболеванию детей и подростков с несовершенным остеогенезом была разработана социально-психологическая реабилитационная программа.

Целью социально-психологической программы стало создание доступной среды для расширения физических и социальных возможностей детей и подростков

с несовершенным остеогенезом, раскрытие личностного потенциала участников, нормализация эмоционального состояния, расширение спектра интересов, направлений на развитие в будущем.

Задачи реабилитационной программы были разделены на терапевтические и развивающие.

Терапевтические задачи:

- 1) определение и коррекция эмоционально-личностных особенностей участников;
- 2) социализация участников и преодоление социальной изоляции;
- 3) повышение самооценки;
- 4) нормализация эмоционального фона.

Развивающие задачи:

- 1) обучение детей и подростков социальным и бытовым навыкам;
- 2) развитие личностных компетенций;
- 3) профессиональное самоопределение участников;
- 4) формирование образа «Успешное Я» у участников программы.

При реализации программы на основании результатов психологической диагностики для каждого участника была разработана индивидуальная траектория. В ходе программы проводились психологические и медицинские консультации, психологические тренинги для решения личных и семейных проблем.

Реабилитационная программа была основана на принципах доступности, системности, единства диагностики и коррекции, индивидуального и междисциплинарного подхода. При работе с детьми и подростками с несовершенным остеогенезом учитывались возрастные и индивидуальные особенности, специфика заболевания.

Реабилитационная программа проводилась в течение месяца на базе лагеря Благотворительного фонда «Хрупкие люди». В лагере дети находились с родителями, но жили отдельно от них. Некоторые мероприятия, проводимые в рамках реабилитационной программы, были общими для всех, в них участвовали родители. Другие мероприятия были предназначены только для детей.

Этап 4: первичная оценка эффективности проведенной реабилитационной программы. На этом этапе была изучена динамика эмоционально-личностных характеристик после проведения разработанной программы. Результаты анализа различий (критерий МакНемара) параметров самооценки детей и подростков

с несовершенным остеогенезом до и после прохождения программы представлены в табл. 3. В результате проведения реабилитационной программы у детей и подростков с несовершенным остеогенезом присутствуют значимые различия по всем показателям, кроме Социального Я. Повысились показатели Коммуникативного Я, Материального Я, Физического Я, Деятельностного Я и понизились показатели Рефлексивного Я. При качественном анализе данных мы видим, что у участников программы повысилась оценка своего Физического Я: 43,75% детей и подростков положительно оценили этот параметр, 25,00% — нейтрально и 31,25% — отрицательно.

Таблица 3

Параметры самооценки детей и подростков с несовершенным остеогенезом до и после проведения реабилитационной программы (количество ответов)

Параметры	Ответы детей	Начало программы	Конец программы	χ^2 с поправкой Йейтса	p																																										
Социальное Я	+	40	23	0,49	0,483																																										
	-	18	35			Коммуникативное Я*	+	6	14	21,30	<0,001	-	52	44	Материальное Я*	+	3	11	28,67	<0,001	-	55	47	Физическое Я*	+	12	16	14,03	<0,001	-	46	42	Деятельностное Я*	+	15	26	3,94	0,047	-	43	32	Рефлексивное Я*	+	48	34	12,55	<0,001
Коммуникативное Я*	+	6	14	21,30	<0,001																																										
	-	52	44			Материальное Я*	+	3	11	28,67	<0,001	-	55	47	Физическое Я*	+	12	16	14,03	<0,001	-	46	42	Деятельностное Я*	+	15	26	3,94	0,047	-	43	32	Рефлексивное Я*	+	48	34	12,55	<0,001	-	10	24						
Материальное Я*	+	3	11	28,67	<0,001																																										
	-	55	47			Физическое Я*	+	12	16	14,03	<0,001	-	46	42	Деятельностное Я*	+	15	26	3,94	0,047	-	43	32	Рефлексивное Я*	+	48	34	12,55	<0,001	-	10	24															
Физическое Я*	+	12	16	14,03	<0,001																																										
	-	46	42			Деятельностное Я*	+	15	26	3,94	0,047	-	43	32	Рефлексивное Я*	+	48	34	12,55	<0,001	-	10	24																								
Деятельностное Я*	+	15	26	3,94	0,047																																										
	-	43	32			Рефлексивное Я*	+	48	34	12,55	<0,001	-	10	24																																	
Рефлексивное Я*	+	48	34	12,55	<0,001																																										
	-	10	24																																												

Примечания. «+» — количество полученных ответов по исследуемому параметру; «-» — отсутствие ответов детей по исследуемому параметру. * — параметры, по которым выявлены значимые различия.

Результаты анализа различий в уровне общительности и эмоционального состояния детей и подростков с несовершенным остеогенезом до и после прохождения программы представлены в табл. 4. В ходе проведения реабилитационной программы повысился показатель общительности, и, наоборот, снизились показатели вербальной агрессии и тревожности. Выраженность вербальной агрессии и страха перед агрессией осталась неизменной.

Таблица 4

Параметры общительности и эмоционального состояния детей и подростков с несовершенным остеогенезом до и после проведения реабилитационной программы (количество ответов)

Параметры	Наличие признака	Начало программы	Конец программы	χ^2 с поправкой Йейтса	p																																	
Общительность*	+	39	43	8,90	0,003																																	
	-	19	13			Вербальная агрессия*	+	19	16	9,20	0,003	-	39	42	Защитная агрессия	+	19	36	0,08	0,773	-	39	22	Тревожность*	+	47	44	19,20	<0,001	-	11	14	Страх перед агрессией	+	44	17	0,20	0,654
Вербальная агрессия*	+	19	16	9,20	0,003																																	
	-	39	42			Защитная агрессия	+	19	36	0,08	0,773	-	39	22	Тревожность*	+	47	44	19,20	<0,001	-	11	14	Страх перед агрессией	+	44	17	0,20	0,654	-	14	41						
Защитная агрессия	+	19	36	0,08	0,773																																	
	-	39	22			Тревожность*	+	47	44	19,20	<0,001	-	11	14	Страх перед агрессией	+	44	17	0,20	0,654	-	14	41															
Тревожность*	+	47	44	19,20	<0,001																																	
	-	11	14			Страх перед агрессией	+	44	17	0,20	0,654	-	14	41																								
Страх перед агрессией	+	44	17	0,20	0,654																																	
	-	14	41																																			

Примечания. «+» — наличие признака в рисунках детей по исследуемому параметру; «-» — отсутствие признака в рисунках детей по исследуемому параметру. * — параметры, по которым выявлены значимые различия.

Анализ динамики ведущих потребностей детей и подростков с несовершенным остеогенезом в ходе проведения реабилитационной программы представлен в табл. 5. Согласно результатам, увеличилось число детей, для которых актуальны потребности в самоизменениях и материальные потребности. Количество детей и подростков, ориентированных на биологические и коммуникативные потребности, уменьшилось. Различий в числе респондентов, ориентированных на нравственные потребности, не обнаружено.

Анализ изменений в отношении к своему заболеванию у детей и подростков с несовершенным остеогенезом до и после проведения реабилитационной программы выявил значимые различия по показателям обозначения болевых ощущений и негативных эмоциональных переживаний относительно болезни (табл. 6). Показатель обозначения болевых ощущений снизился, а эмоциональные переживания актуализировались.

Таблица 5

Ведущие потребности детей и подростков с несовершенным остеогенезом до и после проведения реабилитационной программы (количество ответов)

Параметры	Ответы детей	Начало программы	Конец программы	χ^2 с поправкой Йейтса	p																																	
Нравственные	+	29	20	1,47	0,225																																	
	-	29	38			Материальные*	+	14	20	8,62	0,004	-	44	38	Коммуникативные*	+	6	3	42,76	<0,001	-	52	55	Биологические*	+	9	3	39,81	<0,001	-	49	55	Изменения в себе*	+	12	15	15,25	<0,001
Материальные*	+	14	20	8,62	0,004																																	
	-	44	38			Коммуникативные*	+	6	3	42,76	<0,001	-	52	55	Биологические*	+	9	3	39,81	<0,001	-	49	55	Изменения в себе*	+	12	15	15,25	<0,001	-	46	43						
Коммуникативные*	+	6	3	42,76	<0,001																																	
	-	52	55			Биологические*	+	9	3	39,81	<0,001	-	49	55	Изменения в себе*	+	12	15	15,25	<0,001	-	46	43															
Биологические*	+	9	3	39,81	<0,001																																	
	-	49	55			Изменения в себе*	+	12	15	15,25	<0,001	-	46	43																								
Изменения в себе*	+	12	15	15,25	<0,001																																	
	-	46	43																																			

Примечания. «+» — количество полученных ответов по исследуемому параметру; «-» — отсутствие ответов детей по исследуемому параметру. * — параметры, по которым выявлены значимые различия.

Таблица 6

Отношение к своему заболеванию у детей и подростков с несовершенным остеогенезом до и после проведения реабилитационной программы (количество ответов)

Параметры	Ответы детей	Начало программы	Конец программы	χ^2 с поправкой Йейтса	p						
Обозначение болевых ощущений*	+	25	14	7,28	0,007						
	-	33	44			Негативные эмоциональные переживания относительно болезни*	+	36	41	5,43	0,020
Негативные эмоциональные переживания относительно болезни*	+	36	41	5,43	0,020						
	-	22	17								

Адекватные представления о болезни	+	25	41	0,76	0,384
	-	33	17		
Стремления улучшить состояние здоровья	+	22	34	0,03	0,858
	-	36	24		

Примечания. «+» — количество полученных ответов по исследуемому параметру; «-» — отсутствие ответов детей по исследуемому параметру. * — параметры, по которым выявлены значимые различия.

Обсуждение результатов

Проведенное исследование позволило выявить некоторые особенности эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом и описать их динамику в ходе проведения реабилитационной программы. Высокие показатели по параметру Социального Я при низких показателях Коммуникативного Я может объясняться тем, что у данной группы детей преобладает представление о своих социальных ролях, но при этом отмечается диффузность представлений о себе как о людях, взаимодействующих с другими людьми. Это может вести к трудностям коммуникации со сверстниками, что подтверждается результатами зарубежных исследований [19].

При исследовании подростков с хронической почечной недостаточностью было показано, что физический компонент идентичности у условно нормативных подростков более выражен по сравнению с подростками с соматической патологией, они чаще отмечают особенности своей внешности [1]. В нашем исследовании эта особенность была реплицирована на контингенте детей и подростков с несовершенным остеогенезом.

Повышенные показатели страха перед агрессией, вероятно, связаны как со страхом медицинских процедур, которые сопровождаются болезненными ощущениями, так и страхом последствий агрессии — возможными переломами костей. Наличие страха перед перевязками и возникновением переломов у детей с несовершенным остеогенезом отмечается в зарубежных исследованиях [20; 21].

Выявленная в настоящем исследовании низкая представленность в ответах детей с несовершенным остеогенезом нравственных потребностей согласуется с данными В.В. Николаевой о том, что у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями мотивационно-потребностная сфера имеет свои особенности, в частности, происходит замена содержания ведущей потребности содержанием потребности более низкого порядка [8].

В результате проведения реабилитационной программы у детей и подростков с несовершенным остеогенезом отмечается положительная динамика в стабилизации

всех параметров идентичности, кроме Рефлексивного Я, что может говорить о формировании в ходе программы лучшего понимания себя, разных сторон своей личности. Повышение самооценки по параметру Деятельное Я демонстрирует возросшую активность детей и подростков за счет включения в активную социальную деятельность, организованную в лагере. Подобные эффекты представлены и в других исследованиях [9].

В результате реализации социально-психологической реабилитационной программы у детей и подростков с несовершенным остеогенезом также повысилась общительность, понизились вербальная агрессия и тревожность, что говорит о нормализации эмоционального состояния. Однако дети и подростки с несовершенным остеогенезом после применения программы стали чаще говорить о своих негативных эмоциональных переживаниях относительно болезни, скорее всего, за счет возможности открыто о них заявлять. Перед психологами в лагере стояла особая задача — дать возможность детям отреагировать негативные эмоции (страх, гнев) относительно заболевания, которые накопились у ребенка. Когда ребенок большую часть времени находится в окружении семьи, он часто старается скрыть свои переживания о болезни, чтобы не травмировать родителей [13]. Формирование принимающей среды в лагере в среде сверстников с подобным заболеванием повысило возможность открыто выражать свои чувства относительно своего физического состояния [6].

Заостренность внимания к своим болевым ощущениям, связанным с болезнью, стала менее интенсивной. Также снизилось число детей, в потребностной иерархии которых преобладают биологические потребности, что может говорить о снижении фиксации на страхе боли при переломах, возможно, за счет изменения параметров самоидентификации [21]. У детей и подростков повысилась значимость потребностей в изменении себя и материальных потребностей, что приблизило их к здоровым сверстникам по данному параметру.

Выводы

На основании результатов исследования были сделаны следующие выводы.

1. Были выявлены эмоционально-личностные особенности детей и подростков с несовершенным остеогенезом. В структуре самоотношения у них преобладает Социальное Я, а по сравнению со здоровыми сверстниками менее представлены Коммуникативное Я, Физическое Я, Деятельное Я и Материальное Я. При самоописании Физического Я у них чаще отмечаются негативные оценки, а также более высокие показатели страха перед агрессией по сравнению со здоровыми сверстниками; также менее представлены нравственные потребности. Значимых различий между экспериментальной и контрольной группами по параметрам тревожности, агрессии и общительности не выявлено.

2. С возрастом у детей и подростков с несовершенным остеогенезом формируются адекватные представления о здоровье и болезни, но чаще проявляются негативные переживания относительно болезни; повышается мотивация выздоровления.

3. В результате проведения реабилитационной программы у детей и подростков с несовершенным остеогенезом повысилась самооценка своего Физического Я, Коммуникативного Я, Материального Я и Деятельностного Я, но понизились показатели Рефлексивного Я. У детей повысилась общительность, снизились вербальная агрессия и тревожность. Увеличилось число детей, для которых актуальны потребности изменения в себе и материальные потребности. Число детей и подростков, ориентированных на биологические и коммуникативные потребности, уменьшилось. Динамики по показателям Социального Я, страха перед агрессией, нравственных потребностей в ходе проведения реабилитационной программы обнаружено не было.

4. В отношении восприятия своего заболевания у детей и подростков с несовершенным остеогенезом в результате проведения реабилитационной программы были отмечены следующие изменения: снизилась фиксация на болевых ощущениях, связанных с болезнью, увеличилось число детей, открыто проявляющих эмоциональные переживания относительно болезни. Изменений в повышении информированности о заболевании и мотивации выздоровления не отмечалось.

Заключение

Гипотеза о своеобразии развития эмоционально-личностной сферы у детей и подростков с несовершенным остеогенезом подтвердилась частично. Также частично доказана эффективность проводимой реабилитационной программы. Результаты исследования не окончательны, и их следует использовать с осторожностью, поскольку дизайн исследования имел ряд ограничений: недостаточный объем выборки, отсутствие контроля влияния других социально-демографических и личностных факторов, которые могли влиять на результат; не исследовались продолжительность эффекта коррекционного воздействия и воспроизводимость полученных эффектов на аналогичных выборках. Все это не позволяет нам говорить о полном подтверждении гипотезы об эффективности проведенной реабилитационной программы.

Полученные нами данные могут расширить представления о своеобразии эмоционально-личностного развития детей и подростков при данной соматической патологии. Потенциально полученные данные могут стать основой для разработки рекомендаций родителям и педагогам по формированию адекватных условий обучения и воспитания детей и подростков с несовершенным остеогенезом. Совокупность результатов проведения реабилитационной программы подтверждает, что в условиях лагеря возможно добиться определенных успехов в коррекции эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом.

Дальнейшие исследования важно направить на изучение отсроченного эффекта коррекционного воздействия, выявление условий закрепления полученного эффекта, а также на разработку рекомендаций специалистам по психологическому сопровождению детей и подростков с несовершенным остеогенезом.

Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б. и др. Возможности коррекции эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом в ходе проведения социально-психологической реабилитационной программы Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 1. С. 44–66.

Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A., Kharitonov A.B. et al. Possible Interventions to the Emotional and Personality Domains of Children and Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course of a Social and Psychological Rehabilitation Program Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 1, pp. 44–66.

Литература

1. Вачков И.В., Заруба Д.А., Куртанова Ю.Е. Психологические особенности образа Я и самооценки у подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести // Клиническая и специальная психология. 2018. Том 7. № 3. С. 45–65. DOI: 10.17759/cpse.2018070303
2. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: иллюстрационное руководство. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. 160 с.
3. Витковская И.М. Развитие учебной деятельности младших школьников на основе практикоориентированных технологий, реализующих компетентностный подход в образовании. Псков: ООО «Славяне», 2010. 264 с.
4. Заришняк Н.В., Кулбаисов А.М., Гаврилова Е.В. Госпитализированные пациенты терапевтического профиля – взаимосвязь типа отношения к болезни // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 4. С. 36–56. DOI: 10.17759/cpse.2020090403
5. Золотова Н.В., Ахтямова А.А. Различные аспекты внутренней картины болезни у подростков, больных туберкулезом органов дыхания // Вестник центрального научно-исследовательского института туберкулеза. 2020. № 2. С. 68–73. DOI: 10.7868/S2587667820020089
6. Куртанова Ю.Е. Возможности психологической реабилитации пациентов с первичными лимфедемами // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 118–127. DOI: 10.17759/cpse.2016050409
7. Медведева В.А., Кадыров Р.В. Отношение к жизни и смерти у подростков с онкологическими заболеваниями // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 4. С. 39–57. DOI: 10.17759/cpse.2019080403
8. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: изд-во МГУ, 1987. 168 с.
9. Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш., Ковязина М.С. и др. Изменение образа жизни пациента как задача психологической реабилитации: организация реабилитации как совместной деятельности на личностном и межличностном уровнях // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 1. С. 47–63. DOI: 10.17759/cpse.2020090103
10. Румянцева Т.В. Психологическое консультирование. СПб.: Речь, 2006. 176 с.
11. Саад В.А. Этнопсихологические различия отношений к болезни у подростков: Автореф. дисс...канд. психол. наук. СПб., 1996. 22 с.
12. Цветкова И.В. Проблема психологического изучения внутренней картины здоровья // Психологические исследования. 2012. № 1 (21). С. 11. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17710233> (дата обращения: 01.03.2022).

Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б. и др. Возможности коррекции эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом в ходе проведения социально-психологической реабилитационной программы. Клиническая и специальная психология 2022. Том 11. № 1. С. 44–66.

Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A., Kharitonov A.B. et al. Possible Interventions to the Emotional and Personality Domains of Children and Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course of a Social and Psychological Rehabilitation Program. Clinical Psychology and Special Education 2022, vol. 11, no. 1, pp. 44–66.

13. Шац И.К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. СПб.: Речь, 2010. 192 с.

14. Шац И.К. Стандартизированные диагностические клиничко-психологические методики в детской клинической практике // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2003. Том 2. № 3. С. 92–100.

15. Штрахова А.В., Арсланбекова Э.В. Мотивационный компонент внутренней картины болезни как фактор приверженности к терапии у больных соматическими заболеваниями с витальной угрозой // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2011. Том 246. № 29. Вып. 14. С. 82–89.

16. Яхяева Г.Т., Намазова-Баранова Л.С., Маргеева Т.В. Новые аспекты генетической основы, классификации и лечения несовершенного остеогенеза: литературный обзор // Педиатрическая фармакология. 2015. Том 12. № 5. С. 579–588. DOI: 10.15690/pf.v12i5.1461

17. Antoniazzi F., Zamboni G., Lauriola S. et al. Early bisphosphonate treatment in infants with severe osteogenesis imperfecta // The Journal of Pediatrics. 2006. Vol. 149. № 2. P. 174–179. DOI: 10.1016/j.jpeds.2006.03.013

18. Chiasson R.M., Munns C., Zeitlin L. Interdisciplinary treatment approach for children with osteogenesis imperfecta. Montreal, Quebec: Shriners Hospital for Children, 2004. 212 p.

19. Cintas H., Gerber L. Children with osteogenesis imperfecta: Strategies to enhance performance. Gaithersburg, Maryland: Osteogenesis Imperfecta Foundation, 2005. 254 p.

20. Dollar E.P. Growing up with oi: A guide for children. Gaithersburg, Maryland: Osteogenesis Imperfecta Foundation, 2001. 198 p.

21. Dollar E.P. Growing up with oi: A guide for families and caregivers. Gaithersburg, Maryland: Osteogenesis Imperfecta Foundation, 2001. 116 p.

References

1. Vachkov I.V., Zaruba D.A., Kurtanova Yu.E. Psikhologicheskie osobennosti obraza Ya i samoosenki u podrostkov s narusheniem pochechnogo funktsionirovaniya raznoi stepeni tyazhesti [Psychological characteristics of self-image and self-assessment in adolescents with impaired renal functioning of different severity]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2018, vol. 7, no. 3, pp. 45–65. DOI: 10.17759/cpse.2018070303 (In Russ., abstr. in Engl.).

2. Venger A.L. Psikhologicheskie risunochnye testy: illyustratsionnoe rukovodstvo [Psychological drawing tests: An illustrative guide]. Moscow: VLADOS-PRESS, 2003. 160 p. (In Russ.)

Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б. и др.
Возможности коррекции эмоционально-личностной
сферы детей и подростков с несовершенным
остеогенезом в ходе проведения социально-
психологической реабилитационной программы
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 44–66.

Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A.,
Kharitonov A.B. et al. Possible Interventions to the
Emotional and Personality Domains of Children and
Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course
of a Social and Psychological Rehabilitation Program
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 44–66.

3. Vitkovskaya I.M. Vitkovskaya I.M. Razvitie uchebnoi deyatel'nosti mladshikh shkol'nikov na osnove praktikoorientirovannykh tekhnologii, realizuyushchikh kompetentnostnyi podkhod v obrazovanii [Development of educational activity of younger schoolchildren on the basis of practice-oriented technologies that implement a competency-based approach in education]. Pskov: OOO «Slavyane», 2010. 264 p. (In Russ.)

4. Zarishnyak N.V., Kulbaisov A.M., Gavrilova E.V. Gosptalizirovannye patsienty terapevticheskogo profilya – vzaimosvyaz' tipa otnosheniya k bolezni [Hospitalized patients with a therapeutic profile: the relationship between the type of attitude towards illness and the quality of life]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2020, vol. 9. no. 4. pp. 36–56. DOI: 10.17759/cpse.2020090403 (In Russ., abstr. In Engl.).

5. Zolotova N.V., Akhtyamova A.A. Razlichnye aspekty vnutrennei kartiny bolezni u podrostkov, bol'nykh tuberkulezom organov dykhaniya [Various aspects of the internal picture of the disease in adolescents with respiratory tuberculosis]. *Vestnik tsentral'nogo nauchno-issledovatel'skogo instituta tuberkuleza=CTRI Bulletin*, 2020, no. 2, pp. 68–73. DOI: 10.7868/S2587667820020089 (In Russ., abstr. in Engl.)

6. Kurtanova Yu.E. Vozmozhnosti psikhologicheskoi reabilitatsii patsientov s pervichnymi limfedemami [The possibilities of psychological rehabilitation of patients with primary lymphedema]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2016, vol. 5, no. 4, pp. 118–127. DOI: 10.17759/cpse.2016050409 (In Russ., abstr. in Engl.)

7. Medvedeva V.A., Kadyrov R.V. Otnoshenie k zhizni i smerti u podrostkov s onkologicheskimi zabolevaniyami [Attitudes towards life and death in adolescents with cancer]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 4, pp. 39–57. DOI: 10.17759/cpse.2019080403 (In Russ., abstr. in Engl.)

8. Nikolaeva V.V. Vliyanie khronicheskoi bolezni na psikhiku [The impact of chronic illness on the psyche] Moscow: publ. of MSU, 1987. 168 p. (In Russ.)

9. Rasskazova E.I., Tkhostov A.Sh., Kovyazina M.S., et al. Izmenenie obraza zhizni patsienta kak zadacha psikhologicheskoi reabilitatsii: organizatsiya reabilitatsii kak sovmestnoi deyatel'nosti na lichnostnom i mezhlichnostnom urovnyakh [Changing the patient's lifestyle as a task of psychological rehabilitation: organizing rehabilitation as a joint activity at the personal and interpersonal levels]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2020, vol. 9, no. 1. pp. 47–63. DOI: 10.17759/cpse.2020090103 (In Russ., abstr. in Engl.)

10. Rumyancheva T.V. Psihologicheskoe konsul'tirovanie [Psychological counseling] Saint-Petersburg: Rech, 2006. 176 p. (In Russ.)

11. Saad V.A. Etnopsikhologicheskie razlichiya otnoshenii k bolezni u podrostkov: Avtoref. diss...kand. psikhol. nauk [Ethnopsychological differences in attitudes towards the disease in adolescents: PhD thesis]. Saint-Petersburg, 1996. 22 p. (In Russ.)
12. Tsvetkova I.V. Problema psikhologicheskogo izucheniya vnutrennei kartiny zdorov'ya [The problem of psychological study of the internal picture of health]. *Psikhologicheskie issledovaniya=Psychological Research*, 2012, no. 1 (21), p. 11. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=17710233> (Accessed: 01.03.2022). (In Russ., abstr. in Engl.)
13. Shats I.K. Psikhologicheskoe soprovozhdenie tyazhelobol'nogo rebenka [Psychological support of a seriously ill child]. Saint-Petersburg: Rech, 2010. – 192 p. (In Russ.)
14. Shats I.K. Standartizirovannye diagnosticheskie kliniko-psikhologicheskie metodiki v detskoj klinicheskoi praktike [Standardized diagnostic clinical and psychological methods in children's clinical practice]. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov=Issues of Mental Health of Children and Adolescents*, 2003, vol. 2, no. 3, pp.92–100. (In Russ.)
15. Shtrakhova A.V., Arslanbekova E.V. Motivatsionnyi komponent vnutrennei kartiny bolezni kak faktor priverzhennosti k terapii u bol'nykh somaticheskimi zabol'evaniami s vital'noi ugrozoi [Motivational component of the internal picture of the disease as a factor of adherence to therapy in patients with somatic diseases with a vital threat]. *Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya=Bulletin of the South Ural State University. Series: Psychology*, 2011, vol. 246, no. 29, issue 14, pp. 82–89. (In Russ.)
16. Yakhyaeva G.T., Namazova-Baranova L.S., Margieva T.V. Novye aspekty geneticheskoi osnovy, klassifikatsii i lecheniya nesovershennogo osteogeneza: literaturnyi obzor [New aspects of the genetic basis, classification and treatment of osteogenesis imperfecta: a literature review]. *Pediatricheskaya farmakologiya=Pediatric Pharmacology*, 2015, vol. 12, no. 5, pp. 579–588. DOI: 10.15690/pf.v12i5.1461 (In Russ., abstr. in Engl.)
17. Antoniazzi F., Zamboni G., Lauriola S. et al. Early bisphosphonate treatment in infants with severe osteogenesis imperfect. *The Journal of Pediatrics*, 2006, vol. 149, no. 2, pp. 174–179. DOI: 10.1016/j.jpeds.2006.03.013
18. Chiasson R.M., Munns C., Zeitlin L. Interdisciplinary treatment approach for children with osteogenesis imperfecta. Montreal, Quebec: Shriners Hospital for Children, 2004. 212 p.
19. Cintas H., Gerber L. Children with osteogenesis imperfecta: Strategies to enhance performance. Gaithersburg, Maryland: Osteogenesis Imperfecta Foundation, 2005. 254 p.
20. Dollar E.P. Growing up with oi: A guide for children. Gaithersburg, Maryland: Osteogenesis Imperfecta Foundation, 2001. 198 p.

21. Dollar E.P. Growing up with oi: A guide for families and caregivers. Gaithersburg, Maryland: Osteogenesis Imperfecta Foundation, 2001. 116 p.

Приложение 1

Сравнение параметров общительности и эмоционального состояния детей и подростков с несовершенным остеогенезом и их здоровых сверстников (количество ответов)

Параметры	Наличие признака	Экспериментальная группа	Контрольная группа	χ^2 с поправкой Йейтса	p
Общительность	+	39	17	0,03	0,852
	-	19	8		
Тревожность	+	47	16	1,91	0,167
	-	11	9		
Вербальная агрессия	+	19	4	1,68	0,195
	-	39	21		
Защитная агрессия	+	19	9	0,001	0,974
	-	39	16		
Страх перед агрессией*	+	44	12	4,97	0,026
	-	14	13		

Примечания. «+» — наличие признака в рисунках детей по исследуемому параметру; «-» — отсутствие признака в рисунках детей по исследуемому параметру. * — параметр, по которому выявлены значимые различия.

Приложение 2

Сравнение параметров ведущих потребностей у детей и подростков с несовершенным остеогенезом и их здоровых сверстников (количество ответов)

Параметры	Ответы детей	Экспериментальная группа	Контрольная группа	χ^2 с поправкой Йейтса	p
Нравственные*	+	29	20	5,32	0,022
	-	29	5		
Материальные	+	14	12	3,58	0,059
	-	44	13		
Коммуникативные	+	6	0	1,45	0,228
	-	52	25		

Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б. и др. Возможности коррекции эмоционально-личностной сферы детей и подростков с несовершенным остеогенезом в ходе проведения социально-психологической реабилитационной программы
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 44–66.

Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A., Kharitonov A.B. et al. Possible Interventions to the Emotional and Personality Domains of Children and Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course of a Social and Psychological Rehabilitation Program
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 44–66.

Биологические	+	9	0	2,89	0,089
	-	49	25		
Изменения в себе	+	12	3	0,40	0,527
	-	46	22		

Примечания. «+» — количество полученных ответов по исследуемому параметру; «-» — отсутствие ответов детей по исследуемому параметру. * — параметры, по которым выявлены значимые различия.

Информация об авторах

Куртанова Юлия Евгеньевна, кандидат психологических наук, заведующая кафедрой специальной психологии и реабилитологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-4874>, e-mail: ulia.kurtanova@yandex.ru

Мещерякова Елена Александровна, клинический психолог, директор Благотворительного фонда «Хрупкие люди», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1601-7037>, e-mail: em@hrupkie.ru

Харитонов Александр Борисович, психолог, Благотворительный фонд «Хрупкие люди», г. Москва, Российская Федерация; аспирант, факультет клинической психологии и психологической помощи, Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена (ФГБОУ ВО РГПУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5100-6347>, e-mail: garitonov@gmail.com

Ровнова Анастасия Алексеевна, магистрант, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1791-846X>, e-mail: rovnova.anastasiya@yandex

Information about the authors

Yulia E. Kurtanova, PhD in Psychology, Head of the Department of Special Psychology and Rehabilitation, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8283-4874>, e-mail: ulia.kurtanova@yandex.ru

Elena A. Meshcheryakova, Clinical Psychologist, Head of the Charitable Foundation “Fragile People”, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1601-7037>, e-mail: em@hrupkie.ru

Alexandr B. Kharitonov, Psychologist, Charitable Foundation “Fragile People”, Moscow, Russia; ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5100-6347>, e-mail: garitonov@gmail.com

Anastasiya A. Rovnova, Undergraduate, Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE), Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1791-846X>, e-mail: rovnova.anastasiya@yandex.ru

Куртанова Ю.Е., Мещерякова Е.А., Харитонов А.Б. и др.
Возможности коррекции эмоционально-личностной
сферы детей и подростков с несовершенным
остеогенезом в ходе проведения социально-
психологической реабилитационной программы
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 44–66.

*Kurtanova Yu.E., Meshcheryakova E.A.,
Kharitonov A.B. et al.* Possible Interventions to the
Emotional and Personality Domains of Children and
Adolescents with Osteogenesis Imperfecta in the Course
of a Social and Psychological Rehabilitation Program
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 44–66.

Получена: 06.06.2021

Received: 06.06.2021

Принята в печать: 19.02.2022

Accepted: 19.02.2022

Субъективный возраст женщин с раком молочной железы в системе психологических факторов

Сергиенко Е.А.

*Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>, e-mail: elenas13@mail.ru*

Циринг Д.А.

*Национальный исследовательский Томский государственный университет
(ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: l-di@yandex.ru*

Пахомова Я.Н.

*Национальный исследовательский Томский государственный университет
(ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: sizova159@yandex.ru*

Пономарева И.В.

*Национальный исследовательский Томский государственный университет
(ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>, e-mail: ivp-csu@yandex.ru*

В статье анализируется субъективный возраст и его взаимосвязи с другими психологическими факторами у женщин с раком молочной железы. В исследовании приняли участие 125 женщин в возрасте от 31 года до 80 лет ($M=55,71$; $SD=11,86$) с раком молочной железы (I стадия заболевания — 48 женщин; II стадия — 41 женщина; III стадия — 10 женщин), находящиеся под наблюдением онколога до 6 месяцев с момента постановки диагноза. Кроме социально-демографических данных, изучались субъективный возраст (опросник В. Barak в адаптации Е.А. Сергиенко, 2011), субъективные оценки здоровья (опросник SF-36, J. Ware et. al. в адаптации К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант, 2008); способы совладающего поведения (опросник R. Lazarus, S. Folkman в адаптации Т.Л. Крюковой, 2004), базисные убеждения (одноименная шкала R. Janoff-Bulman, адаптация М.А. Падун, А.В. Котельниковой, 2012) и выраженность личностной беспомощности (опросник личностной беспомощности Д.А. Циринг, А.В. Степаненко, 2018). Были выделены три подгруппы по оценкам субъективного возраста: чувствующие себя моложе своего паспортного возраста, адекватно и старше. Результаты исследования показали, что субъективный возраст среди женщин с раком молочной железы позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, способности к совладающему поведению, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни. Среди респондентов

разного возраста (31–80 лет) наблюдаются значимые различия в паттернах системы психологических ресурсов. Это означает, что кроме общих психологических факторов рака молочной железы (депрессии, тревожности, дистресса), существуют индивидуальные варианты психической организации, связанные с оценкой возрастной идентичности, которая модифицирует актуализацию и оценку собственных психологических ресурсов.

Ключевые слова: субъективный возраст, рак молочной железы, субъективная оценка здоровья, совладающее поведение, базисные убеждения, личностная беспомощность.

Финансирование. Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда, проект № 19-18-00426).

Для цитаты: Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н., Пономарева И.В. Субъективный возраст женщин с раком молочной железы в системе психологических факторов [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 67–89. DOI: 10.17759/cpse.2022110104

Subjective Age of Women with Breast Cancer in the System of Psychological Factors

Elena A. Sergienko

*Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>, e-mail: elenas13@mail.ru*

Diana A. Tsiring

*National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: l-di@yandex.ru*

Yana N. Pakhomova

*National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: sizova159@yandex.ru*

Irina V. Ponomareva

*National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>, e-mail: ivp-csu@yandex.ru*

The article analyzes the subjective age and its relationship with other psychological factors in women with breast cancer. The study involved 125 women aged 31 to 80 years (M=55.71; SD=11.86) diagnosed with breast cancer (stage I of the disease — 48 women; stage II — 41 women; stage III — 10 women), under the supervision of an oncologist up to 6 months from

the moment of diagnosis. In addition to socio-demographic data, subjective age was studied (B. Barak questionnaire adapted by E.A. Sergienko, 2011), subjective health assessments (SF-36 questionnaire, J. Ware et al. in the adaptation of K.G. Gurevich, E.G. Fabricant, 2008); methods of coping behavior (R. Lazarus questionnaire, S. Folkman in the adaptation of T.L. Kryukova, 2004), basic beliefs (R. Janoff-Bulman scale of the same name, adaptation by M.A. Padun, A.V. Kotelnikova, 2012) and the severity of personal helplessness (D.A. Tsiring questionnaire of personal helplessness, A.V. Stepanenko, 2018). Three subgroups were identified according to estimates of subjective age: those who feel younger than their passport age, adequately and older. The results of the study showed that the subjective age among women with breast cancer makes it possible to differentiate subjective assessments of their own health, ability to cope with behavior, changes in basic beliefs and signs of personal helplessness formed in a severe traumatic situation of the disease. Among respondents of different ages (31–80 years old), there are significant differences in the patterns of the system of psychological resources. This means that in addition to the general psychological factors of breast cancer (depression, anxiety, distress), there are individual variants of mental organization associated with the assessment of age identity, which modifies the actualization and evaluation of their own psychological resources.

Keywords: subjective age, breast cancer, subjective assessment of health, coping behavior, basic beliefs, personal helplessness.

Funding. The reported study was funded by Russian Science Foundation, project number 19-18-00426.

For citation: Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pakhomova Y.N., Ponomareva I.V. Subjective Age of Women with Breast Cancer in the System of Psychological Factors. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 67–89. DOI: 10.17759/cpse.2022110104 (In Russ., abstr. in Engl.).

Введение

Рак молочной железы (РМЖ) занимает первое место среди всех других видов онкологии во всем мире. Ежегодно в мире регистрируют примерно 1 250 000 новых случаев рака груди, из них 54 000 в России. Заболеваемость РМЖ в большинстве стран растет, это связано с различными факторами. Несмотря на значительные и впечатляющие успехи в лечении данного заболевания, количество летальных исходов остается достаточно высоким. Анализ динамики доли летальных случаев в России за 10 лет (2004–2014 гг.) показывает, что она изменяется не столь существенно (29,78 смертей на 100 000 женщин в 2004 г. и 29,08 — в 2014 г.) [7].

РМЖ вызывает у женщин дистресс, тревогу, отчаяние, ведет к изменению образа жизни, рабочего и семейного статусов. Роль психологических факторов в борьбе с этим тяжелым и смертельным недугом имеет важнейшее значение для выживания и психологического благополучия женщин.

Результаты исследований, проводимых во всем мире, направлены на поиски тех психологических факторов, которые, с одной стороны, проясняют психологические

риски заболевания, а с другой — продемонстрируют роль психологических факторов в борьбе с болезнью, а также их возможности в области прогноза длительности жизни после постановки диагноза.

В метаанализе 31 исследования различных психосоциальных параметров у пациентов с РМЖ показано, что 25 работ демонстрируют статистически значимые эффекты между хотя бы одним из изученных факторов и исходом РМЖ [10]. Лучший прогноз РМЖ был связан с социальной поддержкой, минимизацией серьезности заболевания и снижением депрессии, тогда как подавление эмоций было сопряжено со снижением выживаемости. Однако авторы указывают, что исследования отличались по набору параметров. Кроме того, разные авторы используют тесно связанные термины не синонимично. Так, минимизация и отрицание, которые связаны с лучшим выживанием, отличаются от подавления эмоций, которое прогнозирует более короткий срок жизни. Отрицание означает убеждение, что болезни нет, тогда как минимизация — это субъективное снижение серьезности болезни. Подавление эмоций не тождественно отрицанию и минимизации, поскольку оно может быть и без отрицания или снижения тяжести заболевания. Также авторы обзора отмечают, что все эти факторы могут изменяться в разные периоды болезни и не связаны с формой (хроническое или острое) и стадией РМЖ.

Исследование стресса и рака на выборке из 3 177 человек, проводившееся в течение 24 лет, выявило, что депрессия ассоциируется с высоким риском развития рака, значимо увеличивает вероятность РМЖ [11]. Наблюдение за 33 819 женщинами с диагностированной депрессией на протяжении 5 лет показало, что они имели более высокий риск заболевания РМЖ [11]. Однако имелись и работы, не обнаружившие взаимосвязи между РМЖ и психологическими факторами. Так, К. Heikkilä с коллегами провели метаанализ 12 когортных исследований, включающих 11 606 человек 17–70 лет, наблюдение за которыми осуществлялось на протяжении 12 лет [12]. Они не обнаружили связи между стрессом с риском РМЖ. Аналогичные данные были получены К. Lillberg с коллегами на 10 519 респондентах, участвовавших в мониторинге на протяжении 20 лет. Согласно данным этого исследования, наличие стресса также не ассоциировалось с РМЖ [14].

В работе М. Yeh и Т. Lee представлено исследование роли психологических факторов в реакции на диагноз РМЖ [23]. Оценивались уровень стресса, тревожности и депрессии, а также социально-демографические характеристики 1 160 женщин из Тайваня. Сравнивались две группы, выделенных на основании результатов проведенной маммографии: женщины с диагнозом РМЖ и без него. Обнаружилось, что тревожность была в 2,6 раз выше у женщин с диагнозом РМЖ, а депрессия — в 4,1 раза выше. В исследовании А.Л. Gross с коллегами, проведенном на большой популяции женщин, проходящих маммографию, не было обнаружено значимых корреляций между наличием РМЖ и эмоциональным подавлением [11]. Эти различия авторы связывают с социокультурными особенностями жизни на Тайване, где быстрые изменения социальной жизни требуют от женщин выполнения множества социальных ролей, что увеличивает эмоциональный стресс, тревожность и депрессию. Именно эти психологические факторы сопряжены с высоким уровнем риска РМЖ и более молодым возрастом у заболевших им (40–49 лет на Тайване и 60–69 лет в США) [11].

Роль психологических факторов и физической активности в качестве жизни изучалась у 171 женщины из Греции после лечения РМЖ спустя 1,5 года [15]. Оценивались уровень депрессии, тревожности, самооценки и качество жизни. Сравнивались две группы: женщины до 51 года и старше 52 лет, физически активные и неактивные. Обнаружено, что физическая активность сопряжена с меньшей депрессией, связана с самооценкой и более низкой тревожностью. У более молодых женщин физическая активность играла более важную роль в снижении депрессии и тревожности и увеличении уровня самооценки и качества жизни. Значения для этой группы имели также уровень образования, доходов и стадия рака. Однако выраженность тревожности и депрессии у молодой группы были выше, чем у старшей. По сравнению с более молодыми, у женщин после 52 лет также большое значение имела физическая активность, воздействующая на тревожность, депрессию, самооценку и качество жизни; семейный статус также начинал играть важную роль, в то время как стадия рака — нет.

Последствия химиотерапии при РМЖ, влияющие на когнитивное функционирование, и роль психологических факторов в качестве жизни после лечения РМЖ изучались С. Reid-Arndt с коллегами [16]. В исследовании приняли участие 46 женщин спустя 1 месяц после прохождения химиотерапии. Было обнаружено снижение в когнитивном функционировании: дефицит исполнительных функций и вербальной беглости, что связано со снижением продуктивности, коммуникативной вовлеченности и социально-ролевого функционирования. Обеднение повседневной жизни (снижение качества жизни) предсказывались депрессией и необходимостью социальной поддержки, но не когнитивным функционированием.

Как показали исследования, не у всех людей развиваются симптомы посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) после тяжелой травматизации, т.е. существуют факторы, снижающие действие травмы [8; 10; 14]. Для нашего исследования наиболее значимыми являются индивидуально-психологические предикторы отношения к заболеванию и прогнозу его последствий. Так, было показано, что реакция на заболевание спустя 3 месяца после операции влияет на состояние больного и через 5 лет [8]. Выживание без рецидивов наблюдалось в большей степени среди больных, отрицающих или настроенных на «противоборство», чем у тех, кто стоически принимал болезнь, отличался беспомощностью и чувством безнадежности [8]. Через 10 лет психологическая реакция на заболевания была наиболее значимой среди 8 прогностических факторов для прогноза времени смерти по любой причине, времени смерти от РМЖ и времени первого рецидива. Значимых корреляций с такими факторами, как возраст, тип операции и размер опухоли, установлено не было. Показано также, что избегающий стиль поведения менее адаптивен для переживания заболевания нежели активный стиль поведения [8].

В исследовании Н.В. Тарабриной и коллег были выявлены значимые личностные характеристики в развитии признаков ПТСР у больных РМЖ [8]. У больных с высоким уровнем ПТСР отмечались высокий уровень ситуативной и личностной тревожности, убеждения о враждебности окружающего мира, собственном бессилии, искажение жизненной перспективы как безнадежной (не имеющей будущего).

Приведенный краткий обзор исследований, несмотря на противоречивость приведенных в них данных, указывает на значимую роль психологических факторов в лечении РМЖ. Причиной таких противоречий могут быть методические различия в проведении исследований, субъективные факторы и психологические ресурсы людей измеряются самоотчетными методами, что может порождать значительную вариабельность в результатах их оценок. В наших исследованиях в большей степени был сделан акцент на оценках психологических ресурсов, выраженных в личностных и субъектных характеристиках женщин с РМЖ [2; 6; 17].

В интенсивно развивающейся области онкопсихологии все большее значение уделяется субъективным факторам и ресурсам как предикторам возникновения, течения и исхода тяжелого заболевания, угрожающего жизни. Как было показано в ряде исследований, люди с онкологическим заболеванием испытывали значительную травматизацию в жизненных событиях и продолжительный посттравматический стресс до момента постановки диагноза [13; 14]. Кроме того, онкологический диагноз и течение заболевания являются сильнейшим стрессом и угрозой жизни и даже при благополучном исходе приводят к резкому перелому в жизни [2; 8]. РМЖ отличается интенсивностью психотравмирующего воздействия, поскольку не только угрожает жизни, но и затрагивает психологические, сексуальные и социальные аспекты жизни женщин.

Мы предполагаем, что одним из показателей прогноза лечения и продолжительности жизни женщин с РМЖ является субъективный возраст (СВ), т.е. самовосприятие своего возраста, который может отличаться или быть равен хронологическому.

Ранее было показано, что СВ выступает как генерализованная субъективная оценка собственных психологических ресурсов [5]. Как показали исследования, СВ человека тесно связан с его физическим и психологическим здоровьем, удовлетворенностью жизнью, временной перспективой и индивидуально-психической организацией [цит. по 6]. Так, в исследовании Y. Stephan и коллег, проведенном на выборке в 17 000 человек, изучался СВ как предиктор смертности. СВ был включен в факторы показателей здоровья [20]. СВ, демографические факторы, список болезней, функциональные ограничения, депрессивные симптомы и физическая неактивность оценивались как базовые данные, а дата смерти прослеживалась в течение 20 лет. Респонденты воспринимали себя на 15-16% моложе по сравнению с хронологическим возрастом. СВ на 8, 11 и 13 лет старше хронологического был связан с повышением риска смерти на 18%, 29% и 25% соответственно. Мультивариативный анализ показал, что болезни, физическая неактивность, функциональные ограничения и когнитивные проблемы — все исследуемые переменные, кроме депрессивных симптомов — указывают на связи с СВ и смертностью. Риск смертности был выше среди индивидов, кто чувствовал себя старше в сравнении с теми, кто чувствовал себя моложе. Эта связь наблюдалась не только в выборке пожилых людей, но также среди взрослых среднего возраста. Эти данные подтверждают роль СВ как биопсихосоциального маркера старения. Эти же авторы на выборке 4120 пожилых людей показали, что более молодой СВ взаимосвязан с более низким CRP (С-реактивным протеином, маркером систематического воспаления) [21]. Их данные указывают на то, что СВ может

служить предиктором иммунных дисфункций, заболеваемости и смертности, что, по-видимому, отражается в субъективных ощущениях возраста.

Следует отметить, что СВ (на сколько лет человек воспринимает себя) и оценка субъективной близости смерти (СБС), отражающая его представления о том, сколько времени осталось до смерти, тесно взаимодействуют, что было продемонстрировано в исследовании [18]. В исследованиях роли СВ в переживании травмы и появлениях ПТСР было продемонстрировано, что более старший относительно хронологического СВ ассоциируется как с эпизодом травмы, так и с симптомами посттравматического расстройства [13; 14]. Также было продемонстрировано, что более молодой СВ смягчает эффекты ПТСР при старении [13].

Оценка взаимосвязи СВ, чувства одиночества и уровня психического здоровья (депрессивные симптомы, тревожность, симптомы травматизации) у пожилых людей в период локдауна во время пандемии COVID-19 показала, что более старший СВ повышает риск негативных последствий одиночества, следовательно, СВ играет роль буфера травмирующих событий [19]. Таким образом, СВ и СБС теоретически взаимосвязаны и отражают субъективное восприятие собственных ресурсов и возможностей справляться с трудными ситуациями.

Анализ литературы показал, что СВ выступает в качестве предиктора смерти, психологического благополучия, оценки жизненной перспективы (близости смерти), возможности совладания с тяжелой травматической ситуацией (онкологическим заболеванием), что препятствует развитию психогений, симптоматики ПТСР и более благополучному прогнозу течения болезни.

Целью настоящей работы является исследование СВ как показателя психологических ресурсов женщин с РМЖ.

Основная гипотеза исследования: СВ выступает показателем психологических ресурсов женщины и буфером в стрессовых ситуациях.

Учитывая, что оценка СВ как показателя субъективных ресурсов и одновременно личностных установок и ценностей включена в анализ личностных характеристик женщин (базисных убеждений, личностной беспомощности, совладания, субъективной оценки собственного физического и психического здоровья), можно сформулировать частную гипотезу. **Частная гипотеза:** СВ позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, способность к совладающему поведению, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни у женщин с РМЖ.

Материалы и методы исследования

Выборка. В исследовании принимали участие 125 женщин в возрасте от 31 года до 80 лет с диагнозом РМЖ разной стадии, находящиеся под наблюдением онколога до 6 месяцев с момента постановки диагноза. Работа проводилась на базе ГБУЗ «Челябинский областной клинический центр онкологии и ядерной медицины». В табл. 1 представлены социально-демографические характеристики выборки.

Таблица 1

Социально-демографические характеристики выборки

Параметры	Число женщин (чел.)
Возраст	
31–40 (M=36; SD=2,34)	18
41–50 (M=46; SD=3,31)	22
51–60 (M=56,5; SD=2,75)	36
61–70 (M=66; SD=2,37)	39
71–80 (M=73,5; SD=3,62)	10
Стадии РМЖ	
I	48
II	41 (32 — IIa; 9 — IIb)
III	10 (3 — IIIa; 3 — IIIb; 4 — IIIc)
Семейное положение	
Замужем	76 (из них 4 женщины в гражданском браке)
Не замужем	50 (из них 13 женщин не замужем; 11 — разведены; 26 — вдовы)
Рабочий статус	
Заняты	65 (из них 6 женщин работают не официально)
Не заняты	61 (из них 12 женщин не работают; 49 — на пенсии)
Образование	
Среднее	9
Среднее профессиональное	72
Высшее профессиональное	45
Субъективная оценка уровня дохода	
Средний и выше среднего	82 (из них выше среднего — 10 женщин)
Ниже среднего и низкий	45 (из них низкий — 23 женщины)

Использовались 6 личностных **методик**.

1. *Шкала базисных убеждений Р. Янофф-Бульман (World Assumptions Scale)* в адаптации М.А. Падун и А. В. Котельниковой [4]. Методика включает 37 утверждений,

распределенных по пяти шкалам: Образ «Я», Доброжелательность окружающего мира, Справедливость, Удача, Убеждение о контроле. Ответы респондентов распределяются по шестибальной шкале Ликерта. Теоретической основой методики является концепция психической травмы Р. Янофф-Бульман, согласно которой люди структурируют опыт и формируют свое поведение с помощью когнитивных убеждений. Методика позволяет измерить имплицитные когнитивные убеждения больных злокачественными новообразованиями. Нами был проведен анализ надежности метода на клинической выборке женщин с РМЖ. Коэффициент согласованности α Кронбаха по каждой шкале методики находится в диапазоне 0,67–0,76 что указывает на условно достаточный уровень согласованности.

2. Опросник способов совладания Р. Лазаруса в адаптации Т.Л. Крюковой [3]. Опросник состоит из 50 утверждений, группируемых в 8 шкал, и используется с целью определения копинг-стратегий: Конфронтация, Дистанцирование, Самоконтроль, Поиск социальной поддержки, Принятие ответственности, Бегство–избегание, Планирование решения проблемы и Положительная переоценка. Испытуемому необходимо выбрать, как часто он прибегает к использованию предложенных в опроснике способов поведения в трудных жизненных ситуациях. Показатели надежности α Кронбаха для каждой субшкалы методики находятся в диапазоне 0,75–0,79.

3. Опросник личностной беспомощности (Циринг Д.А., Степаненко А.В.) определяет наличие системных характеристик (личностной беспомощности/самостоятельности) у больных злокачественными новообразованиями. В опроснике предлагается 131 утверждение, по отношению к которым испытуемому необходимо выразить степень согласия или несогласия. Опросник включает четыре шкалы в соответствии со структурой личностной беспомощности/самостоятельности: Когнитивный компонент, Мотивационный компонент, Эмоциональный компонент и Волевой компонент. Каждая из шкал включает ряд показателей, конкретизирующих содержание компонента. Шкала Когнитивного компонента включает показатели атрибутивного стиля, ригидности мышления, продуктивности дивергентного мышления. Шкала Мотивационного компонента включает показатели локуса контроля, уровня притязаний, мотивации избегания неудач, самооценки. Шкала Эмоционального компонента основана на таких характеристиках, как уровень тревожности, эмоциональная неустойчивость, склонность к депрессии, выраженность астении. Шкала Волевого компонента включает показатели несамостоятельности, низкой настойчивости, низкого самообладания, нерешительности, робости. Опросник нацелен на диагностику как общего уровня личностной беспомощности/самостоятельности, так и на покомпонентное выявление ее содержания. Показатели α Кронбаха по субшкалам методики находятся в диапазоне 0,76–0,92.

4. Русскоязычная версия Опросника качества здоровья (SF-36), созданная J. Ware и коллегами и рекомендованная Межнациональным центром исследования субъективной оценки здоровья; в России шкала адаптирована К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант [1; 22]. Опросник позволяет оценить субъективное восприятие физического, ментального здоровья и включает шкалы: Физическое функционирование, Роль в функционировании, обусловленное физическим состоянием, Интенсивность боли, Общее состояние здоровья, Жизненная активность, Социальное функционирование,

Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием и Психическое здоровье. Все шкалы опросника объединены в два суммарных измерения — физический компонент здоровья (1–4 шкалы) и психический (5–8 шкалы). Значения α Кронбаха по субшкалам методики в текущем исследовании находились в диапазоне 0,78–0,87.

5. Опросник Субъективного возраста человека, разработанный В. Barak в 2009 году и адаптированный Е.А. Сергиенко в 2011 году [5; 9]. Опросник позволяет оценить общий СВ, биологический СВ (на сколько лет человек себя чувствует), эмоциональный СВ (на сколько лет он выглядит), социальный СВ (какому возрасту соответствуют его действия) и интеллектуальный СВ (какому возрасту соответствуют интересы). Коэффициент надежности Кронбаха составил 0,98.

6. Анкета для сбора данных социально-демографических характеристик респондентов.

Анализ данных осуществлялся с применением следующих статистических методов: описательная статистика (среднее арифметическое, стандартное отклонение), корреляционный анализ (r -критерий Спирмена), сравнительный анализ (U -критерий Манна–Уитни). Анализ данных проводился в программе SPSS Statistics v. 24.

Результаты исследования

В приложении 1 представлены результаты оценки СВ по всем его составляющим. Вся выборка была разбита на три подгруппы в зависимости от оценок СВ (± 1 стандартное отклонение): моложе хронологического, равная ему и старше хронологического.

Количество женщин, у которых СВ равен хронологическому, составило 17 человек, а тех, у кого СВ превышает хронологический, — 9 человек. Такая малочисленность подгрупп может выступать некоторым ограничением для осуществления репрезентативных выводов исследования. Данное ограничение связано со спецификой клинической выборки. Наибольшее число женщин (99 человек) чувствует себя моложе своего возраста. При этом разница в средних значениях биологического СВ в группе субъективно более молодых составляет почти 15 лет; по остальным составляющим СВ разница с хронологическим возрастом также значительна. У женщин, оценивающих себя старше хронологического возраста, максимальная разница (почти 9 лет) обнаруживается между биологическим СВ и хронологическим возрастом, а эмоциональный СВ фактически равен хронологическому.

Сравнительный анализ средних значений СВ и хронологического возраста у выделенных групп показал, что различия между показателями значимы (табл. 2). Межгрупповые различия в оценках субъективного возраста оказались значимыми по всем показателям, кроме субъективного, эмоционального и социального возраста между подгруппами участниц исследования, занижающих и завышающих свой возраст. Также не было обнаружено различий между средними значениями хронологического возраста и СВ в подгруппах, адекватно оценивающих свой возраст

и завышающих его. Различия в разнице между хронологическим возрастом и СВ являются значимыми для всех подгрупп респондентов.

Таблица 2

Уровни значимости различий средних значений и разницы хронологического возраста, а также составляющих субъективного возраста у женщин с РМЖ 31–80 лет, завышающих, занижающих и адекватно оценивающих свой возраст

Группы	ХВ	Значимость Р	Возраст				
			Средний субъективный	Биологический (чувствует)	Эмоциональный (выглядит)	Социальный	Интеллектуальный (интересы)
< и =	0,99	между средними	0,020	0,011	0,090	0,019	0,014
		между разницей	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
< и >	0,06	между средними	0,149	0,005	0,906	0,260	0,100
		между разницей	<0,001	<0,001	0,001	<0,001	<0,001
= и >	0,22	между средними	0,857	0,485	0,737	0,897	0,816
		между разницей	<0,001	<0,001	0,243	<0,001	<0,001

Примечание. «<» — женщины с РМЖ, у которых субъективный возраст меньше хронологического; «=» — женщины с РМЖ, у которых субъективный возраст равен хронологическому; «>» — женщины с РМЖ, у которых субъективный возраст больше хронологического. ХВ — Хронологический возраст.

В приложении 2 представлены корреляции СВ и его составляющих со шкалами субъективной оценки здоровья (физического и психического). У женщин, чувствующих себя моложе, СВ и его составляющие ассоциируются с ролевым функционированием, связанным с эмоциональным состоянием, и с общей оценкой психического здоровья: чем моложе СВ, тем выше ролевое функционирование и лучше ментальное здоровье. У женщин, адекватно оценивающих свой СВ (близко к хронологическому), как и у женщин, чувствующих себя старше, наблюдаются взаимосвязи СВ и его составляющих с ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием: чем старше СВ, тем менее эффективно ролевое функционирование. Можно предположить, что более молодой СВ смещает акценты в оценке ролевого функционирования на эмоциональные состояния по сравнению с женщинами, чувствующими себя старше и фокусирующимися на физических состояниях.

Анализ взаимосвязей СВ с копинг-стратегиями представлен в приложении 3. Женщины с РМЖ, чувствующие себя моложе и/или адекватно своему хронологическому возрасту, прибегают к социальной поддержке. Более молодой СВ также связан с положительной переоценкой ситуации, поиском ее решений, принятием ответственности (связи с общим показателем СВ и биологическим СВ).

В отличие от этих двух групп, у женщин, чувствующих себя старше своего возраста, только социальный СВ (возраст действий) в меньшей степени взаимосвязан с конфронтационным копингом (противоборством с ситуацией болезни и изменений жизни). Проведенный анализ субъективного восприятия возраста в ассоциации с копинг-стратегиями позволяет показать различия между женщинами с РМЖ. Более молодой субъективный возраст отличается более выраженными связями с социальной поддержкой, необходимостью переоценки ситуации и принятием ответственности. В этой же подгруппе обнаруживается наибольшее число взаимосвязей между СВ и его составляющими с показателями ролевого функционирования, обусловленного эмоциональными состояниями, и ментального здоровья. А в подгруппе с адекватной оценкой СВ социальная поддержка как стратегия совладания сопряжена с ролевым функционированием, связанным с физическими состояниями, так же, как и в подгруппе женщин с завышенным СВ.

В приложении 4 представлены результаты корреляционного анализа СВ и базисных убеждений у женщин с РМЖ. Результаты указывают на то, что чем моложе чувствуют себя женщины с РМЖ, тем в большей степени мир кажется им враждебным, несправедливым, неподконтрольным и грозящим утратой образа Я. В группах женщин с адекватной оценкой возраста и женщин, чувствующих себя старше хронологического возраста, корреляции (отрицательные) наблюдаются с Образом Я. Также среди женщин с завышенным СВ выявлены взаимосвязи между эмоциональным и социальным СВ и убеждением о контроле.

Далее был проведен анализ взаимосвязей СВ с личностной беспомощностью. Обнаружены значимые (при $p < 0,01$ и $p < 0,05$) корреляции СВ (общего показателя и отдельных компонентов СВ) с отдельными показателями личностной беспомощности — склонностью к депрессии, тревожностью и астенией — в группе женщин с более молодым СВ (склонность к депрессии и: общий СВ — $r = 0,28$; эмоциональный СВ — $r = 0,26$; социальный СВ — $r = 0,31$, интеллектуальный СВ — $r = 0,38$; склонность к тревожности и: общий СВ — $r = 0,21$, эмоциональный СВ — $r = 0,20$; склонность к астении — от $r = 0,28$ до $r = 0,24$ по всем показателям СВ, кроме эмоционального возраста). Кроме того, общий показатель СВ в данной группе был связан с общим показателем личностной беспомощности ($r = 0,23$).

Другая картина наблюдается в группе женщин, адекватно оценивающих свой возраст. У них выявлены значимые (при $p < 0,01$ и $p < 0,05$) корреляции с низким уровнем притязаний (общий СВ — $r = 0,54$; эмоциональный СВ — $r = 0,56$, социальный и интеллектуальный СВ — $r = 0,54$ для обоих). Повышенная тревожность имеет отрицательные корреляции с СВ и его компонентами (в диапазоне от $r = -0,51$ до $r = -0,59$), что указывает на снижение ее значения, также как в случае с эмоциональной неустойчивостью (корреляции в диапазоне от $r = -0,54$ до $r = -0,59$). Значимых корреляций между СВ и склонностью к депрессии не выявлено. Высокие (при $p < 0,01$ и $p < 0,05$) корреляции СВ в данной группе были обнаружены с астенией ($r = 0,52$), а также с параметрами волевого компонента личностной беспомощности — робостью и нерешительностью (в диапазоне от $r = 0,51$ до $r = 0,61$), что может указывать на проблемы с волевыми усилиями у женщин с РМЖ.

Несколько иной паттерн связей СВ и компонентов личностной беспомощности был выявлен у женщин, чувствующих себя старше своих лет. Значимых корреляций

между СВ и составляющими эмоционального компонента личностной беспомощности не обнаружено. Но значимые связи наблюдались между робостью и нерешительностью и социальным, а также интеллектуальным СВ (в диапазоне от $r=0,67$ до $r=0,88$), между экстернальным локусом контроля и СВ (в диапазоне от $r=0,67$ до $r=0,78$) и между мотивацией избегания неудач и социальным СВ ($r=0,67$), а также интеллектуальным СВ ($r=0,71$). Общий показатель личностной беспомощности в данной подгруппе женщин был связан с интеллектуальным СВ ($r=0,74$). На основе полученных данных, можно предположить, что женщины, чувствующие себя старше своего возраста, в большей степени беспомощны в силу мотивационных изменений, волевых дефицитов, что отличает их от женщин, моложе своего возраста и адекватно оценивающих СВ.

По числу корреляций среди подгрупп наибольшее количество было обнаружено в выборке женщин, адекватно оценивающих свой СВ (25 связей), тогда как у подгрупп женщин, оценивающих свой СВ моложе и старше хронологического возраста — только 12 и 11 корреляций соответственно. По-видимому, течение болезни и угроза жизни для женщин, более реально идентифицирующих себя по возрасту, актуализируют преимущественно мотивационные и волевые компоненты личностной беспомощности, обнаруживая проблемы именно в данных психических ресурсах.

При сравнении разницы хронологического возраста (ХВ) и СВ у испытуемых с разной стадией заболевания (1 и 2 стадии) взаимосвязей обнаружено не было ($p=0,119$ для разницы ХВ и СВ; $p=0,337$ для разницы ХВ и биологического СВ; $p=0,094$ для разницы ХВ и эмоционального СВ; $p=0,065$ для разницы ХВ и социального СВ; $p=0,188$ для разницы ХВ и интеллектуального СВ).

Обсуждение результатов

Обобщая полученные данные, следует указать, что анализ СВ и его различий среди женщин с РМЖ позволяет дифференцировать как субъективные оценки собственного здоровья, способности к совладающему поведению, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни. Таким образом, выдвинутая нами гипотеза подтверждается.

Женщины, чувствующие себя значительно моложе своего паспортного возраста, адресуются к собственным ресурсам и в целом их субъективные оценки здоровья указывают в большей степени на ролевое функционирование, связанное с эмоциональным состоянием, и на общую оценку психического здоровья: чем моложе СВ, тем выше ролевое функционирование и лучше ментальное здоровье. Более субъективно молодые женщины в большей степени прибегают к социальной поддержке, переоценке ситуации и принятию ответственности как копинг-стратегиям. Эти данные позволяют предположить, что СВ играет роль гибкого психологического механизма, модифицирующего усилия по совладанию с травмирующим тяжелым заболеванием. Представляется, что, чувствуя себя более молодыми, женщины с РМЖ прилагают больше усилий для борьбы с болезнью, нуждаются и обращаются в большей мере к социальной поддержке. Их базовые убеждения претерпевают реорганизацию представлений о мире и себе по всем компонентам.

В целом, данные о разрушении привычных представлений о мире укладываются в общее состояние женщин с РМЖ, которые находятся в дистрессе и состоянии противоборства болезни и испытывают неуверенность в будущем и перестройку привычного образа жизни. Признаки личностной беспомощности указывают в основном на эмоциональные компоненты.

Женщины с адекватным представлением об СВ испытывают проблемы с ролевым функционированием, связанным с физическим состоянием, так же, как и женщины, чувствующие себя старше. Но если у женщин, адекватно оценивающих свой возраст, только социальная поддержка выступает основной стратегией копинга, то у женщин, чей СВ больше хронологического, социальная поддержка перестает играть роль, а остается только взаимосвязь социального СВ с конфронтацией; при этом чем старше СВ, тем меньше выражено противоборство с ситуацией. В области базовых личностных убеждений в подгруппах с адекватной завышенной оценкой СВ связи концентрируются на образе Я. Компоненты личностной беспомощности, сопряженные с СВ, вовлекают уже не эмоциональные составляющие, а мотивационные и волевые, что свидетельствует о высоком напряжении их психологических ресурсов.

Можно предположить, что женщины, субъективно оценивающие себя как более молодых, испытывают больше эмоциональных проблем, но и адресуются к более широкой системе психологических ресурсов, борясь с травматическим переживанием. Несмотря на то, что хронологический возраст всех подгрупп в среднем близок (от 50 до 57 лет), мы наблюдаем значительные различия в паттернах системы психологических ресурсов. Это означает, что кроме общих психологических факторов РМЖ (депрессии, тревожности, дистресса) существуют индивидуальные варианты психической организации, связанные с СВ, который становится субъективным механизмом оценки собственных ресурсов.

Данное предположение нуждается в дальнейшей проверке и аргументации.

Ограничением данной работы является малочисленность подгрупп с адекватной оценкой СВ и особенно — превышающей хронологический возраст. Кроме того, необходимо учитывать влияние клинических показателей, таких как тяжесть заболевания, наличие осложнений, особенности терапии и стадии заболевания на субъективную оценку своего возраста у женщин с РМЖ, так как СВ может меняться под воздействием травматического опыта болезни и быть следствием эмоционального состояния пациента.

Заключение

Исследование СВ как показателя психологических ресурсов женщин с РМЖ, связанного с их личностными характеристиками, показало, что СВ позволяет дифференцировать субъективные оценки собственного здоровья, стратегий совладающего поведения, изменения базисных убеждений и признаки личностной беспомощности, образующиеся в тяжелой травматической ситуации болезни у женщин с РМЖ. Среди женщин разного возраста (31–80 лет) наблюдаются значимые различия в паттернах системы психологических ресурсов. Это означает, что кроме

общих психологических факторов рака молочной железы (депрессии, тревожности, дистресса), существуют индивидуальные варианты психической организации, связанные с оценкой возрастной идентичности, которая модифицирует актуализацию и оценку собственных психологических ресурсов. Результаты данного исследования расширяют представления о возможных предикторах течения рака молочной железы, а также могут быть полезны при построении прогнозов течения болезни и ее исходов.

Литература

1. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Методические рекомендации по организации программ профилактики хронических неинфекционных заболеваний // ГОУ ВПО Московский государственный медико-стоматологический университет. 2008. URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga.html (дата обращения: 14.02.2022).
2. Климова М.О., Циринг Д.А. Личностная беспомощность как фактор течения болезни при онкозаболеваниях (теоретический анализ) // Азимут научных исследований: педагогика и психология. 2020. Том 9. № 1 (30). С. 362–366. DOI: 10.26140/anip-2020-0901-0088
3. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. 2-е изд., испр., доп. Кострома: изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010. 62 с.
4. Падун М.А., Котельникова А.В. Модификация методики исследования базисных убеждений личности Р. Янофф-Бульман // Психологический журнал. 2008. Том 29. № 4. С. 98–106.
5. Сергиенко Е.А. Роль субъективного возраста в регуляции жизнедеятельности // Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладание / Под ред. А.Л. Журавлева, Н.В. Тарабриной, Е.А. Сергиенко, Н.Е. Харламенковой. М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2016. С. 50–84.
6. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст как предиктор течения тяжелой болезни // Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование». 2020. № 1. С. 25–39. DOI: 10.28995/2073-6398-2020-1-25-39
7. Статистика рака молочных желез в мире и России [Электронный ресурс]. URL: <https://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-raka-molochnykh-zhelez-v-mire-i-rossii.html> (дата обращения: 02.03.2022)
8. Тарабрина Н.В., Ворона О.А., Курчакова М.С. и др. Онкопсихология. Посттравматический стресс у больных раком молочной железы. М.: изд-во «Институт психологии РАН», 2010. 175 с.
9. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach // International Journal of Behavioral Development. 2009. Vol. 33. № 1. P. 2–11. DOI: 10.1177/0165025408099485
10. Falagas M.E., Zarkadoulia E.A., Ioannidou E.N. et al. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review // Breast Cancer Research. 2007. Vol. 9. № 4. R44. DOI: 10.1186/bcr1744

11. Gross A.L., Gallo J.J., Eaton W.W. Depression and cancer risk: 24 year of follow-up of the Baltimore epidemiologic Catchment area sample // *Cancer Causes Control*. 2010. Vol. 21. № 2. P. 191–199. DOI: 10.1007/s10552-009-9449-1
12. Heikkila K., Nyberg S.T., Theorell T. et al. Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in European men and women // *BMJ*. 2013. Vol. 346. F165. DOI: 10.1136/bmj.f165
13. Hoffman Y. S., Shrira A., Cohen-Fridel S. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms as a function of the interactive effect of subjective age and subjective nearness to death // *Personality and Individual Differences*. 2016. Vol. 102. P. 245–251 DOI: 10.1016/J.PAID.2016.07.017
14. Lillberg K., Verkasalo P.K., Kaprio J. et al. Stress of daily activities and risk of breast cancer: prospective cohort study in Finland // *International Journal of Cancer*. 2001. Vol. 91. № 6. P. 888–893. DOI: 10.1002/1097-0215(200002)9999:9999<:aid-ijc1138>3.0.co;2-d
15. Patsou E.D., Alexias J.T., Anagnostopoulos F.G. et al. Physical activity and sociodemographic variables related to global health, quality of life and psychological factors in breast cancer survivors // *Psychology Research and Behavior Management*. 2018. Vol. 11. P. 371–381. DOI: 10.2147/PRBM.S170027
16. Reid-Arndt S.A., Hsieh C., Perry M.C. Neuropsychological functioning and quality of life during the first year after completing chemotherapy for breast cancer // *Psycho-Oncology*. 2010. Vol. 19. № 5. P. 535–544. DOI: 10.1002/pon.1581
17. Sergienko E.A., Tsiring D.A., Ponomareva I.V. et al. Coping behavior strategies and quality of life in women having breast cancer under the favorable and unfavorable course of the disease // *Eurasian Journal of Biosciences*. 2020. Vol. 14. P. 4807–4813.
18. Shrira A., Bodner E., Palgi Y. The interactive effect of subjective age and subjective distance-to-death on psychological distress of older adult // *Aging and Mental Health*. 2014. Vol. 18. № 8. P. 1066–1070. DOI: 10.1080/13607863.2014.915925
19. Shrira A., Hoffman Y., Bodner E. et al. COVID-19-related loneliness and psychiatric symptoms among older adults: the buffering role of subjective age // *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2020. Vol. 28. № 11. P. 1200–1204. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.05.018
20. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Subjective Age and Mortality in Three Longitudinal Samples // *Psychosomatic Medicine*. 2018. Vol. 80. № 7. P. 10–23. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000613
21. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Younger subjective age is associated with lower C-reactive protein among older adult // *Drain, Behavior and Immunity*. 2015. Vol. 43. P. 33–36. DOI: 10.1016/j.jbbi.2014.07.019
22. Ware J.E.J., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summary scale: a user's manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Centre, 1994. 316 p.

23. Yeh M., Lee T. A Prospective Study of the Relationship between Psychological Factors and Breast Cancer // *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 2016. Vol. 3. № 2. P. 170–175. DOI: 10.4103/2347-5625.170223

References

1. Gurevich K.G. Fabrikant E.G. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii programm profilaktiki khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevanii [Methodological recommendations for the organization of programs for the prevention of chronic non-communicable diseases]. *Moskovskij gosudarstvennyj mediko-stomatologicheskij universitet=Moscow State Medical and Dental University*, 2008. URL: http://bono-esse.ru/blizzard/RPP/M/ORGZDRAV/Orgproga/org_proga.html (Accessed: 14.02.2021) (In Russ., abstr. In Engl.).

2. Klimova M.O., Tsiring D.A. Lichnostnaya bespomoshchnost' kak faktor techeniya bolezni pri onkozabolevaniyakh (teoreticheskii analiz) [Personal helplessness as a factor of the course of the disease in oncological diseases (theoretical analysis)]. *Azimut nauchnykh issledovaniy: pedagogika i psikhologiya=Azimuth of Scientific Research: Pedagogy and Psychology*, 2020, vol. 9, no. 1 (30), pp. 362–366. (In Russ., abstr. In Engl.). DOI: 10.26140/anip-2020-0901-0088

3. Kryukova T.L. Metody izucheniya sovladayushchego povedeniya: tri koping-shkaly [Methods of studying coping behavior: three coping scales]. 2nd ed. Kostroma: publ. of KSU im. N.A. Nekrasova, 2010. 62 p. (In Russ.).

4. Padun M.A., Kotel'nikova A.V. Modifikatsiya metodiki issledovaniya bazisnykh ubezhdenii lichnosti R. Yanoff-Bul'man [Modification of the methodology for studying the basic beliefs of the personality R. Yanoff-Bulman]. *Psikhologicheskii zhurnal=Psychological Journal*, 2008, vol. 29, no. 4, pp. 98–106. (In Russ., abstr. In Engl.).

5. Sergienko E.A. Rol' sub"ektivnogo vozrasta v regulyatsii zhiznedeyatel'nosti [The role of subjective age in the regulation of vital activity]. In A.L. Zhuravlev, N.V. Tarabrina, E.A. Sergienko, N.E. Harlamenkova (eds.), *Psikhologiya povsednevnogo i travmaticheskogo stressa: ugrozy, posledstviya i sovladanie=Psychology of Everyday and Traumatic Stress: Threats, Consequences and Coping*. Moscow: Publ. of Institute of Psychology, 2016, pp. 50–84. (In Russ.).

6. Sergienko E.A. Sub"ektivnyi vozrast kak prediktor techeniya tyazheloi bolezni [Subjective age as a predictor of the course of a serious illness]. *Vestnik RGGU. Seriya «Psikhologiya. Pedagogika. Obrazovanie»=Bulletin of the Russian State University for the Humanities. The series "Psychology. Pedagogy. Education"*, 2020, vol. 1, pp. 25–39. DOI: 10.28995/2073-6398-2020-1-25-39 (In Russ., abstr. In Engl.)

7. Statistika raka molochnykh zhelez v mire i Rossii [Statistics of breast cancer in the world and Russia]. URL: <https://www.oncoforum.ru/o-rake/statistika-raka/statistika-raka-molochnykh-zhelez-v-mire-i-rossii.html> (Accessed: 03.03.2022)

8. Tarabrina N.V., Vorona O.A., Kurchakova M.S. et al. Onkopsikhologiya. Posttravmaticheskii stress u bol'nykh rakom molochnoi zhelezy [Oncopsychology. Post-traumatic stress in breast cancer patients]. Moscow: Publ. of Institute of Psychology, 2010. 175 p. (In Russ.).

9. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach. *International Journal of Behavioral Development*, 2009, vol. 33, no. 1, pp. 2–11. DOI: 10.1177/0165025408099485
10. Falagas M.E., Zarkadoulia E.A., Ioannidou E.N. et al. The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review. *Breast Cancer Research*, 2007, vol. 9, no. 4, r44. DOI: 10.1186/bcr1744
11. Gross A.L., Gallo J.J., Eaton W.W. Depression and cancer risk: 24 year of follow-up of the Baltimore epidemiologic Catchment area sample. *Cancer Causes Control*, 2010, vol. 21, no. 2, pp. 191–199. DOI: 10.1007/s10552-009-9449-1
12. Heikkila K., Nyberg S.T., Theorell T. et al. Work stress and risk of cancer: meta-analysis of 5700 incident cancer events in European men and women. *British Medical Journal*, 2013, vol. 346, f165. DOI: 10.1136/bmj.f165
13. Hoffman Y.S., Shrira A., Cohen-Fridel S. et al. Posttraumatic stress disorder symptoms as a function of the interactive effect of subjective age and subjective nearness to death. *Personality and Individual Differences*. 2016, vol. 102, pp. 245–251. DOI: 10.1016/J.PAID.2016.07.017
14. Lillberg K., Verkasalo P.K., Kaprio J. et al. Stress of daily activities and risk of breast cancer: prospective cohort study in Finland. *International Journal of Cancer*, 2001, vol. 91, no. 6, pp. 888–893. DOI: 10.1002/1097-0215(200002)9999:9999<::aid-ijc1138>3.0.co;2-d
15. Patsou E.D., Alexias J.T., Anagnostopoulos F.G. et al. Physical activity and sociodemographic variables related to global health, quality of life and psychological factors in breast cancer survivors. *Psychology Research and Behavior Management*, 2018, vol. 11, pp. 371–381. DOI: 10.2147/PRBM.S170027
16. Reid-Arndt S.A., Hsieh C., Perry M.C. Neuropsychological functioning and quality of life during the first year after completing chemotherapy for breast cancer. *Psycho-Oncology*, 2010, vol. 19, no. 5, pp. 535–544. DOI: 10.1002/pon.1581
17. Sergienko E.A., Tsiring D.A., Ponomareva I.V. et al. Coping behavior strategies and quality of life in women having breast cancer under the favorable and unfavorable course of the disease. *Eurasian Journal of Biosciences*, 2020, vol. 14, pp. 4807–4813.
18. Shrira A., Bodner E., Palgi Y. The interactive effect of subjective age and subjective distance-to-death on psychological distress of older adult. *Aging and Mental Health*, 2014, vol. 18, no. 8, pp. 1066–1070. DOI: 10.1080/13607863.2014.915925
19. Shrira A., Hoffman Y., Bodner E. et al. COVID-19-related loneliness and psychiatric symptoms among older adults: the buffering role of subjective age. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2020, vol. 28, no. 11, pp. 1200–1204. DOI: 10.1016/j.jagp.2020.05.018
20. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Subjective Age and Mortality in Three Longitudinal Samples. *Psychosomatic Medicine*, 2018, vol. 80, no. 7, pp. 10–23. DOI: 10.1097/PSY.0000000000000613
21. Stephan Y., Sutin A.R., Terracciano A. Younger subjective age is associated with lower C-reactive protein among older adult. *Drain, Behavior and Immunity*, 2015, vol. 43, pp. 33–36. DOI: 10.1016/j.bbi.2014.07.019

22. Ware J.E.J., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 physical and mental health summary scale: a user's manual. Boston, MA: The Health Institute, New England Medical Centre, 1994. 316 p.

23. Yeh M., Lee T. A Prospective Study of the Relationship between Psychological Factors and Breast Cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2016, vol. 3, no. 2, pp. 170–175. DOI: 10.4103/2347-5625.170223

Приложение 1

Показатели субъективного возраста и их разница с хронологическим возрастом у женщин с РМЖ

N	Группа	Возраст					Интеллектуальный (интересы)
		Хронологический	Средний субъективный	Биологический (чувствует)	Эмоциональный (выглядит)	Социальный	
		Ст. откл.	Ст. откл.	Ст. откл.	Ст. откл.	Ст. откл.	
		Разница	Разница	Разница	Разница	Разница	
		Среднее	Среднее	Среднее	Среднее	Среднее	
99	СВ<ХР	11,26	9,67	11,44	11,44	10,71	11,26
			10,79	14,89	8,42	9,54	10,84
		56,32	45,52	41,24	47,89	46,78	45,48
17	СВ=ХР	13,64	14	15,95	14,54	13,54	13,33
			1,82	3,58	1,82	1,23	1,47
		56,29	54,47	52,76	54,47	55,05	54,82
9	СВ>ХР	12,82	10,32	12,35	12,46	11,54	11,43
			-5,22	-7,88	-0,77	-5,77	-6,33
		47,88	53,11	55,77	48,66	53,66	54,22

Примечания. СВ — субъективный возраст. ХР — хронологический возраст, Ст. откл. — стандартное отклонение.

Приложение 2

**Связи между составляющими субъективного возраста и показателями
 физического и психического здоровья у женщин с РМЖ разного возраста**

Женщины 33–80 лет (М — 56,32 лет), оценивающие себя моложе (CB < XP), n=99								
CB и его составляющие	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Среднее значение CB	-0,05	0,05	-0,02	-0,08	-0,18	-0,05	-0,23*	-0,21*
Биологический возраст (чувствует)	-0,07	0,05	-0,04	-0,01	-0,12	-0,01	-0,17	-0,13
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,05	0,05	0,01	-0,19	-0,14	-0,02	-0,16	-0,16
Социальный возраст (действует)	0,01	0,05	0,00	-0,05	-0,16	-0,03	-0,23*	-0,14
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,08	0,05	-0,07	-0,02	-0,20*	-0,09	-0,21*	-0,26**
Женщины 31–73 лет (М — 56,29 лет), адекватно оценивающих свой возраст (CB = XP), n=17								
CB и его составляющие	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Среднее значение CB	-0,30	-0,49*	-0,01	-0,38	-0,14	-0,01	-0,27	-0,17
Биологический возраст (чувствует)	-0,42	-0,58*	-0,07	-0,41	-0,25	-0,10	-0,33	-0,22
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,25	-0,49*	-0,01	-0,36	-0,15	-0,01	-0,27	-0,20
Социальный возраст (действует)	-0,24	-0,48*	0,00	-0,36	-0,13	0,00	-0,25	-0,17
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,28	-0,50*	-0,01	-0,36	-0,13	0,01	-0,24	-0,16
Женщины 33–65 лет (М — 47,88 лет), оценивающих себя старше (CB > XP), n=9								
CB и его составляющие	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
Среднее значение CB	0,24	-0,88**	0,28	0,09	0,00	-0,09	-0,61	-0,20
Биологический возраст (чувствует)	0,31	-0,84**	0,34	0,15	0,11	0,02	-0,55	-0,07
Эмоциональный возраст (выглядит)	0,29	-0,92**	0,22	0,15	-0,06	-0,21	-0,66	-0,28
Социальный возраст (действует)	0,60	-0,80**	0,46	0,45	0,28	0,11	-0,50	0,10
Интеллектуальный возраст (интересы)	0,37	-0,81**	0,35	0,19	0,11	-0,02	-0,56	-0,02

Примечания. PF — Физическое функционирование, RP — Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, BP — Интенсивность боли, GH — Общее состояние здоровья, MH — Психическое здоровье, RE — Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, SF — Социальное функционирование, VT — Жизненная активность. * — связи значимы при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$.

Приложение 3

**Связи между составляющими субъективного возраста и показателями
 совладающего поведения у женщин с РМЖ разного возраста**

Женщины 33–80 лет (Me — 57 лет), оценивающие себя моложе (CB < XP), n=99								
СВ и его составляющие	КК	Д	С	ПСП	ПО	БИ	ПРП	ПП
Среднее значение СВ	-0,22*	0,11	0,02	-0,3**	0,23*	-0,18	-0,17	-0,23*
Биологический возраст (чувствует)	-0,13	0,15	0,02	-0,19	0,24*	-0,10	-0,11	-0,25*
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,26**	0,09	0,07	-0,29**	0,17	-0,21*	-0,09	-0,23*
Социальный возраст (действует)	-0,17	0,09	0,02	-0,29**	0,14	-0,19	-0,21*	-0,14
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,18	0,06	0,02	-0,33**	0,15	-0,15	-0,15	-0,20*
Женщины 31–73 лет (M — 56,29 лет), адекватно оценивающих свой возраст (CB = XP), n=17								
Среднее значение СВ	-0,31	0,09	0,01	-0,76**	0,11	0,03	0,02	0,08
Биологический возраст (чувствует)	-0,32	0,14	-0,02	-0,65**	0,08	0,01	0,08	0,09
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,31	0,09	0,01	-0,78**	0,13	0,04	0,04	0,07
Социальный возраст (действует)	-0,33	0,09	0,02	-0,78**	0,12	0,04	0,04	0,08
Интеллектуальный возраст (интересы)	0,31	0,09	0,02	-0,76**	0,11	0,02	0,04	0,10
Женщины 33–65 лет (M — 47,88 лет), оценивающих себя старше (CB > XP), n=9								
Среднее значение СВ	-0,55	-0,03	-0,4	0,30	0,00	0,51	-0,45	-0,33
Биологический возраст (чувствует)	-0,54	-0,04	-0,40	0,32	-0,07	0,43	-0,52	-0,36
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,59	-0,06	-0,35	0,24	0,06	0,53	-0,39	-0,39
Социальный возраст (действует)	-0,68*	0,06	-0,12	0,30	-0,15	0,33	-0,53	-0,59
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,56	0,18	-0,13	0,42	-0,14	0,53	-0,39	-0,44

Примечания. КК — Конфронтационный копинг, Д — Дистанцирование, С — Самоконтроль, ПСП — Поиск социальной поддержки, ПО — Принятие ответственности, БИ — Бегство-избегание, ПРП — Планирование решения проблемы, ПП — Положительная переоценка. * — связи значимы при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$.

**Связи между составляющими субъективного возраста и базисными
 убеждениями у женщин с РМЖ разного возраста**

Женщины 33–80 лет (Me — 57 лет), оценивающие себя моложе (CB < XP), n=99					
CB и его составляющие	ДОМ	С	ОЯ	У	УК
Среднее значение CB	-0,23*	-0,27**	-0,27**	-0,39**	-0,26**
Биологический возраст (чувствует)	-0,14	-0,33**	-0,3**	-0,36**	-0,21*
Эмоциональный возраст (выглядит)	-0,18	-0,28**	-0,24*	-0,32**	-0,28**
Социальный возраст (действует)	-0,26**	-0,27**	-0,22*	-0,37**	-0,21*
Интеллектуальный возраст (интересы)	-0,29**	-0,18	-0,24*	-0,42**	-0,24*
Женщины 31–73 лет (M — 56,29 лет), адекватно оценивающих свой возраст (CB = XP), n=17					
Среднее значение CB	0,05	0,16	-0,53*	-0,25	-0,29
Биологический возраст (чувствует)	0,01	0,28	-0,47*	-0,20	-0,24
Эмоциональный возраст (выглядит)	0,04	0,07	-0,60**	-0,29	-0,37
Социальный возраст (действует)	0,05	0,09	-0,59**	-0,28	-0,35
Интеллектуальный возраст (интересы)	0,07	0,12	-0,58*	-0,25	-0,33
Женщины 33–65 лет (M — 47,88 лет), оценивающих себя старше (CB > XP), n=9					
Среднее значение CB	0,07	-0,33	-0,92**	-0,48	-0,62
Биологический возраст (чувствует)	0,06	-0,39	-0,91**	-0,54	-0,71*
Эмоциональный возраст (выглядит)	0,01	-0,40	-0,88**	-0,51	-0,54
Социальный возраст (действует)	0,02	-0,59	-0,79*	-0,59	-0,69*
Интеллектуальный возраст (интересы)	0,17	-0,52	-0,76*	-0,40	-0,61

Примечания. ДОМ — Доброжелательность окружающего мира, С — Справедливость, ОЯ — Образ Я, У — Удача, УК — Убеждение о контроле. * — связи значимы при $p \leq 0,05$; ** — при $p \leq 0,01$.

Информация об авторах

Сергиенко Елена Алексеевна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории психологии развития субъекта в нормальных и посттравматических состояниях, Институт психологии Российской академии наук (ФГУН ИП РАН), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>, e-mail: elenas13@mail.ru

Циринг Диана Александровна, доктор психологических наук, главный научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация; директор Уральского филиала Финансового университета при Правительстве Российской Федерации (Уральский филиал Финуниверситета), г. Челябинск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: l-di@yandex.ru

Сергиенко Е.А., Циринг Д.А., Пахомова Я.Н. и др.
Субъективный возраст женщин с раком молочной
железы в системе психологических факторов
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 67–89.

Sergienko E.A., Tsiring D.A., Pakhomova Y.N. et al.
Subjective Age of Women with Breast Cancer
in the System of Psychological Factors
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 67–89.

Пахомова Яна Николаевна, кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация; доцент кафедры психологии, Челябинский государственный университет (ФГБОУ ВО ЧелГУ), г. Челябинск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: sizova159@yandex.ru

Пономарева Ирина Владимировна, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории психофизиологии, Национальный исследовательский Томский государственный университет (ФГАОУ ВО НИ ТГУ), г. Томск, Российская Федерация; заведующий кафедрой психологии, Челябинский государственный университет (ФГБОУ ВО ЧелГУ), г. Челябинск, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>, e-mail: ivp-csu@yandex.ru

Information about the authors

Elena A. Sergienko, Doctor of Psychology, Principal researcher, Laboratory of Psychology of the development of the subject in normal and post-traumatic states, Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4068-9116>, e-mail: elenas13@mail.ru

Diana A. Tsiring, Doctor of Psychology, Principal researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; Director, Ural Branch of the Financial University under the Government of the Russian Federation, Chelyabinsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7065-0234>, e-mail: l-di@yandex.ru

Yana N. Pakhomova, PhD in Psychology, Researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; Assistant Professor, Department of Psychology, Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9000-7238>, e-mail: sizova159@yandex.ru

Irina V. Ponomareva, PhD in Psychology, Senior Researcher, Laboratory of Psychophysiology, National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia; Head of the Department of Psychology, Chelyabinsk State University, Chelyabinsk, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8600-3533>, e-mail: ivp-csu@yandex.ru

Получена: 10.09.2021

Received: 10.09.2021

Принята в печать: 14.02.2022

Accepted: 14.02.2022

Нейрокогнитивные модели вербальных галлюцинаций при шизофрении: обзор

Паникратова Я.Р.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5698-4251>, e-mail: panikratova@mail.ru

Лебедева И.С.

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0649-6663>, e-mail: irina.lebedeva@ncpz.ru

В современных исследованиях на стыке психиатрии и нейронаук отмечается тенденция к решению известной проблемы гетерогенности психических заболеваний путем изучения их отдельных значимых клинических характеристик вместо анализа психического заболевания как однородной нозологической единицы. В частности, большое внимание уделяется вербальным галлюцинациям (ВГ) при шизофрении, которые являются одним из ядерных позитивных симптомов заболевания и весомым критерием для постановки диагноза. В то же время, несмотря на большой массив соответствующих исследований, нейропсихологические и нейрофизиологические механизмы ВГ у пациентов с шизофренией остаются предметом дискуссии. В обзоре рассматриваются основные нейрокогнитивные модели ВГ при шизофрении: модели навязчивых побочных вплетений в когнитивной сфере и дефицита их отторгивания, модель сдвига внимания к внутренним слуховым раздражителям и невозможности перераспределения его ресурсов, модель максимизации ожидания, модель дефицита рабочей памяти, модель нарушения атрибуции речи, модели ВГ в рамках культурно-исторического подхода и модель нарушения отслеживания/ предвосхищения собственных намерений при порождении внутренней речи. Приведены результаты ряда нейровизуализационных и нейрофизиологических исследований, релевантных указанным моделям. На основе обзора литературы делается вывод о том, что у пациентов с шизофренией с ВГ наблюдается дефицит регуляторных и речевых функций или, скорее, межфункционального взаимодействия между ними.

Ключевые слова: вербальные галлюцинации, шизофрения, позитивные симптомы, нейрокогнитивные модели, нейропсихология, нейровизуализация, нейрофизиология.

Для цитаты: Паникратова Я.Р., Лебедева И.С. Нейрокогнитивные модели вербальных галлюцинаций при шизофрении: обзор [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 90–119. DOI: 10.17759/cpse.2022110105

Введение

В последнее время во многих нейрокогнитивных исследованиях в области психиатрии наблюдается переход от анализа психического заболевания как

однородной нозологической единицы к рассмотрению отдельных клинических характеристик психических заболеваний [26; 67]. Как представляется, вследствие гетерогенности клинической картины шизофрении анализ ее ключевых клинических аспектов по отдельности может дать больше информации о заболевании, чем попытка осмыслить усредненную картину его разнообразных проявлений.

Вербальные галлюцинации (ВГ) — симптом, встречающийся при ряде психических и неврологических заболеваний (например, болезнь Паркинсона, эпилепсия, деменция, нарушения слуха, биполярное аффективное расстройство, расстройства личности) и даже в неклинической популяции, но наиболее значимый для клинической картины шизофрении [37; 46]. ВГ являются одним из ядерных позитивных симптомов шизофрении [26; 55] и весомым критерием для постановки диагноза в МКБ-10. К. Шнайдер относил ВГ к симптомам первого ранга при шизофрении, в частности, звучащие мысли, «голоса» в форме диалога и «голоса», комментирующие действия пациента [55]. Данный симптом отмечается у 70–80% пациентов [41; 46; 67; 71], вызывает значительный дистресс [65] и заключается в том, что больные в состоянии бодрствования при отсутствии соответствующего внешнего слухового стимула слышат «голоса», характеризующиеся для пациента реалистичностью, невозможностью произвольного контроля и воспринимающиеся как нечто отличное от собственных мыслей. В то же время однозначного и исчерпывающего ответа на вопрос о психологических и нейрофизиологических механизмах, благодаря которым продукция собственной психики пациента воспринимается им как нечто инородное, до сих пор не существует — различными авторами был предложен ряд моделей.

Цель данного обзора литературы — проанализировать основные модели нейрокогнитивных механизмов ВГ у пациентов с шизофренией, включая результаты ряда релевантных исследований с применением методов нейровизуализации и нейрофизиологии. Насколько нам известно, наша работа является первым обзором литературы на тему нейрокогнитивных механизмов ВГ на русском языке. Наличие такого обзора литературы может способствовать привлечению внимания русскоязычного научного сообщества (специалистов в области клинической психологии, психофизиологии и психиатрии) к рассматриваемой проблематике и стимулировать разработку имеющихся гипотез или выдвижение новых, а в практическом плане — помочь усовершенствовать протоколы нейрокогнитивной реабилитации пациентов.

Отметим, что первые изложенные модели описаны относительно кратко в связи с тем, что они являются наиболее ранними и простыми и включены в качестве составных частей в более сложные модели.

Модели навязчивых побочных вплетений в когнитивной сфере и дефицита их отторгивания

Модель навязчивых побочных вплетений объясняет возникновение ВГ у пациентов с шизофренией наличием звуковых репрезентаций, которые не соответствуют текущим внешним стимулам, вмешиваются в протекающие когнитивные процессы и нарушают их [8] и связаны с дисфункционально

повышенной активацией в височных областях левого полушария [39], вовлеченных в восприятие речи. Центральная роль отводится навязчивым побочным вплетениям в когнитивной сфере (мыслям, воспоминаниям, образам воображения [8; 16; 51]), в том числе травмирующего характера [61]. Так, с применением опросников было показано, что навязчивые мысли чаще возникают у больных шизофренией с ВГ по сравнению с пациентами без ВГ и здоровыми людьми [51], а выраженность ВГ коррелирует с мнестическими ошибками по типу побочных вплетений [16; 17].

В соответствии с моделью, которую некоторые авторы рассматривают отдельно от описанной выше [8], у больных шизофренией с ВГ нарушен такой компонент регуляторных функций, как оттормаживание (inhibition) вышеупомянутых навязчивых побочных вплетений [9; 60; 69], что может быть связано с аберрантным функционированием фронтально-париетальной регуляторной сети [41]. В работе Ф. Уотерс и коллег [69], которые предлагали пациентам выполнить задачи завершения предложений (Hayling Sentence Completion Test) и оттормаживания нерелевантных мнестических следов (Inhibition of Currently Irrelevant Memories task), степень дефицита оттормаживания коррелировала с частотой ВГ, но не была ассоциирована с другими симптомами шизофрении. Дж. Бэдкок и коллеги [9] на материале выполнения вышеуказанной задачи оттормаживания нерелевантных мнестических следов обнаружили, что пациенты с ВГ допускают значительно больше ошибок оттормаживания, чем больные без ВГ и здоровые испытуемые, из чего можно сделать вывод о дефиците избирательности мнестической деятельности в данной группе пациентов. М. Сориано с соавторами [60] реплицировали и расширили эти результаты с использованием пробы, требующей намеренного забывания информации, которую участник исследования предварительно запомнил. В работе В.Л. То и коллег [64] только пациенты с шизофренией с актуальным состоянием ВГ, но не пациенты с ВГ или без ВГ в анамнезе, обнаруживали дефицит оттормаживания. Совместно первая и вторая модели позволяют объяснить ощущение отсутствия произвольного контроля над «голосами» и их навязчивый характер.

Модель сдвига внимания к внутренним слуховым раздражителям и невозможности перераспределения его ресурсов, модель максимизации ожидания

Третья группа моделей исходит из идеи о том, что при ВГ у пациентов с шизофренией большая часть ресурсов внимания (и ожиданий), в том числе из-за трудностей переключения внимания, уходит на прислушивание к «голосам», в связи с чем обработка внешних стимулов нарушается [67]. В частности, в соответствии с моделью максимизации ожидания К. Фристана [29], основанной на теореме Байеса (см. подробнее в работе [42]), ВГ могут возникать вследствие большего веса априорных ожиданий по сравнению с воспринимаемой информацией; при этом уровень неопределенности не принимается в расчет. Следовательно, входящая ошибка предсказания (различие между восходящим сигналом и нисходящим предсказанием) не корректирует ожидания, и делается ошибочный вывод в пользу их реальности. Д. Бенримо и коллеги [12], продолжая разработку идей К. Фристана, сделали акцент на активности субъекта, который может прислушиваться к «голосам», стараться игнорировать их или отвечать им. С помощью вычислительного моделирования авторы показали, что вес априорных ожиданий (т.е. степень

уверенности в них) зависит также от оценки надежности входящих сенсорных данных и мониторинга собственных действий. Так, оценка входящей сенсорной информации как неточной не позволяет скорректировать ложноположительную гипотезу о наличии «голосов», но для возникновения ВГ необходима также высокая уверенность субъекта в том, что он в данный момент слушает [12]. Важно отметить, что роль активности субъекта («прислушивания») в возникновении ВГ акцентировалась еще в работах отечественного патопсихолога С.Я. Рубинштейн [5]. Г. Хорга и А. Аби-Дархам [37], разрабатывая идеи К. Фристана, предполагают, что важный вклад в переоценку априорных ожиданий при ВГ могут вносить aberrantное функционирование дофаминергической системы и сетей, включающих полосатое тело, что при ВГ приводит к постоянному ощущению перцептивной неопределенности и не позволяет динамично адаптироваться к изменению ее уровня, следовательно, пациент полагается преимущественно на априорные ожидания, а не входящую информацию.

Исследования в рамках теории обнаружения сигнала (ТОС) базируются на идее о том, что восприятие всегда протекает в условиях некоторой неопределенности, а распознавание стимула зависит как от точности восприятия (то есть возможности обнаружить сигнал в случае его реального присутствия), так и от перцептивного сдвига. Экспериментальная процедура предполагает предъявление слуховых стимулов на фоне белого шума и требует указать момент распознавания голоса. В таких исследованиях пациенты с ВГ обнаруживают перцептивный сдвиг в сторону ложноположительных ответов, но не изменение точности восприятия [14; 18; 24].

Результаты нейровизуализационных исследований показали, что больные шизофренией с ВГ пропускают больше целевых звуковых стимулов и демонстрируют меньшую активацию в первичной слуховой коре левого полушария в ответ на целевой стимул, по сравнению с пациентами без ВГ [28]. Метаанализ [45] показал, что повышение активации в первичной слуховой коре левого полушария характерно для больных шизофренией с ВГ в отсутствие внешней стимуляции, а снижение — при прослушивании речевых стимулов. С помощью методики дихотического слушания у больных с ВГ удалось выявить отсутствие преимущества правого уха при восприятии речи, наблюдаемого в норме [33; 40]. Может показаться, что эти результаты противоречат вышеизложенным данным: в одном случае пациенты с шизофренией демонстрируют повышенное внимание к внешним стимулам (ложноположительные ответы), в другом — пропускают их. Вероятно, уровень зашумленности стимулов играет здесь ключевую роль, давая дополнительную нагрузку на слуховой анализатор и стимулируя пациентов прислушиваться, что в исследованиях С.Я. Рубинштейн вызывало ВГ, а в исследованиях в рамках ТОС приводило к тому, что отсутствие стимула принималось за его наличие.

Модель дефицита рабочей памяти

Рабочая память, позволяющая удерживать «онлайн» необходимую для решения текущей задачи информацию и манипулировать ей, является одним из главных компонентов регуляторных функций, включающим речевые звенья (повторение в фонологической петле). В соответствии с результатами ряда исследований, нарушение рабочей памяти играет значимую роль в механизме ВГ [19; 32; 44; 63]. Ж. Брудер и коллеги [19] разделили пациентов с шизофренией на две группы на

основе наличия или отсутствия базового дефицита переработки слуховой информации, что оценивалось по успешности распознавания звуковых тонов. У больных без дефицита переработки слуховой информации выраженность ВГ оказалась ассоциирована с нарушением вербальной рабочей памяти. Та же группа пациентов выполняла пробу на вербальную рабочую память хуже по сравнению с больными без ВГ с сохранной переработкой слуховой информации и группой нормы. Л. Дженкинс и соавторы [44], применив иерархическую бинарную логистическую регрессию, обнаружили, что состояние рабочей памяти (оцененное по батарее MATRICS) позволяет предсказать наличие ВГ у пациентов с шизофренией. Сходные результаты были получены в других работах [32; 63] относительно вербальной рабочей памяти.

При выполнении задачи на рабочую память больные шизофренией с ВГ, по сравнению с контрольной клинической группой, демонстрировали сниженную активацию в височно-теменных зонах левого полушария, участвующих в восприятии речи и вербальной рабочей памяти, что отрицательно коррелировало с тяжестью ВГ [71]. Т. Хоффман и Р. МакГлэшан [36] создали вычислительную модель рабочей памяти при понимании отдельного зашумленного слова в предложении, которая спонтанно «воспринимала» слова в отсутствие внешнего стимула и хуже распознавала слова при нарушении связей между разными уровнями сети. Пациенты с шизофренией с ВГ допускали больше ошибок при распознавании слов по сравнению с контрольными группами, что лучше всего объяснялось вариантом модели с сильным снижением связей и измененной активацией элементов сети [36]. Детально разработанное психологическое объяснение вклада дефицита вербальной рабочей памяти в механизм ВГ отсутствует; некоторые авторы [32; 71] считают, что ВГ интерферируют с внешними слуховыми стимулами, занимая ресурсы рабочей памяти (что практически не отличается от интерпретаций предыдущей модели).

Модель дефицита атрибуции речи (source-monitoring)

Следующая модель ставит во главу угла нарушение такой метакогнитивной функции, как атрибуция, т.е. соотнесение с определенным источником (внешним или внутренним), ментального опыта и действий [68], в частности, речи. В типичных для данной модели задачах участнику исследования предлагается определить, является ли автором определенного психического действия (высказывания, движения) он сам или кто-то другой; например, на каждое из последовательно предъявленных слов необходимо дать ассоциацию, после чего определить, какие слова назвал сам испытуемый, какие были ему предъявлены и каких не встречалось. По результатам метаанализа работ с различными задачами [68] было обнаружено нарушение атрибуции ментального опыта у больных шизофренией с ВГ по сравнению с больными с отсутствием симптома, которое происходит уже на ранних этапах обработки информации (восприятие, а не запоминание). В исследовании А. Мекелли и коллег [49] пациенты с шизофренией с ВГ по сравнению с клинической и неклинической контрольными группами чаще считали свою речь продукцией другого человека. У здоровых испытуемых и у больных без ВГ эффективная связанность левой верхней височной извилины с передней поясной извилиной была выше при прослушивании речи другого человека по сравнению с собственной речью; у больных с ВГ было обнаружено прямо противоположное [49]. К. Симонс и коллеги

[58] обнаружили, что у больных шизофренией с ВГ различия в активации верхней височной извилины левого полушария при прослушивании и порождении речи были выражены меньше, чем в контрольной группе. Таким образом, при восприятии собственной речи у больных шизофренией с ВГ задействуются мозговые механизмы, в норме участвующие в восприятии чужой речи.

По мнению некоторых авторов, с нарушением атрибуции при ВГ связаны функции правого полушария [21; 59], которое участвует в текущем мониторинге получаемой и передаваемой информации и обеспечивает сохранение целостности мысленной ситуации и соответствие речи и мышления действительности, знаниям о мире и житейскому опыту [1].

В данной модели непонятными остаются причины дефицита атрибуции ментального опыта при ВГ. По нашему мнению, их описание содержится в модели нарушения отслеживания/предвосхищения собственных намерений при порождении внутренней речи.

Модели вербальных галлюцинаций в рамках культурно-исторического подхода

Модель нарушения внутренней речи Ч. Фернихоу [26] привлекает для объяснения механизма ВГ у пациентов с шизофренией идеи Л.С. Выготского о социальном генезе высших психических функций, диалогичности, фрагментарности и предикативности внутренней речи. Ч. Фернихоу выделяет 4 ступени ее развития: внешний диалог между двумя людьми, речь для себя, развернутая и свернутая внутренняя речь. Предлагается два возможных механизма ВГ: незавершенность интериоризации в процессе развития и компенсаторное разворачивание в условиях стресса. Однако объяснение ошибочной атрибуции при ВГ остается непроработанным в данной модели.

В соответствии с моделью И. Журавлева о психологических механизмах патологического отчуждения [2], ВГ воспринимаются как результат воздействия чужой воли, поскольку их основная черта — чувство неподконтрольности, «сделанности» — характерна и для внешнего объективного мира. Патологическое отчуждение, по мнению автора, связано с поломкой механизмов конституирования субъективности. В норме субъективность организуется путем разграничения субъекта и объекта с возможностью смещения этой границы, но тем не менее устойчивым диапазоном ее локализации, при нарушении которого мысль может превратиться в ВГ [2]. Субъективность рассматривается как высшая психическая функция, проходящая в развитии этап произвольного овладения, что предполагает поляризацию «свое–чужое» с последующей интериоризацией этого разграничения. Автор показал, что в психозе при шизофрении повышается частота порождения не обращенных к собеседнику высказываний с последующей их объективацией в виде ВГ, часто диалогичных по содержанию [2].

Модель нарушения отслеживания/предвосхищения собственных намерений при порождении внутренней речи (verbal self-monitoring)

Мы полагаем, что данная модель [13; 25; 30] интегрирует большинство предыдущих и является наиболее проработанной. В соответствии с ней ВГ при

шизофрении возникают из-за дефицита мониторинга собственных намерений при порождении внутренней речи и недостаточного ослабления ее сенсорных последствий (поломка механизма *corollary discharge*). Поскольку восприятие собственной внутренней речи не сопровождается сигналами, которые бы указывали на авторство субъекта, ментальное событие (порождение внутренней речи) не соответствует его ожидаемым сенсорным последствиям, следовательно, пациент с шизофренией не готов категоризовать свой опыт как внутреннюю речь и ошибочно приписывает ее внешнему источнику. Проявлением указанных нарушений с точки зрения мозговых механизмов может являться повышенная активация речевых зон в результате нарушения функциональных связей с областями, осуществляющими регуляторные функции [6]. Так, усиленные восходящие сигналы из вторичных височных отделов, связанных с восприятием речи, могут сочетаться с ослабленными нисходящими сигналами из дорсолатеральной префронтальной, передней поясной и дополнительной моторной коры [6; 15]. К. Хугдаль [38] дополнительно включает в данную схему теменные отделы, вносящие вклад в сдвиг внимания в сторону внутренних раздражителей. Ф. Уотерс и коллеги [67] дополняют модель важной ролью негативных эмоций в запуске и хронификации ВГ. Наряду с перцептивным сдвигом в сторону ложноположительных ответов и дефицитом оттормаживания, в составе нисходящих процессов данной модели рассматривают ожидания, образы воображения и следы памяти, которые делают содержание ВГ индивидуализированным, а также недостаток критичности и бредовые интерпретации ВГ [67]. Модель поддерживается данными о связи между преимущественным языком ВГ у билингвов и более ранним возрастом освоения, более частым использованием и субъективно более высоким уровнем владения языком [34]. Участие антиципаторного механизма *corollary discharge* в речевых процессах в норме было показано ранее [56; 57]. В работах нейрофизиологического характера у здоровых испытуемых, но не у больных шизофренией с ВГ, амплитудные характеристики волны N1 слуховых вызванных потенциалов отражали торможение слуховой коры при порождении речи; также только у здоровых испытуемых, но не у пациентов с ВГ, когерентность тета-ритма между лобными и височными отведениями левого полушария была выше при порождении речи, чем при ее прослушивании [27]. Дальнейшие работы показали наличие временной задержки торможения слуховой коры у пациентов с шизофренией с ВГ, связанной со снижением фракционной анизотропии дугообразного пучка [70].

Поскольку внутренняя речь включена в качестве важного звена в произвольную регуляцию (в соответствии с идеями, берущими начало еще от Л.С. Выготского и поддерживаемыми многими современными исследователями; см. разделы 1.2 и 1.3 в работе [4]), ее нарушения у больных шизофренией с ВГ могут приводить к дефициту выполнения ряда задач, нагружающих различные компоненты регуляторных функций, в том числе оттормаживание, переключение и рабочую память [53], о которых говорилось в предыдущих моделях. При этом регуляторный дефицит сам по себе может также вносить вклад в дефицитарность внутренней речи [53].

Первая группа фМРТ-исследований, релевантных данной модели, предполагает связь ВГ с устойчивой абберацией функциональной архитектуры головного мозга (*trait studies*) и сопоставляет больных шизофренией с ВГ с клиническими и неклиническими контрольными группами. При воображении речи у здоровых

испытуемых активация левой верхней височной извилины снижалась по сравнению с прослушиванием речи сильнее, чем у больных шизофренией с ВГ [58]. Активация поясной извилины у группы контроля была выше при порождении речи по сравнению с прослушиванием, у пациентов — наоборот [58]. Обнаружена взаимосвязь тяжести ВГ при шизофрении со снижением функциональных связей между левой дорсолатеральной префронтальной корой и левыми височными отделами при завершении предложений [47]. Работы с применением фМРТ покоя также позволили выявить изменение функциональных связей между передней поясной корой и височными областями левого полушария у пациентов с ВГ [20; 66]. В то же время по результатам нашего исследования [4], в котором приняли участие пациенты с шизофренией с ВГ в анамнезе, без ВГ в анамнезе и здоровые испытуемые, снижение функциональных связей между передней поясной корой и верхней височной извилиной в каждом полушарии не являлось специфической особенностью пациентов с ВГ и характеризовало всех больных шизофренией. Специфичная особенность больных с ВГ заключалась в снижении функциональных связей между нижней лобной извилиной левого полушария, связанной с порождением речи, и передней поясной извилиной.

Вторая группа фМРТ-исследований рассматривает ВГ в связи с временным изменением функционирования головного мозга (state studies), в частности, с повышением активации в сети, связанной с порождением и восприятием речи [7; 15; 31; 43]. Субъективная реалистичность «голосов» у пациентов с расстройствами шизофренического спектра коррелирует с функциональной связанностью нижней лобной извилины с височными зонами и передней поясной извилиной [54]. По данным одних авторов, определенная латерализация активации при ВГ отсутствует [7], по другим данным, симптом связан скорее с правосторонней активацией [15; 23; 59]. И. Соммер и К. Дидерен [59] основным механизмом ВГ считают слабость тормозящего контроля передней поясной коры над речевыми зонами правого полушария. Авторы полагают, что негативное содержание, навязчивый характер и недостаток произвольного контроля сближают ВГ у больных шизофренией с автоматизированной речью пациентов с афазией при поражении левого полушария и растормаживании правого. В качестве дополнительного аргумента приводятся данные о том, что речевые процессы в норме обеспечиваются торможением гомологов речевых зон в правом полушарии [59]. В то же время Л. Барберу и его соавторам в недавнем метаанализе [11] не удалось реплицировать активацию нижней лобной и верхней височной извилин ни в одном из полушарий у пациентов с шизофренией во время ВГ (вероятно, это может быть связано с использованием консервативных статистических порогов), однако был обнаружен кластер активации в островке левого полушария, который, с одной стороны, вовлечен в речь, с другой стороны, входит в сеть определения значимости (salience network).

Данные по терапии ВГ с помощью неинвазивной стимуляции головного мозга также поддерживают обсуждаемую модель ВГ [10; 48; 50]. Например, транскраниальная прямая стимуляция постоянным током с катодом (тормозное воздействие), расположенным над височно-теменной зоной, и анодом (активирующее воздействие) над префронтальной корой в левом полушарии снижала тяжесть фармакорезистентных ВГ у пациентов с шизофренией [50].

Заключение

Мы рассмотрели наиболее значимые модели нейрокогнитивных механизмов ВГ при шизофрении. Несмотря на то что в этих моделях акцент делается на различных аспектах ВГ, модели пересекаются между собой и дополняют друг друга. Первая модель ставит во главу угла навязчивые побочные вплетения (мысли, воспоминания или образы воображения), которые вмешиваются в протекающие когнитивные процессы и нарушают их. Следующие модели обращаются к причинам невозможности их избегания — дефициту таких компонентов регуляторных функций, как оттормаживание, переключение и рабочая память, что позволяет объяснить ощущение отсутствия произвольного контроля над «голосами», которые слышит пациент. В частности, группа моделей делает акцент на сдвиге внимания к внутренним раздражителям и невозможности его переключения на внешние стимулы. Так, в соответствии с Байесовской моделью максимизации ожидания, ВГ могут возникать вследствие приоритета априорных ожиданий над новой входящей информацией и недооценки уровня неопределенности. Некоторые авторы [5; 12] подчеркивают важность активности субъекта в психологическом механизме ВГ — деятельности «прислушивания». Другая крупная модель исходит из идеи о нарушении атрибуции ментального опыта, в частности, речи, то есть ошибочном ее соотношении с внешним или внутренним источником. Данную ошибку атрибуции культурно-исторические модели пытаются объяснить диалогичностью внутренней речи и законами ее формирования по механизму интериоризации. Наконец, по нашему мнению, наиболее проработанной и интегративной является модель нарушения предвосхищения или отслеживания собственных намерений при порождении внутренней речи. В соответствии с ней ВГ возникают из-за нарушения антиципации сенсорных последствий внутренней речи: из-за отсутствия этого предсказания пациент не находится в готовности категоризовать текущий опыт как собственную внутреннюю речь и приписывает ее другому источнику. Методологические ограничения существующих фМРТ-исследований, посвященных изучению мозговых механизмов ВГ у пациентов с шизофренией, кратко обсуждаются в статье [3].

На основе нашего обзора нейрокогнитивных моделей ВГ у пациентов с шизофренией можно сделать вывод о том, что в этой клинической группе наблюдается дефицит регуляторных и речевых функций или, скорее, межфункционального взаимодействия между ними, что особенно очевидно на примере последней рассмотренной модели. Это согласуется с тем, что дефицит регуляторных [52; 62] и речевых [21; 22; 35; 72] функций являются ключевыми когнитивными нарушениями при шизофрении. Вероятно, на фоне нейропсихологических нарушений, общих для всех пациентов с шизофренией, больные шизофренией с ВГ обнаруживают свои специфические особенности.

Ограничения представленного обзора литературы связаны с тем, что он не является систематическим. Данные ограничения обусловлены большим объемом публикаций, которые не позволяет проанализировать объем одной статьи, и трудностями формулировки четких критериев поиска источников по заданной тематике. Тем не менее возможным представляется проведение систематического обзора работ в рамках каждой из рассмотренных моделей.

Литература

1. Ахутина Т.В. Роль правого полушария в построении текста // Психолінгвістика. 2009. № 3. С. 10–28.
2. Журавлев И.В. Семиотико-психологические механизмы отчуждения при синдроме психического автоматизма: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2003. 177 с.
3. Паникратова Я.Р. Исследование мозговых механизмов вербальных галлюцинаций при шизофрении методом фМРТ // Вестник Московского университета. Серия 7: Философия. 2021. № 6. С. 18–26.
4. Паникратова Я.Р. Особенности взаимодействия речевых и регуляторных функций у больных с вербальными галлюцинациями: дисс. ... канд. психол. наук. М., 2021. 126 с. <https://istina.msu.ru/dissertations/391828529/>
5. Рубинштейн С.Я. Экспериментальное исследование обманов слуха // Вопросы патопсихологии. М.: 1970. С. 55–69.
6. Allen P., Laroi F., McGuire P.K. et al. The hallucinating brain: a review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2008. Vol. 32. No. 1. P. 175–191. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2007.07.012
7. Allen P., Modinos G., Hubl D. et al. Neuroimaging auditory hallucinations in schizophrenia: from neuroanatomy to neurochemistry and beyond // Schizophrenia bulletin. 2012. Vol. 38. № 4. P. 695–703. DOI: 10.1093/schbul/sbs066
8. Badcock J.C., Hugdahl K. Cognitive mechanisms of auditory verbal hallucinations in psychotic and non-psychotic groups // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2012. Vol. 36. No. 1. P. 431–438. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2011.07.010
9. Badcock J.C., Waters F.A., Maybery M.T. et al. Auditory hallucinations: failure to inhibit irrelevant memories // Cognitive Neuropsychiatry. 2005. Vol. 10. № 2. P. 125–136. DOI: 10.1080/13546800344000363
10. Bais L., Liemburg E., Vercammen A. et al. Effects of low frequency rTMS treatment on brain networks for inner speech in patients with schizophrenia and auditory verbal hallucinations // Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry. 2017. Vol. 78. P. 105–113. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2017.04.017
11. Barber L., Reniers R., Upthegrove R. A review of functional and structural neuroimaging studies to investigate the inner speech model of auditory verbal hallucinations in schizophrenia // Translational Psychiatry. 2021. Vol. 11. № 1. P. 582. DOI: 10.1038/s41398-021-01670-7
12. Benrimoh D., Parr T., Vincent P. et al. Active inference and auditory hallucinations // Computational Psychiatry. 2018. Vol. 2. P. 183–204. DOI: 10.1162/cpsy_a_00022
13. Bentall R.P. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations // Psychological Bulletin. 1990. Vol. 107. № 1. P. 82–95. DOI: 10.1037/0033-2909.107.1.82

14. *Bentall R.P., Slade P.D.* Reality testing and auditory hallucinations: a signal detection analysis // *The British Journal of Clinical Psychology*. 1985. Vol. 24 (Pt 3). P. 159–169. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1985.tb01331.x
15. *Bohlken M.M., Hugdahl K., Sommer I.E.* Auditory verbal hallucinations: neuroimaging and treatment // *Psychological Medicine*. 2017. Vol. 47. № 2. P. 199–208. DOI: 10.1017/S003329171600115X
16. *Brebion G., David A.S., Bressan R.A. et al.* Hallucinations and two types of free-recall intrusion in schizophrenia // *Psychological Medicine*. 2009. Vol. 39. № 6. P. 917–926. DOI: 10.1017/S0033291708004819
17. *Brebion G., Stephan-Otto C., Ochoa S. et al.* Impaired Self-Monitoring of Inner Speech in Schizophrenia Patients with Verbal Hallucinations and in Non-clinical Individuals Prone to Hallucinations // *Frontiers in Psychology*. 2016. Vol. 7. P. 1381. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01381
18. *Brookwell M.L., Bentall R.P., Varese F.* Externalizing biases and hallucinations in source-monitoring, self-monitoring and signal detection studies: a meta-analytic review // *Psychological medicine*. 2013. Vol. 43. No. 12. P. 2465–2475. DOI: 10.1017/S0033291712002760
19. *Bruder G.E., Alschuler D.M., Kropfmann C.J. et al.* Heterogeneity of auditory verbal working memory in schizophrenia // *Journal of abnormal psychology*. 2011. Vol. 120. № 1. P. 88–97. DOI: 10.1037/a0021661
20. *Chang X., Collin G., Xi Y. et al.* Resting-state functional connectivity in medication-naive schizophrenia patients with and without auditory verbal hallucinations: A preliminary report // *Schizophrenia research*. 2017. Vol. 188. P. 75–81. DOI: 10.1016/j.schres.2017.01.024
21. *Crow T.J.* Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? // *Schizophrenia Research*. 1997. Vol. 28. № 2–3. P. 127–141. DOI: 10.1016/s0920-9964(97)00110-2
22. *de Boer J.N., Brederoo S.G., Voppel A.E. et al.* Anomalies in language as a biomarker for schizophrenia // *Current Opinion in Psychiatry*. 2020. Vol. 33. № 3. P. 212–218. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000595
23. *Diederer K.M., De Weijer A.D., Daalman K. et al.* Decreased language lateralization is characteristic of psychosis, not auditory hallucinations // *Brain: a Journal of Neurology*. 2010. Vol. 133. Pt 12. P. 3734–3744. DOI: 10.1093/brain/awq313
24. *Dodgson G., Gordon S.* Avoiding false negatives: are some auditory hallucinations an evolved design flaw? // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2009. Vol. 37. № 3. P. 325–334. DOI: 10.1017/S1352465809005244
25. *Feinberg I.* Efference copy and corollary discharge: implications for thinking and its disorders // *Schizophrenia bulletin*. 1978. Vol. 4. № 4. P. 636–640. DOI: 10.1093/schbul/4.4.636

26. *Fernyhough C.* Alien voices and inner dialogue: towards a developmental account of auditory verbal hallucinations // *New Ideas in Psychology*. 2004. Vol. 22. № 1. P. 49–68. DOI: 10.1016/j.newideapsych.2004.09.001
27. *Ford J.M., Mathalon D.H.* Electrophysiological evidence of corollary discharge dysfunction in schizophrenia during talking and thinking // *Journal of Psychiatric Research*. 2004. Vol. 38. № 1. P. 37–46. DOI: 10.1016/s0022-3956(03)00095-5
28. *Ford J.M., Roach B.J., Jorgensen K.W. et al.* Tuning in to the voices: a multisite fMRI study of auditory hallucinations // *Schizophrenia Bulletin*. 2009. Vol. 35. № 1. P. 58–66. DOI: 10.1093/schbul/sbn140
29. *Friston K.* The free-energy principle: a unified brain theory? // *Nature reviews. Neuroscience*. 2010. Vol. 11. № 2. P. 127–138. DOI: 10.1038/nrn2787
30. *Frith C.* The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Hove, UK: Psychology Press, 1992. 169 p.
31. *Fuentes-Claramonte P., Soler-Vidal J., Salgado-Pineda P. et al.* Auditory hallucinations activate language and verbal short-term memory, but not auditory, brain regions // *Scientific Reports*. 2021. Vol. 11. № 1. P. 18890. DOI: 10.1038/s41598-021-98269-1
32. *Gisselgard J., Anda L.G., Bronnick K. et al.* Verbal working memory deficits predict levels of auditory hallucination in first-episode psychosis // *Schizophrenia Research*. 2014. Vol. 153. № 1–3. P. 38–41. DOI: 10.1016/j.schres.2013.12.018
33. *Green M.F., Hugdahl K., Mitchell S.* Dichotic listening during auditory hallucinations in patients with schizophrenia // *The American Journal of Psychiatry*. 1994. Vol. 151. № 3. P. 357–362. DOI: 10.1176/ajp.151.3.357
34. *Hadden L.M., Alderson-Day B., Jackson M. et al.* The auditory-verbal hallucinations of Welsh-English bilingual people // *Psychology and Psychotherapy*. 2020. Vol. 93. № 1. P. 122–133. DOI: 10.1111/papt.12234
35. *Hinzen W., Rossello J.* The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms // *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. P. 971. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00971
36. *Hoffman R.E., McGlashan T.H.* Using a speech perception neural network computer simulation to contrast neuroanatomic versus neuromodulatory models of auditory hallucinations // *Pharmacopsychiatry*. 2006. Vol. 39. Suppl. 1. S54–64. DOI: 10.1055/s-2006-931496
37. *Horga G., Abi-Dargham A.* An integrative framework for perceptual disturbances in psychosis // *Nature Reviews. Neuroscience*. 2019. Vol. 20. № 12. P. 763–778. DOI: 10.1038/s41583-019-0234-1
38. *Hugdahl K.* "Hearing voices": auditory hallucinations as failure of top-down control of bottom-up perceptual processes // *Scandinavian Journal of Psychology*. 2009. Vol. 50. № 6. P. 553–560. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2009.00775.x

39. *Hugdahl K.* Auditory Hallucinations as Translational Psychiatry: Evidence from Magnetic Resonance Imaging // *Balkan Medical Journal*. 2017. Vol. 34. № 6. P. 504–513. DOI: 10.4274/balkanmedj.2017.1226
40. *Hugdahl K., Loberg E.M., Jorgensen H.A. et al.* Left hemisphere lateralisation of auditory hallucinations in schizophrenia: a dichotic listening study // *Cognitive Neuropsychiatry*. 2008. Vol. 13. № 2. P. 166–179. DOI: 10.1080/13546800801906808
41. *Hugdahl K., Loberg E.M., Nygard M.* Left temporal lobe structural and functional abnormality underlying auditory hallucinations in schizophrenia // *Frontiers in Neuroscience*. 2009. Vol. 3. № 1. P. 34–45. DOI: 10.3389/neuro.01.001.2009
42. *Jardri R., Denève S.* Computational Models of Hallucinations // *The Neuroscience of Hallucinations / Jardri R. et al. (Eds.)*. New-York: Springer, 2013. P. 289–313.
43. *Jardri R., Pouchet A., Pins D. et al.* Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis // *The American Journal of Psychiatry*. 2011. Vol. 168. № 1. P. 73–81. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.09101522
44. *Jenkins L.M., Bodapati A.S., Sharma R.P. et al.* Working memory predicts presence of auditory verbal hallucinations in schizophrenia and bipolar disorder with psychosis // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2018. Vol. 40. № 1. P. 84–94. DOI: 10.1080/13803395.2017.1321106
45. *Kompus K., Westerhausen R., Hugdahl K.* The "paradoxical" engagement of the primary auditory cortex in patients with auditory verbal hallucinations: a meta-analysis of functional neuroimaging studies // *Neuropsychologia*. 2011. Vol. 49. № 12. P. 3361–3369. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2011.08.010
46. *Larøi F., Sommer I.E., Blom J.D. et al.* The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions // *Schizophrenia Bulletin*. 2012. Vol. 38. № 4. P. 724–733. DOI: 10.1093/schbul/sbs061
47. *Lawrie S.M., Buechel C., Whalley H.C. et al.* Reduced frontotemporal functional connectivity in schizophrenia associated with auditory hallucinations // *Biological Psychiatry*. 2002. Vol. 51. № 12. P. 1008–1011. DOI: 10.1016/s0006-3223(02)01316-1
48. *Li J., Cao X., Liu S. et al.* Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation on auditory hallucinations in schizophrenia: A meta-analysis // *Psychiatry Research*. 2020. Vol. 290. P. 113141. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113141
49. *Mechelli A., Allen P., Amaro E.Jr. et al.* Misattribution of speech and impaired connectivity in patients with auditory verbal hallucinations // *Human Brain Mapping*. 2007. Vol. 28. № 11. P. 1213–1222. DOI: 10.1002/hbm.20341
50. *Mondino M., Haesebaert F., Poulet E. et al.* Fronto-temporal transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) reduces source-monitoring deficits and auditory hallucinations in patients with schizophrenia // *Schizophrenia Research*. 2015. Vol. 161. № 2–3. P. 515–516. DOI: 10.1016/j.schres.2014.10.054

51. Morrison A.P., Baker C.A. Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis // Behaviour Research and Therapy. 2000. Vol. 38. № 11. P. 1097–1106. DOI: 10.1016/s0005-7967(99)00143-6
52. Orellana G., Slachevsky A. Executive functioning in schizophrenia // Frontiers in Psychiatry. 2013. Vol. 4. P. 35. DOI: 10.3389/fpsyg.2013.00035
53. Petrolini V., Jorba M., Vicente A. The Role of Inner Speech in Executive Functioning Tasks: Schizophrenia with Auditory Verbal Hallucinations and Autistic Spectrum Conditions as Case Studies // Frontiers in Psychology. 2020. Vol. 11. P. 572035. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.572035
54. Raij T.T., Valkonen-Korhonen M., Holi M. et al. Reality of auditory verbal hallucinations // Brain: a journal of neurology. 2009. Vol. 132. Pt 11. P. 2994–3001. DOI: 10.1093/brain/awp186
55. Schneider K. Clinical psychopathology. New York: Grune & Stratton, 1959. 173 p.
56. Scott M. Corollary discharge provides the sensory content of inner speech // Psychological science. 2013. Vol. 24. № 9. P. 1824–1830. DOI: 10.1177/0956797613478614
57. Scott M., Yeung H.H., Gick B. et al. Inner speech captures the perception of external speech // The Journal of the Acoustical Society of America. 2013. Vol. 133. № 4. EL286–292. DOI: 10.1121/1.4794932
58. Simons C.J., Tracy D.K., Sanghera K.K. et al. Functional magnetic resonance imaging of inner speech in schizophrenia // Biological Psychiatry. 2010. Vol. 67. № 3. P. 232–237. DOI: 10.1016/j.biopsych.2009.09.007
59. Sommer I.E., Diederer K.M. Language production in the non-dominant hemisphere as a potential source of auditory verbal hallucinations // Brain: a Journal of Neurology. 2009. Vol. 132. No. 10. e124–e124. DOI: 10.1093/brain/awp040
60. Soriano M.F., Jimenez J.F., Roman P. et al. Inhibitory processes in memory are impaired in schizophrenia: evidence from retrieval induced forgetting // British Journal of Psychology. 2009. Vol. 100. Pt 4. P. 661–673. DOI: 10.1348/000712609X418912
61. Steel C., Fowler D., Holmes E.A. Trauma-Related Intrusions and Psychosis: An Information Processing Account // Behavioural and Cognitive Psychotherapy. 2004. Vol. 33. No. 2. P. 139–152. DOI: 10.1017/s1352465804001924
62. Thai M.L., Andreassen A.K., Bliksted V. A meta-analysis of executive dysfunction in patients with schizophrenia: Different degree of impairment in the ecological subdomains of the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome // Psychiatry Research. 2019. Vol. 272. P. 230–236. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.088
63. Thoma R.J., Haghani Tehrani P., Turner J.A. et al. Neuropsychological analysis of auditory verbal hallucinations // Schizophrenia Research. 2018. Vol. 192. P. 459–460. DOI: 10.1016/j.schres.2017.03.044

64. *Toh W.L., Tan E.J., Neill E. et al.* Identifying the cognitive underpinnings of voice-hearing by comparing never, past and current voice-hearers // *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2020. Vol. 141. № 6. P. 553–562. DOI: 10.1111/acps.13169
65. *Tsang A., Bucci S., Branitsky A. et al.* The relationship between appraisals of voices (auditory verbal hallucinations) and distress in voice-hearers with schizophrenia-spectrum diagnoses: A meta-analytic review // *Schizophrenia Research*. 2021. Vol. 230. P. 38–47. DOI: 10.1016/j.schres.2021.02.013
66. *Vercammen A., Knegtering H., den Boer J.A. et al.* Auditory hallucinations in schizophrenia are associated with reduced functional connectivity of the temporo-parietal area // *Biological Psychiatry*. 2010. Vol. 67. № 10. P. 912–918. DOI: 10.1016/j.biopsych.2009.11.017
67. *Waters F., Allen P., Aleman A. et al.* Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms // *Schizophrenia Bulletin*. 2012. Vol. 38. № 4. P. 683–693. DOI: 10.1093/schbul/sbs045
68. *Waters F., Woodward T., Allen P. et al.* Self-recognition deficits in schizophrenia patients with auditory hallucinations: a meta-analysis of the literature // *Schizophrenia Bulletin*. 2012. Vol. 38. № 4. P. 741–750. DOI: 10.1093/schbul/sbq144
69. *Waters F.A.V., Badcock J.C., Maybery M.T. et al.* Inhibition in schizophrenia: association with auditory hallucinations // *Schizophrenia Research*. 2003. Vol. 62. № 3. P. 275–280. DOI: 10.1016/s0920-9964(02)00358-4
70. *Whitford T.J., Mathalon D.H., Shenton M.E. et al.* Electrophysiological and diffusion tensor imaging evidence of delayed corollary discharges in patients with schizophrenia // *Psychological Medicine*. 2011. Vol. 41. № 5. P. 959–969. DOI: 10.1017/S0033291710001376
71. *Wible C.G., Lee K., Molina I. et al.* fMRI activity correlated with auditory hallucinations during performance of a working memory task: data from the FBIRN consortium study // *Schizophrenia Bulletin*. 2009. Vol. 35. № 1. P. 47–57. DOI: 10.1093/schbul/sbn142
72. *Zimmerer V.C., Watson S., Turkington D. et al.* Deictic and Propositional Meaning-New Perspectives on Language in Schizophrenia // *Frontiers in Psychiatry*. 2017. Vol. 8. P. 17. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00017

Neurocognitive Models of Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Review

Yana R. Panikratova

Mental Health Research Center, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5698-4251>, e-mail: panikratova@mail.ru

Irina S. Lebedeva

Mental Health Research Center, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0649-6663>, e-mail: irina.lebedeva@ncpz.ru

Recent studies at the interface between psychiatry and neuroscience demonstrate a trend towards the investigation of single significant clinical characteristics of mental disorders in contrast to the analysis of a mental disorder as a homogeneous nosological unit. Thus, a large body of studies is focused on auditory verbal hallucinations (AVH) in schizophrenia, which are one of the core positive symptoms of the disorder and an important diagnostic criterion. Nevertheless, the neuropsychological and neurophysiological mechanisms of AVH in patients with schizophrenia remain debatable. In this paper, we will review the main neurocognitive models of AVH in schizophrenia, including models of intrusive cognitions and poor inhibitory control, a model of attentional shift to inner auditory stimuli and an inability to reallocate its resources, a model of expectation maximization, a model of working memory deficit, a model of poor source-monitoring, models of AVH within cultural-historical approach, and a model of impaired verbal self-monitoring in inner speech. The results of several neuroimaging and neurophysiological studies relevant to the models are also highlighted. We conclude that schizophrenia patients with AVH demonstrate deficits in executive functions and language, or rather a poor cross-functional interaction between them.

Keywords: auditory verbal hallucinations, schizophrenia, positive symptoms, neurocognitive models, neuropsychology, neuroimaging, neurophysiology.

For citation: Panikratova Y.R., Lebedeva I.S. Neurocognitive Models of Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Review. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya = Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 90–100. DOI: 10.17759/cpse.2022110105

Introduction

A recent trend in neurocognitive studies in psychiatry is characterized by a shift from the consideration of a mental disorder as a homogeneous nosological unit to the investigation of single clinical characteristics [26; 67]. Due to the heterogeneity of schizophrenia, separate analyses of its key clinical aspects may provide more information on the disorder than an attempt to comprehend an overall picture of its diverse characteristics.

Auditory verbal hallucinations (AVH) are a symptom common to various mental and neurological disorders (e.g., Parkinson's disease, epilepsy, dementia, hearing impairments, bipolar disorder, and personality disorders) and are even found in nonclinical populations, but they are most prominent in the clinical picture of schizophrenia [37; 46]. AVH are one of the core positive symptoms of schizophrenia [26; 55] and an important criterion for the diagnosis of schizophrenia in the ICD-10. Kurt Schneider classified AVH as first-rank schizophrenia symptoms, including hearing thoughts spoken aloud, hearing two or more voices conversing with each other, and hearing voices commenting on a person's behavior [55]. This symptom is found in 70–80% patients with schizophrenia [41; 46; 67; 71] and causes pronounced distress [65]; AVH can be identified when a person in the awake state hears voices not triggered by a relevant external auditory stimulus but perceived to be realistic, uncontrollable, and different from the person's own thoughts. An unequivocal and comprehensive determination of the psychological and neurophysiological mechanisms through which the production of a patient's own mind is perceived as something alien is still lacking; a number of models have been suggested by different authors.

This review aims to analyze basic models of the neurocognitive mechanisms of AVH in patients with schizophrenia, including the results of relevant studies applying neuroimaging and neurophysiological techniques. As far as we know, the current article is the first literature review in Russian addressing the neurocognitive mechanisms of AVH. Such a review may encourage research interest in AVH within the Russian-speaking scientific community (specialists in clinical psychology, psychophysiology, and psychiatry) and facilitate the elaboration of existing hypotheses or the generation of new ones, whereas in practical terms it may help to improve protocols of neurocognitive rehabilitation.

Notably, the first models are described relatively briefly as they are the earliest and simplest and included in more complex models as component parts.

Models of intrusive cognitions and poor inhibitory control

A model of intrusive cognitions explains the emergence of AVH in schizophrenia patients through the presence of auditory representations which do not match current external stimuli, interfere with on-going cognitive processes and disrupt them [8]; they are associated with dysfunctionally high activity in the left temporal regions [39] involved in language comprehension. The model addresses intrusive thoughts, memories, and imagery [8; 16; 51]), including trauma-related intrusions [61]. Studies using questionnaires showed that intrusive thoughts were more frequently seen in schizophrenia patients with AVH, in contrast to patients without AVH and healthy individuals [51], and the severity of AVH was correlated to extra-list intrusions in memory tests [16; 17].

According to a model considered as an independent one by some authors [8], schizophrenia patients with AVH demonstrate a deficit of an inhibitory component of executive functions, namely the inhibition of the above-mentioned intrusive cognitions [9; 60; 69]. This may be related to the aberrant functioning of the frontoparietal executive network [41]. Waters et al. [69], using the Hayling Sentence Completion Test and Inhibition of Currently Irrelevant Memories task, revealed that an inhibition deficit correlated to AVH frequency but was not associated with other schizophrenia symptoms. Badcock et al. [9]

also used the latter task and showed that patients with AVH made more inhibition errors than patients without AVH and healthy controls, which might point to a deficit of selectivity of memory in this patient group. Soriano et al. [60] replicated and extended these findings by applying the task measuring the ability to intentionally forget recently learned information. In the study by Toh et al. [64], only current voice-hearers, but not past or never voice-hearers with schizophrenia, were characterized by inhibitory impairment. Taken together, the first and the second models allow us to explain the sense of lacking voluntary control over voices and their intrusive nature.

Model of an attentional shift to inner auditory stimuli and an inability to reallocate its resources, and a model of expectation maximization

The third group of models is based on the idea that schizophrenia patients during AVH, partly due to attention switching difficulties, spend most of their attentional resources (and expectations) on listening to voices, which results in an aberrant processing of external stimuli [67]. According to Friston's Expectation-Maximization algorithm [29] based on a Bayesian framework (for details see [42]), AVH may arise because of the greater weight of prior expectations compared to sensory input, while the level of uncertainty is underestimated. Consequently, the incoming prediction error (i.e., the difference between the bottom-up signal and top-down prediction) causes the patient to be unable to correct expectations, and a false inference is made that the voices are real. Benrimoh et al. [12] continued developing Friston's ideas and focused on the activity of a subject who may listen to voices, try to ignore them or answer them. Using computational simulation, the authors found that the weight of prior beliefs (i.e., the level of confidence in them) depends on beliefs about the reliability of incoming sensory data as well as the monitoring of a subject's own actions ('beliefs about policies'). Thus, the evaluation of incoming sensory information as imprecise does not allow the person to correct the false-positive hypothesis about the presence of voices; however, high confidence that the person is listening at the moment is also necessary for the emergence of AVH [12]. Importantly, the contribution of the subject's activity (i.e., listening) to the emergence of AVH was emphasized as early as 1970 in the works by the Russian pathopsychologist Susanna Rubinshtein [5]. Horga and Abi-Dargham [37] develop Friston's ideas and suggest that an important contribution to the reevaluation of prior expectations in AVH may be made by aberrant functioning of the dopaminergic system and networks including the striatum, which leads to a permanent sense of perceptual uncertainty and does not allow a patient to dynamically adjust to its changing level; therefore, he or she predominantly relies on prior expectations but not on incoming sensory data.

Studies using the methodology of Signal Detection Theory (SDT) rely on the idea that perception always takes place under some uncertainty, and the detection of a stimulus depends both on perceptual sensitivity (i.e., an ability to detect a signal if it is really present) and perceptual bias. The experimental procedure implies a presentation of auditory stimuli masked by white noise and requires a participant to indicate the moment of voice detection. In such studies, patients with AVH demonstrate a false-positive response bias but not impaired perceptual sensitivity [14; 18; 24].

According to the results of neuroimaging studies, schizophrenia patients with AVH miss more target auditory stimuli and demonstrate less activation in the primary auditory

cortex of the left hemisphere in response to a target stimulus compared to patients without AVH [28]. A meta-analysis [45] revealed that increased activation of the left primary auditory cortex was found in schizophrenia patients with AVH in the absence of external stimulation, while decreased activation was seen when they listened to speech. Dichotic listening studies identified the absence of a right-ear advantage in speech perception, which is common for healthy individuals, in patients with AVH [33; 40]. These results may seem to contradict the above data; in some cases, schizophrenia patients give increased attention to external stimuli (i.e., false-positive responses), while in other cases the patients miss them. The level of noise may be an important factor, as it additionally loads the auditory system and prompts patients to listen, which caused AVH in the studies by Rubinshtein and led to false-positive detections in SDT studies.

Model of working memory deficit

Working memory is one of the main components of executive functions that allows individuals to maintain and manipulate information that is necessary for the current activity, online. Working memory involves language subcomponents, namely rehearsal in the phonological loop. According to a number of studies, a working memory deficit plays an important role in the AVH mechanism [19; 32; 44; 63].

Bruder et al. [19] divided schizophrenia patients into two groups, those with and those without a core impairment in auditory information processing, based on tone discrimination test performance. The severity of AVH was associated with a verbal working memory deficit in patients with intact auditory information processing. The same patient group performed a verbal working memory task worse than both patients without AVH with intact auditory information processing and healthy individuals. Jenkins et al. [44], using hierarchical binary logistic regression, revealed that working memory (assessed with the MATRICS battery) predicted the presence of AVH in schizophrenia patients. Similar results were obtained in other studies [32; 63] regarding verbal working memory.

During working memory task performance, schizophrenia patients with AVH demonstrated decreased activation in the left temporoparietal regions involved in speech comprehension and verbal working memory compared to a clinical control group, and the decrease was negatively correlated to AVH severity [71].

Hoffman and McGlashan [36] developed a computer simulation of working memory during recognition of a single word in a sentence. Two conditions were used for the presentation of a word, normal and degraded phonetic input, with the latter simulating a reliance on working memory. When connections between different network layers were disrupted, the system produced spontaneous percepts of words in the absence of phonetic input and recognized words poorly under degraded phonetic input. Schizophrenia patients with AVH made more word recognition errors compared to control groups, which was best explained by an overpruned model with changed activation of the network elements [36]. A detailed psychological interpretation of the contribution of verbal working memory deficits to the AVH mechanism is lacking; some authors [32; 71] suggest that AVH interfere with external auditory stimuli, exploiting working memory resources (this hardly differs from interpretations of the previous model).

Model of poor source-monitoring of speech

The next model prioritizes an impairment of source-monitoring, a metacognitive function which allows an individual to attribute his or her mental experience or actions, including language production, to an external or internal source [68]. In typical tasks, participants are asked to determine whether a particular mental action (e.g., utterance, movement) was performed by themselves or by someone else. For instance, participants produce an association to each word in a series of sequentially presented words and then identify the words generated by themselves as well as the presented and non-presented words. A meta-analysis of studies with different tasks [68] revealed a deficit of source-monitoring in schizophrenia patients with AVH, in contrast to patients without AVH, which took place at early stages of information processing (perception but not memory). In a study by Mechelli et al. [49], schizophrenia patients with AVH misidentified their own speech as being that of somebody else more often than clinical and nonclinical control groups. In healthy individuals and patients without AVH, the effective connectivity of the left superior temporal gyrus with the anterior cingulate gyrus was higher during listening to alien speech versus self-generated speech, while patients with AVH demonstrated the reverse picture [49]. Simons et al. [58] found that differences between listening to speech and language production in the activation of left superior temporal gyrus were less pronounced in schizophrenia patients with AVH than in controls. Therefore, the perception of self-generated speech in schizophrenia patients with AVH may rely on brain mechanisms underlying the perception of another person's speech in healthy individuals.

According to some authors, misattribution in patients with AVH may be related to dysfunction of the right hemisphere [21; 59], which is involved in online monitoring of incoming and transmitted information, maintaining of the integrity of a mental model of a situation as well as the correspondence of language and thinking to reality, knowledge of the world, and life experience [1].

However, the reasons for source-monitoring deficits in AVH remain unclear in this model. In our opinion, they are highlighted in a model of poor verbal self-monitoring in inner speech.

Models of AVH within cultural-historical approach

A model of inner speech impairment in schizophrenia patients with AVH by Charles Fernyhough [26] is rooted in Lev Vygotsky's ideas of the social genesis of higher mental functions as well as the dialogical nature, abbreviation, and predicativity of inner speech. Fernyhough describes four levels of inner speech development, namely external dialogue, private speech, expanded inner speech, and condensed inner speech. Two possible mechanisms of AVH are suggested: a disrupted internalization of inner speech (i.e., a developmental impairment) and a compensatory re-expansion of inner speech under conditions of stress and cognitive challenge. However, the explanation of inner speech misattribution remains unclear in this model.

A model describing the psychological mechanisms of pathological alienation was proposed by Ignatij Zhuravlev [2]. According to this model, AVH are perceived by a patient as resulting from the influence of an alien will because their main aspect, the sense of

uncontrollability and being made by someone else, is also common to the perception of an external objective world. Pathological alienation, in the author's opinion, is related to an impaired development of subjectivity. In normal conditions, subjectivity is organized through the distinction between a subject and an object, with the possibility of boundary shifting, but nevertheless, a stable range of its localization. If the boundary shifts outside this range, a thought may develop into AVH [2]. Subjectivity is considered a higher mental function; therefore, in its development, it acquires the possibility to be under voluntary control. This implies a polarization between an individual's own and an alien possession, with a further interiorization of this distinction. Zhuravlev showed that schizophrenia patients in psychosis produced utterances not addressed to an interlocutor with increased frequency, with their further objectification as AVH often dialogical in content [2].

Model of poor verbal self-monitoring in inner speech

We assume that the model of poor verbal self-monitoring in inner speech [13; 25; 30] includes a majority of the previously described models as component parts and that it is the most integrative and elaborated model. According to this model, AVH in schizophrenia patients arise due to impaired self-monitoring in inner speech production and insufficient attenuation of its sensory consequences (disruption of corollary discharge). As the perception of inner speech is not coupled with signals indicating that an individual initiated this process himself or herself, a mental event (i.e., inner speech production) does not match its expected sensory consequences. Therefore, an individual is not ready to categorize his or her experience as inner speech and misattributes it to another source.

In terms of brain mechanisms, this deficit may rely on an increased activation of language areas due to aberrant functional connectivity with regions involved in executive functions [6]. Thus, increased bottom-up signals from the secondary auditory cortex involved in speech perception may be coupled with decreased top-down signals from the dorsolateral prefrontal, anterior cingulate, and supplementary motor cortices [6; 15]. Hugdahl [38] suggests additionally including the parietal regions contributing to an attentional shift to inner stimuli in this model. Waters et al. [67] underline an important role of negative emotions in the triggering and chronification of AVH in the model. Expectations, imagery, and memories individualizing the content of AVH, a lack of insight, delusional interpretations of AVH along with a false-positive perceptual bias and an inhibitory deficit are considered top-down processes [67]. The model is supported by data on the associations between the predominant language of AVH in bilinguals and an earlier age of language acquisition, more frequent language use, and subjectively higher language proficiency [34]. The involvement of an anticipatory corollary discharge mechanism in language processes in healthy individuals was demonstrated in several studies [56; 57]. Neurophysiological studies revealed that in healthy individuals but not in schizophrenia patients with AVH, amplitude characteristics of the N1 component of auditory event-related potentials reflected a dampening of the auditory cortex during language production [27]. The coherence of the theta rhythm between the frontal and temporal regions of the left hemisphere was higher in language production than in listening to speech in healthy individuals but not in patients with AVH [27]. Further studies found a delay in auditory cortex suppression, associated with a decreased fractional anisotropy of the arcuate fasciculus, in schizophrenia patients with AVH [70].

As inner speech underlies executive functions (according to the ideas originating from Lev Vygotsky and supported by many contemporary authors; see paragraphs 1.2 and 1.3 in [4]), its impairments may lead to poor performance in a range of tasks loading different components of executive functions, including inhibition, switching, and working memory [53], in schizophrenia patients with AVH. These components were mentioned in previous models. At the same time, an executive deficit per se may contribute to inner speech impairments [53].

In the first group of fMRI studies relevant to this model, AVH are considered to be associated with a stable aberration of functional brain architecture (trait studies), and schizophrenia patients with AVH are compared to clinical and nonclinical control groups. During imagining sentences versus listening to them, healthy individuals had decreased activation of the left superior temporal gyrus, and this decrease was less pronounced in schizophrenia patients with AVH [58]. Activation of the cingulate gyrus in healthy participants was higher in imagining sentences than listening to them, while patients demonstrated the reverse trend [58]. The severity of AVH in schizophrenia patients was associated with decreased functional connectivity between the left dorsolateral prefrontal cortex and left temporal regions in sentence completion [47]. Studies using resting-state fMRI also revealed aberrant functional connectivity between the anterior cingulate cortex and left temporal regions in patients with AVH [20; 66]. At the same time, according to our study [4], which included schizophrenia patients with a history of AVH, patients without a history of AVH, and healthy individuals, decreased functional connectivity between the anterior cingulate cortex and the superior temporal gyrus bilaterally was not a specific trait of patients with AVH but was a common characteristic of all schizophrenia patients. A specific trait of patients with AVH was decreased functional connectivity between the left inferior frontal gyrus, which is involved in language production, and the anterior cingulate cortex.

The second group of fMRI studies is based on the idea that AVH are related to a temporary change in brain functioning (state studies), including the increased activation of a network involved in language production and perception [7; 15; 31; 43]. The subjective reality of voices in patients with schizophrenia spectrum disorders is correlated with the functional connectivity of the inferior frontal gyrus with temporal regions and the anterior cingulate cortex [54]. According to some authors, brain activation during AVH is not lateralized to any hemisphere [7], while other data suggest that the symptom is related to predominant right hemisphere activation [15; 23; 59]. Sommer and Diederer [59] propose that the key mechanism of AVH is the insufficient inhibition of right-hemisphere language areas by the anterior cingulate cortex. The authors suggest that negative content, intrusive aspect, and a lack of voluntary control are similar for AVH in schizophrenia and “automatic speech” in aphasia due to left hemisphere injury and right hemisphere disinhibition. An additional argument provided by the authors concerns the data indicating that language processes in healthy individuals rely on the inhibition of right-hemisphere homologues of language areas [59]. At the same time, a recent meta-analysis by Barber et al. [11] did not replicate the activation of inferior frontal and superior temporal gyri in any hemisphere during AVH in schizophrenia patients (perhaps due to an application of conservative statistical thresholds); however, they revealed a cluster of activation in the left insula which, on the one hand, is involved in language, and on the other hand, is a component of the salience network.

Data on therapy of AVH with noninvasive brain stimulation also support this model of AVH [10; 48; 50]. For instance, transcranial direct current stimulation with the cathode (inhibitory effect) placed over the left temporoparietal junction and the anode (excitatory effect) placed over the left prefrontal cortex reduced treatment-resistant AVH in schizophrenia patients [50].

Conclusions

We have considered the main models of the neurocognitive mechanisms of AVH in patients with schizophrenia. Although the reviewed models focus on different aspects of AVH, the models overlap and complement each other. The first model prioritizes the intrusive cognitions (thoughts, memories, or imagery) interfering with on-going cognitive processes and disrupting them. The next models address the reasons for the inability to avoid these intrusions, namely a deficit of executive functions such as inhibition, switching, and working memory, which explains the sense of lacking voluntary control over the voices heard by a patient. Specifically, a group of models emphasizes an attentional shift to inner stimuli and an inability to switch to external stimuli. Thus, according to a Bayesian model of expectation maximization, AVH may arise due to the dominance of prior expectations over novel incoming information and an underestimation of the uncertainty level. A number of authors [5; 12] underline the importance of an individual's activity (i.e., listening) in the psychological mechanism of AVH. Another significant model is based on the idea of poor source-monitoring of the mental experience, in particular language production, i.e., its misattribution to external or internal sources. This misattribution error is explained by the dialogical nature of inner speech and its development through interiorization in the models within a cultural-historical approach. Finally, in our opinion, the most integrative and elaborated model is that of poor verbal self-monitoring in inner speech. According to this model, AVH may arise due to an impaired anticipation of the sensory consequences of inner speech; since such prediction is absent, a patient is unable to categorize the ongoing experience as his or her own inner speech and misattributes it to another source. Methodological limitations of existing fMRI studies of the brain mechanisms of AVH in schizophrenia patients are briefly discussed elsewhere [3].

Based on our review of neurocognitive models of AVH in schizophrenia patients, we can conclude that this clinical group demonstrates deficits in executive functions and language, or rather a deficit in the cross-functional interaction between them that is particularly evident in the last model. This conclusion coincides with the data suggesting that deficits in executive functions [52; 62] and language [21; 22; 35; 72] are the key cognitive disturbances in schizophrenia patients. In this context, it is possible that schizophrenia patients with AVH have specific traits which differentiate them from other schizophrenia patients, along with neuropsychological impairments somehow common for all patients with schizophrenia.

Limitations of the current literature review are associated with the fact that it is not a systematic review. These limitations are due to a large number of publications that cannot be analyzed within the scope of one article as well as difficulties in the formulation of precise criteria for the literature search within the defined issue. Nevertheless, it is possible to conduct a systematic review of articles within each of the described models.

References

1. Akhutina T.V. Rol' pravogo polushariya v postroenii teksta [Role of the right hemisphere in text construction]. *Psikholingvistika=Psycholinguistics*, 2009, no. 3, pp. 10–28. (In Russ.)
2. Zhuravlev I.V. Semiotiko-psikhologicheskie mekhanizmy otchuzhdeniya pri sindrome psikhicheskogo avtomatizma. Diss. kand. psikhol. nauk. [Semiotic and psychological mechanisms of alienation in patients with the syndrome of mental automatism. PhD (Psychology) diss.]. Moscow, 2003. 177 p. (In Russ.)
3. Panikratova Ya.R. Analysis of brain mechanisms of auditory verbal hallucinations in schizophrenia patients via fMRI. *Vestnik Moskovskogo universiteta. Seriya 7: Filosofiya=Moscow University Bulletin. Series 7: Philosophy*, 2021, no. 6, pp. 18–26. (In Russ., abstr. in Engl.)
4. Panikratova Ya.R. Osobennosti vzaimodeistviya rechevykh i regulatorynykh funktsii u bol'nykh s verbal'nymi gallyutsinatsiyami. Diss. kand. psikhol. nauk. [Interaction between language and executive functions in patients with auditory verbal hallucinations. PhD (Psychology) diss.]. Moscow, 2021. 126 p. (In Russ.)
5. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'noe issledovanie obmanov slukha [Experimental study of auditory hallucinations]. *Voprosy Patopsikhologii=Issues of Pathopsychology*. Moscow, 1970, pp. 55–69. (In Russ.)
6. Allen P., Laroi F., McGuire P.K. et al. The hallucinating brain: a review of structural and functional neuroimaging studies of hallucinations. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2008, vol. 32, no. 1, pp. 175–191. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2007.07.012
7. Allen P., Modinos G., Hubl D. et al. Neuroimaging auditory hallucinations in schizophrenia: from neuroanatomy to neurochemistry and beyond. *Schizophrenia Bulletin*, 2012, vol. 38, no. 4, pp. 695–703. DOI: 10.1093/schbul/sbs066
8. Badcock J.C., Hugdahl K. Cognitive mechanisms of auditory verbal hallucinations in psychotic and non-psychotic groups. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 2012, vol. 36, no. 1, pp. 431–438. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2011.07.010
9. Badcock J.C., Waters F.A., Maybery M.T. et al. Auditory hallucinations: failure to inhibit irrelevant memories. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2005, vol. 10, no. 2, pp. 125–136. DOI: 10.1080/13546800344000363
10. Bais L., Liemburg E., Vercammen A. et al. Effects of low frequency rTMS treatment on brain networks for inner speech in patients with schizophrenia and auditory verbal hallucinations. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 2017, vol. 78, pp. 105–113. DOI: 10.1016/j.pnpbp.2017.04.017
11. Barber L., Reniers R., Upthegrove R. A review of functional and structural neuroimaging studies to investigate the inner speech model of auditory verbal hallucinations in schizophrenia. *Translational Psychiatry*, 2021, vol. 11, no. 1, P. 582. DOI: 10.1038/s41398-021-01670-7

12. Benrimoh D., Parr T., Vincent P. et al. Active inference and auditory hallucinations. *Computational Psychiatry*, 2018, vol. 2, pp. 183–204. DOI: 10.1162/cpsy_a_00022
13. Bentall R.P. The illusion of reality: a review and integration of psychological research on hallucinations. *Psychological Bulletin*, 1990, vol. 107, no. 1, pp. 82–95. DOI: 10.1037/0033-2909.107.1.82
14. Bentall R.P., Slade P.D. Reality testing and auditory hallucinations: a signal detection analysis. *The British Journal of Clinical Psychology*, 1985, vol. 24 (Pt 3), pp. 159–169. DOI: 10.1111/j.2044-8260.1985.tb01331.x
15. Bohlken M.M., Hugdahl K., Sommer I.E. Auditory verbal hallucinations: neuroimaging and treatment. *Psychological Medicine*, 2017, vol. 47, no. 2, pp. 199–208. DOI: 10.1017/S003329171600115X
16. Brebion G., David A.S., Bressan R.A. et al. Hallucinations and two types of free-recall intrusion in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 2009, vol. 39, no. 6, pp. 917–926. DOI: 10.1017/S0033291708004819
17. Brebion G., Stephan-Otto C., Ochoa S. et al. Impaired self-monitoring of inner speech in schizophrenia patients with verbal hallucinations and in non-clinical individuals prone to hallucinations. *Frontiers in Psychology*, 2016, vol. 7, p. 1381. DOI: 10.3389/fpsyg.2016.01381
18. Brookwell M.L., Bentall R.P., Varese F. Externalizing biases and hallucinations in source-monitoring, self-monitoring and signal detection studies: a meta-analytic review. *Psychological Medicine*, 2013, vol. 43, no. 12, pp. 2465–2475. DOI: 10.1017/S0033291712002760
19. Bruder G.E., Alschuler D.M., Kropfmann C.J. et al. Heterogeneity of auditory verbal working memory in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 2011, vol. 120, no. 1, pp. 88–97. DOI: 10.1037/a0021661
20. Chang X., Collin G., Xi Y. et al. Resting-state functional connectivity in medication-naïve schizophrenia patients with and without auditory verbal hallucinations: A preliminary report. *Schizophrenia Research*, 2017, vol. 188, pp. 75–81. DOI: 10.1016/j.schres.2017.01.024
21. Crow T.J. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophrenia Research*, 1997, vol. 28, no. 2–3, pp. 127–141. DOI: 10.1016/s0920-9964(97)00110-2
22. de Boer J.N., Brederoo S.G., Voppel A.E. et al. Anomalies in language as a biomarker for schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*, 2020, vol. 33, no. 3, pp. 212–218. DOI: 10.1097/YCO.0000000000000595
23. Diederer K.M., De Weijer A.D., Daalman K. et al. Decreased language lateralization is characteristic of psychosis, not auditory hallucinations. *Brain: a Journal of Neurology*, 2010, vol. 133, no. Pt 12, pp. 3734–3744. DOI: 10.1093/brain/awq313

24. Dodgson G., Gordon S. Avoiding false negatives: are some auditory hallucinations an evolved design flaw? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2009, vol. 37, no. 3, pp. 325–334. DOI: 10.1017/S1352465809005244
25. Feinberg I. Efference copy and corollary discharge: implications for thinking and its disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 1978, vol. 4, no. 4, pp. 636–640. DOI: 10.1093/schbul/4.4.636
26. Fernyhough C. Alien voices and inner dialogue: towards a developmental account of auditory verbal hallucinations. *New Ideas in Psychology*, 2004, vol. 22, no. 1, pp. 49–68. DOI: 10.1016/j.newideapsych.2004.09.001
27. Ford J.M., Mathalon D.H. Electrophysiological evidence of corollary discharge dysfunction in schizophrenia during talking and thinking. *Journal of Psychiatric Research*, 2004, vol. 38, no. 1, pp. 37–46. DOI: 10.1016/s0022-3956(03)00095-5
28. Ford J.M., Roach B.J., Jorgensen K.W. et al. Tuning in to the voices: a multisite fMRI study of auditory hallucinations. *Schizophrenia Bulletin*, 2009, vol. 35, no. 1, pp. 58–66. DOI: 10.1093/schbul/sbn140
29. Friston K. The free-energy principle: a unified brain theory? *Nature Reviews. Neuroscience*, 2010, vol. 11, no. 2, pp. 127–138. DOI: 10.1038/nrn2787
30. Frith C. *The cognitive neuropsychology of schizophrenia*. Hove, UK: Psychology Press, 1992. 169 p.
31. Fuentes-Claramonte P., Soler-Vidal J., Salgado-Pineda P. et al. Auditory hallucinations activate language and verbal short-term memory, but not auditory, brain regions. *Scientific Reports*, 2021, vol. 11, no. 1, P. 18890. DOI: 10.1038/s41598-021-98269-1
32. Gisselgard J., Anda L.G., Bronnick K. et al. Verbal working memory deficits predict levels of auditory hallucination in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 2014, vol. 153, no. 1–3, pp. 38–41. DOI: 10.1016/j.schres.2013.12.018
33. Green M.F., Hugdahl K., Mitchell S. Dichotic listening during auditory hallucinations in patients with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 1994, vol. 151, no. 3, pp. 357–362. DOI: 10.1176/ajp.151.3.357
34. Hadden L.M., Alderson-Day B., Jackson M. et al. The auditory-verbal hallucinations of Welsh-English bilingual people. *Psychology and Psychotherapy*, 2020, vol. 93, no. 1, pp. 122–133. DOI: 10.1111/papt.12234
35. Hinzen W., Rossello J. The linguistics of schizophrenia: thought disturbance as language pathology across positive symptoms. *Frontiers in Psychology*, 2015, vol. 6, P. 971. DOI: 10.3389/fpsyg.2015.00971
36. Hoffman R.E., McGlashan T.H. Using a speech perception neural network computer simulation to contrast neuroanatomic versus neuromodulatory models of auditory hallucinations. *Pharmacopsychiatry*, 2006, vol. 39, suppl. 1, pp. S54–S64. DOI: 10.1055/s-2006-931496

37. Horga G., Abi-Dargham A. An integrative framework for perceptual disturbances in psychosis. *Nature Reviews. Neuroscience*, 2019, vol. 20, no. 12, pp. 763–778. DOI: 10.1038/s41583-019-0234-1
38. Hugdahl K. "Hearing voices": auditory hallucinations as failure of top-down control of bottom-up perceptual processes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 2009, vol. 50, no. 6, pp. 553–560. DOI: 10.1111/j.1467-9450.2009.00775.x
39. Hugdahl K. Auditory Hallucinations as Translational Psychiatry: Evidence from Magnetic Resonance Imaging. *Balkan Medical Journal*, 2017, vol. 34, no. 6, pp. 504–513. DOI: 10.4274/balkanmedj.2017.1226
40. Hugdahl K., Loberg E.M., Jorgensen H.A. et al. Left hemisphere lateralisation of auditory hallucinations in schizophrenia: a dichotic listening study. *Cognitive Neuropsychiatry*, 2008, vol. 13, no. 2, pp. 166–179. DOI: 10.1080/13546800801906808
41. Hugdahl K., Loberg E.M., Nygard M. Left temporal lobe structural and functional abnormality underlying auditory hallucinations in schizophrenia. *Frontiers in Neuroscience*, 2009, vol. 3, no. 1, pp. 34–45. DOI: 10.3389/neuro.01.001.2009
42. Jardri R., Denève S. Computational Models of Hallucinations. In Jardri R. et al. (eds.) *The Neuroscience of Hallucinations*. New-York: Springer, 2013, pp. 289–313.
43. Jardri R., Pouchet A., Pins D. et al. Cortical activations during auditory verbal hallucinations in schizophrenia: a coordinate-based meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry*, 2011, vol. 168, no. 1, pp. 73–81. DOI: 10.1176/appi.ajp.2010.09101522
44. Jenkins L.M., Bodapati A.S., Sharma R.P. et al. Working memory predicts presence of auditory verbal hallucinations in schizophrenia and bipolar disorder with psychosis. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 2018, vol. 40, no. 1, pp. 84–94. DOI: 10.1080/13803395.2017.1321106
45. Kompus K., Westerhausen R., Hugdahl K. The "paradoxical" engagement of the primary auditory cortex in patients with auditory verbal hallucinations: a meta-analysis of functional neuroimaging studies. *Neuropsychologia*, 2011, vol. 49, no. 12, pp. 3361–3369. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2011.08.010
46. Laroï F., Sommer I.E., Blom J.D. et al. The characteristic features of auditory verbal hallucinations in clinical and nonclinical groups: state-of-the-art overview and future directions. *Schizophrenia Bulletin*, 2012, vol. 38, no. 4, pp. 724–733. DOI: 10.1093/schbul/sbs061
47. Lawrie S.M., Buechel C., Whalley H.C. et al. Reduced frontotemporal functional connectivity in schizophrenia associated with auditory hallucinations. *Biological Psychiatry*, 2002, vol. 51, no. 12, pp. 1008–1011. DOI: 10.1016/s0006-3223(02)01316-1
48. Li J., Cao X., Liu S. et al. Efficacy of repetitive transcranial magnetic stimulation on auditory hallucinations in schizophrenia: A meta-analysis. *Psychiatry Research*, 2020, vol. 290, P. 113141. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.113141

49. Mechelli A., Allen P., Amaro E.Jr. et al. Misattribution of speech and impaired connectivity in patients with auditory verbal hallucinations. *Human Brain Mapping*, 2007, vol. 28, no. 11, pp. 1213–1222. DOI: 10.1002/hbm.20341
50. Mondino M., Haesebaert F., Poulet E. et al. Fronto-temporal transcranial Direct Current Stimulation (tDCS) reduces source-monitoring deficits and auditory hallucinations in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2015, vol. 161, no. 2–3, pp. 515–516. DOI: 10.1016/j.schres.2014.10.054
51. Morrison A.P., Baker C.A. Intrusive thoughts and auditory hallucinations: a comparative study of intrusions in psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 2000, vol. 38, no. 11, pp. 1097–1106. DOI: 10.1016/s0005-7967(99)00143-6
52. Orellana G., Slachevsky A. Executive functioning in schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 2013, vol. 4, P. 35. DOI: 10.3389/fpsy.2013.00035
53. Petrolini V., Jorba M., Vicente A. The role of inner speech in executive functioning tasks: schizophrenia with auditory verbal hallucinations and autistic spectrum conditions as case studies. *Frontiers in Psychology*, 2020, vol. 11, P. 572035. DOI: 10.3389/fpsyg.2020.572035
54. Raij T.T., Valkonen-Korhonen M., Holi M. et al. Reality of auditory verbal hallucinations. *Brain: a Journal of Neurology*, 2009, vol. 132, no. Pt 11, pp. 2994–3001. DOI: 10.1093/brain/awp186
55. Schneider K. *Clinical psychopathology*. New York: Grune & Stratton, 1959. 173 p.
56. Scott M. Corollary discharge provides the sensory content of inner speech. *Psychological Science*, 2013, vol. 24, no. 9, pp. 1824–1830. DOI: 10.1177/0956797613478614
57. Scott M., Yeung H.H., Gick B. et al. Inner speech captures the perception of external speech. *The Journal of the Acoustical Society of America*, 2013, vol. 133, no. 4, EL286–292. DOI: 10.1121/1.4794932
58. Simons C.J., Tracy D.K., Sanghera K.K. et al. Functional magnetic resonance imaging of inner speech in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 2010, vol. 67, no. 3, pp. 232–237. DOI: 10.1016/j.biopsych.2009.09.007
59. Sommer I.E., Diederer K.M. Language production in the non-dominant hemisphere as a potential source of auditory verbal hallucinations. *Brain: A Journal of Neurology*, 2009, vol. 132, no. 10, pp. e124–e124. DOI: 10.1093/brain/awp040
60. Soriano M.F., Jimenez J.F., Roman P. et al. Inhibitory processes in memory are impaired in schizophrenia: evidence from retrieval induced forgetting. *British Journal of Psychology*, 2009, vol. 100, Pt 4, pp. 661–673. DOI: 10.1348/000712609X418912
61. Steel C., Fowler D., Holmes E.A. Trauma-Related Intrusions and Psychosis: An Information Processing Account. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2004, vol. 33, no. 2, pp. 139–152. DOI: 10.1017/s1352465804001924

62. Thai M.L., Andreassen A.K., Bliksted V. A meta-analysis of executive dysfunction in patients with schizophrenia: Different degree of impairment in the ecological subdomains of the Behavioural Assessment of the Dysexecutive Syndrome. *Psychiatry Research*, 2019, vol. 272, pp. 230–236. DOI: 10.1016/j.psychres.2018.12.088
63. Thoma R.J., Haghani Tehrani P., Turner J.A. et al. Neuropsychological analysis of auditory verbal hallucinations. *Schizophrenia Research*, 2018, vol. 192, pp. 459–460. DOI: 10.1016/j.schres.2017.03.044
64. Toh W.L., Tan E.J., Neill E. et al. Identifying the cognitive underpinnings of voice-hearing by comparing never, past and current voice-hearers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2020, vol. 141, no. 6, pp. 553–562. DOI: 10.1111/acps.13169
65. Tsang A., Bucci S., Branitsky A. et al. The relationship between appraisals of voices (auditory verbal hallucinations) and distress in voice-hearers with schizophrenia-spectrum diagnoses: A meta-analytic review. *Schizophrenia Research*, 2021, vol. 230, pp. 38–47. DOI: 10.1016/j.schres.2021.02.013
66. Vercammen A., Knegtering H., den Boer J.A. et al. Auditory hallucinations in schizophrenia are associated with reduced functional connectivity of the temporo-parietal area. *Biological Psychiatry*, 2010, vol. 67, no. 10, pp. 912–918. DOI: 10.1016/j.biopsych.2009.11.017
67. Waters F., Allen P., Aleman A. et al. Auditory hallucinations in schizophrenia and nonschizophrenia populations: a review and integrated model of cognitive mechanisms. *Schizophrenia Bulletin*, 2012, vol. 38, no. 4, pp. 683–693. DOI: 10.1093/schbul/sbs045
68. Waters F., Woodward T., Allen P. et al. Self-recognition deficits in schizophrenia patients with auditory hallucinations: a meta-analysis of the literature. *Schizophrenia Bulletin*, 2012, vol. 38, no. 4, pp. 741–750. DOI: 10.1093/schbul/sbq144
69. Waters F.A.V., Badcock J.C., Maybery M.T. et al. Inhibition in schizophrenia: association with auditory hallucinations. *Schizophrenia Research*, 2003, vol. 62, no. 3, pp. 275–280. DOI: 10.1016/s0920-9964(02)00358-4
70. Whitford T.J., Mathalon D.H., Shenton M.E. et al. Electrophysiological and diffusion tensor imaging evidence of delayed corollary discharges in patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 2011, vol. 41, no. 5, pp. 959–969. DOI: 10.1017/S0033291710001376
71. Wible C.G., Lee K., Molina I. et al. fMRI activity correlated with auditory hallucinations during performance of a working memory task: data from the FBIRN consortium study. *Schizophrenia Bulletin*, 2009, vol. 35, no. 1, pp. 47–57. DOI: 10.1093/schbul/sbn142
72. Zimmerer V.C., Watson S., Turkington D. et al. Deictic and Propositional Meaning—New Perspectives on Language in Schizophrenia. *Frontiers in Psychiatry*, 2017, vol. 8, pp. 17. DOI: 10.3389/fpsy.2017.00017

Паникратова Я.Р., Лебедева И.С.
Нейрокогнитивные модели вербальных галлюцинаций при шизофрении: обзор
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 90–119.

Panikratova Y.R., Lebedeva I.S.
Neurocognitive Models of Auditory Verbal
Hallucinations in Schizophrenia: A Review
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 90–119.

Информация об авторах

Паникратова Яна Романовна, кандидат психологических наук, младший научный сотрудник лаборатории нейровизуализации и мультимодального анализа, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5698-4251>, e-mail: panikratova@mail.ru

Лебедева Ирина Сергеевна, доктор биологических наук, заведующая лабораторией нейровизуализации и мультимодального анализа, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0649-6663>, e-mail: irina.lebedeva@ncpz.ru

Information about the authors

Yana R. Panikratova, PhD in Psychology, Junior Research Scientist at the Laboratory of Neuroimaging and Multimodal Analysis, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5698-4251>, e-mail: panikratova@mail.ru

Irina S. Lebedeva, Doctor of Sciences in Biology, Head of the Laboratory of Neuroimaging and Multimodal Analysis, Mental Health Research Center, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0649-6663>, e-mail: irina.lebedeva@ncpz.ru

Получена: 02.09.2021

Received: 02.09.2021

Принята в печать: 29.01.2022

Accepted: 29.01.2022

Представления супервизоров и супервизантов о профессиональной супервизии

Варга А.Я.

*Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»
(НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: 0000-0002-1180-1378, e-mail: avarga@hse.ru*

Галасюк И.Н.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6333-8293>, e-mail: igalas64@gmail.com*

Митина О.В.

*Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: omitina@inbox.ru*

Представленное исследование посвящено изучению ожиданий супервизантов и супервизоров от процесса супервизии и их представлений об успешной и неуспешной супервизии. Для достижения поставленной цели были разработаны анкеты для супервизора и супервизанта¹. В исследовании приняли участие 103 респондента с различным опытом работы в профессии, из них 85 женщин и 10 мужчин, 8 респондентов не указали пол. Возраст участников варьировал от 22 лет до 61 года, средний возраст — $38,92 \pm 11,22$ лет. Для статистической обработки результатов применялись метод главных компонент с косоугольным вращением облимин и ANOVA. Результаты показали, что супервизант, оценивая свои ожидания от супервизии, выделяет три составляющих: знания, выстраивание профессиональной идентичности и направленность работы на клиента. Супервизор считает все эти аспекты работы взаимодополняющими и неотделимыми друг от друга. Выделены четыре фактора (Обучение, Понимание/поддержка, Этичность и Новизна) при исследовании ожиданий супервизанта от супервизора. Исследование влияния опыта респондентов на их ожидания и представления о супервизии показали, что чем более продолжителен опыт работы у супервизанта, тем меньше он ориентируется на получение конкретных знаний, техник и приемов и тем больше сосредоточен на понимании своего клиента. Опыт работы также помогает выработать критерии неуспешной супервизии — они однозначны и консолидированы: супервизор не дифференцирует психотерапию и супервизию, критики больше, чем

¹ Анкеты доступны в репозитории OFS по ссылке:
https://osf.io/nw45m/?view_only=2b5d689bc1be4c75b383ee41acf97304

поддержки и объяснений, супервизия демотивирует. При этом критерии хорошей супервизии не выявляются. Это говорит о том, что варианты удачной супервизии многообразны, в отличие от неуспешной супервизии.

Ключевые слова: профессиональная супервизия, супервизор, супервизант, ожидания от супервизии.

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в сборе данных и проведении фокус-групп при разработке инструментария исследования членов Национальной Ассоциации Супервизоров и ее члена правления Н.А. Панфилову, членов Общества семейных консультантов и психотерапевтов, преподавателей и магистрантов магистерской программы «Системная семейная психотерапия» НИУ ВШЭ.

Для цитаты: Варга А.Я., Галасюк И.Н., Митина О.В. Представления супервизоров и супервизантов о профессиональной супервизии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 120–140. DOI: 10.17759/cpse.2022110106

Supervisor's and Supervisee's Views on Professional Supervision

Anna Ya. Varga

Higher School of Economics (HSE), Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1180-1378>, e-mail: avarga@hse.ru

Irina N. Galasyuk

Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE), Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6333-8293>, e-mail: igalas64@gmail.com

Olga V. Mitina

Lomonosov Moscow State University (MSU), Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: omitina@inbox.ru

This study is devoted to the expectations of supervisors and supervisees of the supervision process and their vision of the successful and unsuccessful supervision. We developed two questionnaires: one for the supervisor and other for the supervisee². A total of 103 respondents with various occupational experiences participated in the study, including 85 females and 10 males, and 8 respondents did not indicate gender. The age of the participants ranged from 22 to 61 years, with an average age of 38.92±11.22 years. The methods of statistical processing are: the principal component method with oblimin rotation, ANOVA. The results show that supervisee identifies three components of

² The questionnaires are available in the OFS repository at the link:
https://osf.io/nw45m/?view_only=2b5d689bc1be4c75b383ee41acf97304

supervision process — knowledge, developing a professional identity and focusing on the client, while the supervisor considers all these aspects of the work to be complementary and inseparable from each other. The supervisor's expectations of the supervision differ from the supervisee's expectations, and these differences must be taken into account in education. Four factors (training, understanding/support, ethics, and novelty) are identified in supervisee's expectations from the supervisor. The more experienced the supervisee is the less he focuses on gaining specific knowledge and techniques, and more on understanding his client. Work experience also helps to develop criteria for unsuccessful supervision — they are unambiguous and consolidated. Noteworthy the criteria for good supervision are not revealed. That means that the options for successful supervision are diverse, unlike unsuccessful supervision.

Keywords: professional supervision, work experience, training in practical psychology.

Acknowledgements. The authors thank the members of the National Association of Supervisors and its head N.A. Panphilova, members of the Society of Family Counsellors and Psychotherapists, professors and undergraduates of the Master's program "Systemic Family Psychotherapy" of the Higher School of Economics for their assistance in collecting data and conducting focus groups in developing research tools.

For citation: Varga A.Ya., Galasyuk I.N., Mitina O.V. Supervisor's and Supervisee's Views on Professional Supervision. *Klinicheskaja i spetsial'naja psikhologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 120–140. DOI: 10.17759/cpse.2022110106

Введение

Супервизия признана уникальным методом обучения, обеспечивающим тесную связь теории и практики, это эффективный способ повышения квалификации и форма консилиума для обсуждения сложных случаев [3; 5; 11]. Ученые и практики осознают важность развития супервизии в России и указывают на ряд проблем, которые существуют на сегодняшний день в этом направлении [1; 2; 4; 6; 7; 9]. Многообразии подходов к пониманию супервизии, отсутствие общепринятых профессиональных стандартов ее проведения в нашей стране, «стандартизированного и внятного обучения и сертификации на звание супервизора в большинстве школ и институтов» [8, стр. 65], а также сложности психотерапии в правовом поле в Российской Федерации приводят к весьма хаотичным представлениям о сущности супервизии [8].

В основе обучающих программ лежит по большей части опыт зарубежных ученых и практиков [1: 3; 5; 10], и это, с одной стороны, можно считать оправданным, поскольку европейские и американские ассоциации супервизоров имеют значительно бóльший опыт в области супервизии, нежели российские ассоциации, которые сформировались в последние несколько лет и только начинают разработку стандартов проведения супервизий и требований к этому виду деятельности. С другой стороны, зарубежные психологи не могут заявить о существовании единственно верной и «узаконенной» модели супервизии. Можно

констатировать, что поиск факторов, влияющих на качество супервизии находится на сегодняшний день в центре внимания многих исследователей за рубежом [12; 14].

Пытаясь найти ответ на вопрос «Как мы узнаем о том, что процесс супервизии прошел успешно?», зарубежные исследователи провели контент-анализ 52 моделей современной супервизии и пришли к выводу, что ни одна существующая модель не была обоснована эмпирически [16]. Показано, что большинство моделей супервизии (94,23%) ориентированы на супервизанта, его обучение, развитие и на сущность деятельности супервизора (80,77%), в то время как сам клиент оказывается в центре внимания гораздо реже (48,08%). В моделях больше внимания уделяется обучению и/или развитию супервизии (88,46%), но меньше — эмоциональным аспектам работы (61,54%), управленческим или этическим обязанностям (57,69%) [16]. Особого внимания, по мнению ученых, заслуживают начальная ступень профессионального развития психолога и получение им опыта работы под супервизией, поскольку именно в этот период профессионального становления наблюдается повышенная тревога супервизантов [13; 14]. Исследование супервизий начинающих психологов несомненно является актуальным в нашей стране.

Практически в каждой работе по супервизии — будь то статья или книга, учебное пособие или учебник — затрагивается тема «бенефитов», которые получают супервизанты. Эта польза выражается в улучшении концептуальных и перцептивных возможностей супервизанта [17]. Эффективную супервизию исследователи связывают с поощрением автономии супервизанта, укреплением отношений между супервизором и супервизантом, с возможностью открытого обсуждения в процессе супервизии [14; 17].

В своем метаанализе F. Kühne и коллеги показали, что по данным литературы в результате эффективной супервизии супервизанты повышали свою профессиональную компетентность и улучшали терапевтические отношения [18]. В большинстве работ супервизанты подчеркивали важность признания и удовлетворения как черту успешной супервизии. Проанализированные статьи описывают супервизию как научно обоснованную, опирающуюся на актуальные данные [18].

Некоторые зарубежные ученые указывают на важность исследования не только «хорошей», но и «плохой» супервизии. Выявлено, что супервизия может быть контрпродуктивной и наносить вред [14; 19]. Неэффективные супервизии, как показали исследования, детерминированы снижением ценности самой супервизии, неэффективным осмыслением работы с клиентами, сложностями в отношениях между супервизором и супервизантом [17]. Выявлены последствия негативного опыта, полученного супервизантом в процессе получения супервизии. Так, показано, что супервизия может деструктивно повлиять на профессиональное развитие помогающего специалиста, особенно на раннем этапе его становления [17].

Анализ научной литературы и собственный более чем 25-летний опыт обучения практикующих психологов на практико-ориентированных программах государственных вузов страны позволил нам сформулировать основные черты успешной и неуспешной супервизии.

Успешная супервизия основана на хорошем рабочем альянсе супервизанта и супервизора. В результате получения успешной супервизии супервизант улучшает свое профессиональное мастерство и развивает профессиональную позицию. Он яснее понимает, как можно эффективнее помочь клиенту. Кроме того, в случае успешной супервизии у супервизанта уменьшается тревога, связанная с сомнением в своей профессиональной компетентности, усиливается профессиональная мотивация, и растет интерес к работе над случаем.

Неуспешной супервизию можно назвать в тех случаях, когда у супервизанта возникает ощущение, что супервизия была бесполезна для него, его тревога и сомнение в своей профессиональной компетентности усилились, рабочая мотивация снизилась. Интерес к работе над случаем угас, а сложности в работе над ним не разрешились. Арсенал технико-методических средств не расширился, и не появилось более ясного понимания, как эффективнее помочь клиенту.

Следует отметить сложности, которые порой мешают психологу проходить супервизию. Среди них личное сопротивление и зависимая позиция, трудности в общении с авторитетами, конфликт ролей, неспособность принимать поддержку, а также такие внешние препятствия, как финансовые затруднения и проживание в удаленных местностях [12; 14; 15; 19]. Для нашей страны также огромное влияние на осознание профессионалами необходимости и важности супервизии, ее ценности для профессионального развития оказывает отсутствие требования к осуществлению профессиональной деятельности без прохождения супервизий.

Осознание трудностей, которые мешают супервизироваться и их преодоление, позволяют молодому специалисту не только расти профессионально, но и развивать свой личностный потенциал как инструмент работы с клиентом. Интересным в этом направлении является анализ ожиданий обоих участников супервизии (супервизора и супервизанта) друг от друга и от процесса супервизии. Этому вопросу посвящено наше исследование.

Цель исследования — изучение ожиданий супервизантов и супервизоров от процесса супервизии и их представлений об успешной и неуспешной супервизии.

В качестве **гипотезы** исследования мы выдвинули следующее предположение: существуют отличия в ожиданиях от супервизии у супервизоров и супервизантов, в их представлениях об успешной и неуспешной супервизии в зависимости от стажа их работы в профессии.

Методы и организация исследования

Процедура рекрутмента выборки. Выборка набиралась с помощью техники «снежного кома». Первыми участниками исследования были коллеги, приглашенные нами в фокус-группу. Во время работы фокус-группы респонденты заполнили первоначальную версию опросника. Они оценивали пункты анкет утверждения опросника, которые, по их мнению, отражают цель опроса и являются релевантными содержанию исследования, а также утверждения, которые требуют коррекции. В дальнейшем участники фокус-группы приглашали к исследованию

своих коллег. Кроме того, мы распространили информацию об исследовании через социальные сети, а также через сайты Ассоциаций супервизоров. Непременным условием участия в опросе был опыт практической деятельности (консультирование и/или психотерапия).

Выборка. В исследовании приняли участие 103 практикующих российских психолога: 85 женщин и 10 мужчин, 8 респондентов не указали пол. Возраст участников варьировал от 22 лет до 61 года, средний возраст — $38,92 \pm 11,22$ лет.

Респонденты были объединены в группы в зависимости от профессионального опыта (табл. 1).

Таблица 1

**Распределение респондентов в зависимости
от профессионального опыта (N=103)**

Профессиональный опыт	Количество, человек	% от всей выборки
Студенты без опыта работы с клиентами	9	8,74
Студенты с опытом работы с клиентами до 1 года	19	18,45
Студенты с опытом работы с клиентами более 1 года	9	8,74
Профессионалы с опытом работы более трех лет	14	13,59
Профессионалы с опытом работы более 10 лет	52	50,48

Респонденты используют в своей работе различные подходы (психодинамический, системной семейной терапии; бихевиоральный и т.д.). Среди участников исследования 71% занимаются частной практикой и 29% работают в государственных учреждениях. Они регулярно берут как групповую, так и индивидуальную супервизию (30%); только индивидуальную супервизию (15%); только групповую супервизию (18%).

Методики. Для достижения поставленной цели нами были разработаны две анкеты: анкета для супервизора и анкета для супервизанта (доступны в репозитории OFS по ссылке: https://osf.io/nw45m/?view_only=2b5d689bc1be4c75b383ee41acf97304).

Анкета для супервизанта состоит из восьми блоков. Первые четыре блока посвящены сбору информации о выборке супервизантов. Помимо стандартных социально-демографических данных, которые отражены в Блоке 1 анкеты (пол, возраст), нас интересовала информация об опыте работы в профессии — Блок 2 анкеты. В Блоке 3 содержались вопросы о том психотерапевтическом подходе, в котором работает респондент, и о месте его работы (в государственной консультации, в частной практике). Блок 4 включал вопросы об опыте получения

супервизий: 1) формы супервизий (групповая или индивидуальная); 2) регулярность и длительность каждой из них; 3) количество супервизоров, которые работали с супервизантом и 4) причины, по которым супервизант проходил супервизию. В Блоке 4 респондентам предлагалось выбрать наиболее актуальные для них причин обращения за супервизией от формальных («обязательное прохождение супервизий в связи с учебой») до личных («понимаю, что теряю профессиональную позицию в работе со случаем»).

Начиная с Блока 5, в анкете приводились утверждения, отражающие разные аспекты рефлексии процесса супервизии и ожидания супервизанта от супервизии и супервизора. Все утверждения оценивались респондентами по пятибалльной шкале: 1 — «не согласен»; 2 — «скорее не согласен»; 3 — «трудно ответить»; 4 — «скорее согласен»; 5 — «согласен».

Блок 5 посвящен ожиданиям супервизанта от процесса супервизии. Он состоит из 12 пунктов и отражает основные *функции супервизии* (обучающая, развивающая, поддерживающая) [11]. В качестве иллюстрации приведем примеры утверждений анкеты, где респондент анализирует результаты супервизии: «Лучшее понимание той психологической теории, которая лежит в основе моего метода», «Ясность в понимании используемых в работе с клиентом методов и методик» (обучение); «Безоценочную атмосферу сотворчества с более опытным профессионалом» (поддерживающая), «Навыки рефлексии и понимания ее роли в работе с клиентом» (развивающая).

Блок 6 содержит утверждения об ожиданиях супервизанта от супервизора. В основу положены основные *модели супервизии*:

- супервизор-учитель [10], который осуществляет фактически прямой инструктаж супервизанта, например: «Я хотел(а) бы, чтобы мой супервизор предлагал бы конкретные приемы работы»;
- супервизор-консультант, использующий в процессе супервизии «креативные» обсуждения, которые должны побудить супервизанта искать новые варианты работы со случаем, например: «Я хотел(а) бы, чтобы мой супервизор предложил бы совсем новый, неожиданный взгляд»;
- супервизор-фасилитатор [10], работа которого направлена на эмоциональную поддержку супервизанта и вселение в него уверенности, например: «Я хотел(а) бы, чтобы супервизор понимал мои чувства»;
- супервизор-эксперт, который оценивает работу супервизанта в целом [10], например: «Я хотел(а) бы получить от супервизии оценку моей работы более опытным профессионалом».

Блок 7 состоит из утверждений о том, как супервизант понимает, что *супервизия была удачной, полезной*, а Блок 8 — из утверждений о том, как супервизант понимает, что *супервизия не принесла ему пользу*. В каждом из этих двух последних блоков содержится по 13 утверждений. Содержание этих утверждений

определялось авторской концепцией успешной и неуспешной супервизии, определения которых мы привели выше.

Анкета для супервизора так же состоит из восьми боков. Первые три блока содержательно совпадают с анкетой для супервизанта.

В Блоке 4 собраны вопросы об *опыте предоставления супервизий*: 1) групповой формат или индивидуальный; 2) как давно респондент супервизирует работу коллег; 3) количество супервизантов, которые получали супервизию респондента. Начиная с Блока 5, в анкете вместо вопросов предлагаются утверждения, которые супервизоры оценивают по такой же шкале, что и в Анкете для супервизанта.

В Блоке 5 собраны утверждения о том, как супервизор представляет себе, *что получает супервизант от супервизии*. Блок 5 состоит из 13 утверждений, содержательно он так же, как и аналогичный блок в анкете для супервизанта, опирается на основные функции супервизии (см. выше).

Блок 6 состоит из утверждений о том, *что супервизор должен дать супервизанту* в процессе супервизии, например: концентрироваться на состоянии супервизанта, его чувствах, своем контакте с супервизантом или обсуждать с ним его навыки, умения, теоретическую подкованность, либо же обсуждать с ним клиента. В основе утверждений этого блока так же, как и аналогичного блока в анкете для супервизанта, лежат описанные выше модели супервизии.

Блоки 7 и 8 содержат утверждения о *профессиональной рефлексии супервизора по поводу его оценки супервизии как успешной, полезной супервизанту* (Блок 7) или *как неуспешной, бесполезной* (Блок 8). Здесь так же содержательную основу составляют наши концепции успешной и неуспешной супервизии.

При создании анкет мы ориентировались на положение о разделении ответственности за результат супервизии между обоими участниками (супервизором и супервизантом) [11], а также на требования к супервизору, который должен: 1) выстроить рабочий альянс с супервизантом; 2) осознать, что его отношения с супервизантом — это отношения власти и не злоупотреблять ею; 3) пройти соответствующую подготовку и быть признанным как профессионал, имеющий право супервизировать работу коллег [11].

Мы стремились к тому, чтобы в анкетах были представлены основные цели клинической супервизии, к которым относятся осознание супервизантом своих «слепых пятен», причин потери нейтральности, недостаточного понимания методологии практикуемого подхода [11].

Процедура исследования. Респондентам — практикующим психологам, объединенным в профессиональные ассоциации, и студентам, обучающимся оказанию психологической помощи и имеющим опыт работы с клиентами, были предложены разработанные нами анкеты в Google-форме, ссылку на которую мы разместили в закрытых профессиональных группах Facebook, например, в группах «Общество семейных консультантов и психотерапевтов», «Московский клуб супервизоров», «Национальная ассоциация супервизоров».

Анализ данных. Для анализа данных использовались эксплораторный факторный анализ (метод главных компонент с ортогональным и косоугольным вращениями), проверка надежности-согласованности с помощью альфа Кронбаха, однофакторный дисперсионный анализ. Расчеты производились в SPSS v. 15.0 и MS Excel.

Результаты исследования

1 этап анализа данных: ожидания от процесса супервизии. На данном этапе нами был проведен анализ ожиданий респондентов-супервизантов от супервизии и представлений респондентов-супервизоров о том, что получит супервизант от супервизии.

На основании представленных в анкете 13 пунктов с помощью метода главных компонент с косоугольным вращением обилим были выделены три фактора, которые мы условно назвали: Ориентация на знания, Ориентация на профессиональную идентичность, Ориентация на клиента. В табл. 2 содержатся факторные нагрузки первичных 13 пунктов по каждому из трех факторов.

Таблица 2

Факторные нагрузки первичных пунктов по выделенным категориям-факторам ожиданий супервизанта от супервизии

Утверждения	1 фактор: Ориентация на профессиональные знания	2 фактор: Ориентация на профессиональную идентичность	3 фактор: Ориентация на клиента
6. Понимание в чем была ошибка в работе со случаем	0,789	-0,233	0,102
2. Ясность в понимании используемых в работе с клиентом методов и методик	0,733	0,003	0,083
3. Осознание своих ресурсов (теоретических знаний, личностных особенностей) для работы с клиентом	0,684	0,411	-0,092
4. Навыки рефлексии и понимания ее роли в работе с клиентом	0,660	0,369	-0,104
12. Оценку моей работы более опытным профессионалом	0,656	-0,086	0,227
7. Усиление своей профессиональной позиции	0,067	0,753	-0,009
5. Уверенность в своей профессиональной компетентности	0,366	0,576	0,136
1. Безоценочную атмосферу сотворчества с более опытным профессионалом (супервизором)	-0,124	0,490	0,272

11. Обсуждение логики моей психотерапевтической работы	0,102	-0,159	0,759
9. Понимание потребностей моего клиента\группы клиентов, семьи, организации	-0,072	0,304	0,749
8. Понимание, нужна ли помощь смежного специалиста (врача-психиатра, социального работника, медиатора при разводе и т.п.)	0,071	0,181	0,699
10. Лучшее понимание той психологической теории, которая лежит в основе моего метода.	0,372	-0,027	0,503
Вклад фактора в общую дисперсию в процентах	40,3%	10,1%	9,3%

Примечание. Жирным шрифтом выделены нагрузки пунктов, которые определяют соответствующий фактор.

Корреляция между факторами 1 и 2 составила $r=0,225$, между факторами 1 и 3 — $r=0,378$, между факторами 2 и 3 — $r=0,260$.

Таким образом, наличие выделенных трех факторов показывает, что ожидания супервизантов от супервизии являются «дифференцирующими». Процесс ими видится не целостным, а поддающимся синтетическому разделению и выделению различных аспектов для оценки. Респонденты оценивают супервизию по независимым друг от друга параметрам.

В результате аналогичного анализа матрицы ответов супервизоров о том, что, по их мнению, получит супервизант в результате супервизии, был выделен только один интегральный фактор. Проверка согласованности (α Кронбаха) всех первичных утверждений между собой показала удовлетворительные результаты — $\alpha=0,900$. Из 13 утверждений слабо согласуется со шкалой только пункт, связанный с «оценкой своей работы более опытным специалистом». Удаление этого пункта из общего набора приводит к повышению общей согласованности оставшихся пунктов до 0,909.

2 этап анализа данных: ожидания от супервизора. На втором этапе анализа данных мы исследовали представление как супервизантов, так и супервизоров о том, каким критериям должен соответствовать результативный супервизор.

На основании представленных в анкете 13 пунктов, характеризующих возможные ожидания супервизанта от супервизора, с помощью метода главных компонент были выделены 4 фактора, которые можно условно назвать: Обучение, Понимание/поддержка, Этика, Новизна. Поскольку первоначальное косоугольное вращение показало незначимые корреляции между факторами, стало понятно, что эти факторы независимые, и для окончательного решения было выбрано ортогональное вращение варимакс. В табл. 3 содержатся факторные нагрузки первичных 13 пунктов по каждому из этих факторов.

Таблица 3

Факторные нагрузки первичных пунктов по выделенным категориям-факторам ожиданий супервизанта от супервизора

Утверждения	Обучение	Понимание/ поддержка	Этика	Новизна
10. Научил меня правильно работать с клиентом, со случаем	0,797	0,174	-0,090	0,158
5. Предлагал конкретные приемы работы	0,782	0,219	-0,063	-0,075
9. Указал бы на мои ошибки в корректной форме	0,769	0,077	0,060	0,027
6. Был более опытным профессионалом именно в том подходе, в котором я работаю	0,768	-0,173	-0,081	-0,093
4. Был заинтересован в помощи мне в работе над случаем	0,209	0,723	-0,054	-0,137
2. Поддерживал мою профессиональную мотивацию, безоценочность по отношению к моим клиентам	0,141	0,720	-0,009	-0,007
3. Помогал всем участникам групповой супервизии высказаться в обсуждении моего случая, поддерживал коллегиальность	-0,089	0,692	0,327	-0,060
11. Понимал мои чувства	-0,054	0,632	-0,027	0,355
13. Не обсуждал бы со мной мои личные проблемы, не «лечил» бы меня	0,096	0,000	0,881	-0,065
12. Не обсуждал меня с другими коллегами без моего согласия	-0,209	0,159	0,597	0,231
1. Обсуждал со мной не только мою работу, но и мои личные проблемы	0,097	0,495	-0,499	0,322
7. Практиковал бы не тот подход, в котором я работаю, что поможет мне расширить мою профессиональную рефлексию	-0,242	0,017	-0,012	0,795
8. Предложил совсем новый, неожиданный взгляд	0,284	-0,021	0,057	0,671
Вклад фактора в общую дисперсию в процентах	23,0%	16,8%	11,7%	9,7%

Из таблицы видно, что супервизанты ожидают от супервизора прежде всего обучения, понимания и поддержки, соблюдения этических аспектов работы и нового, порой неожиданного видения представленного случая.

Аналогично на основании представленных в анкете 13 пунктов, характеризующих возможные представления супервизора о своей профессиональной деятельности, с помощью метода главных компонент и вращения облимин были выделены 4

фактора, которые можно условно назвать: Обучение, Новизна/Понимание, Качество процесса супервизии и Супервизия ↔ Психотерапия. Последний фактор является биполярным (см. табл. 4).

Таблица 4

Факторные нагрузки первичных пунктов по выделенным категориям-факторам представлений супервизора о своей профессиональной деятельности

Утверждения	Обучение	Новизна/ понимание	Качество супервизии	Супервизия ↔ Психотерапия
10. научить супервизанта правильно работать с клиентом	0,858	0,000	-0,078	-0,078
6. быть более опытным профессионалом именно в том подходе, в котором работает супервизант	0,790	-0,366	0,033	0,159
5. предлагать супервизанту конкретные приемы работы	0,720	0,157	0,214	0,073
9. указать супервизанту на ошибки в корректной форме	0,669	0,371	0,112	-0,054
7. предлагать супервизию не в том подходе, в котором работает супервизант, что поможет ему расширить профессиональную рефлексию	-0,059	0,864	-0,106	-0,088
11. понимать чувства супервизанта	-0,093	0,674	0,217	0,138
8. предложить супервизанту совсем новый, неожиданный взгляд	0,460	0,636	0,039	0,150
3. помогать всем участникам групповой супервизии высказаться в обсуждении случая, поддерживать коллегиальность	-0,143	-0,064	0,941	-0,192
2. поддерживать профессиональную мотивацию супервизанта по отношению к его клиентам	0,035	-0,017	0,715	0,244
12. не обсуждать супервизанта с другими коллегами без его согласия	0,037	0,068	0,646	-0,043
4. быть заинтересованным в помощи супервизанту в работе над случаем	0,326	0,068	0,644	0,162
1. обсуждать с супервизантом не только работу с клиентом, но и личные проблемы супервизанта	0,095	0,022	0,040	0,903
13. обсуждать с супервизантом только его работу, а не его личные трудности и ограничения	0,532	-0,034	0,126	-0,555
Вклад фактора в общую дисперсию в процентах	35,4%	14,2%	10,6%	9,3%

По результатам анализа матрицы попарных корреляций между факторами было выявлено, что Обучение и Новизна/понимание коррелируют между собой значимо, но слабо положительно ($r=0,115$). Корреляции между этими факторами с Качеством процесса супервизии тоже были положительными и слабыми ($r=0,342$ и $r=0,237$ соответственно).

Понятно, что эти компоненты могут присутствовать в процессе супервизии одновременно.

3 этап анализа данных: оценка успешной и неуспешной супервизии (Блоки 7 и 8 анкет для супервизора и супервизанта). Анализ ответов супервизантов на вопросы об успешной супервизии (Блок 7) показал наличие общей интегральной шкалы. Все пункты хорошо согласованы между собой и имеют показатель α Кронбаха, равный 0,841. Подобным же образом обстоит дело при анализе ответов на пункты о неуспешной супервизии — $\alpha=0,955$.

Аналогичным образом обстоит дело с представлениями об успешной и неуспешной супервизии у супервизоров. Все пункты, входящие в один блок, имеют очень высокую согласованность. В случае успешной супервизии показатель α Кронбаха равен 0,900, в случае неуспешной супервизии показатель — $\alpha=0,930$.

4 этап анализа данных: оценка супервизии в зависимости от опыта работы. Далее мы сопоставили оценку супервизии супервизантами в зависимости от их опыта работы в профессии с помощью метода ANOVA. В качестве независимого фактора мы взяли опыт работы в профессии и получили три группы: 1) отсутствие опыта, включая респондентов, имеющих опыт работы менее одного года ($n=28$); 2) опыт от одного года до трех лет ($n=23$) и 3) опыт более 10 лет ($n=52$). В качестве отклика использовались интегрированные оценки супервизии и супервизора, полученные в результате эксплораторного факторного анализа на предыдущих этапах, а также усредненные оценки там, где факторы не выделялись. Ниже представлены случаи, где влияние независимой переменной на отклик (см. табл. 2), оказалось статистически значимым ($p<0,05$ во всех трех случаях).

1) *Оценка супервизии супервизантом (Блок 5).* Показатели фактора Ориентации на профессиональные знания различаются в зависимости от опыта работы супервизантов. На рис. 1 видно, что чем меньше опыт у супервизанта, тем более выражена потребность в получении конкретных знаний.

2) *Оценка неуспешной супервизии супервизантом (Блок 8).* Рис. 2. показывает, что чем больше опыт работы супервизанта, тем более четкое и однозначное у него представление о неуспешной супервизии.

3) *Оценка супервизором деятельности супервизора (Блок 6, фактор 1).* Рис. 3. показывает значимость обучения для супервизора в зависимости от длительности опыта работы в профессии. Чем более опытен супервизор, тем менее он ориентируется на обучение супервизанта в процессе супервизии, тем менее для него значимо обучение конкретным приемам и техникам.

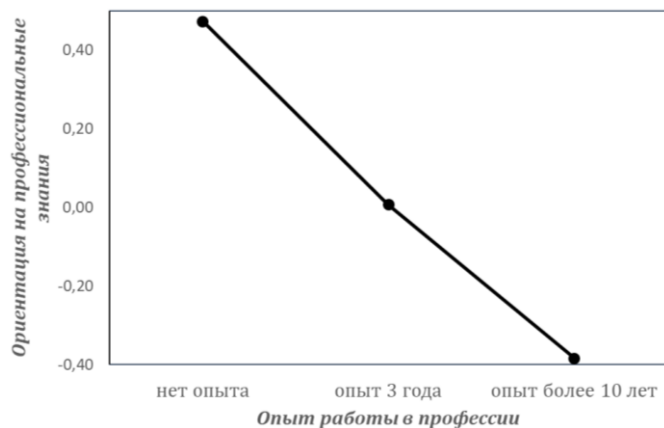


Рис. 1. Динамика показателя «Оценка супервизии супервизантом: ориентация на профессиональные знания» (Блок 5, фактор 1) в зависимости от опыта работы в профессии

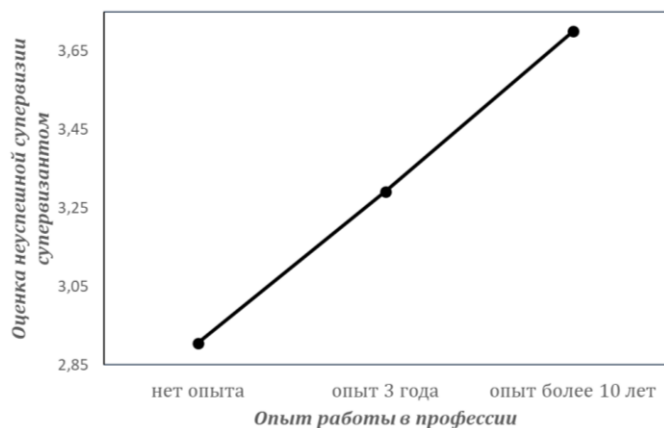


Рис. 2. Динамика показателя «Оценка неуспешной супервизии супервизантом» (Блок 8) в зависимости от опыта работы в профессии

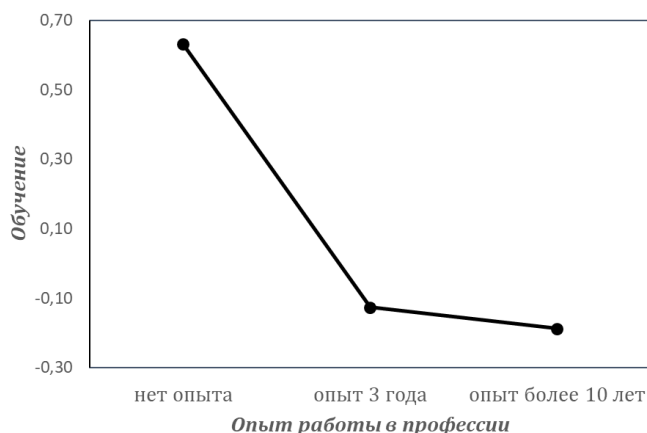


Рис. 3. Динамика показателя «Ожидание супервизора от деятельности супервизора» (Блок 6 фактор 1) в зависимости от опыта работы в профессии самого супервизора

Обсуждение результатов

В работе были выделены факторы ожиданий от супервизии со стороны супервизора и со стороны супервизанта. Супервизант, оценивая свои ожидания от супервизии, выделяет три составляющих — знания, выстраивание профессиональной идентичности и направленность работы на клиента, тогда как супервизор считает все эти аспекты работы взаимодополняющими и неотделимыми друг от друга. Мы полагаем, что в процессе профессионального развития у супервизанта происходит формирование интегрального взгляда на супервизию.

Полученные данные показывают, что *ожидания супервизанта от супервизора* состоят из четырех факторов: Обучение, Понимание/поддержка, Этика и Новизна. То есть ожидания супервизанта дискретные. И от супервизии, и от своего супервизора супервизант прежде всего ожидает обучения, он ориентируется на получение новых знаний, умений и техник. Супервизант хочет развивать свою профессиональную идентичность, и понимание своего клиента у него находится на последнем месте. Его ожидания от супервизора понятны и предсказуемы, вполне адекватны. Наши данные здесь хорошо согласуются с описанными в литературе моделями супервизии [11]. Можно говорить о том, что супервизанты имеют достаточно четкие согласованные критерии успешной и неуспешной супервизии. Все пункты, указанные нами в анкете, работают на эту оценку, и если респондент выражает высокую степень согласия с каким-то из пунктов данного блока, то, скорее всего, он выразит согласие и с остальными пунктами блока.

Интересно, что *ожидания супервизора от супервизии* отличаются от ожиданий супервизанта. Для супервизора также важно обучить супервизанта, но не приемам и техникам. Для него наиболее важно научить супервизанта правильно работать с клиентом. Для супервизанта же самое главное — понять, где он ошибся в работе со случаем, какие методики и техники он применял неверно.

Супервизор ясно понимает границу между супервизией и психотерапией. В первом случае и для супервизора, и для супервизанта клиентом является обратившийся за помощью человек (семья), во втором случае клиентом является супервизант. Супервизант зачастую не обладает этим различием. Такие отличия было бы полезно учитывать при обучении. Результаты показывают, что студентов нужно готовить к супервизии, чтобы они не смешивали ее с тренингами и психотерапией. Подготовка случая к супервизии является отдельной задачей обучения. Наши результаты подтверждают стандарты обучения практикующих психологов. Есть рекомендации по представлению случая для супервизии, где указаны не только параметры описания случая, но обязательным пунктом идет предъявление собственно запроса супервизанта, в чем ему нужна помощь для работы со случаем³.

Опираясь на полученные результаты, можно говорить о целостном, интегральном восприятии супервизии супервизором. С точки зрения супервизоров, нельзя выделить отдельные категории квалификации: знания и умения

³ Сайт Ассоциации консультантов по обучению Insight-Out: <https://insight-out.co.uk/how-best-to-prepare-for-supervision/>

супервизанта, ориентацию на формирование своей профессиональной идентичности и направленность работы на клиента. Все утверждения, которые были предложены респондентам-супервизорам, работают совместно. Другими словами, по мнению супервизоров, супервизия это — комплексный процесс, результат которого нельзя дифференцировать. В этой связи важны все пункты, предложенные супервизору для оценки его представлений о результате супервизии для супервизанта, все эти пункты дополняют друг друга.

Единственное, что не является обязательным условием результативности процесса супервизии, с точки зрения супервизоров, — это оценка работы супервизанта другим специалистом. Этот результат понятен. Оценка супервизанта другими специалистами и коллегами может быть осуществлена в процессе групповой супервизии. Задача супервизора по отношению к супервизанту никак не меняется в зависимости от формата супервизии. Групповой формат добавляет лишь то, что супервизор должен создать условия, обеспечивающие всем участникам супервизорской группы возможность высказать свое мнение о представленном случае. Опыт работы в профессии у участников группы может быть разным, нередко групповая супервизия — это такой формат, когда сам процесс супервизии является обучающим для участников группы, например, когда группа состоит из студентов.

Отдельного внимания при обсуждении ожиданий от супервизии заслуживает *опыт супервизанта и супервизора в профессии*. Результаты нашего исследования показывают, что чем больше опыт работы у супервизанта, тем меньше он ориентируется на получение конкретных знаний, техник и приемов, и тем больше он сосредоточен на понимании своего клиента. И здесь позиции опытного супервизанта и супервизора сближаются: для обоих важен клиент и помощь ему. В каком-то смысле в процессе профессионального развития супервизант приближается к супервизору. Это подтверждает и общепринятый в профессиональных ассоциациях трек — сначала начинающий специалист работает под обязательной супервизией; затем он получает возможность участвовать в супервизиях при необходимости; далее он может проходить тренинг и специальное обучение для того, чтобы самому стать супервизором; и высшая точка профессионального развития — это получение статуса супервизора супервизоров⁴.

Таким образом, мы полагаем, что ориентация на интересы клиента является критерием профессионального роста; по этому параметру можно оценивать эффективность подготовки супервизанта.

Следует отметить, что чем бóльшим опытом обладает респондент, тем выше его согласие с предложенными в анкете утверждениями о неуспешной супервизии. Данный результат подтверждают нашу гипотезу о наличии определенных аспектов, характеризующих неуспешную супервизию, что подтверждает репрезентативность полученной шкалы.

Понятно, что начинающий психолог еще не понимает специфику супервизии и ожидает от нее того же, что от тренинга. Чем больше опыт работы в профессии,

⁴ Сайт Европейской ассоциации семейной терапии (EFTA-TIC): <https://efta-tic.eu/minimum-training-standards/>

тем более адекватными становятся ожидания от супервизии и тем менее значима потребность в получении конкретных знаний.

Опыт работы также помогает выработать критерии неуспешной супервизии: они однозначны и консолидированы. К ним относятся следующие: супервизор не дифференцирует психотерапию и супервизию, критики больше, чем поддержки и объяснений, супервизия демотивирует. При этом критерии хорошей супервизии не выявляются. Это говорит нам о том, что варианты удачной супервизии многообразны в отличие от неуспешной супервизии. Мы можем утверждать, что для профессионалов с большим опытом работы представление о супервизии отличается от представления об обучении. Обучение знаниям, навыкам и техникам не входит в цели и задачи супервизии.

Выводы и заключение

1. В процессе своего профессионального развития у супервизанта меняются ожидания от супервизии: от потребности получить конкретные знания и техники к сосредоточенности на пользе клиенту.

2. Представления об успешной супервизии у супервизора и супервизанта различны. Чем больше опыт работы у супервизанта, тем ближе его представления к представлениям супервизора.

3. Шкала неуспешной супервизии является репрезентативной.

4. Критерии профессиональной зрелости — это ориентация на благо клиента и целостное (не дискретное) представление об успешной супервизии.

Ограничения исследования. Проведенное исследование имеет ограничение — небольшая (103 человека) выборка респондентов. Однако наши респонденты — не случайные люди, а с достаточно хорошо продуманной позицией по тем вопросам, на которые они отвечали. Таким образом, можно рассматривать их не как выборку испытуемых, нередко дающих зашумленные и возможно случайные ответы, а как экспертную группу. Такая трактовка увеличивает доверие к полученным результатам, с одной стороны, а с другой — снижает требования к объему выборки.

Перспективы исследования. В дальнейшем мы хотели бы увеличить выборку респондентов. Интересно было бы исследовать представления о супервизии в зависимости от направления психотерапии. К перспективам исследования можно отнести изучение ожиданий практикующих психологов и психотерапевтов, не получающих регулярной супервизии, и сравнение их представлений и ожиданий с таковыми у тех, кто супервизию получает.

Литература

1. Булюбаш И.Д. Основы супервизии в гештальт-терапии. М.: изд-во Института Психотерапии, 2003. 223 с.

2. Варга А.Я. Супервизия в классической системной семейной психотерапии // Психология и психотерапия семьи. 2019. № 1. С. 21–28. DOI: 10.17513/ppps.2019.1.2
3. Винер Дж., Майзенб Р., Дакхэм Дж. Супервизия супервизора: практика в поисках теории. М.: Когито-Центр, 2006. 352 с.
4. Галасюк И.Н. Пространство супервизии для студентов-клинических психологов: от наставничества к коллегиальности // Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием «Поляковские чтения – 2018. Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 90-летию Ю.Ф. Полякова)» / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной, С.Н. Ениколопова. М.: Сам Полиграфист, 2018. С. 112–115.
5. Залевский Г.В. Психологическая супервизия: учебное пособие для вузов. 2-е изд. М.: Издательство Юрайт, 2020. 176 с. URL: <https://urait.ru/book/psihologicheskaya-superviziya-456402> (дата обращения: 16.03.2022).
6. Кравцова Н.А. Технология супервизии в подготовке клинических психологов в медицинском вузе // Сибирский психологический журнал. 2008. № 30. С. 30–32.
7. Меновщиков В.Ю., Постников И.В. Супервизия на дистанции // Консультативная психология и психотерапия. 2011. Том 19. № 4. С. 40–50. URL: https://psyjournals.ru/files/49508/mpj_2011_n4_Menovshikov_Postnikov.pdf (дата обращения: 13.03.2022)
8. Нюхалов Г.А. Дискурсы современной супервизии — возможно ли преодоление хаоса? // Российский психотерапевтический журнал. 2017. № 1 (9). С. 63–66. URL: <https://psy.su/content/files/RPA-zhurnal-9.pdf> (дата обращения: 19.03.2022)
9. Пышинска И.В. Заметки о дидактической супервизии // Консультативная психология и психотерапия. 2011. Том 19. № 4. С. 51–57. URL: https://psyjournals.ru/files/49518/mpj_2011_n4_Pyshinska.pdf (дата обращения 19.03.2022)
10. Уильямс Э. Вы — супервизор...: Шестифокусная модель, роли и техники в супервизии. М.: Класс, 2001. 288 с.
11. Ховкинс П., Шохет Р. Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы. СПб.: Речь, 2002. 352 с.
12. Bannink F. Handbook of positive supervision for supervisors, facilitators, and peer groups. The Netherlands: Hogrefe Uitgevers BV, 2015. 203 p.
13. Bernard J.M., Goodyear R.K. Fundamentals of clinical supervision. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2018. 313 p.
14. Cook R.M., Ellis M.V. Post-degree clinical supervision for licensure: Occurrence of inadequate and harmful experiences among counselors // Clinical Supervisor. 2021. Vol. 40. № 2. P. 282–302. DOI: 10.1080/07325223.2021.1887786
15. Haake R., Hardy G.E., Barkham M. Person-centred experiential therapy: Perceptions of trainers and developers // Counselling & Psychotherapy research, 2021. Vol. 21. № 2. P. 460–470. DOI: 10.1002/capr.12398

16. Hardy G.E., Simpson-Southward C., Waller G. How do we know what makes for “best practice” in clinical supervision for psychological therapists? A content analysis of supervisory models and approaches // *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 2017. Vol. 24. P. 1228–1245. DOI: 10.1002/cpp.2084
17. Khoshfetrat A, Moore G, Kiernan G. Problematic psychoanalytic supervision: An interpretative phenomenological analysis study // *Counselling & Psychotherapy Research*, 2021. Vol. 22. №1. P. 225–237. DOI: 10.1002/capr.12415
18. Kühne F., Maas J., Wiesenthal S. et al. Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies // *BMC Psychology*. 2019. Vol. 7. № 1. P. 1–11. DOI: 10.1186/s40359-019-0327-7
19. Watkins C.E. What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years // *Counselling and Psychotherapy Research*, 2020. Vol. 20. № 2. P. 190–208. DOI: 10.1002/capr.12287

References

1. Bulyubash I.D. Osnovy supervizii v geshtal't-terapiyu [Supervision basics in gestalt-therapy]. Moscow: Publ. of Institute of Psychotherapy, 2003. 223 p. (In Russ.).
2. Varga A.Ya. Superviziya v klassicheskoi sistemnoi semeinoi psikhoterapii [Supervision in classical systemic family psychotherapy]. *Psikhologiya i psikhoterapiya sem'i=Family Psychology and Psychotherapy*, 2019, no. 1, pp. 21–28. DOI: 10.17513/pps.2019.1.2 (In Russ., abstr. in Engl.).
3. Viner Dzh., Maizenb R., Dakkhem Dzh. Superviziya supervizora: praktika v poiskakh teorii [Supervising and being supervised: A practice in search of a theory]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2006, 352 p. (In Russ.).
4. Galasyuk I.N. Prostranstvo supervizii dlya studentov-klinicheskikh psikhologov: ot nastavnichestva k kollegial'nosti [Supervision space for students-clinical psychologists: from mentoring to collegiality]. In N.V. Zvereva, I.F. Roshchina, S.N. Enikolopov (eds.), *Sbornik materialov nauchno-prakticheskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem «Polyakovskie chteniya – 2018. Metodologicheskie i prikladnye problemy meditsinskoi (klinicheskoi) psikhologii (k 90-letiyu Yu.F. Polyakova)=Proceedings of the Second International Scientific and Practical Conference «Polyakov Readings – 2018. Methodological and Applied Problems of Medical (Clinical) Psychology» (to the 90th anniversary of Yu.F. Polyakov)*. Moscow: Sam Poligrafist, 2018, pp. 112–115. (In Russ.).
5. Zalevskii G.V. Psikhologicheskaya superviziya: uchebnoe posobie dlya vuzov [Psychological supervision]. 2nd ed. Moscow: Yurait, 2020, 176 p. URL: <https://urait.ru/book/psihologicheskaya-superviziya-456402> (Accessed: 16.03.2022) (In Russ.).
6. Kravtsova N.A. Tekhnologiya supervizii v podgotovke klinicheskikh psikhologov v meditsinskom vuze [Supervision technology in graduating of clinical psychologist in high school]. *Sibirskii psikhologicheskii zhurnal=Siberian Journal of Psychology*. 2008, no. 30, pp. 30–32. (In Russ.).

7. Menovshchikov V.Yu., Postnikov I.V. Superviziya na distantsii [Supervision on the distance]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya=Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2011, no. 4 (71), pp. 40–50. (In Russ.).

8. Nyukhalov G.A. Diskursy sovremennoi supervizii – vozmozhno li preodolenie khaosa? [Modern supervision discourse – is chaos overcoming possible?] *Rossiiskii psikhoterapevticheskii zhurnal=Russian Psychotherapeutic Journal*, 2017, no. 1, pp. 63–66. URL: <https://psy.su/content/files/RPA-zhurnal-9.pdf> (Accessed: 19.03.2022) (In Russ., abstr. in Engl.).

9. Pyshinska I.V. Zametki o didakticheskoi supervizii: Superviziya v obrazovatel'nom prostranstve podgotovki psikhologov [Notes on didactic supervision]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya=Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2011, vol. 19, no. 4, pp. 51–57. URL: https://psyjournals.ru/files/49518/mpj_2011_n4_Pyshinska.pdf (Accessed: 19.03.2022) (In Russ., abstr. in Engl.).

10. Uil'ams E. Vy – supervizor: Shestifokusnaya model', roli i tekhniki v supervizii [Visual and Active Supervision. Role, Focus, Technique]. Moscow: Klass, 2001. 288 p. (In Russ.).

11. Khovkins P., Shokhet R. Superviziya: individual'nyĭ, gruppovoi i organizatsionnyĭ podkhody [Supervision in the helping professions. An individual, group and organizational approach]. Saint-Petersburg.: Rech', 2002, 352 p. (In Russ.).

12. Bannink F. Handbook of positive supervision for supervisors, facilitators, and peer groups. The Netherlands: Hogrefe Uitgevers BV, 2015, 203 p.

13. Bernard J.M., Goodyear R.K. Fundamentals of clinical supervision. 6th ed. Upper Saddle River, NJ: Pearson, 2018, 313 p.

14. Cook R.M., Ellis M.V. Post-degree clinical supervision for licensure: Occurrence of inadequate and harmful experiences among counselors. *Clinical Supervisor*, 2021, vol. 40, no. 2, pp. 282–302. DOI: 10.1080/07325223.2021.1887786

15. Haake R., Hardy G.E., Barkham M. Person-centered experiential therapy: Perceptions of trainers and developers. *Counselling & Psychotherapy Research*, 2021, vol. 21, no. 2, pp. 460–470. DOI: 10.1002/capr.12398

16. Hardy G.E., Simpson-Southward C., Waller G. How do we know what makes for “best practice” in clinical supervision for psychological therapists? A content analysis of supervisory models and approaches. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2017, vol. 24, pp. 1228–1245. DOI: 10.1002/cpp.2084

17. Khoshfetrat A, Moore G, Kiernan G. Problematic psychoanalytic supervision: An interpretative phenomenological analysis study. *Counselling & Psychotherapy Research*, 2021 vol. 22, no. 1, pp. 225–237. DOI: 10.1002/capr.12415

18. Kühne F., Maas J., Wiesenthal S. et al. Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies. *BMC Psychology*, 2019, vol. 7, no. 1, pp. 1–11. DOI: 10.1186/s40359-019-0327-7

Варга А.Я., Галасюк И.Н., Митина О.В.
Представления супервизоров и супервизантов
о профессиональной супервизии
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 120–140.

Varga A.Ya., Galasyuk I.N., Mitina O.V.
Supervisor's and Supervisee's Views
on Professional Supervision
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 120–140.

19. Watkins C.E. What do clinical supervision research reviews tell us? Surveying the last 25 years. *Counselling and Psychotherapy Research*, 2020, vol. 20, no. 2, pp. 190–208. DOI: 10.1002/capr.12287

Информация об авторах

Варга Анна Яковлевна, кандидат психологических наук, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГАОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1180-1378>, e-mail: avarga@hse.ru

Галасюк Ирина Николаевна, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6333-8293>, e-mail: igalas64@gmail.com

Митина Ольга Валентиновна, кандидат психологических наук, доцент, ведущий научный сотрудник, факультет психологии, Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова (ФГБОУ ВО МГУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: omitina@inbox.ru

Information about the authors

Anna Y. Varga, PhD (Psychology), Associate Professor, HSE University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1180-1378>, e-mail: avarga@hse.ru

Irina N. Galasyuk, PhD (Psychology), Associate Professor, Department of Neuro- and Pathopsychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6333-8293>, e-mail: igalas64@gmail.com

Olga V. Mitina, PhD (Psychology), Leading Research Associate, Department of psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2237-4404>, e-mail: omitina@inbox.ru

Получена: 29.04.2021

Received: 29.04.2021

Принята в печать: 25.02.2022

Accepted: 25.02.2022

Аутентичность и способность прощать при разных уровнях стресса: предварительное исследование

Нартова-Бочавер С.К.

*Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики»
(ФГБОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8061-4154>, e-mail: snartovabochaver@hse.ru*

Пак В.В.

*Международный аэропорт Домодедово имени М.В. Ломоносова,
г. Домодедово, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7664-1910>, e-mail: violet.park95@mail.ru*

Исследование посвящено изучению связи между двумя чертами личности нижнего уровня — аутентичностью и диспозициональным прощением (способностью прощать) в группах респондентов различного уровня и содержания переживаемого стресса. Выборку составили 140 человек (16–40 лет, $M_{\text{возраст}}=23,1$, $SD_{\text{возраст}}=9,0$; 66 человек женского пола), разделенных по уровню стресса на условно благополучных, группу повседневного стресса, связанного с напряжением от рутинных обязанностей, и группу хронического стресса, вызванного тяжелой травмой с необратимыми последствиями. Использовались русскоязычные версии Шкалы аутентичности (Nartova-Bochaver et al., 2021) и Шкалы прощения Хартланд (Адамян, Нартова-Бочавер, 2020). Обнаружено, что максимальные показатели аутентичности и способности прощать продемонстрировали представители группы хронического стресса, минимальные — представители группы повседневного стресса, а условно благополучные респонденты имели умеренно высокие показатели обеих переменных. Построение регрессионных моделей показало, что в группе хронического стресса аутентичность практически не предсказывается способностью прощать. Для условно благополучных и находящихся в условиях повседневного стресса важнейшим предиктором аутентичности, способствующим аутентичной жизни и предохраняющим от самоотчуждения, явилось прощение себя. Кроме того, в группе повседневного стресса обнаружен второй предиктор тех же переменных — прощение ситуаций. Делается вывод о различии траекторий и возможных детерминант позитивного развития личности в зависимости от уровня переживаемого стресса. Очерчиваются перспективы исследования и возможного применения результатов.

Ключевые слова: аутентичность, прощение, стресс, ресурс, буфер, мораль.

Финансирование. Участие С.К. Нартовой-Бочавер осуществлялось при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках проекта № 20-18-00262.

Для цитаты: Нартова-Бочавер С.К., Пак В.В. Аутентичность и способность прощать при разных уровнях стресса: предварительное исследование [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 141–163. DOI: 10.17759/cpse.2022110107

Authenticity and Dispositional Forgiveness at Different Stress Levels: A Preliminary Study

Sofya K. Nartova-Bochaver

HSE University, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8061-4154>, e-mail: s-nartova@yandex.ru

Violetta V. Park

Domodedovo International Airport, Domodedovo, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7664-1910>, e-mail: violet.park95@mail.ru

The study is aimed at investigating of the relationship between two lower-level personality traits — authenticity and dispositional forgiveness (the ability to forgive). Respondents of the study are experiencing stress of different levels and content. The sample consisted of 140 subjects (16–40 years old, Mage=23,1, SDage=9,0, 66 female), divided by the stress level into following groups: conditionally well-off, everyday stress, and chronic stress. The Russian versions of the Authenticity Scale (Nartova-Bochaver et al., 2021) and the Heartland Forgiveness Scale (Adamyant, Nartova-Bochaver, 2020) were used. The higher scores of both authenticity and forgiveness were obtained in respondents with chronic stress, the lowest ones — in respondents with everyday stress, and conditionally well-off respondents had moderately high indicators of both variables. The regression models showed that in the group of chronic stress, authenticity is practically not predicted by forgiveness. For the conditionally well-off and respondents with everyday stress, the most important predictor of authenticity, contributing to an authentic life and protecting from self-alienation, was forgiveness of self. In addition, a second predictor of the same variables, forgiveness of situations, was found in the group of everyday stress. To sum up, the difference in trajectories and possible determinants of positive personality development depending on the level of stress experienced was claimed. The prospects of research and possible application of the results are outlined.

Keywords: authenticity, forgiveness, resource, buffer, morality.

Funding. Participation of S.K. Nartova-Bochaver was supported by the Russian Science Foundation, project 20-18-00262.

For citation: Nartova-Bochaver S.K., Park V.V. Authenticity and Dispositional Forgiveness at Different Stress Levels: A Preliminary Study. *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 141–163. DOI: 10.17759/cpse.2022110107 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В настоящей статье изложены результаты пилотажного исследования, в котором изучалась связь между аутентичностью личности и способностью к прощению при разных уровнях переживаемого стресса.

С момента возникновения экзистенциальной психологии тема связи перегрузок или острых жизненных событий и позитивных изменений личности исследуется в разных направлениях, и это неудивительно: с одной стороны, жизнь изобилует стрессами и немыслима без них, с другой же — позитивные качества людей тесно и разнообразно с ними связаны, будучи протекторами или буферами против личностного разрушения или возникая в результате переживания повседневных и экстремальных стрессов. Экстремальные события и чрезвычайные нагрузки, согласно наблюдениям В. Франкла и его последователей, способны помочь человеку изменить воспринимаемый масштаб жизни, осуществить селекцию важных и второстепенных опытов и целей, различить подлинное и преходящее и открыть новые смыслы своего существования [4; 8; 13]. В силу этой особой работы, которая не всегда может осуществиться в условиях стабильной жизни, человек может выйти на более высокий уровень личностного бытия. Однако взгляды В. Франкла представляют собой обобщение отдельных впечатляющих кейсов, собранных в исключительно экстремальных жизненных ситуациях, к счастью, не очень репрезентативных. Данных о типичном поведении в условиях наличия/отсутствия стресса или повседневных нагрузок не очень много.

Остановимся на краткой характеристике основных переменных исследования. *Аутентичность личности* — это черта, которая отражает восприимчивость человека к тому, чтобы «быть самим собой» в переживаниях, представлениях, поведении и общении [30; 34; 44]. Для аутентичного человека подлинность повседневных ситуаций, умение найти свою жизненную траекторию, способность избегать провокационных событий и ситуаций, побуждающих его изменять себе, — это безусловные ценности.

Хотя понимание природы и проявлений аутентичности различается в зависимости от парадигмы психологии личности, большинство исследователей сходятся в том, что это благотворное качество, мощный ресурс, позволяющий человеку справиться с разного рода испытаниями [19]. Так, в совсем недавнем исследовании во время пандемии показано, что в группе аутентичных пациентов, страдающих хронической болью, воспринимаемая сила угрозы и воздействие COVID-10 были существенно слабее [33]. В другой работе обнаружено, что аутентичные ветераны, принимавшие участия в военных действиях США, с меньшей вероятностью переживают посттравматический стресс по сравнению с неаутентичными и даже верующими

[29]. Еще одно исследование показало, что аутентичность играет роль буфера по отношению к воспринимаемой силе глобальной природной угрозы (ураган Харви) и предиктора более успешного восстановления [24].

Существуют также интересные данные относительно буферной роли аутентичности в повседневной жизни. Так, исследования в организационной психологии свидетельствуют, что расхождение ценностей «работа–семья» влечет за собой повышение переживаемого работником стресса [39]. Однако наличие аутентичности смягчает эту связь, то есть ослабляет последствия переживаемого стресса и таким образом укрепляет психологическое благополучие.

При высокой согласованности результатов, свидетельствующих в пользу ресурсной роли аутентичности как личностной черты, данные о ее связи с моральным развитием личности неоднородны, и тому есть причины: как отмечает Н. Штрёмингер и коллеги [38], чрезмерно раздутая в современной культуре идея аутентичного Я часто сочетается с имплицитным непризнанием самоограничения как ценности и вызывает цепочку индивидуалистических или даже эгоистических ассоциаций. Не всегда аутентичность понимается в кантианском смысле — как единство разумной автономии и моральной ответственности [15; 22]. Более того, аутентичность как феномен только начинает изучаться в социально-психологическом ракурсе и, если принять понимание аутентичности как чувствительности к подлинности собственной жизни, можно ожидать, что в силу большей рефлексии и осмысленности аутентичные люди будут также и более моральными [34; 36; 40].

О чем же говорят ранее полученные эмпирические данные? С одной стороны, аутентично живущие люди проявляют большее сочувствие и сострадание другим людям, причем даже в контексте не личных, а служебных отношений [45]. Так, исследование из пяти экспериментальных серий показало, что индукция неаутентичного поведения ведет к понижению самооценки респондентов с точки зрения морали и падению самоуважения в целом [20]. С другой же стороны, проведенное в России обширное исследование медиков показало, что аутентичность отрицательно связана с моральными мотивами [3]. Более того, моральные мотивы неожиданно оказались выше у тех врачей, которые демонстрируют высокий уровень самоотчужденности, подвержены внешним влияниям и склонны к профессиональному выгоранию (однако, заметим, продолжают выполнять свой долг). Очевидно, связи между аутентичностью и моральными проявлениями неоднозначны и нелинейны, и существует крайне мало данных о возможных предикторах аутентичности, что представляет собой отдельную линию исследования ввиду устойчиво повторяющихся данных о том, что темперамент, характер и стабильные черты личности предсказывают аутентичность очень слабо [26; 32]. Если бы можно было получить данные, показывающие предикцию аутентичности «высшими» качествами личности, это бы дало некоторые свидетельства в пользу того, что аутентичность действительно нарабатывается и переживается в результате возможных «возвышающих» опытов, в том числе, возможно, травматичных. Это открывает дополнительные психотерапевтические возможности работы с травматическими нарративами, направленные на укрепление психологического благополучия и позитивного функционирования личности.

Обратимся к следующей переменной нашего исследования — способности прощать как морально-психологическому феномену, который только начинает изучаться в российской психологии личности. Примечательно, что в психологии аутентичность и способность прощать как взаимосвязанные феномены практически не исследовались, в то время как в теологической литературе эта связь кажется очевидной и представлена целостной конструкцией — authentic forgiveness, подлинное и безусловное прощение [42].

Что же представляет собой способность человека прощать, и как она может быть изучена? Это моральное качество, отражающее намеренное и осознанное преодоление человеком чувства обиды на другого человека, причинившего ему вред, или на жизненные события и обстоятельства, которые он воспринимает как незаслуженные и трудные [7; 25; 43]. Прощение не синонимично примирению или оправданию, и это не просто принятие произошедшего или самопроизвольное исчезновение гнева и обиды; скорее, это некоторая душевная работа по добровольному изменению своих чувств, установок и поведения, в результате которой обида растворяется, а отношение к обидчику или судьбе меняется на нейтральное или даже великодушное.

Прощение считается важным феноменом восстановления пациента в психотерапии и необходимым моментом повседневного общения, способствующим миру в себе, в своей семье и сообществе в целом. Людям, которые способны переосмыслить травматичное жизненное событие, легче закрыть гештальт и перестроиться на позитивное отношение к причинам и последствиям своего неудовлетворительного опыта, извлечь урок и изменить свою Я-концепцию с учетом произошедших психологических изменений. Опять же, прощение сопровождается катарсисом, просветлением, отделением важного от второстепенного в жизни, изменением отдельных установок или мировоззрения в целом [2; 14; 18]. Другое исследование показывает, что разные измерения способности прощать связаны с психологическим благополучием. Если показатели прощения попадают в один фактор с отсутствием нейротизма, то это одновременно предполагает отсутствие неконструктивных копинг-стратегий (ментальной и поведенческой отчужденности и отрицания), а если показатели прощения попадают в один фактор с экстраверсией, то это, напротив, коррелирует с предпочтением эффективных копинг-стратегий — эмоциональной и инструментальной поддержкой, способностью фокусироваться и «отпускать» негативные события [28; 41].

Умение прощать способствует возникновению симпатии со стороны окружающих, снятию напряжения из-за возможных несовершенств личности или деятельности, более тесным и близким социальным отношениям. Особую форму представляет собой прощение и способность сострадать и сочувствовать самому себе, что используется как самостоятельный ресурс в психотерапии [27]. Это неудивительно: в силу неизбежности проекций человек, снисходительно относящийся к собственным несовершенствам и ошибкам, принимающий свои особенности, в том числе неизменяемые, с высокой вероятностью может быть толерантным и к окружающим. Таким образом, в проявлениях аутентичности личности и способности прощать себя и сострадать себе есть нечто общее.

Л. Томпсон и соавторы определяют прощение как способ осмысления (framing) ситуаций, в которых нарушаются ожидания человека относительно поведения других людей, своего собственного или развития жизненных событий вообще [41]. Разочарование неожиданностями отражается в появлении ярких негативных чувств, порой очень устойчивых, в изменении отношения к себе в сторону осознания себя как жертвы и признания своей «плохости», а также в потере доверия к миру в целом. Непрощение — это плотный энергетически заряженный клубок руминаций, аффектов и навязчивого поведения, наносящий урон психологическому благополучию человека и отвлекающий от решения творческих жизненных задач. Благодаря способности человека прощать ответ на болезненные ситуации трансформируется из негативного в нейтральный или позитивный, формируя в конце концов более продуктивный жизненный нарратив в целом. Неудивительно, что прощение как процесс часто рассматривают в качестве способа совладающего поведения, копинга. Можно предположить, что это качество особенно важно иметь людям, которые находятся в хронически неудовлетворительных жизненных обстоятельствах, не поддающихся объективному изменению.

При очевидной важности способности прощать для поддержания позитивного функционирования и психологического благополучия практически отсутствуют исследования его связи с другими позитивными феноменами личности. Существует и еще одна зияющая лакуна: недостаточно известно о генезисе позитивного развития личности, которое может быть детерминировано как последовательным удовлетворением «иерархии» потребностей, согласно видению А. Маслоу [9], так и возникать в высокотравматичных жизненных обстоятельствах, как об этом писали В. Франкл [13], С. Джозеф [5] и Л. Калхаун с Р. Тедески [16]. Становятся ли люди в неудовлетворительных жизненных обстоятельствах более аутентичными и моральными или, напротив, тратят свои личностные ресурсы на решение задач выживания? Как влияет на эти качества переживаемый стресс? Многие теории морального развития предполагают возможность падения моральных качеств человека в условиях стресса: это и теория социального обмена Дж. Хоманса [23], и физиологические теории морали [1], и теория расширения и построения Б. Фредриксон [18].

Эмпирические данные также неоднородны. Так, например, повседневная ситуация успеха на экзамене способствует готовности к помощи, а провал ее ослабляет. С другой стороны, существуют исследования, которые доказывают реальность позитивных изменений в условиях интенсивных стрессов разного рода. Недавно проведенное исследование связи аутентичности и моральных мотивов показало, что и уровень аутентичности, и выраженность моральных мотивов были выше в группе людей, находящихся в ситуации хронического стресса, а ниже — в группе повседневного стресса; при этом аутентичность оказалась вообще не связанной с моральными мотивами [12].

Интуитивно ожидается, что все «хорошее» в личности взаимосвязано, но было бы слишком упрощенным полагать, что моральные качества всегда адаптивны и способствуют психологическому благополучию [31]. Недавнее исследование показывает, что предикторами моральных проявлений вполне могут быть черты Темной тетрады (верность и авторитет как моральные основания неожиданно

предсказываются макиавеллизмом и психопатией), а ценности не всегда однозначно заданы благотворными для душевного здоровья чертами [28]. Иначе говоря, высшее и прекрасное может рождаться, перефразируя А. Ахматову, из любого «сора».

Наконец, третьей переменной нашего исследования является *уровень стресса*, понимаемого с точки зрения средовой модели Р. Харрисона как состояние, возникающее, если: 1) окружающая среда не обеспечивает достаточных, по мнению человека, ресурсов для удовлетворения его потребностей или 2) способности человека, по его мнению, не отвечают требованиям, необходимым для получения этих ресурсов [21]. Стресс задается не просто качествами личности или окружающей среды, а их несоответствием (*misfit*): требования среды слишком высоки в соотношении со способностями и возможностями субъекта, а ресурсы среды слишком скромны в соотношении с его запросами и потребностями.

Можно выделить различные формы стресса. *Хронический стресс* возникает в условиях долговременного несоответствия индивидуальности и среды, например, в условиях неизлечимых болезней или неразрешимых и не принимаемых человеком трудных обстоятельств. Хронический стресс — это значительное, заметное состояние или событие, которое обычно рефлексировается как особая, тяжелая жизненная ситуация и влечет мобилизацию физических, психологических и социальных ресурсов. Рано или поздно к хроническому стрессу наступает привыкание, человек адаптируется, и тогда трудные обстоятельства становятся просто новой конфигурацией жизненного уклада.

Другой формой является *повседневный стресс*, который нередко изнуряет человека массой мелких рутинных несоответствий и разочарований, например, необходимостью выполнять неинтересные профессиональные обязанности или общаться с непривлекательными для субъекта людьми. Повседневный стресс часто не рефлексировается, не ведет к мобилизации ресурсов и обладает кумулятивным эффектом, в некоторый момент приводя к психологическому срыву [6].

Выше мы упоминали исследования, в которых некоторые из трех рассматриваемых нами переменных (аутентичность, способность прощать как моральное качество и уровень стресса) были связаны попарно, однако работ, объединяющих эти переменные в едином дизайне, нам не встречалось. Складывается впечатление, что для позитивного функционирования и моральных проявлений наиболее благоприятны крайние жизненные ситуации — либо благополучная, либо экстремальная, а промежуточный уровень стресса наименее благотворен. В отсутствие однородных данных о взаимосвязи переживаемого стресса, аутентичности личности и способности прощать мы решили не выдвигать гипотезы, а поставить следующие исследовательские вопросы:

1. Как аутентичность и способность прощать связаны с переживаемым стрессом?
2. Как способность прощать связана с аутентичностью личности?
3. Может ли способность прощать предсказывать проявление аутентичности?

Метод

Выборка и процедура исследования. Совокупную выборку составили 140 человек (16–40 лет, $M_{\text{возраст}}=23,1$, $SD_{\text{возраст}}=9,0$; 66 человек женского пола). Опрос проводился очно, лично авторами исследования; при необходимости респонденты получали необходимые разъяснения. Опросники заполнялись добровольно. Студенты заполняли опросники в рамках дисциплин психологического цикла как часть практических исследований, посвященных опытам самопознания. Участники группы хронического стресса заполняли опросники во время реабилитации в одном из московских центров. Сбор данных полностью соответствовал международным этическим требованиям; исследование было одобрено Комиссией по этической оценке эмпирических исследовательских проектов департамента психологии факультета социальных наук НИУ ВШЭ. Респонденты дали согласие на участие в исследовании и публикацию данных в обобщенном виде; на участие единственного несовершеннолетнего респондента было получено согласие матери. Критериями включения в группу были: для двух первых групп обучение в вузе, для третьей — факт наличия спинальной травмы, полученной более чем два года назад. Критерии исключения: неполные данные.

Первая группа (условно благополучные, УБ) включала 40 студентов-москвичей, средний возраст — $19,9 \pm 1,4$ лет, обучающихся в городском университете педагогической направленности. Этот университет имеет высокий рейтинг и репутацию прогрессивного вуза; практикуется эмпатическое отношение к студентам, уровень отчисления не высок (около 5%), студенческая атмосфера отличается высокой солидарностью и взаимопомощью. В большинстве своем студенты не амбициозны, активно участвуют в волонтерской деятельности и обладают выраженным чувством долга перед обществом и своей альтруистической миссией. По окончании вуза лишь незначительное число выпускников находит интересную и престижную работу; многие посвящают себя служению гуманных задачам исцеления, обучения и просвещения.

Вторая группа (повседневный стресс, ПС) включала 50 студентов одного из международных классических университетов Москвы, средний возраст — $19,4 \pm 1,4$ лет. Студенты приезжают из других городов и стран, преподавание частично ведется на английском языке, учебный план очень насыщен, атмосфера отличается жесткими требованиями и высокой конкуренцией, процент отчисления довольно высок (примерно 21%). Многие студенты отмечают большое количество трудностей, которые им приходится преодолевать в ходе обучения, включая хроническую нехватку сна, выгорание и разочарование в своей профессии и тоску по дому. Однако, получив образование, они с высокой вероятностью находят престижную, интересную и высокооплачиваемую работу, высококомобильны, в том числе и в социальном пространстве.

Наконец, *третья группа (хронический стресс, ХС)* включала 50 пациентов одного из реабилитационных центров, имеющих тяжелые спинальные травмы, средний возраст — $28,7 \pm 6,3$ лет, срок перенесенной травмы — $4,3 \pm 2,5$ лет. У респондентов этой группы уже произошла первичная адаптация к перенесенной травме, большинство из них осваивает новые профессии или посещает курсы для

самообразования, т.е. продолжают процесс обучения. Эта группа несколько старше и менее однородна по возрасту, однако все равно укладывается в период emerging adulthood. Большинство респондентов оказались пожизненными инвалидами в силу собственных рискованных или ошибочных действий, совершенных в большинстве случаев недавно, что драматичным образом изменило траекторию их жизни, разбив жизненный путь на период «до» и «после». Представители этой группы вынуждены приобретать множество новых физических и социальных навыков и менять представление о жизненных целях, ресурсах, возможностях и в конечном счете Я-концепцию в целом.

Таким образом, три группы исследования находились в жизненных ситуациях, характеризующихся разным уровнем объективной нагрузки и стресса.

Методики. Для изучения аутентичности личности использовалась Шкала аутентичности (the Authenticity scale), разработанная А. Вудом [44] в рамках личностно-ориентированной психологии К. Роджерса и адаптированная на русскоязычной выборке [34]. Несмотря на некоторые методологические и методические ограничения, этот подход остается популярным, а инструмент очень востребованным. Аутентичность понимается как черта личности (диспозиция), практически не связанная с темпераментом и базовыми чертами личности, однако предположительно испытывающая влияние прижизненного опыта человека. Шкала включает 12 утверждений и три измерения: Шкалу аутентичной жизни (Authentic living), Принятие внешнего влияния (Accepting external influence) и Самоотчуждение (Self-alienation). Первый показатель вносит положительный вклад в степень выраженности аутентичности как черты личности, два остальных — отрицательный. Используется семибалльная шкала Ликерта. Примеры утверждений: *Для меня важнее понравиться другим, чем «оставаться самим собой»*, *Мне кажется, что я не знаю себя достаточно хорошо*. По данным настоящего исследования показатели надежности α Кронбаха для субшкал Аутентичной жизни, Принятия внешнего влияния и Самоотчуждения составили 0,70, 0,64 и 0,59 соответственно. К сожалению, использовалась не самая сильная версия Шкалы аутентичности, однако ввиду специфики содержания переменной, которая отражает качества черты нижнего уровня, сильно ситуационно флуктуирующие, эти показатели можно считать достигшими порога внутренней надежности [10]. О.В. Митина пишет по этому поводу так: «Следует руководствоваться рекомендациями и здравым смыслом: неправомерно ожидать от шкалы, предназначенной для диагностики мотива или эмоции, которые сами по себе весьма динамичны, высокой согласованности ответов на пункты, предназначенные для измерения этих конструктов. α -Кронбаха равная 0,6 в этом случае — хороший показатель» [10, с. 234].

Для изучения диспозициональной способности прощать как черты нижнего уровня использовалась Шкала прощения Хартланд (Heartland Forgiveness Scale, HFS) [11; 41]. Шкала недавно адаптирована в России, и существует две ее версии — более близкая к оригиналу и сокращенная, с измененной факторной структурой. Мы использовали версию 2003 года из 18 утверждений, которая включает три субшкалы: Прощение себя (Forgiveness of self), Прощение других (Forgiveness of others), Прощение событий (Forgiveness of situations). Подсчитывается также общий показатель диспозиционального прощения (HFS). Примеры утверждений: *Хотя*

вначале, пережив провал, я чувствую себя плохо, со временем могу себя простить; Я плохо отношусь к тем, кто со мной плохо обращается; Я легко смиряюсь с плохими событиями, которые происходят в моей жизни. В опроснике используется семибалльная шкала Ликерта. В текущем исследовании показатели надежности α Кронбаха для субшкал Прощение себя, Прощение других и Прощение событий составили 0,77, 0,74 и 0,74 соответственно.

Статистические критерии. Данные обрабатывались в IBM SPSS Statistics v. 23.0 и Microsoft Excel. Использовались коэффициент корреляции r Пирсона, показатели надежности α Кронбаха, коэффициент F Фишера.

Результаты

Распределения всех переменных близки к нормальному. Средние значения и стандартные отклонения показателей по всем шкалам опросников в трех группах сравнения представлены в табл. 1. С помощью ANOVA были получены данные о значимых межгрупповых различиях по пяти из семи показателям. Прежде всего, наивысший уровень аутентичности был получен в группе людей, переживающих хронический стресс: интенсивность Аутентичной жизни у них выше, а Принятие внешнего влияния и Самоотчуждение слабее, чем в двух других группах. Представители группы УБ показали средние результаты, а группа ПС неожиданно продемонстрировала самые низкие показатели аутентичности: выраженность Аутентичной жизни оказалась у них наименьшей, а показатели Принятия внешнего влияния и Самоотчуждения — наивысшими.

Таблица 1

Средние и стандартные отклонения основных переменных в группах сравнения

Шкалы	Группа		
	ХС	ПС	УБ
Аутентичная жизнь*	21,2±4,69	16,78±5,33	19,15±5,04
Принятие внешнего влияния*	13,22±4,61	16,04±4,62	14,98±4,81
Самоотчуждение*	7,58±4,30	15,50±5,90	12,23±6,44
Общий показатель прощения	84,48±21,57	80,52±13,86	84,30±10,86
Прощение себя	28,98±5,80	27,54±6,07	26,85±7,03
Прощение других*	29,20±5,93	26,04±5,33	28,45±5,74
Прощение событий*	35,86±17,70	26,94±5,84	29,00±6,13

Примечание. * — значимые различия при $p < 0,05$.

Обратимся к показателям диспозиционального прощения. Несмотря на отсутствие различий по общему показателю способности прощать и Прощению себя, два других показателя значимо различаются между группами, причем тенденции повторяют те,

что были описаны при анализе аутентичности. Респонденты из группы ХС демонстрируют самые высокие показатели склонности прощать других людей, а также отдельные события своей жизни. Самые низкие показатели отмечаются в группе ПС.

Эти результаты дали ответ на первый исследовательский вопрос.

Обратимся к анализу связи диспозиционального прощения и аутентичности: появляются ли эти качества вместе, исключают ли друг друга или вообще не связаны? Наибольшее количество связей образовали показатель Прощения себя и общий показатель Прощения — именно те, которые не различались в группах с разным уровнем стресса; результаты, впрочем, сильно варьируют, паттерны выразительны, а значимые корреляции умеренны (табл. 2). В группе ХС проявилась всего одна связь, в группе УБ — две, а в группе ПС их оказалось пять. Те, кто находится в стабильно трудных жизненных ситуациях, эффективно сопротивляются внешнему влиянию, если способны прощать вообще — неважно, себя, других или судьбу. По-видимому, этот навык позволяет им противостоять провокациям и манипуляциям, представляющим собой нередкий вариант внешнего влияния. Однако в остальном прощение и аутентичность в этой группе предстают как достаточно независимые феномены: не прощение задает высокий уровень аутентичности, а какие-то иные ресурсы.

Таблица 2

**Значимые связи диспозиционального прощения и аутентичности
 в группах сравнения**

Группа	Шкалы	Общий показатель прощения	Прощение себя	Прощение событий
ХС	Принятие внешнего влияния	-0,39**		
	Самоотчуждение			
ПС	Аутентичная жизнь	0,30*	0,39**	0,43**
	Самоотчуждение		-0,33*	-0,37**
УБ	Аутентичная жизнь		0,37*	
	Принятие внешнего влияния		-0,39*	

Примечание. * — корреляции значимы при $p < 0,05$; ** — значимые на уровне $p < 0,01$.

В группе повседневного стресса связи наиболее дифференцированные. Чем лучше развиты навык прощения себя, событий своей жизни и готовность отказаться от мщения или восстановления справедливости, тем более «настоящую», подлинную жизнь проживают члены этой группы. Верно и обратное: непощение, особенно жизненных событий и себя, связано с нарушением подлинности, выраженным Самоотчуждением. Иначе говоря, через развитие способности прощать как важнейшего социально-экзистенциального навыка в этой группе возможно

достижение Аутентичности и предотвращение Самоотчуждения. В группе условно благополучных способность прощать себя положительно связана с переживанием Аутентичной жизни и отрицательно — с Самоотчуждением.

Эти данные дали ответ на второй исследовательский вопрос.

Перейдем к поиску ответа на третий исследовательский вопрос. Рассматриваемые переменные (аутентичность и способность прощать) представляют собой качества примерно одинакового онтологического статуса — оба слабо связаны с темпераментом и характером, относятся к чертам личности нижнего уровня, развивающимся прижизненно и потому восприимчивым к событиям жизненного пути и накопленному индивидуальному опыту. Тем не менее, осознавая условность данной манипуляции, мы построили линейные регрессионные модели для каждой из рассмотренных групп, в которой показатели прощения были предиктором, а переживание аутентичности — эффектом. Было получено несколько моделей, среди которых оказались даже умеренно сильные (рис. 1, показаны стандартизированные β , значимые на уровне $p < 0,05$).

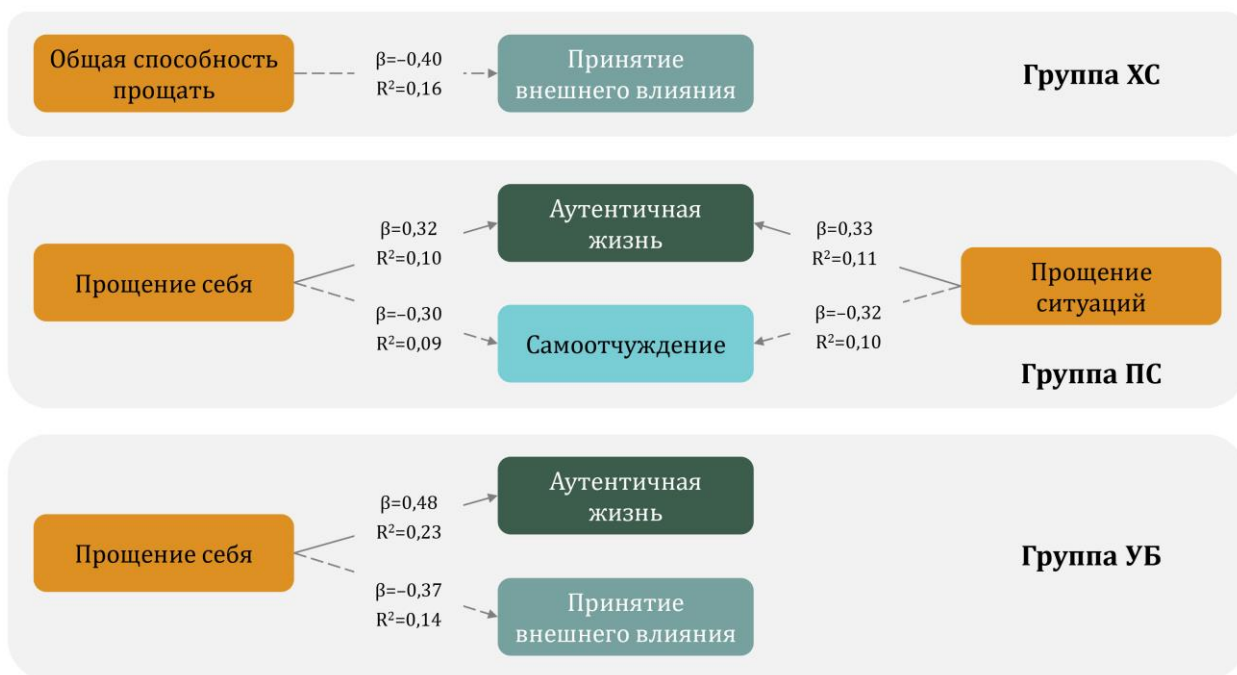


Рис. 1. Вклад показателей шкал прощения Хартланд в показатели аутентичности в трех группах сравнения

Примечание. R^2 — коэффициент детерминации, β — стандартизированный коэффициент регрессии; пунктирные стрелки показывают отрицательную предикцию. Все связи значимы при $p < 0,05$.

Как и прежде, были получены различия в предикции в разных группах. В группе ХС связь была наиболее скудной: только общий показатель Прощения может быть протектором против Принятия внешнего влияния. В группе ПС были получены наиболее богатые связи. Оказалось, что Прощение себя и Прощение ситуаций способствуют переживанию Аутентичной жизни и служат протектором

против Самоотчуждения. А группа УБ частично воспроизводит связи, полученные в группе ПС, но с усилением: Прощение себя способствует переживанию Аутентичной жизни и ослаблению Самоотчуждения. Таким образом, можно заключить, что Способность прощать действительно вносит вклад в переживание аутентичности, но при разном уровне и качестве стресса предикторы могут слегка варьировать.

Обсуждение результатов

Проведенное исследование показало, что и аутентичность, и диспозициональное прощение связаны с уровнем переживаемого стресса, причем эта зависимость нелинейна: наиболее высокий уровень позитивных качеств обнаружен в группе ХС, наименее высокий — в группе ПС, а умеренные показатели — в группе УБ. С учетом объективно сложной жизненной ситуации представителей группы ХС (физическая зависимость от других людей, нарушение привычных телесных ощущений и схемы тела, неспособность работать, потеря многих жизненных возможностей) мы можем объяснить данный результат только эффектом посттравматического роста, предполагающего продуктивный опыт позитивных личностных изменений в результате борьбы с тяжелыми жизненными кризисами. Очевидно, что драматический жизненный опыт предоставил им возможность практиковаться в наработке этих навыков. Эффект посттравматического роста проявляется во многих направлениях, в том числе в повышении понимания ценности жизни в целом, изменении своего отношения к другим людям, нахождении новых возможностей и укреплении чувства личной силы, т.е. в усилении переживания подлинности своего жизненного пути [26]. Более того, посттравматический рост типичным образом возникает именно в условиях отсутствия возможности объективного совладания со стрессом и трудной жизненной ситуацией, объективно безвыходной [6]. Хотелось бы также обратить внимание на то, что представители группы ХС несколько старше, чем остальные участники исследования, и можно предположить, что более высокий уровень позитивных качеств может быть обусловлен и просто взрослением.

В группе ПС, возможно, именно воспринимаемая незначительность, «невидимость» текущих огорчений способствует тому, что работа по их осознанию и преодолению не ведется, а реакция на них генерализуется лишь по достижении некоторого порога. В силу этого люди, убежденные в том, что они справляются с рутинными нагрузками, на самом деле истощаются, возможно, становятся излишне требовательными и к себе, и к окружающим. Именно поэтому десенсибилизация к несовершенствам, во многом заданная способностью прощать самих себя и жизненные обстоятельства (неудачи, несправедливость), помогает человеку сохранить свою целостность, свое истинное Я. Что же касается группы УБ, то в отсутствие избыточных нагрузок без особых катарсисов и драматизаций эти респонденты вырабатывают умеренно позитивное, адаптивное отношение к самим себе и миру.

Построенные регрессионные модели также интересны своими тенденциями, указывающими, что ресурсы аутентичности различаются в группах разной выраженности стресса, а траектории ее развития также могут не совпадать.

Обнаружено, что аутентичность практически не связана со способностью прощать в группе ХС. Несмотря на то, что аутентичность в этой группе выше, складывается впечатление, что аутентичность и способность прощать развиваются параллельно, не обуславливая друг друга. Для обеих студенческих групп наиболее существенный вклад в сохранение аутентичности был внесен способностью Прощать себя, позволяя предположить, что признание права на ошибку и аутентичность как феномены сильно пересекаются. Интересно, что только в группе ПС обнаружена высокая сензитивность к важности Прощать ситуации и события. Возможно, представление о разнообразии мира, его непредсказуемости и несправедливости еще не сформировалось в этом возрасте. Можно посмотреть на эти результаты и с другой стороны: высокая амбициозность, установка на соперничество и успех приводят к заужению фокуса сознания, в силу чего негативные жизненные события игнорируются, и люди сталкиваются с ними без должной психологической подготовленности.

Как бы то ни было, мы нашли ответы на поставленные исследовательские вопросы и готовы к выдвижению гипотез в последующих исследованиях.

Исследование не свободно от ограничений, которые частично могут быть преодолены в будущих исследованиях. Прежде всего, это не очень объемные выборки, оправданием использования которых может быть их популяционная малочисленность и клинический ракурс исследования. Далее, это скромный исследовательский арсенал. Мы использовали только два стандартизированных опросника в силу новизны и экзотичности изучения наших переменных в России и отсутствия других валидных методик, однако, учитывая возрастающую популярность позитивно-психологических исследований, можно ожидать, что подобных методов будет больше. Еще одно ограничение состоит в том, что в диагностике уровня стресса мы ограничились анализом объективной ситуации жизни наших респондентов, не измеряя субъективный стресс (использовали экспертный, а не психометрический метод диагностики состояния), что также может быть включено в дизайн последующих исследований. И, конечно, наша выборка была слишком однородной с точки зрения содержания источников стресса, что также может быть скорректировано в дальнейшем.

Выводы

Итак, проведенное предварительное исследование аутентичности личности, способности к прощению и их связи в зависимости от уровня выраженности стресса привело к следующим результатам. Прежде всего, обнаружено, что оба изучаемых позитивных качества различаются в зависимости от уровня переживаемого стресса, причем нелинейно: наиболее аутентичными и одновременно способными прощать оказались респонденты из группы ХС, в то время как респонденты из группы ПС продемонстрировали самый низкий уровень выраженности обоих качеств. Было обнаружено, что аутентичность и способность прощать связаны положительно: люди, склонные проявлять милосердие и прощать других или неблагоприятные жизненные обстоятельства, с большей вероятностью ощущают подлинность собственной личности. Показано также, что связи аутентичности и способности прощать образуют разные паттерны в зависимости от уровня выраженности

стресса. В группе ХС эти феномены практически обособлены (присутствует только одна связь), в группе УБ аутентичность предсказывается способностью Прощать себя (две связи), а в группе ПС — способностью Прощать себя и события своей жизни (четыре связи).

Несмотря на то, что проведенное исследование носило предварительный характер, на наш взгляд, очевидно, что способность прощать себя и неприятные жизненные обстоятельства, от риска которых не застрахован никто, способствует развитию аутентичности, которая в свою очередь представляет собой важный фактор психологического благополучия и позитивного функционирования личности. Этот факт может быть использован в программах личностного роста и коучинге, направленных на получение соответствующих жизненных навыков.

Литература

1. Арутюнова К.Р., Александров Ю.И. Мораль и субъективный опыт. М: изд-во Институт психологии РАН, 2019. 188 с.
2. Большунова Н.Я., Устинова О.А. Психологические и социокультурные смыслы прощения и развитие способности к нему // Духовно-нравственные проблемы современной личности / Под ред. М.И. Воловиковой, А.Л. Журавлева, А.В. Юревича. Москва: изд-во Институт психологии РАН, 2018. С. 204–225.
3. Бочавер К.А., Данилов А.Б., Нартова-Бочавер С.К. и др. Перспективы салютогенного подхода к профилактике синдрома выгорания у российских врачей // Клиническая и специальная психология. 2019. Том 8. № 1. С. 58–77. DOI: 10.17759/psyclin.2019080104
4. Витко Ю.С., Лебедева А.А. Духовность как индикатор качества жизни, связанного с психическим здоровьем // Неврологический вестник. 2019. Том 51. № 4. С. 88–91. DOI: 10.17816/nb16465
5. Джозеф С. Что нас не убивает. Новая психология посттравматического роста. М: Карьера Пресс, 2015. 352 с.
6. Довжик Л.М., Бочавер К.А. Психология спортивной травмы. М: Спорт, 2020. 264 с.
7. Кононова А.П., Пуговкина О.Д. Валидизация опросника «Склонность к прощению и установки по отношению к прощению проступков» на российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Том 26. № 4. С. 27–45. DOI: 10.17759/cpp.2018260403
8. Леонтьев Д. А., Тараненко О. А., Калашникова О.Э. Специфика осмысленности жизни у различных групп кризисных пациентов // Мир психологии. 2017. № 3. С. 190–201.
9. Маслоу А. Мотивация и личность. СПб: Питер СПб, 2008. 400 с.
10. Митина О.В. Альфа Кронбаха: когда и зачем ее считать // Современная психодиагностика России. Преодоление кризиса: сборник материалов III

Нартова-Бочавер С.К., Пак В.В.
Аутентичность и способность прощать при разных
уровнях стресса: предварительное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 141–163.

Nartova-Bochaver S.K., Park V.V.
Authenticity and Dispositional Forgiveness
at Different Stress Levels: A Preliminary Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 141–163.

Всероссийской конференции. Том 1. / Под ред. Н.А. Батурина. Челябинск:
издательский центр ЮУрГУ, 2015. С. 232–240.

11. *Нартова-Бочавер С.К., Адамян А.А.* Способность прощать и домашняя среда как аспекты межличностного взаимодействия // Социальная психология и общество. 2020. Том 11. № 1. С. 193–210. DOI: 10.17759/sps.2020110112

12. *Нартова-Бочавер С.К., Ковалёва М.А.* Аутентичность личности и моральные мотивы в ситуациях повседневного и хронического стресса // Способности и ментальные ресурсы человека в мире глобальных перемен / Под. ред. А.Л. Журавлёва, М.А. Холодной, П.А. Сабодоша. М.: изд-во Институт психологии РАН, 2020. С. 1108–1115. DOI: 10.38098/proc.2020.59.34.001.

13. *Франкл В.* Базовые концепции логотерапии. Харьков: Гуманитарный центр Харьков, 2022. 104 с.

14. *Akhtar S., Dolan A., Barlow J.* Understanding the relationship between state forgiveness and psychological wellbeing: A qualitative study // Journal of Religion and Health. 2017. Vol. 56. № 2. P. 450–463. DOI: 10.1007/s10943-016-0188-9

15. *Bauer K.* To be or not to be authentic. In defense of authenticity as an ethical ideal // Ethical Theory and Moral Practice. 2017. Vol. 20. № 3. P. 567–580. DOI: 10.1007/s10677-017-9803-4

16. *Calhoun L.G., Tedeschi R.G.* Handbook of posttraumatic growth: Research and practice. London: Lawrence Erlbaum, 2014. 385 p.

17. *Chen S., Murphy D.* The mediating role of authenticity on mindfulness and well-being: a cross cultural analysis // Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy. 2019. Vol. 10. № 1. P. 40–55. DOI: 10.1080/21507686.2018.1556171

18. *Fredrickson B.L.* Updated thinking on the positivity ratio // American Psychologist. 2013. Vol. 68. P. 814–822. DOI: 10.1037/a0033584

19. *Gall T.L., Bilodeau C.* The role of forgiveness as a coping response to intimate partner stress // Journal of Spirituality in Mental Health. 2021. Vol. 23. № 4. P. 1–23. DOI: 10.1080/19349637.2020.1745725

20. *Gino F., Kouchaki M., Galinsky A.D.* The moral virtue of authenticity: How inauthenticity produces feelings of immorality and impurity // Psychological Science. 2015. Vol. 26. № 7. P. 983–996. DOI: 10.1177/0956797615575277

21. *Harrison R.V.* The person-environment fit model and the study of job stress // Human stress and cognition in organizations / T.A. Beehr, R.S. Bhagat (eds.). New York: Wiley, 1985. P. 23–55.

22. *Henning T.* Why be yourself? Kantian respect and Frankfurtian identification // The Philosophical Quarterly. Vol. 61 (245). P. 725–745. DOI: 10.1111/j.1467-9213.2011.707.x

23. *Homans G.C.* Social Behavior; Its Elementary Forms. New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1961. 396 p.
24. *Maffly-Kipp J., Flanagan P., Kim J. et al.* The role of perceived authenticity in psychological recovery from collective trauma // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2020. Vol. 39. № 5. P. 419–448. DOI: 10.1521/jscp.2020.39.5.419
25. *Maltby J., Day L., Barber L.* Forgiveness and mental health variables: Interpreting the relationship using an adaptational-continuum model of personality and coping // *Personality and Individual Differences*. 2004. Vol. 37. № 8. P. 1629–1641. DOI: 10.1016/j.paid.2004.02.017
26. *Maltby J., Wood A.M., Day L. et al.* The position of authenticity within extant models of personality // *Personality and Individual Differences*. 2012. Vol. 52. № 3. P. 269–273. DOI: 10.1016/j.paid.2011.10.014
27. *Matos M., Duarte C., Duarte J. et al.* Cultivating the compassionate self: An exploration of the mechanisms of change in compassionate mind training // *Mindfulness*. 2022. Vol. 13(1). P. 1–14. DOI: 10.1007/s12671-021-01717-2
28. *Međedović J., Petrović B.* Can there be an immoral morality? Dark personality traits as predictors of Moral foundations // *Psihologija*. 2016. Vol. 49. № 2. P. 185–197. DOI: 10.2298/PSI1602185
29. *Munns C.A.* Religious belief, authenticity, posttraumatic stress, and existential well-being in combat veterans: A correlation study. Doctoral dissertation. San Diego, CA: Northcentral University, 2018. URL: <https://www.proquest.com/openview/73ab3fe471ea2116b4febff2c04f0b27/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750> (дата обращения: 13.03.2021).
30. *Ottiger A.S., Joseph S.* From ego-centred to eco-centred: an investigation of the association between authenticity and ecological sensitivity // *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*. 2020. Vol. 20 (6). P. 1–13. DOI: 10.1080/14779757.2020.1846600
31. *Parks-Leduc L., Feldman G., Bardi A.* Personality traits and personal values: A meta-analysis // *Personality and Social Psychology Review*. 2015. Vol. 19. № 1. P. 3–29. DOI: 10.1177/1088868314538548
32. *Pinto D.G., Maltby J., Wood A.M.* Exploring the tripartite model of authenticity within Gray's approach and inhibition systems and Cloninger's bio-social model of personality // *Personality and Individual Differences*. 2011. Vol. 51. № 2. P. 194–197. DOI: 10.1016/j.paid.2011.03.040
33. *Reed D.E., Lehinger E., Cobos B. et al.* Authenticity as a resilience factor against CV-19 threat among those with chronic pain and posttraumatic stress disorder // *Frontiers in psychology*. 2021. Vol. 12. P. 1438. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.643869
34. *Reznichenko S.I., Nartova-Bochaver S.K., Irkhin B.D.* Do authentic people care about the environment? A view from two paradigms // *Psychology in Russia: State of the Art*. 2021. Vol. 14. № 3. P. 81–102. DOI: 10.11621/pir.2021.0306

35. Ryan R.M., LaGuardia J.G., Rawsthorne L.J. Self-complexity and the authenticity of self-aspects: Effects on wellbeing and resilience to stressful events // *North American Journal of Psychology*. 2005. Vol. 7. № 3. P. 431–448.
36. Ryan W.S., Ryan R.M. Toward a social psychology of authenticity: Exploring within-person variation in autonomy, congruence, and genuineness using self-determination theory // *Review of General Psychology*. 2019. Vol. 23. № 1. P. 99–112. DOI: 10.1037/gpr0000162
37. Strelan P. The stress-and-coping model of forgiveness: Theory, research, and the potential of dyadic coping // *Handbook of forgiveness* / E.L. Worthington, N.G. Wade (eds.). London: Routledge, 2020. P. 63–73. DOI: 10.4324/9781351123341-7
38. Strohminger N., Knobe J., Newman G. The true self: A psychological concept distinct from the self // *Perspectives on Psychological Science*. 2017. Vol. 12. № 4. P. 551–560. DOI: 10.1177/1745691616689495
39. Swart E. Values inconsistency between work and home: Evaluating the impact on stress and well-being, and the role that authenticity has to play. Master Thesis. Hamilton, New Zealand: The University of Waikato, 2020. URL: <https://researchcommons.waikato.ac.nz/handle/10289/13802> (дата обращения: 13.03.2021).
40. Tan C. Mindfulness and morality: Educational insights from Confucius // *Journal of Moral Education*. 2021. Vol. 50. № 3. P. 356–367. DOI: 10.1080/03057240.2020.1779045
41. Thompson L.Y., Snyder C.R., Hoffman L. et al. Dispositional forgiveness of self, other, and situations // *Journal of Personality*. 2005. Vol. 73. P. 313–359. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x
42. Tran J.C. Authentic forgiveness: A biblical approach. Carlisle: Langham, 2020. 132 p.
43. Wenzel M., Okimoto T.G. The varying meaning of forgiveness: Relationship closeness moderates how forgiveness affects feelings of justice // *European Journal of Social Psychology*. 2012. Vol. 42. № 4. P. 420–431. DOI:10.1002/EJSP.1850
44. Wood A.M., Linley P.A., Maltby J. et al. The authentic personality: A theoretical and empirical conceptualization and the development of the Authenticity Scale // *Journal of Counseling Psychology*. 2008. Vol. 55. № 3. P. 385–399. DOI: 10.1037/0022-0167.55.3.385
45. Zhang J.W., Chen S., Tomova Shakur T.K. et al. A compassionate self is a true self? Self-compassion promotes subjective authenticity // *Personality and Social Psychology Bulletin*. 2019. Vol. 45. № 9. P. 1323–1337. DOI:10.1177/0146167218820914

References

1. Arutyunova K.R., Aleksandrov Yu.I. Moral' i sub"ektivnyi opyt [Morality and subjective experience]. Moscow: publ. of Institute of psychology RAS, 2019. 188 p. (In Russ.).
2. Bol'shunova N.Ya., Ustinova O.A. Psikhologicheskie i sotsiokul'turnye smysly proshcheniya i razvitie sposobnosti k nemu [Psychological and Sociocultural meanings of

the modern person]. In M.I. Volovikova, A.L. Zhuravlev, A.V. Yurevich (eds.), *Dukhovno-nravstvennye problemy sovremennoi lichnosti=Spiritual and Moral Problems of the Modern Person*. Moscow: publ. of Institute of psychology RAS, 2018. Pp. 204—225. (In Russ.)

3. Bochaver K.A., Danilov A.B., Nartova-Bochaver S.K. et al. Perspektivy salyutogenno go podkhoda k profilaktike sindroma vygoraniya u rossiiskikh vrachei [Future of salutogenic approach to prevention of burnout syndrome in Russian physicians]. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2019, vol. 8, no. 1, pp. 58–77. DOI: 10.17759/cpse.2019080104 (In Russ., abstr. in Engl.).

4. Vitko Yu.S., Lebedeva A.A. Dukhovnost' kak indikator kachestva zhizni, svyazannogo s psikhicheskim zdorov'em [Spirituality as an indicator of mental health-related quality of life]. *Dukhovnost' kak indikator kachestva zhizni, svyazannogo s psikhicheskim zdorov'em Nevrologicheskii vestnik=Neurological Bulletin*, 2019, vol. 51, no. 4, pp. 88–91. DOI: 10.17816/nb16465_(In Russ., abstr. in Engl.).

5. Dzhozef S. Chto nas ne ubivaet. Novaya psikhologiya posttravmaticheskogo rosta [What doesn't kill us: The new psychology of posttraumatic growth]. Moscow: Kar'era Press, 2015. 352 p. (In Russ.).

6. Dovzhik L.M., Bochaver K.A. Psikhologiya sportivnoi travmy [Psychology of sport injury]. Moscow: Sport, 2020. 264 p. (In Russ.).

7. Kononova A.P., Pugovkina O.D. Validizatsiya oprosnika pSklonnost' k proshcheniyu i ustanovki po otnosheniyu k proshcheniyu prostupkov»rna rossiiskoi vyborke [The Validation of Tendency to Forgive and Attitudes Toward Forgiveness Scale on the Russian-Speaking Sample]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya=Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2018, vol. 26, no. 4, pp. 27–45. DOI: 10.17759/cpp.2018260403 (In Russ., abstr. in Engl.).

8. Leont'ev D.A., Taranenko O.A., Kalashnikova O.E. Spetsifika osmyslennosti zhizni u razlichnykh grupp krizisnykh patsientov [The specifics of the meaningfulness of life in different groups of crisis patients]. *Mir psikhologii=The World of Psychology*, 2017, no. 3, pp. 190–201. (In Russ.)

9. Maslou A. Motivatsiya i lichnost' [Motivation and personality]. Saint-Petersburg: Piter SPb, 2008. 400 p. (In Russ.)

10. Mitina O.V. Al'fa Kronbakha: kogda i zachem ee schitat' [Cronbach's Alpha: when and why to count it]. In N.A. Baturin (ed.), *Sovremennaya psikhodiagnostika Rossii. Preodolenie krizisa: sbornik materialov III Vserossiiskoi konferentsii=Psychodiagnosics of Russia. Overcoming the crisis: collection of materials of the III All-Russian Conference*. Vol. 1. Chelyabinsk: Izdatel'skii tsentr YuUrGU, 2015, pp. 232–240.

11. Nartova-Bochaver S.K., Adamyan A.A. Sposobnost' proshchat' i domashnyaya sreda kak aspekty mezhlichnostnogo vzaimodeistviya [Forgiveness and home environment as aspects of interpersonal interaction]. *Sotsial'naya psikhologiya i obshchestvo=Social Psychology and Society*, 2020, vol. 11, no. 1, pp. 193–210. DOI: 10.17759/sps.2020110112 (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Nartova-Bochaver S.K., Kovaleva M.A. Autentichnost' lichnosti i moral'nye motivy v situatsiyakh povsednevnogo i khronicheskogo stressa [Personal authenticity and moral motives in situations of everyday and chronic stress]. *Sposobnosti i mental'nye resursy cheloveka v mire global'nykh peremen=Human Abilities and Mental Resources in the World of Global Change*. Moscow: publ. of Institute of psychology RAS, 2020, pp. 1108–1115. DOI: 10.38098/proc.2020.59.34.001. (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Frankl V. Bazovye kontseptsii logoterapii [The basic concepts of logotherapy]. Khar'kov: Gumanitarnyi tsentr Khar'kov, 2022, 104 p. Saint-Petersburg, 2000. (In Russ.).
14. Akhtar S., Dolan A., Barlow J. Understanding the relationship between state forgiveness and psychological wellbeing: A qualitative study. *Journal of Religion and Health*, 2017, vol. 56, no. 2, pp. 450–463. DOI: 10.1007/s10943-016-0188-9
15. Bauer K. To be or not to be authentic. In defense of authenticity as an ethical ideal. *Ethical Theory and Moral Practice*, 2017, vol. 20, no. 3, pp. 567–580. DOI: 10.1007/s10677-017-9803-4
16. Calhoun L.G., Tedeschi R.G. Handbook of posttraumatic growth: Research and practice. London: Lawrence Erlbaum, 2014. 385 p.
17. Chen S., Murphy D. The mediating role of authenticity on mindfulness and well-being: a cross cultural analysis. *Asia Pacific Journal of Counselling and Psychotherapy*, 2019, vol. 10, no. 1, pp. 40–55. DOI: 10.1080/21507686.2018.1556171
18. Fredrickson B.L. Updated thinking on the positivity ratio. *American Psychologist*, 2013, vol. 68, pp. 814–822. DOI: 10.1037/a0033584
19. Gall T.L., Bilodeau C. The role of forgiveness as a coping response to intimate partner stress. *Journal of Spirituality in Mental Health*, 2021, vol. 23, no. 4, pp. 1–23. DOI: 10.1080/19349637.2020.1745725
20. Gino F., Kouchaki M., Galinsky A.D. The moral virtue of authenticity: How inauthenticity produces feelings of immorality and impurity. *Psychological Science*, 2015, vol. 26, no. 7, pp. 983–996. DOI: 10.1177/0956797615575277
21. Harrison R.V. The person-environment fit model and the study of job stress. In T.A. Beehr, R.S. Bhagat (eds.), *Human Stress and Cognition in Organizations*. New York: Wiley, 1985, pp. 23–55.
22. Henning T. Why be yourself? Kantian respect and Frankfurtian identification. *The Philosophical Quarterly*. Vol. 61(245). P. 725–745. DOI: 10.1111/j.1467-9213.2011.707.x
23. Homans G.C. Social Behavior Its Elementary Forms. New York: New York: Harcourt, Brace, Jovanovich, 1961. 396 p.
24. Maffly-Kipp J., Flanagan P., Kim J. et al. The role of perceived authenticity in psychological recovery from collective trauma. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2020, vol. 39, no. 5, pp. 419–448. DOI: 10.1521/jscp.2020.39.5.419
25. Maltby J., Day L., Barber L. Forgiveness and mental health variables: Interpreting the relationship using an adaptational-continuum model of personality and coping.

Personality and Individual Differences, 2004, vol. 37, no. 8, pp. 1629–1641. DOI: 10.1016/j.paid.2004.02.017

26. Maltby J., Wood A.M., Day L. et al. The position of authenticity within extant models of personality. *Personality and Individual Differences*, 2012, vol. 52, no. 3, pp. 269–273. DOI: 10.1016/j.paid.2011.10.014

27. Matos M., Duarte C., Duarte J. et al. Cultivating the compassionate self: An exploration of the mechanisms of change in compassionate mind training. *Mindfulness*, 2022 vol. 13(1), pp. 1–14. DOI: 10.1007/s12671-021-01717-2

28. Međedović J., Petrović B. Can there be an immoral morality? Dark personality traits as predictors of Moral foundations. *Psihologija*, 2016, vol. 49, no. 2, pp. 185–197. DOI: 10.2298/PSI1602185M

29. Munns C.A. Religious Belief, Authenticity, Posttraumatic Stress, and Existential Well-Being in Combat Veterans: A Correlation Study. Doctoral dissertation. San Diego, CA: Northcentral University, 2018. URL: <https://www.proquest.com/openview/73ab3fe471ea2116b4febff2c04f0b27/1.pdf?pq-origsite=gscholar&cbl=18750> (Accessed: 13.03.2021).

30. Ottiger A.S., Joseph S. From ego-centred to eco-centred: an investigation of the association between authenticity and ecological sensitivity. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 2020, vol. 20, no. 6, pp. 1–13. DOI: 10.1080/14779757.2020.1846600

31. Parks-Leduc L., Feldman G., Bardi A. Personality traits and personal values: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review*, 2015, vol. 19, no. 1, pp. 3–29. DOI: 10.1177/1088868314538548

32. Pinto D.G., Maltby J., Wood A.M. Exploring the tripartite model of authenticity within Gray's approach and inhibition systems and Cloninger's bio-social model of personality. *Personality and Individual Differences*, 2011, vol. 51, no. 2, pp. 194–197. DOI: 10.1016/j.paid.2011.03.040

33. Reed D.E., Lehinger E., Cobos B. et al. Authenticity as a resilience factor against CV-19 threat among those with chronic pain and posttraumatic stress disorder. *Frontiers in Psychology*, 2021, vol. 12, p. 1438. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.643869

34. Reznichenko S.I., Nartova-Bochaver S.K., Irkhin B.D. Do Authentic People Care about the Environment? A View from Two Paradigms. *Psychology in Russia: State of the Art*, 2021, vol. 14, no. 3, pp. 81–102. DOI: 10.11621/pir.2021.0306

35. Ryan R.M., LaGuardia J.G., Rawsthorne L.J. Self-complexity and the authenticity of self-aspects: Effects on wellbeing and resilience to stressful events. *North American Journal of Psychology*, 2005, vol. 7, no. 3, pp. 431–448.

36. Ryan W.S., Ryan R.M. Toward a social psychology of authenticity: Exploring within-person variation in autonomy, congruence, and genuineness using self-determination theory. *Review of General Psychology*, 2019, vol. 23, no. 1, pp. 99–112. DOI: 10.1037/gpr0000162

37. Strelan P. The stress-and-coping model of forgiveness: Theory, research, and the potential of dyadic coping. In E.L. Worthington, Jr. N.G. Wade (eds.), *Handbook of Forgiveness*. London: Routledge, 2020, pp. 63–73. DOI: 10.4324/9781351123341-7
38. Strohming N., Knobe J., Newman G. The true self: A psychological concept distinct from the self. *Perspectives on Psychological Science*, 2017, vol. 12, no. 4, pp. 551–560. DOI: 10.1177/1745691616689495
39. Swart E. Values inconsistency between work and home: Evaluating the impact on stress and well-being, and the role that authenticity has to play. Master Thesis. Hamilton, New Zealand: The University of Waikato, 2020. URL: <https://researchcommons.waikato.ac.nz/handle/10289/13802> (Accessed: 13.03.2021).
40. Tan C. Mindfulness and morality: Educational insights from Confucius. *Journal of Moral Education*, 2021, vol. 50, no. 3, pp. 356–367. DOI: 10.1080/03057240.2020.1779045
41. Thompson L.Y., Snyder C.R., Hoffman L. et al. Dispositional forgiveness of self, other, and situations. *Journal of Personality*, 2005, vol. 73, pp. 313–359. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2005.00311.x.
42. Tran J.C. *Authentic Forgiveness: A Biblical Approach*. Carlisle: Langham, 2020. 132 p.
43. Wenzel M., Okimoto T.G. The varying meaning of forgiveness: Relationship closeness moderates how forgiveness affects feelings of justice. *European Journal of Social Psychology*, 2012, vol. 42, no. 4, pp. 420–431. DOI: 10.1002/EJSP.1850
44. Wood A.M. Linley P.A., Maltby J. et al. The authentic personality: A theoretical and empirical conceptualization and the development of the Authenticity Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 2008, vol. 55, no. 3, pp. 385–399. DOI: 10.1037/0022-0167.55.3.385
45. Zhang J.W., Chen S., Tomova Shakur T.K. et al. A compassionate self is a true self? Self-compassion promotes subjective authenticity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2019, vol. 45, no. 9, pp. 1323–1337. DOI: 10.1177/0146167218820914

Информация об авторах

Нартова-Бочавер Софья Кимовна, доктор психологических наук, профессор, ведущий научный сотрудник департамента психологии, Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» (ФГБОУ ВО НИУ ВШЭ), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8061-4154>, e-mail: snartovabochover@hse.ru

Пак Виолетта Викторовна, младший научный сотрудник, АНО Научно-практической лаборатории «Психологические инструменты» Международного аэропорта Домодедово г. Домодедово, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7664-1910>, e-mail: violet.park95@mail.ru

Information about the authors

Sofya K. Nartova-Bochaver, Doctor of Psychological Sciences, Professor, Leading researcher, Department of Psychology, HSE University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8061-4154>, e-mail: s-nartova@yandex.ru

Нартова-Бочавер С.К., Пак В.В.
Аутентичность и способность прощать при разных
уровнях стресса: предварительное исследование
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 141–163.

Nartova-Bochaver S.K., Park V.V.
Authenticity and Dispositional Forgiveness
at Different Stress Levels: A Preliminary Study
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 141–163.

Violetta V. Park, researcher, Laboratory of Science and Practical "Psychological Instruments", Domodedovo International Airport, Domodedovo, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7664-1910>, e-mail: violet.park95@mail.ru

Получена: 28.12.2021

Received: 28.12.2021

Принята в печать: 13.03.2022

Accepted: 13.03.2022

Экспериментально-психологическая оценка критичности больных параноидной шизофренией на основе изучения когнитивных функций

Пеккер М.В.

*СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5014-9178>, e-mail: masha_pekker@mail.ru*

Гвоздецкий А.Н.

*Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова
(ФГБОУ ВО СЗГМУ им. И.И. Мечникова МЗ РФ), г. Санкт-Петербург, Российская
Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>, e-mail: comisora@yandex.ru*

Щелкова О.Ю.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru*

В исследовании предпринята попытка рассмотреть критичность больных параноидной шизофренией как метакогнитивную функцию, нарушения которой могут быть обнаружены при оценке когнитивных показателей. Пациенты с диагнозом параноидной шизофрении (N=100, возраст 33,2±8,1 года), установленным в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10, были разделены на две группы — с относительно высокой (n=61) и низкой (n=39) критичностью — на основании клинико-психологических данных об отношении пациента к ошибочным суждениям, собственной личности и болезненной симптоматике. Было сделано допущение о наличии факторов критичности, которые были получены в ходе конфирматорного факторного анализа. В итоговую модель вошло 9 качественных параметров критичности, которые удалось объединить в два фактора. В первый фактор вошли параметры: Старательность, Интерес к результатам, Корректное понимание целей обследования, Реакция на комментарий, Реакция на подсказку. Во второй — Внешний контроль, Реакция на ошибки, Усвоение инструкции, Критичность к симптоматике. Когнитивные показатели оценивались с помощью: отдельных субтестов стандартизированного набора нейропсихологических проб («Циферблаты», «Портреты», серия сюжетных картин «Яблоня», «Непроизвольное запоминание», «Фигуры Поппельрейтера», «Незаконченные изображения», таблицы Шульте, цифровая корректурная проба Аматуни–Вассермана); субтестов Шкалы для оценки интеллекта взрослых Д. Векслера («Повторение цифр», «Шифровка», «Сходство»); патопсихологической методики «Исключение предметов»; Теста последовательных соединений; субтестов нейрокогнитивной батареи «Краткая оценка психических функций при шизофрении» (BACS); методики «Комплексная

фигура Рея»; теста вербального научения Хопкинса (HVLT). При сравнении когнитивных показателей установлены достоверные различия между пациентами выделенных групп. Бóльшая выраженность нарушений критичности была связана с относительно низкими результатами пациентов по ряду показателей: слухоречевого и зрительно-моторного запоминания; переключения внимания и темпа психических процессов; уровня абстрагирования; по числу ошибок, связанных с искажениями восприятия зрительных стимулов; по ряду характеристик и выраженности нарушений мышления, а также регуляторных функций. Установленные различия могут быть использованы при разработке инструментария для экспериментально-психологической оценки нарушений критичности и лечебных интервенций, направленных на метакогнитивный дефицит больных параноидной шизофренией.

Ключевые слова: критичность, инсайт, метакогниции, распознавание ошибок, когнитивные корреляты критичности, параноидная шизофрения.

Благодарности. Авторы благодарят за конструктивные комментарии и замечания в процессе работы над исследованием А.Н. Алехина и Б.Б. Ершова.

Для цитаты: Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю. Экспериментально-психологическая оценка критичности больных параноидной шизофренией на основе изучения когнитивных функций [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 164–191. DOI: 10.17759/cpse.2022110108

Experimental Psychological Evaluation of Lack of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients: Cognitive Function Assessment

Mariya V. Pekker

*Mental Hospital № 1 named after P.P. Kashchenko, Saint-Petersburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5014-9178>, e-mail: masha_pekker@mail.ru.*

Anton N. Gvozdetskiy

*North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>, e-mail: comisora@yandex.ru*

Olga Yu. Shchelkova

*Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru*

The study attempted to experimentally evaluate cognitive correlates of lack of insight (understood as a metacognitive function — ability to recognize and correct erroneous

decisions). The sample of patients with paranoid schizophrenia (N=100, mean age 33.2±8.1 years) was divided into two groups based on clinical indicators of insight: data about patients' attitude to their erroneous decisions, personality and symptoms. Group characteristic: high insight n=61; low insight n=39. The assumption about factor structure of insight was made and factors were constructed by confirmatory factor analysis. The final model included 9 quantitative parameters of insight. The first factor included: Diligence, Interest to the Results, Adequate Understanding of purpose of survey, Response to comment, Response to help. The second — External control, Response to errors, Perception of instruction, Awareness to symptoms. Cognitive functioning were assessed by: Standard battery of neuropsychological assessment (subtests "Clock faces", "Portraits", series of plot pictures "Apple tree", "Involuntary recall", Poppelreuter Overlapping figures test, "Incomplete images"); Schulte table; Amatuni-Vasserman Digit cancellation test; The Wechsler adult intelligence scale (WAIS) (subtests "Similarities", "Digit span", "Digit symbol coding"); Zeigarnik Exclusion of items; Trail making test (TMT); Brief assessment of cognition in schizophrenia battery (BACS) (subtests "Verbal memory", "Digit sequencing", "Verbal fluency", "Symbol coding"); Rey-Osterrieth Complex figure (ROCF); Hopkins verbal learning test (HVLТ). The low insight patients showed poorer performance in various cognitive domains. Such as verbal learning and visual-motor memory, attention shifting, processing speed, executive function. In addition, the severity of lack of insight was significant for differences in number of distortions in visual perception task and severity of formal thought disorder. This results could be used in process of experimental insight assessment tools development and therapeutic interventions targeted on metacognitive deficit of schizophrenia patients.

Keywords: lack of insight, metacognition, recognition of errors, cognitive correlates of insight, paranoid schizophrenia.

Acknowledgements. The authors are grateful for valuable comments in process of research Alyokhin A.N., Ershov B.B.

For citation: Pekker M.V., Gvozdetskiy A.N., Shchelkova O.Yu. Experimental Psychological Evaluation of Lack of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients: Cognitive Function Assessment. *Klinicheskaya i spetsial'naya psikhologiya=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 164–191. DOI: 10.17759/cpse.2022110108 (In Russ., abstr. In Engl.)

Введение

Понятие критичности широко применяется специалистами в области психического здоровья, однако представления об этом феномене неоднозначны, а потому не существует и общепринятого способа оценки недостаточности критичности. Концептуальный аппарат отечественных авторов практически не сопоставим с понятиями, заимствованными из англоязычной литературы, где в зависимости от расстройства и теоретического подхода используются различные термины, чтобы описать недостаточность критичности [25]. При определении критичности способность оценивать и вносить корректирующие изменения

предполагается имплицитно, но зачастую сводится к констатации неспособности пациента распознать нарушения психической деятельности [1].

Среди составляющих критичности принято выделять способность осознать факт наличия психического расстройства, рассмотрение определенных необычных переживаний как патологических, понимание последствий болезни и приверженность лечению [1; 25; 27]. Недостаток критичности считается ядерной чертой шизофрении, многократно была продемонстрирована их ее негативная связь с приемом препаратов, исходом лечения и социальным функционированием [25; 37]. В последние годы приобретает широкое распространение подход, указывающий на то, что недостаточность критичности — это не только фундаментальная черта болезненной симптоматики. Наряду с клиническими компонентами критичности (clinical insight), отдельно рассматриваются когнитивные, которые описывают метакогнитивную способность, связанную с гибкостью субъекта по отношению к суждениям, оценкам, опыту. Согласно этим представлениям, низкая критичность рассматривается как один из аспектов нарушения саморефлексии как процесса, благодаря которому мы формируем и понимаем идеи о самих себе [11; 17; 20; 25; 30]. А. Беком были выделены два компонента когнитивного компонента критичности (cognitive insight): самоуверенность, в случае нарушений которой фиксируется чрезмерная убежденность в своей правоте, и саморефлексивность, нарушения которой связаны с неспособностью принимать внешнюю обратную связь и с дисфункциями целеполагания [17]. Сохранность этих функций предполагает возможность дистанцирования себя от выступающих на первый план ошибочных убеждений и способность корректно переводить поступающую извне информацию в самопонимание, обеспечивая возможность формирования целостных и непрерывных образов себя и других [13; 17; 20; 31].

Традиционно основанием для вывода о нарушении критичности у больного параноидной шизофренией становится клиническая оценка. В англоязычной литературе распространены подходы, позволяющие унифицировать оценку критичности за счет применения клинических шкал [8; 12; 13; 17; 34]. Клинико-психологическая или клиническая оценки этих нарушений представляются недостаточными. При сопоставлении данных клинико-психологической оценки и объективных результатов познавательной деятельности фиксируется отчетливое несоответствие между картиной видимых нарушений и собственной оценкой испытуемым своего состояния и продуктивности. Актуальным становится вопрос о возможности объективизировать такие наблюдения и, руководствуясь лишь количественными и качественными данными, полученными в рамках экспериментально-психологического обследования, судить о недостаточности критичности у испытуемого.

Широкое распространение в последние годы получают исследования, связанные с метакогнитивной концептуализацией критичности [11; 27; 30; 31]. На современном этапе метакогниции рассматриваются как интегративные процессы, когнитивные по механизмам и регуляторные — по своим функциям. Метакогнитивный подход позволяет рассмотреть эксплицитные проявления регуляторных функций и сделать акцент на рефлексивных навыках субъекта относительно своей когнитивной деятельности [24]. Если рассмотреть регуляторную функцию рабочей памяти

в терминах концепции метакогниций, речь будет идти о способности испытуемого отслеживать, насколько успешно ему удается удерживать информацию в памяти [21–23; 25]. Возможно, общий дефицит метакогнитивных функций может быть представлен в ограниченных, домен-специфичных дисфункциях [25].

Метакогниции включают широкий спектр видов психической активности — от способности замечать единичные фрагменты опыта до объединения их в обобщенное чувство себя и других. Это преимущественно интегративные по природе процессы, которые обобщают предрефлективный и рефлективный, телесный и когнитивный опыт в ответ на актуальные средовые воздействия и выступают основанием для рефлексии. В связи с этим они оказываются необходимым звеном процесса адаптации, рассматриваемого как устойчивое поддержание способности реагировать на сложные и меняющиеся обстоятельства [31]. Предполагается, что дефицит метакогнитивной регуляции также может модерировать связь между выраженностью когнитивного дефицита и функциональным исходом заболевания [30]. При дефиците метакогниций опыт себя и других становится более фрагментированным, что может приводить к ухудшению способности распознавать изменения, замечать утрату объектом значения или функциональности [31]. Критичность может рассматриваться как метакогнитивный механизм, связанный с распознаванием собственных ошибочных суждений [16; 27; 30; 31]. Исходя из этого нарушения критичности могут быть обнаружены в рамках экспериментально-психологического обследования когнитивных функций при соотнесении результатов с данными клинико-психологической беседы, выявляющей отношение пациента к собственным ошибочным решениям.

Разработка дизайна исследования. Предположим, что ряд особенностей когнитивного дефицита больных шизофренией определяется некими латентными переменными. В этом случае действительными препятствиями для продуктивного функционирования пациентов могут оказываться метакогнитивные нарушения, которые сказываются в том числе на показателях, получаемых при оценке когнитивных показателей. Важно подчеркнуть, что в статье речь будет идти только о тех различиях, которые, по всей вероятности, зависят от критичности, помня при этом, что когнитивный дефицит в целом является ключевой характеристикой при шизофрении [19; 23]. На основании консенсуса (MATRICS initiative) были выделены семь когнитивных доменов, имеющих центральное значение при шизофрении. Это скорость обработки информации, внимание/бдительность, рабочая память, вербальное научение и память, зрительное научение и память, целеполагание и решение проблем и социальные когниции [37]. На этом основании ряд когнитивных доменов был включен в исследование, при этом акцент был сделан на нейрокогнициях, социальные когниции не рассматривались.

В рассмотрение были включены показатели мышления, поскольку как в отечественной, так и в зарубежной традициях широко подчеркивается их значимость в связи с нарушениями критичности [1; 7; 37]. Также оценивались показатели зрительного восприятия, поскольку изучение патологических феноменов при шизофрении на этой модели рассматривается как перспективное [6; 33].

Чтобы получить возможность проверить эти предположения на первом этапе нами был разработан вариант клинико-психологической оценки критичности. На основании практического опыта и анализа литературных источников был предложен ряд характеристик, большинство из которых традиционно являлись основанием для клинико-психологической оценки критичности больных параноидной шизофренией [1; 10; 12]. Характеристики были сгруппированы исходя из представлений И.И. Кожуховской о трехкомпонентной структуре феномена: критичность к суждениям, критичность к болезни, критичность к собственной личности [10]. Для оценки домена «Критичность к суждениям» нами были предложены следующие градуированные критерии: реакция на комментарий экспериментатора; реакция на похвалу и положительную оценку; реакция на подсказку; реакция на ошибки; усвоение инструкции; нарушение инструкции. Для оценки домена «Критичность к собственной личности» предложены критерии: удержание дистанции; негативизм; импульсивность; внешний контроль при выполнении заданий; активное предъявление жалоб, корректный эмоциональный отклик; старательность, интерес к результатам, корректное понимание целей обследования. «Критичность к симптоматике» представлена следующими градациями признака: на момент обследования пациент 1) осознает свою «измененность» относительно доболезненного состояния и наличие болезненной симптоматики и связывает их с психическим заболеванием; 2) отмечает некоторые изменения в своем состоянии, связывает их преимущественно с внешними обстоятельствами; 3) отрицает наличие болезненной симптоматики и необходимость лечения / понимает происхождение симптомов «по-своему» (в болезненной интерпретации).

На основании полученных клинико-психологических данных была создана исходная факторная модель, для которой приемлемых характеристик достичь не удалось. В процессе оптимизации факторной модели был разработан ее итоговый вариант, содержащий два фактора. Он был использован в дальнейшем при разделении выборки по уровню критичности с целью последующего изучения различий в когнитивном функционировании пациентов.

Цель исследования — выявление особенностей критичности у больных параноидной шизофренией и их взаимосвязи с когнитивными характеристиками данной категории больных.

Гипотеза — нарушение критичности больных параноидной шизофренией связано с нарушениями когнитивных функций, которые рассматриваются в числе ключевых в структуре когнитивного дефицита при данном заболевании: нарушениями памяти (рабочей, вербального запоминания и научения, зрительно-моторной), внимания (устойчивости, концентрации, переключения, распределения), регуляторных функций, темпом психических процессов, расстройствами мышления и зрительного восприятия.

Методы исследования

Социально-демографические и клинические характеристики выборки. В исследовании приняли участие 100 пациентов с диагнозом «параноидная шизофрения» (F 20.0 в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10),

получавших специализированную психиатрическую помощь в стационарных условиях СПб ГУЗ «Психиатрическая больница № 1 им. П.П. Кащенко». Возраст обследованных варьировал от 18 до 49 лет ($33,6 \pm 8,0$ года). Преобладали лица женского пола (57%), никогда в браке не состоявшие (65%), бездетные (72%), безработные (77%). Инвалидность была установлена у 55% пациентов. Структура уровня образования была следующей: среднее — 33% респондентов, средне-специальное — 35%, неоконченное высшее — 11%, высшее — 21%. Средняя длительность заболевания составляла $9,1 \pm 8,0$ лет. Три и более психотических эпизода зафиксировано у 72% пациентов. У исследованных пациентов преобладали непрерывное течение заболевания с нарастающим дефектом (61%) и хронический характер течения болезни (82%). Антипсихотики второго поколения получали 37% участников исследования.

Все пациенты проходили обследование в отсутствие острого психотического состояния. Психологическое исследование пациентов проводилось однократно в 2017–2020 гг. Обследование занимало 3-4 часа и было распределено на 2-3 дня. Подавляющее число обследованных (94%) были правшами.

Экспериментально-психологический метод. С целью комплексной оценки когнитивных функций исследовался широкий спектр показателей памяти (рабочая, зрительно-моторная память, слухоречевое (вербальное) научение и запоминание, произвольное запоминание), внимания (устойчивость, концентрация, переключение, распределение), мышления, регуляторных функций, оценивался темп психических процессов. С помощью отдельных субтестов стандартизированного набора нейропсихологических проб — «Циферблаты» (оценка пространственной ориентировки), «Портреты» (оценка лицевого гнозиса), серия сюжетных картин «Яблоня» (абстрактно-логическое мышление), «Произвольное запоминание», «Фигуры Поппельрейтера» (оценка зрительного восприятия), «Незаконченные изображения» [2] — проводился краткий нейропсихологический мониторинг для исключения пациентов с ведущей органической патологией. С помощью таблицы Шульте [2] оценивались устойчивость и концентрация внимания, темп психических процессов; с помощью цифровой корректурной пробы Аматуни-Вассермана [4] — концентрация и устойчивость внимания, темп психических процессов, психическое истощение. Субтесты Шкалы для оценки интеллекта взрослых теста Д. Векслера позволили оценить слухоречевое запоминание («Повторение цифр»); переключение внимания, темп психических процессов («Шифровка»); уровень абстрактно-логического мышления («Сходство») [5]. Для оценки нарушений мышления использовалась патопсихологическая методика «Исключение предметов» [14]. С помощью части А Теста последовательных соединений оценивался темп психических процессов, устойчивость и концентрация внимания, с помощью части В — регуляторные функции, переключение и распределение внимания [9]. Субтесты нейрокогнитивной батареи «Краткая оценка психических функций при шизофрении» (BACS) [15] были направлены на оценку слухоречевого (вербального) запоминания и научения («Вербальная память»); рабочей памяти («Последовательность чисел»); переключения внимания и темпа психических процессов («Шифровка»); речевой беглости («Речевая беглость»). С помощью методики «Комплексная фигура Рея» оценивались зрительно-моторная координация и зрительно-моторное запоминание, регуляторные функции [3]. Тест

вербального научения Хопкинса (HVLT) применялся для оценки слухоречевого (вербального) запоминания логически связанного материала [18].

Клинико-психологический метод использовался для получения социально-демографических и клинических характеристик больных, а также при клинико-психологической оценке критичности. В протоколе наблюдения фиксировалось наличие особенностей поведения, связанных с предложенными критериями оценки критичности. Аспект, связанный со способностью различать и при необходимости корректировать правильные и неправильные ответы в рамках экспериментально-психологического обследования, оценивался с помощью систематического использования комментариев, требующих пояснения пациентом своего решения, уточняющих вопросов или прямых вопросов о том, уверен ли испытуемый в ответе. Данные собирались одним экспертом, им же производился качественный анализ полученных данных и наблюдений за поведением пациента.

Статистическая обработка данных. Категориальные переменные описывались абсолютным значением и долей от целого (n (%)), а непрерывные переменные описывались средними значениями и стандартными отклонениями ($M \pm \sigma$). Кроме того, для большей наглядности в некоторых случаях использовались медиана и 1–3 квартили ($Md [q_1; q_3]$) для описания результатов. Анализ межгрупповых различий по непрерывным параметрам производился с помощью критерия Манна–Уитни. Хи-квадрат Пирсона использовался для оценки ассоциации частот. Сила ассоциации между переменными оценивалась коэффициентом корреляции Спирмена. Вероятность ошибки первого рода корректировалась по методу Бенъямини–Хохберга для каждого вида статистической гипотезы отдельно (p -value).

Порядковой природой наблюдаемых параметров критичности был продиктован выбор многомерных методов анализа. Байесовский сетевой анализ выполнялся при помощи гибридного алгоритма `gsmx2` с использованием теста Джонкхиера–Терпстра (библиотека `bnlearn`) [36]. Так как в основе исследования лежит допущение, что наблюдаемые параметры критичности объясняются латентными факторами, выполнялся конфирматорный факторный анализ (библиотека `lavaan`) [32]. Для вычисления параметров модели использовался асимптотический метод вычисления (DWLS). В отличие от широко используемого метода максимального правдоподобия DWLS позволяет получать корректные оценки параметров модели на порядковых данных [29]. В качестве индексов соответствия использовались шкалированные (`scaled`) значения χ^2 (степень свободы)_s, среднеквадратичная ошибка аппроксимации (RSMEA_s), стандартизированный индекс сравнительного соответствия (CFI_s), индекс Такер–Льюиса (TLI_s). Эти характеристики являются наиболее популярными для моделей с порядковыми данными [38]. Модель считалась приемлемой в случае достижения величины индексов рекомендуемым значениям: RMSEA_s < 0,06, TLI_s ≥ 0,96, CFI_s ≥ 0,95 [35]. Полученные латентные факторы характеризовались коэффициентом α Кронбаха и извлеченной средней дисперсией (`ave`). С целью упрощения иллюстрации ассоциации полученных факторных переменных с когнитивными функциями полученные факторные оценки подверглись иерархической кластеризации для выделения двух относительно однородных кластеров (метод

Уорда в евклидовых координатах, библиотека cluster) [28]. Расчеты проводились на языке программирования R v4.0.0.

Результаты исследования

Первая модель факторного анализа. Исходная модель строилась в соответствии с теоретическими предположениями И.И. Кожуховской о трехкомпонентной структуре критичности [10]. Перед построением модели редко встречающиеся категории объединялись с ближайшей для упрощения расчетов. В Приложении представлена частотная характеристика исходных данных, лежащих в основе дальнейших расчетов. Так как в исходной теоретической конструкции одному фактору соответствует только один параметр (критичность пациента к симптоматике), то математическое моделирование применялось для обоснования только факторов «Критичность к суждениям» и «Критичность к собственной личности» (табл. 1). В ходе построения этой двухфакторной модели приемлемых характеристик достичь не удалось ($\chi^2_s=136,42$ (89), $p<0,001$; $RSMEA_s=0,073$; $CFI_s=0,781$; $TLI_s=0,741$).

Таблица 1

Исходная факторная модель критичности

Фактор	Параметр	Коэффициент модели (стандартная ошибка)	Стандартизированное значение нагрузок [95% ДИ]	p
Критичность к собственной личности	удержание дистанции	1,00 (0,00)	0,30 [0,02; 0,58]	0,033
	негативизм	0,98 (0,67)	0,29 [0,03; 0,56]	0,027
	импульсивность	0,59 (0,43)	0,18 [-0,09; 0,45]	0,201
	жалобы	0,70 (0,58)	0,21 [-0,03; 0,46]	0,092
	внешний контроль	2,57 (1,26)	0,77 [0,59; 0,95]	<0,001
	корректный эмоциональный отклик	1,63 (0,80)	0,49 [0,24; 0,74]	<0,001
	старательность	2,07 (1,05)	0,62 [0,40; 0,84]	<0,001
	интерес к результатам	1,73 (0,94)	0,52 [0,30; 0,74]	<0,001
	корректное понимание целей обследования	3,16 (1,53)	0,95 [0,77; 1,13]	<0,001
Критичность к суждениям	реакция на комментарий	1,00 (0,00)	0,71 [0,49; 0,93]	<0,001
	реакция на похвалу	0,43 (0,21)	0,31 [0,04; 0,58]	0,026
	реакция на подсказку	0,86 (0,19)	0,61 [0,45; 0,77]	<0,001
	реакция на ошибки	0,72 (0,23)	0,51 [0,25; 0,78]	<0,001
	усвоение инструкции	0,72 (0,20)	0,51 [0,27; 0,75]	<0,001
	нарушение инструкции	0,65 (0,23)	0,46 [0,17; 0,75]	0,002

Сетевой анализ. Предпринятые попытки исключить отдельные параметры не приводили к существенному улучшению характеристик, поэтому было принято решение изменить подход к анализу. Перед тем как сформировать альтернативную модель, был выполнен сетевой анализ на всех наблюдаемых параметрах критичности. В ходе его выполнения было установлено, что стойкие прямые связи можно проследить для двух наборов переменных (рис. 1). Три показателя (негативизм, нарушение инструкции, реакция на похвалу) не соотносились с какими-либо другими показателями, поэтому они в дальнейший анализ не включались.

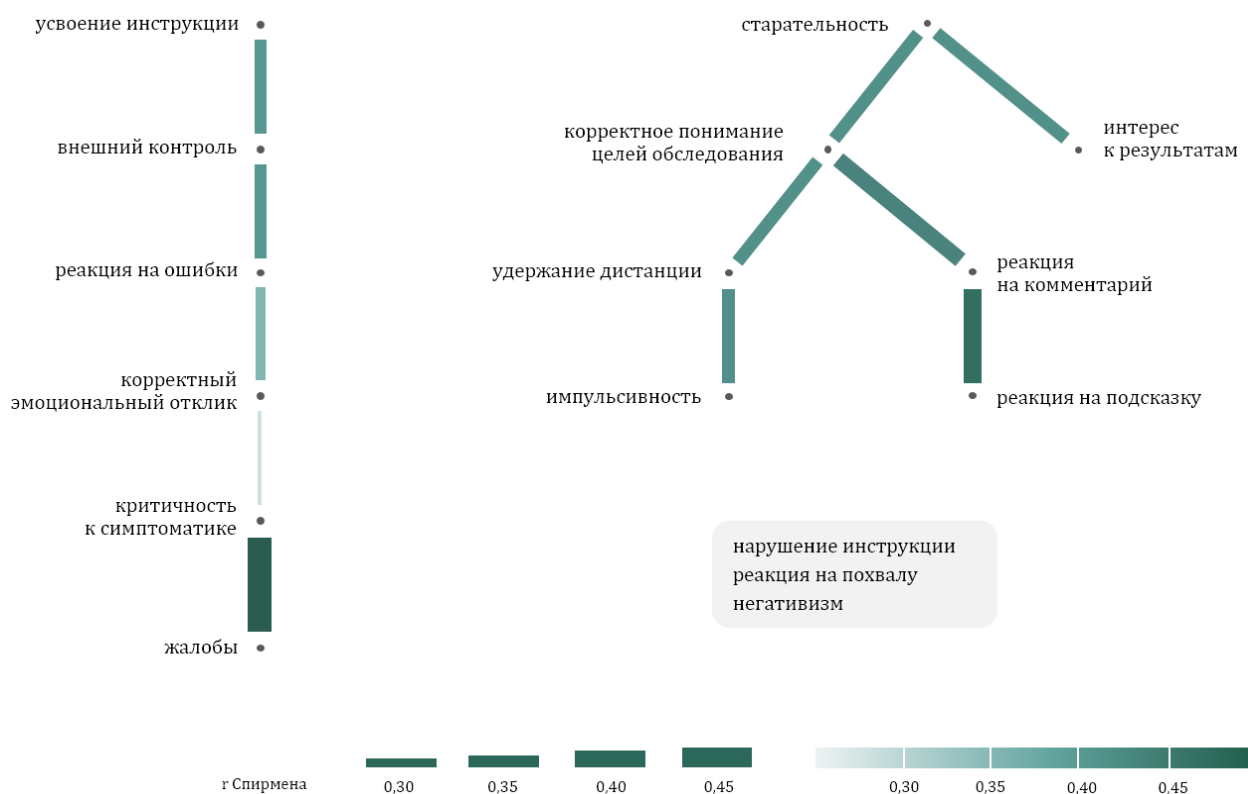


Рис. 1. Результат сетевого анализа исходных параметров критичности

Вторая модель факторного анализа. На основании сетевого анализа была сконфигурирована модель, которая состояла только из двух факторов. Первый фактор (F1, α — 0,72, AVE (средняя извлеченная дисперсия) — 38,24%) объединил в себе старательность, интерес к результатам, корректное понимание целей обследования, реакцию на комментарий, реакцию на подсказку, удержание дистанции, импульсивность. Второй фактор (F2, α — 0,71, AVE — 34,91%) объединял усвоение инструкции, внешний контроль, реакция на ошибки, корректный эмоциональный отклик, критичность к симптоматике, жалобы. В ходе построения модели параметры соответствия не достигли требуемых: $\chi^2_s=131,26$ (64), $p<0,001$; $RSMEA_s=0,103$; $CFI_s=0,728$; $TLI_s=0,669$. Исправить ситуацию позволило исключение из модели следующих переменных: удержание дистанции (F1), импульсивность (F1), жалобы (F2), корректный эмоциональный отклик (F2). После исключения данных параметров модель стала соответствовать целевым критериям ($\chi^2_s=29,60$ (26),

$p=0,285$; $RSMEA_s=0,037$; $CFI_s=0,981$; $TLI_s=0,974$). Показатели конструктивной надежности для итогового F1 были: α — 0,80, AVE — 50,34%; для F2: α — 0,62, AVE — 36,38%. В таблице 2 приведена структура итоговой модели.

Таблица 2

Итоговая факторная модель критичности

Фактор	Параметр	Коэффициент модели (стандартная ошибка)	Стандартизированное значение нагрузок [(95% ДИ)]	p
F1	старательность	1,00 (0,00)	0,68 [0,45; 0,91]	<0,001
F1	интерес к результатам	0,85 (0,21)	0,58 [0,36; 0,80]	<0,001
F1	корректное понимание целей обследования	1,37 (0,30)	0,93 [0,73; 1,13]	<0,001
F1	реакция на комментарий	1,03 (0,24)	0,70 [0,49; 0,91]	<0,001
F1	реакция на подсказку	0,89 (0,21)	0,61 [0,44; 0,77]	<0,001
F2	внешний контроль	1,00 (0,00)	0,90 [0,67; 1,13]	<0,001
F2	реакция на ошибки	0,54 (0,18)	0,49 [0,22; 0,76]	<0,001
F2	усвоение инструкции	0,61 (0,18)	0,55 [0,31; 0,79]	<0,001
F2	критичность к симптоматике	0,37 (0,17)	0,34 [0,04; 0,63]	0,024

Межгрупповой анализ. После получения численных характеристик для факторов F1 и F2 необходимо было определить, как они связаны с когнитивными характеристиками испытуемых. Для более наглядного описания результатов было принято решение выполнить межгрупповой анализ вместо корреляционного. Выделение двух подгрупп было выполнено при помощи кластерного анализа, основанного на факторных значениях. Кластер 1 характеризовался положительными значениями как по F1 ($0,27 \pm 0,43$), так и по F2 ($0,47 \pm 0,48$), тогда как для Кластера 2 средние значения были отрицательными (F1 — $-0,46 \pm 0,37$; F2 — $-0,69 \pm 0,23$). Так как в исходной матрице оценок эксперта больший балл соответствовал «положительной» оценке, а все коэффициенты модели являлись положительными, можно заключить, что положительные баллы по факторам критичности соответствуют большей («высокой») критичности, тогда как отрицательные — более «низкому» уровню критичности. Результаты межгруппового сравнения по непрерывным и дискретным переменным приведен в табл. 3.

Слухоречевая (вербальная) память. Были обнаружены различия между группами в общих показателях слухоречевого запоминания ($p=0,032$) и при втором ($p=0,012$) и пятом ($p=0,045$) предъявлении по субтесту ВАСС «Слухоречевая память». Пациенты с более низкой критичностью демонстрировали более низкие показатели запоминания при втором и пятом предъявлениях слов-стимулов и по общему показателю вербальной памяти.

Таблица 3

**Межгрупповые различия по количественным переменным
 в зависимости от уровня критичности**

Переменные	Высокая критичность (n=61)	Низкая критичность (n=39)	U	p
	M±σ	M±σ		
Субтест ВАСС «Вербальная память»				
Общий показатель (Т-баллы)	36,54±10,96	29,07±18,66	1516,0	0,032
Общий показатель (сырые баллы)	39,54±7,83	34,74±11,90	1537,0	0,045
Второе предъявление	7,44±1,85	6,15±2,25	1624,0	0,012
Пятое предъявление	9,95±2,12	8,51±3,28	1543,0	0,045
Корректурная проба Аматуни-Вассермана				
Первая половина (время в секундах)	155,57±56,54	182,00±83,54	835,5	0,035
Вторая половина (время в секундах)	142,25±48,03	159,05±45,45	853,5	0,035
Количество ошибок	6,36±6,20	7,28±6,50	1061,5	0,486
Субтесты теста Векслера				
Шифровка (стены)	6,66±2,07	5,28±1,89	1593,5	0,005
Сходство (стены)	12,52±2,39	10,95±1,88	1693,0	0,001
Субтест ВАСС «Шифровка»				
Общий показатель (Т-баллы)	22,53±13,31	12,99±14,71	1615,5	0,005
Тест последовательных соединений				
Часть А (время выполнения)	44,54±15,30	55,87±19,54	738,0	0,005
Исключение предметов (невербальный вариант)				
Общее число ошибок (из 19)	9,16±3,74	12,03±3,22	666,0	0,002
Разноплановость	0,00 [0,00; 1,00]	1,00 [0,00; 1,00]	871,0	0,046
Резонерство	0,00 [0,00; 1,00]	1,00 [0,00; 2,00]	825,5	0,005
Исключение предметов (вербальный вариант)				
Общее число ошибок (из 20)	9,49±3,42	12,44±3,33	629,0	0,001
Комплексные фигуры Рея – Остерриета				
Копирование	33,20±2,98	29,67±6,62	1641,5	0,001
Воспроизведение	17,54±6,58	12,23±6,16	1742,5	<0,001
Отложенное воспроизведение	16,56±5,99	11,51±5,18	1753,5	<0,001
Фигуры Поппельрейтера				
Количество ошибок	0,00 [0,00; 1,00]	1,00 [0,00; 2,00]	679,5	<0,001
Искажения восприятия	0,00 [0,00; 0,00]	0,00 [0,00; 1,00]	791,0	0,003

Примечание. Переменные Разноплановость, Резонерство, Количество ошибок и Искажения восприятия описаны значениями медиан и 1–3 квартили (Md [q1; q3]).

Внимание. Пациенты с более низким уровнем критичности демонстрировали более низкие результаты в задачах, направленных на оценку функций внимания (переключение) и темпа психических процессов. Статистические различия ($p=0,005$) обнаружены в отношении результатов по субтесту «Шифровка» теста Векслера. Аналогичные различия получены и в отношении данных субтеста «Шифровка» ВАСС ($p=0,005$). Также обнаружены различия по времени выполнения части А Теста последовательных соединений ($p=0,005$). Получены данные о различиях между группами по времени выполнения «Цифровой корректурной пробы» (первая половина $p=0,002$, вторая половина $p=0,006$). Пациенты группы с более низкой критичностью выполняли задание существенно дольше, при этом значимых различий по числу ошибок не обнаружено. То есть пациенты группы с более низкой критичностью затрачивали существенно больше времени, демонстрируя при этом продуктивность, сходную с таковой в группе пациентов с высокой критичностью.

Мышление. Выявлены статистически значимые различия ($p=0,002$) по общему числу ошибок в патопсихологической пробе «Исключение предметов (невербальный вариант)», сходные результаты получены и для вербального варианта пробы ($p=0,001$). Пациенты с более низкой критичностью демонстрировали больше ошибочных суждений и в среднем чаще давали более половины ошибочных суждений по обоим вариантам методики «Исключение предметов». Обнаружены значимые различия по числу проявлений разноплановости ($p=0,046$) и резонерских рассуждений ($p=0,005$) в невербальном варианте пробы «Исключение предметов». Эти нарушения чаще демонстрировали пациенты с более низкой критичностью.

Пациенты с более низкой критичностью демонстрировали сравнительно более низкие показатели по субтесту «Сходство» теста Векслера ($p=0,001$). В среднем пациенты всей выборки обнаруживали относительно сохраненный уровень абстрагирования. Затруднения пациентов с более низкой критичностью касались обобщения относительно сложных или реже используемых категорий.

Зрительно-моторная память. Были обнаружены достоверные межгрупповые различия по показателям непосредственного ($p<0,001$) и отложенного воспроизведения ($p<0,001$) комплексной фигуры, что указывает на более значительную выраженность нарушений зрительно-моторного запоминания в группе пациентов с более низкой критичностью.

Зрительное восприятие. Пациенты из группы с более низкой критичностью демонстрировали большее число ошибок в пробе «Фигуры Поппельрейтера» ($p<0,001$). Кроме того, продемонстрировано значимое преобладание числа ошибок по типу «искажений восприятия» у таких пациентов ($p=0,003$). Под искажениями восприятия понимались трактовки стимульного материала с описанием изображений, отсутствующих в стимульном материале.

Регуляторные функции. Обнаружены достоверные различия между выделенными группами по показателю точности копирования комплексной фигуры ($p=0,001$). Пациентам группы с более низкой критичностью хуже удавалось координировать усилия для успешного выполнения задания, различать и корректировать ошибки, о чем свидетельствуют их более низкие показатели.

Результаты сравнения качественных показателей приведены в табл. 4.

Таблица 4

Межгрупповые различия по качественным переменным в зависимости от уровня критичности

Переменные		Высокая критичность (n=61)	Низкая критичность (n=39)	p
		Количество (%)	Количество (%)	
Таблица Шульте				
Нарушение инструкции	нет	46 (75,4%)	17 (43,6%)	0,001
	да	15 (24,6%)	22 (56,4%)	
Тест последовательных соединений				
Часть В (успешность выполнения)	нормативный показатель	9 (14,8%)	2 (5,1%)	0,014
	превысил нормативное время выполнения	23 (37,7%)	7 (17,9%)	
	не справился	29 (47,5%)	30 (76,9%)	
Исключение предметов (невербальный вариант)				
Нарушение критичности мышления	нет	33 (54,1%)	4 (10,3%)	<0,001
	есть	28 (45,9%)	35 (89,7%)	
Аморфность мышления	нет	17 (27,9%)	2 (5,1%)	0,005
	есть	44 (72,1%)	37 (94,9%)	
Нарушения саморегуляции мышления	нет	39 (63,9%)	7 (17,9%)	0,001
	есть	22 (36,1%)	32 (82,1%)	
Исключение предметов (вербальный вариант)				
Нарушение критичности мышления	нет	24 (39,3%)	2 (5,1%)	0,001
	есть	37 (60,7%)	37 (94,9%)	
Нарушения саморегуляции мышления	нет	28 (45,9%)	6 (15,4%)	0,002
	есть	33 (54,1%)	33 (84,6%)	
Серия сюжетных картин «Яблоня»				
Объяснение смысла сюжетных картин	искаженная трактовка	12 (19,7%)	14 (35,9%)	0,002
	частично корректное объяснение	16 (26,2%)	18 (46,2%)	
	корректное объяснение	33 (54,1%)	7 (17,9%)	

Внимание. В результате анализа качественных показателей обнаружены значимые различия по частоте нарушений инструкции при выполнении методики Шульте ($p=0,001$). Показатель был выделен в отдельную графу в силу наглядности этих нарушений для экспериментатора и относительной однозначности их оценки. Кроме того, в данной пробе стимульный материал постоянно доступен для пациента, за счет чего выявленные нарушения затруднительно объяснить сопутствующими когнитивными дисфункциями. Пациенты группы с более низкой критичностью значимо чаще принимали решение о готовности приступить к пробе при отсутствии корректного усвоения инструкции.

Мышление. Получены данные о различиях по показателю «нарушения критичности мышления» в обеих патопсихологических пробах (невербальный вариант — $p<0,001$; вербальный вариант — $p=0,001$). Группы также отличались по показателю «нарушения саморегуляции мышления» в обоих вариантах пробы (невербальный вариант — $p=0,001$, вербальный вариант — $p=0,002$) и по показателю «аморфность мышления» в невербальном варианте ($p=0,005$). По указанным показателям достоверно более выраженные нарушения демонстрировали пациенты группы с более низкой критичностью.

Согласно представлениям Б.В. Зейгарник, под нарушениями критичности в рамках проб на исключение предметов понимались случаи игнорирования испытуемым очевидных логических противоречий, в том числе при указании на них; неспособность исправить свои ошибки, в том числе после подсказки; настаивание на ошибочных решениях. Дефицит саморегуляции мышления отражал динамический аспект нарушений целенаправленного мышления: когда рассуждения пациента отклонялись от заявленной задачи, наблюдались затруднения в самоконтроле мыслительных действий. Под аморфностью мышления понимались нечеткость, размытость, неустойчивость определений и формулировок, которые дает пациент, а также чрезмерный абстрактный символизм значений с потерей надличного характера значений, что отражает еще один аспект нарушений целенаправленности мышления [7]. Пациенты группы с более низкой критичностью достоверно чаще давали искаженную трактовку некоторых действий или мотивов персонажа серии сюжетных картин ($p=0,002$), а также включали в рассуждения представления, о наличии или отсутствии которых невозможно судить по имеющейся в распоряжении информации.

Регуляторные функции. Обнаружены статистически значимые различия по качественному показателю «успешность выполнения» в части В Теста последовательных соединений ($p=0,014$). Данный показатель был введен в связи необходимостью различения оценки темповых и регуляторных аспектов в данной пробе. Пациенты с более низким уровнем критичности значимо чаще не прилагали усилий, чтобы завершить задание, прекращая выполнение при возникновении первых затруднений.

Обсуждение результатов

Согласно полученным данным выдвинутая гипотеза подтвердилась частично. Достоверные различия между исследованными группами были обнаружены

относительно нарушений вербальной (слухоречевой) и зрительно-моторной памяти, внимания (переключение), темпа психических процессов, регуляторных функций, нарушений мышления и зрительного восприятия. Между исследованными группами не было найдено значимых различий по показателям рабочей памяти, речевой беглости, вербального научения, устойчивости, концентрации и распределения внимания.

Различия в показателях слухоречевого запоминания могли указывать как на связь с нарушениями регуляции когнитивных функций и процессами научения, так и на бóльшую выраженность нарушений собственно слухоречевой памяти у исследованных пациентов [26]. Однако достоверно подтвердить предположение о связи нарушений научения и критичности на данном этапе не удалось.

Задачи, которые ставятся перед пациентом в рамках выполнения корректурной пробы, представляются подходящим способом исследования способности к длительному поддержанию целенаправленного усилия и распознаванию ошибок. Дизайн данной пробы предполагает необходимость отыскивать целевые стимулы и при необходимости корректировать совершенные ошибки, имея непрерывный доступ к стимульному материалу. Постоянная доступность стимульного материала в процессе выполнения пробы позволяет снизить влияние нарушений других когнитивных функций (например, памяти) на итоговый результат и оценить именно процессы, связанные с игнорированием релевантной информации. Поскольку исследованные группы не отличались по числу ошибок, можно предположить, что обнаруженная разница во времени выполнения определяется затруднениями, связанными с необходимостью распознавания целевых стимулов и отслеживания ошибок. Это указывает на значимость оценки темпа обработки информации в отношении различий по критичности.

Выявленные различия в выраженности нарушений мышления, полученные на содержательно нейтральном материале (вне связи с распознаванием болезненной симптоматики), подчеркивают важность рассмотрения феномена критичности как метакогнитивной способности, связанной с распознаванием ошибочности собственных суждений.

При интерпретации содержания сюжетных картин, помимо способности к абстрагированию, косвенно задействуется и способность, связанная с пониманием намерений персонажа, что предположительно также могло влиять на показатели пациентов с более низкой критичностью. Данные указывают на перспективность изучения «теории психического» в связи с проблемой критичности, что находит подтверждение и в ряде работ последних лет. Согласно этим данным, связи критичности со способностью к построению «теории психического» могут быть более сильны, чем связи с когнитивными функциями [31; 37].

Полученные данные также указывают на перспективность дальнейшего изучения критичности больных параноидной шизофренией на модели нарушений зрительного восприятия. Данная экспериментальная задача наглядно иллюстрирует феномен привнесения иррелевантной информации пациентами.

Значение регуляторных функций для критичности состоит в обеспечении формирования определенных идей, подавления других и переключения между ними при необходимости [31]. Мы предполагаем, что вовлеченность в обеспечение регуляторных процессов может объяснять полученные различия в показателях переключения внимания между исследованными группами. В то время как функции устойчивости, концентрации, распределения внимания и рабочей памяти, задействованные скорее в поддержании буферного пространства для операций с поступающей извне информацией, вероятно, в меньшей степени связаны с критичностью.

Различия по качественным показателям успешности выполнения и точности копирования сложной фигуры при выполнении Теста последовательных соединений также могут быть связаны с обеспечением координации сложных процессов для достижения цели. Анализ полученных данных позволяет предположить, что худшие показатели копирования в группе пациентов с более низкой критичностью могут объясняться затруднениями в различении некорректно скопированных элементов — нераспознавании ошибок. В свою очередь, модель зрительно-моторной пробы позволяет эффективно отследить данные нарушения.

Полученная итоговая двухфакторная структура критичности существенно отличается от исходной теоретической модели. В первый фактор вошли «старательность», «интерес к результатам», «корректное понимание целей обследования», «реакция на комментарий», «реакция на подсказку». Отражены способность к учету социального и эмоционального контекста ситуации и, в частности, к корректному пониманию лечебных и диагностических задач, а в широком смысле — к пониманию намерений другого; способность к самоинициации и интеграции опыта, понимание перспективы и личного значения ситуации; способность к учету обратной связи. Данный фактор можно обозначить как «социальный».

Второй фактор включил такие характеристики, как «внешний контроль», «реакция на ошибки», «усвоение инструкции», «критичность к симптоматике». Поскольку помимо способности распознавать симптоматику, в нем представлены нарушения, связанные со способностью отследить недостаточность собственных усилий для эффективного выполнения задания, корректно оценить, что инструкция усвоена, а также заметить ошибочность собственных суждений, мы предполагаем, что данный фактор может быть обозначен как «когнитивный».

Согласно полученным данным, клинический аспект критичности («критичность к симптоматике») оказался включен в когнитивный фактор. Одним из возможных объяснений является то, что метакогниции имеют значение и для клинических, и для когнитивных аспектов критичности, обнаруживая область, в которой эти феномены совпадают. Одно из активно разрабатываемых направлений исследований в этой области основано на предположении, что эти феномены могут быть связаны и значительно перекрывать друг друга. Возможно, низкие показатели когнитивных аспектов критичности являются барьером для более высоких клинических [31]. По данными К.Л. Суботника и соавторов, способность к рефлексии по поводу

проблемных ситуаций и создание эффективных когнитивных стратегий необходимы в том числе и для понимания, что симптомы являются составляющей расстройства [37]. Если рассматривать часть клинических аспектов критичности как имеющих метакогнитивную основу, полученные факторы могут быть сопоставлены и частично согласуются со структурой когнитивного компонента критичности (cognitive insight), предложенного А. Бекком [17]: когнитивный фактор — с субшкалой самоуверенности (связанной с распознаванием ошибок), а социальный — с субшкалой саморефлексивности (связанной с учетом обратной связи и целеполаганием).

В работах последних лет показано, что критичность в целом наиболее сильно связана с рядом обобщенных когнитивных доменов: регуляторных функций, социальных когниций и метакогниций [30, 31, 37]. Получены данные о связи самоуверенности как одного из аспектов критичности со снижением зрительной и вербальной рабочей памяти, а также с трудностями исправления собственных ошибок, однако выводы на этот счет противоречивы, и другие исследователи указывают на связь самоуверенности с нарушением регуляторных функций [13; 20]. Предполагалось, что связь самоуверенности и регуляторных функций определяется процессом персеверации, но скорее она связана с общей способностью формировать и поддерживать стратегию при решении проблемы [31]. В настоящем исследовании наиболее сильные связи критичности в целом были обнаружены с регуляторными функциями (тест фигуры Рея), нарушениями мышления («Исключение предметов») и распознавания ошибок на зрительном стимульном материале («Фигуры Поппельрейтера», тест фигуры Рея). Это частично согласуется с данными, фиксирующими достаточно слабые связи между критичностью и когнитивными функциями, но для целеполагания и решения проблем и некоторых субдоменов критичности эти связи оказываются сильнее [31].

Ограничения исследования. На наш взгляд, основным ограничением исследования является известная субъективность экспертной оценки, на основании которой сформирована матрица исходных показателей. Другим ограничением выступает небольшой объем выборки. Несмотря на то, что DWLS не требует очень больших объемов наблюдений, устойчивые результаты требуют 500 и более наблюдений [29]. В данной работе не ставилось цели описать связь полученных факторов критичности с клиническими переменными, что не позволяет описать место выявленных факторов в клинической картине. Наконец, существенным ограничением следует признать сомнения в действительном соответствии полученной модели критериям соответствия. Столь сильное утверждение связано с тем, что широко используемые критерии для метода DWLS могут быть излишне оптимистичными [38]. Несмотря на критическую важность проблемы для всех специалистов, работающих с опросниками, шкалами и другими порядковыми переменными, других точек отсечения предложено не было. Поэтому мы считаем полученный результат предварительным и несомненно требующим воспроизведения другими исследователями.

Выводы

1. Пациенты с более низкой критичностью обнаруживают более выраженные нарушения по ряду показателей слухоречевого (вербального) запоминания.

2. Пациенты с более низкой критичностью демонстрируют более низкие результаты в задачах, направленных на оценку функций внимания (переключение) и темпа психических процессов. Пациенты с более низкой критичностью чаще нарушали инструкцию в пробе «Таблица Шульте».

3. Пациенты с более низкой критичностью демонстрировали большее число ошибочных суждений в патопсихологических пробах на исключение предметов. В среднем пациенты с более низкой критичностью давали более половины ошибочных суждений; обнаруживали более низкий уровень абстрагирования, бóльшую выраженность нарушений по числу разноплановых и резонерских рассуждений и качественным показателям «критичности мышления», «саморегуляции» и «аморфности». Также они чаще были склонны давать искаженную трактовку некоторых действий или мотивов персонажа серии сюжетных картин.

4. Обнаружено преобладание нарушений копирования, непосредственного и отложенного воспроизведения комплексной фигуры у пациентов с низкой критичностью по сравнению с пациентами, имеющими более высокие показатели критичности. Анализ полученных данных позволяет предположить, что общее снижение продуктивности выполнения пробы в группе с более низкой критичностью объясняется затруднениями пациентов в различении некорректно скопированных элементов — нераспознаванием ошибок.

5. Пациенты с более низкой критичностью совершали больше ошибок по типу искажений восприятия в пробе «Фигуры Поппельрейтера», что свидетельствует о более выраженной тенденции к привнесению ими иррелевантной информации в ходе решения задач.

Перспективы исследования. Проведенное исследование показало перспективность дальнейшего изучения нарушений критичности при параноидной шизофрении как дефицита метакогнитивной регуляции и связей данных нарушений с когнитивными дисфункциями пациентов. Построение факторной структуры критичности на основе анализа латентных переменных позволяет усовершенствовать и объективизировать представления о феномене как мультидименсиональном конструкте. Полученные результаты могут внести вклад в разработку ориентированных на метакогниции видов психотерапевтических интервенций и послужить шагом для дальнейшей разработки интегративной модели критичности, учитывающей взаимодействие метакогниций с клиническими, эмоциональными и социальными факторами.

Данное исследование выступает отправной точкой в разработке методов экспериментально-психологической квалификации нарушений критичности. Исходя из полученных данных, представляется перспективным дальнейшее системное рассмотрение в связи с критичностью двух типов ошибок, которые демонстрировали пациенты с более низким уровнем критичности. Первый обобщенно можно охарактеризовать как нарушение распознавания ошибок в условиях непрерывной доступности стимульного материала — игнорирование ошибок. Второй тип ошибок был связан с привнесением иррелевантной информации при решении когнитивной задачи.

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю.
Экспериментально-психологическая оценка
критичности больных параноидной шизофренией
на основе изучения когнитивных функций
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 164–191.

Pekker M.V., Gvozdetskiy A.N., Shchelkova O.Yu.
Experimental Psychological Evaluation of Lack
of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients:
Cognitive Function Assessment
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 164–191.

Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: НПО «Модэк», 1995. 638 с.
2. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики: практическое руководство. СПб.: Стройлеспечать, 1997. 303 с.
3. Вассерман Л.И., Чередникова Т.В. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита: Рестандартизация и апробация методики «Комплексная фигура Рея-Остеррита». Методические рекомендации. СПб., 2011. 68 с.
4. Вассерман Л.И., Чередникова Т.В., Вассерман М.В. и др. Психодиагностика нарушений пространственного внимания. СПб.: Изд-во Санкт-Петербургского университета, 2018. 92 с.
5. Гильяшева И.Н. Практическое использование адаптированного теста интеллекта в клинике нервно-психических заболеваний: Методические рекомендации. Л.: Ленинградский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1987. 30 с.
6. Ершов Б.Б. Нарушения перцептивной организации психической деятельности больных шизофренией // Вестник ЮУрГУ. Серия: Психология. 2011. Том 4. № 5. С. 107–114.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Академия, 2005. 208 с.
8. Иржевская В.П., Рупчев Г.Е., Тхостов А.Ш. и др. Проблема инсайта в современной патопсихологии // Вопросы психологии. 2008. № 2. С. 145–153.
9. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Современные подходы и методы коррекции нарушений когнитивного и социального функционирования больных шизофренией // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. Бехтерева. 2008. № 1. С. 4–8.
10. Кожуховская И.И. Нарушение критичности у психически больных. М.: МГУ, 1985. 80 с.
11. Лисакер П., Чернов Н.В., Карпенко О.А. и др. Изучение и лечение фрагментации при шизофрении с применением концепции метапознания // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Том 121. № 3. С. 160–164. DOI 10.17116/jnevro2021121031160
12. Мещерякова К.В., Рязанова А.Ю. Психодиагностические критерии нарушений критичности подростков при судебно-психиатрической и судебно-психологической экспертизе // Вестник ЮУрГУ. Серия Психология. 2010. № 4. С. 77–81.
13. Рассказова Е.И., Плужников И.В. Психодиагностика уровня когнитивного инсайта: результаты апробации русскоязычной версии шкалы когнитивного инсайта А. Бека // Психологические исследования. 2013. Том 6. № 28. С. 6. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/711> (дата обращения: 10.03.2022). DOI: 10.54359/ps.v6i28.711

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю.
Экспериментально-психологическая оценка
критичности больных параноидной шизофренией
на основе изучения когнитивных функций
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 164–191.

Pekker M.V., Gvozdetskiy A.N., Shchelkova O.Yu.
Experimental Psychological Evaluation of Lack
of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients:
Cognitive Function Assessment
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 164–191.

14. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (Практическое руководство). М.: Апрель-Пресс, изд-во Института психотерапии, 2004. 224 с.
15. Саркисян Г.Р., Гурович И.Я., Киф Р.С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Том 20. № 3. С. 13–19.
16. Austin S.F., Mors O., Nordentoft M. et al. Schizophrenia and metacognition: An investigation of course of illness and metacognitive beliefs within a first episode psychosis // *Cognitive Therapy and Research*. 2015. Vol. 39. № 1. P. 61–69. DOI: 10.1007/s10608-014-9633-9
17. Beck A.T., Baruch E., Balter J.M. et al. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale // *Schizophrenia Research*. 2004. Vol. 68 № 2. P. 319–329. DOI: 10.1016/s0920-9964(03)00189-0
18. Benedict R., Brandt. J. Hopkins verbal learning test-revised. Brief visuospatial memory test – revised. Professional manual supplement. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc, 1997. 57 p.
19. Bowie C., Harvey P.D. Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia // *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 2006. Vol. 2. № 4. P. 531–536. DOI: 10.2147/ndt.2006.2.4.531
20. Cooke M.A., Peters E.R., Fannon D. et al. Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and selfreflection dimensions and neuropsychological measures // *Psychiatry Research*. 2010. Vol. 178. № 2. P. 284–289. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.05.009
21. Flavell J.H. Metacognitive aspects of problem solving // *The Nature of Intelligence* / L.B. Resnick (ed.). N.Y.: Hillsdale, 1976. P. 231–235.
22. Friedman N.P., Miyake A., Corley R.P. et al. Not all executive functions are related to intelligence // *Psychological Science*. 2006. Vol. 17. № 2. P. 172–179. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2006.01681.x
23. Harvey P.D., Keefe R.S., Eesley C. E. Neurocognition in schizophrenia // *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry (10th ed.)* / V.A. Sadock, B.J. Sadock, P. Ruiz (eds.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2017. P. 1531–1541.
24. Jansiewicz E. M. The relationship between executive functions and metacognitive strategy learning and application. Atlanta, GA: Georgia State University, 2008. URL: https://scholarworks.gsu.edu/psych_diss/42 (дата обращения: 10.03.2022)
25. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon // *Psychiatriki*. 2019. Vol. 30. № 1. P. 13–16. DOI: 10.22365/jpsych.2019.301.13

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю.
Экспериментально-психологическая оценка
критичности больных параноидной шизофренией
на основе изучения когнитивных функций
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 164–191.

Pekker M.V., Gvozdetckii A.N., Shchelkova O.Yu.
Experimental Psychological Evaluation of Lack
of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients:
Cognitive Function Assessment
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 164–191.

26. Kurtz M., Trask C., Rosengard R. et al. Verbal learning and memory enhancement strategies in schizophrenia: A randomized, controlled investigation // Journal of the International Neuropsychological Society. 2017. Vol. 23. №4. P. 352–357. DOI: 10.1017/S1355617717000042
27. Laroi F., Barr W.B., Keefe R.S. The neuropsychology of insight in psychiatric and neurological disorders // Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders: 2nd ed. / X. Amador, A. David (eds.). Oxford: Oxford University Press, 2004. P. 119–156.
28. Le S., Josse J., Husson F. FactoMineR: An R package for multivariate analysis // Journal of Statistical Software. 2008. Vol. 25. № 1. P. 1–18. DOI: 10.18637/jss.v025.i01
29. Li C.-H. The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables // Psychological Methods. 2016. Vol. 21. № 3. P. 369–387. DOI: 10.1037/met0000093
30. Lysaker P.H., Kukla M., Vohs J.L. et al. Metacognition and recovery in schizophrenia: From research to the development of metacognitive reflection and insight therapy // Journal of Experimental Psychopathology. 2019. Vol. 10. № 1. P. 1–12. DOI: 10.1177/2043808718814992
31. Mervis J.E., Bonfils K.A., Cooper S.E. et al. Co-occurring deficits in clinical and cognitive insight in prolonged schizophrenia-spectrum disorders: Relationship to metacognitive deficits // Schizophrenia Bulletin Open. 2021. Vol. 2. №1, sgab034. DOI: 10.1093/schizbullopen/sgab034
32. Rosseel Y. lavaan: An R package for structural equation modeling // Journal of Statistical Software. 2012. Vol. 48. № 2. P. 1–36. DOI: 10.18637/jss.v048.i02
33. Moritz S., Ramdani N., Klass H. et al. Overconfidence in incorrect perceptual judgments in patients with schizophrenia // Schizophrenia Research: Cognition. 2014. Vol. 1. № 4. P. 165–170. DOI: 10.1016/j.scog.2014.09.003
34. Schraw G. Promoting general metacognitive awareness // Instructional Science. 1998. Vol. 26. P. 113–125. DOI: 10.1023/A:1003044231033
35. Schreiber J.B., Stage F.K., King J. et al. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review // Journal of Educational Research. 2006. Vol. 99. № 6. P. 323–338. DOI: 10.3200/JOER.99.6.323-338
36. Scutari M. Learning Bayesian Networks with the bnlearn R Package // Journal of Statistical Software. 2010. Vol. 35. № 1. P. 1–22. DOI: 10.18637/jss.v035.i03
37. Subotnik K.L., Ventura J., Helleman G.S. et al. Relationship of poor insight to neurocognition, social cognition, and psychiatric symptoms in schizophrenia: A meta-analysis // Schizophrenia research. 2020. Vol. 220. P. 164–171. DOI: 10.1016/j.schres.2020.03.038

38. Xia Y., Yang Y. RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods // Behavior Research Methods. 2019. Vol. 51. № 1. P. 409–428. DOI: 10.3758/s13428-018-1055-2

References

1. Bleykher V.M., Kruk I.V. Tolkovyy slovar' psikhiatricheskikh terminov [Glossary of psychiatric terms]. Voronezh: NPO «Modek», 1995. 638 p. (In Russ.).
2. Vasserman L.I., Dorofeyeva S.A., Meyerson Y.A. Metody neyropsikhologicheskoy diagnostiki: Prakticheskoye rukovodstvo [Methods of neuropsychological diagnostics: Practical guideline]. Saint-Petersburg: Ctroylespechat', 1997. 303 p. (In Russ.).
3. Vasserman L.I., Cherednikova T. V. Psikhologicheskaya diagnostika neurokognitivnogo defitsita: Restandartizatsiya i aprobatsiya metodiki «Kompleksnaya figura Reya-Osterrita». Metodicheskie rekomendatsii. [Psychological assessment of neurocognitive deficit: Restandardization and approbation of of The Rey–Osterrieth complex figure test. Methodical recommendations]. Saint-Petersburg, 2011. 68 p. (In Russ.).
4. Vasserman L.I., Cherednikova T.V., Vasserman M.V. et al. Psikhodiagnostika narushenii prostranstvennogo vnimaniya [Psychological assessment of spatial attention] Saint-Petersburg: Publ. of Saint-Petersburg University, 2018. 92 p. (In Russ.).
5. Gil'yasheva I.N. Prakticheskoye ispol'zovaniye adaptirovannogo testa intellekta pri klinike nervno-psikhicheskikh zabolevaniy. Metodicheskiye rekomendatsii [Practical use of adapted version of intelligence test in neuro-psychic diseases clinic]. Leningrad: Publ. of Leningradskiy nauchno-issledovatel'skiy psikhonevrologicheskiiy institut im. V.M. Bekhtereva, 1987. 30 p. (In Russ.).
6. Ershov B.B. Narusheniya pertseptivnoi organizatsii psikhicheskoi deyatelnosti bol'nykh shizofreniei [Perceptive organization impairment in schizophrenia patients]. *Vestnik YuurGU=South-Ural State University Herald*, 2010, vol. 4, no. 5, pp. 107–114. (In Russ., abstr. in Engl.).
7. Zeigarnik B.V. Patopsikhologiya [Pathopsychology]. 3rd ed. Moscow: Akademiya, 2005. 208 p. (In Russ.).
8. Irzhevskaya V.P., Rupchev G.E., Tkhostov A.Sh. et al. Problema insaita v sovremennoi patopsikhologii [The problem of insight in modern abnormal psychology]. *Voprosy psikhologii=Questions of Psychology*, 2008, no. 2, pp. 145–153. (In Russ.).
9. Isaeva E.R., Lebedeva G.G. Sovremennyye podkhody i metody korrektsii narusheniy kognitivnogo i sotsial'nogo funktsionirovaniya bol'nykh shizofreniyey [Modern approaches to correction and assessment to cognitive and social functioning of schizophrenia patients]. *Obozrenie psikhologii i meditsinskoj psikhologii im. Bekhtereva=Bekhterev Medical Psychology and Psychiatry Review*, 2008, no. 1, pp. 4–8. (In Russ.).
10. Kozhukhovskaya I. I. Narushenie kritichnosti u psikhicheskii bol'nykh [Lack of insight in mental illness]. Moscow: publ. of MSU, 1985. 80 p. (In Russ.).

11. Lisaker P., Chernov N.V., Karpenko O.A. et al. Izuchenie i lechenie fragmentatsii pri shizofrenii s primeneniem kontseptsii metapoznaniya [Metacognition as a pathway to the study and treatment of fragmentation in schizophrenia]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova=Korsakov S.S. Psychiatry and Neurology Journal*, 2021, vol. 121, no. 3, pp. 160–164. DOI: 10.17116/jnevro2021121031160 (In Russ., abstr. in Engl.).

12. Meshcheryakova, K.V., Ryazanova A.Y. Psikhodiagnosticheskiye kriterii narusheniy kritichnosti podrostkov pri sudebno-psikhiatricheskiy i sudebno-psikhologicheskoy ekspertize. [Psychodiagnostic criteria of lack of insight of adolescents in psychological and psychiatric forensic examination]. *Vestnik YuurGU=South-Ural State University Herald*, 2010, no. 4, pp. 77–81. (In Russ., abstr. in Engl.).

13. Rasskazova E.I., Pluzhnikov I.V. Psikhodiagnostika urovnya kognitivnogo insaita: rezul'taty aprobatsii russkoyazychnoi versii shkaly kognitivnogo insaita A. Beka [Psychological diagnostics of cognitive insight: the results of approbation of Russian version of Beck's Cognitive Insight Scale]. *Psikhologicheskie issledovaniya=Psychological Researches*, 2013, vol. 6, no. 28, p. 6. URL: <https://psystudy.ru/index.php/num/article/view/711> (Accessed: 10.03.2022) (In Russ.).

14. Rubinshtein S.Ya. Eksperimental'nye metody patopsikhologii i opyt primeneniya ikh v klinike. Prakticheskoe rukovodstvo [Experimental methods of abnormal psychology and experience of clinical use. Practical guidance]. Moscow: Aprel'-Press, 2004. 224 p. (In Russ.).

15. Sarkisyan G.R., Gurovich I.Y, Kif R.S. Normativnye dannye dlya rossiiskoi populyatsii i standartizatsiya shkaly «Kratkaya otsenka kognitivnykh funktsiy u patsiyentov s shizofreniyey» (BACS) [Normative data of russian population and standardization of Brief Assessement of Cognition in Schizophrenia scale (BACS)]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psikiatriya=Social and Clinical Psychiatry*, 2010, vol. 20, no. 3, pp. 13–19. (In Russ., abstr. in Engl.).

16. Austin S.F., Mors O., Nordentoft M. et al. Schizophrenia and metacognition: An investigation of course of illness and metacognitive beliefs within a first episode psychosis. *Cognitive Therapy and Research*, 2015, vol. 39, no. 1, pp. 61–69. DOI: 10.1007/s10608-014-9633-9

17. Beck A.T., Baruch, E., Balter, J.M. et al. A new instrument for measuring insight: The Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia Research*, 2004, vol. 68, no. 2, pp. 319–329. DOI:10.1016/s0920-9964(03)00189-0

18. Benedict R., Brandt. J. Hopkins verbal learning test-revised. Brief visuospatial memory test – revised. Professional manual supplement. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc, 1997. 57 p.

19. Bowie C., Harvey P.D. Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2006, vol. 2, no. 4, pp. 531–536. DOI: 10.2147/ndt.2006.2.4.531

20. Cooke M.A., Peters E.R., Fannon D. et al. Cognitive insight in psychosis: The relationship between self-certainty and selfreflection dimensions and neuropsychological

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю.
Экспериментально-психологическая оценка
критичности больных параноидной шизофренией
на основе изучения когнитивных функций
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 164–191.

Pekker M.V., Gvozdetskiy A.N., Shchelkova O.Yu.
Experimental Psychological Evaluation of Lack
of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients:
Cognitive Function Assessment
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 164–191.

measures. *Psychiatry Research*, 2010, vol. 178, no. 2, pp. 284–289. DOI: 10.1016/j.psychres.2009.05.009

21. Flavell J.H. Metacognitive Aspects of Problem Solving. In L.B. Resnick (ed.), *The Nature of Intelligence*. N.Y.: Hillsdale, 1976, pp. 231–235.

22. friedman n.p., miyake a., corley r.p. et al. not all Executive Functions Are Related to Intelligence. *Psychological Science*, 2006, vol. 17, no. 2, pp. 172–179. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2006.01681.x

23. Harvey P.D., Keefe R.S., Easley C. E. Neurocognition in schizophrenia. In V.A. Sadock, B.J. Sadock, P. Ruiz (eds.), *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2017, pp. 1531–1541.

24. Jansiewicz, E. M. The Relationship between Executive Functions and Metacognitive Strategy Learning and Application. Dissertation. Atlanta, GA: Georgia State University, 2008. URL: https://scholarworks.gsu.edu/psych_diss/42 (Accessed 10.03.2022).

25. Konstantakopoulos G. Insight across mental disorders: A multifaceted metacognitive phenomenon. *Psychiatriki*, 2019, vol. 30, no. 1, pp. 13–16. DOI: 10.22365/jpsych.2019.301.13

26. Kurtz M., Trask C., Rosengard R. et al. Verbal learning and memory enhancement strategies in schizophrenia: A randomized, controlled investigation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 2017, vol. 23, no. 4, pp. 352–357. DOI: 10.1017/S1355617717000042

27. Laroi F., Barr W.B., Keefe R.S. The neuropsychology of insight in psychiatric and neurological disorders. In X. Amador, A. David (eds.), *Insight and Psychosis: Awareness of Illness in Schizophrenia and Related Disorders*. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004, pp. 119–156.

28. Le S., Josse J., Husson F. FactoMineR: An R package for multivariate analysis. *Journal of Statistical Software*, 2008, vol. 25, no. 1, pp. 1–18. DOI: 10.18637/jss.v025.i01

29. Li C.-H. The performance of ML, DWLS, and ULS estimation with robust corrections in structural equation models with ordinal variables. *Psychological Methods*, 2016, vol. 21, no. 3, pp. 369–387. DOI: 10.1037/met0000093

30. Lysaker P.H., Kukla M., Vohs J.L. et al. Metacognition and recovery in schizophrenia: From research to the development of metacognitive reflection and insight therapy. *Journal of Experimental Psychopathology*, 2019, vol. 10, no. 1, pp. 1–12. DOI: 10.1177/2043808718814992

31. Mervis J.E., Bonfils K.A., Cooper S.E. et al. Co-occurring deficits in clinical and cognitive insight in prolonged schizophrenia-spectrum disorders: Relationship to metacognitive deficits. *Schizophrenia Bulletin Open*, 2021, vol. 2, no. 1, sgab034. DOI: 10.1093/schizbullopen/sgab034

32. Rosseel Y. lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 2012, vol. 48, no. 2, pp. 1–36. DOI: 10.18637/jss.v048.i02

33. Moritz S., Ramdani N., Klass H. et al. Overconfidence in incorrect perceptual judgments in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research: Cognition*, 2014, vol. 1, no. 4, pp. 165–170. DOI: 10.1016/j.scog.2014.09.003
34. Schraw G. Promoting general metacognitive awareness. *Instructional Science*, 1998, vol. 26, pp. 113–125. DOI: 10.1023/A:1003044231033
35. Schreiber J.B., Stage F.K., King J. et al. Reporting structural equation modeling and confirmatory factor analysis results: A review. *Journal of Educational Research*, 2006, vol. 99, no. 6, pp. 323–338. DOI: 10.3200/JOER.99.6.323-338
36. Scutari M. Learning Bayesian Networks with the bnlearn R Package. *Journal of Statistical Software*, 2010, vol. 35, no. 1, pp. 1–22. DOI: 10.18637/jss.v035.i03
37. Subotnik K.L., Ventura J., Helleman G.S. et al. Relationship of poor insight to neurocognition, social cognition, and psychiatric symptoms in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia research*, 2020, vol. 220, pp. 164–171. DOI: 10.1016/j.schres.2020.03.038
38. Xia Y., Yang Y. RMSEA, CFI, and TLI in structural equation modeling with ordered categorical data: The story they tell depends on the estimation methods. *Behavior Research Methods*, 2019, vol. 51, no. 1, pp. 409–428. DOI: 10.3758/s13428-018-1055-2

Приложение

Структура наблюдаемых характеристик критичности

Фактор	Параметр	Значение	Доля (%)
Критичность к суждениям	реакция на комментарий	Игнорирование	31
		Присутствует	69
	реакция на похвалу	Нет	45
		Есть (отрицательная или положительная)	55
	реакция на подсказку	Игнорирование	17
		Не способен эффективно использовать	52
		Способен воспользоваться	31
	реакция на ошибки	Не замечает их или настаивает на них	62
		Способен заметить ошибки	38
	усвоение инструкции	Требуется несколько повторений	46
		После уточняющих вопросов	26
		С первого предъявления	28
нарушение инструкции		Есть	76
	Нет	24	
Критичность к симптоматике	осознание наличия психических нарушений	Отрицает наличие болезненной симптоматики	51
		Отмечает наличие, по крайней мере, некоторых симптомов	49
Критичность к собственной личности	удержание дистанции	Нет	26
		Да	74
	негативизм	Есть	20
		Нет	80
	импульсивность	Есть	49
		Нет	51
	жалобы	Отсутствуют, несмотря на проявления симптомов	24
		Диссонируют с поведением и ведущим синдромом	37
		Соответствуют ведущему синдрому и поведению	39
	внешний контроль	Необходим	46
Частичный		32	
Не требуется		22	
корректный эмоциональный отклик	Нет	88	
	Есть	12	
старательность	Нет	57	
	Есть	43	
интерес к результатам	Нет	70	
	Есть	30	
корректное понимание целей обследования	Нет	19	
	Есть	81	

Пеккер М.В., Гвоздецкий А.Н., Щелкова О.Ю.
Экспериментально-психологическая оценка
критичности больных параноидной шизофренией
на основе изучения когнитивных функций
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 164–191.

Pekker M.V., Gvozdetskii A.N., Shchelkova O.Yu.
Experimental Psychological Evaluation of Lack
of Insight in Paranoid Schizophrenia Patients:
Cognitive Function Assessment
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 164–191.

Информация об авторах

Пеккер Мария Валерьевна, медицинский психолог, СПб ГБУЗ «Больница им. П.П. Кащенко», г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5014-9178>, e-mail: masha_pekker@mail.ru

Гвоздецкий Антон Николаевич, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры психиатрии и наркологии, ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>, e-mail: comisora@yandex.ru

Щелкова Ольга Юрьевна, доктор психологических наук, и.о. заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

Information about the authors

Mariya V. Pekker, Clinical Psychologist, Saint-Petersburg State-Funded Health Facility Mental Hospital № 1 named after P.P. Kashchenko, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5014-9178>, e-mail: masha_pekker@mail.ru

Anton N. Gvozdetskii, PhD in Medical Sciences, Assistant Professor of Chair of Psychiatry and Addiction Medicine, North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8045-1220>, e-mail: comisora@yandex.ru

Olga Yu. Shchelkova, Doctor of Psychology, Head of Chair of Clinical Psychology and Psychophysiology, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

Получена: 26.03.2021

Received: 26.03.2021

Принята в печать: 14.02.2022

Accepted: 14.02.2022

Зрительный прайминг у детей с расстройствами аутистического спектра

Черенкова Л.В.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9010-1010>, e-mail: chluvic@mail.ru*

Соколова Л.В.

*Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ),
г. Санкт-Петербург, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5284-3374>, e-mail: ivsokolova2021@mail.ru*

Работа посвящена изучению особенностей временной динамики зрительного прайминга у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС). В исследовании приняли участие 60 детей дошкольного возраста, из них 20 детей с типичным развитием (5 девочек и 15 мальчиков, возраст — $6,4 \pm 0,4$ лет), 20 детей с РАС легкой формы (все мальчики, возраст — $6,7 \pm 0,3$ лет), 20 детей с умеренными РАС (18 мальчиков и 2 девочки, возраст — $6,6 \pm 0,4$ лет), 20 детей с РАС тяжелой формы (17 мальчиков и 3 девочки, возраст — $6,8 \pm 0,2$ лет). В качестве методической модели исследования использовалась парадигма прайминга. Целевые стимулы имели вид решеток, состоящих из горизонтальных и вертикальных линий с частотой следования 10 циклов на градус. Прайм-стимул в виде вертикальной решетки с частотой следования 2 цикла на градус предъявлялся с опережением целевого стимула на $50 \div 600$ мс. В ходе исследования было установлено, что в отличие от группы детей с типичным развитием во всех группах детей с РАС влияние прайма отсутствовало при межстимульных интервалах (МСИ) $50 \div 150$ мс. Время реакции на целевые стимулы начинало снижаться только при МСИ $200 \div 600$ мс у детей с легкими и умеренными РАС и при МСИ $200 \div 300$ мс — у детей с тяжелыми РАС. Полученные результаты свидетельствуют о том, что по сравнению с нормально развивающимися детьми у детей с РАС изменяется временной характер взаимодействия прайма с целевыми стимулами. У детей с разным уровнем тяжести симптоматики РАС наблюдаемые изменения проявляются в разные временные интервалы после прайма.

Ключевые слова: восприятие, зрительный прайминг, расстройства аутистического спектра, дошкольный возраст.

Финансирование. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (РФФИ) в рамках научного проекта № 17-06-00644-ОГН.

Благодарности. Авторы благодарят за помощь в организации работы коллектив с Санкт-Петербургского «Центра реабилитации ребенка».

Для цитаты: Черенкова Л.В., Соколова Л.В. Зрительный прайминг у детей с расстройствами аутистического спектра [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 192–209. DOI: 10.17759/cpse.2022110109

Visual Priming in Children with Autism Spectrum Disorders

Ludmila V. Cherenkova

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9010-1010>, e-mail: chlivic@mail.ru

Lyudmila V. Sokolova

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

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5284-3374>, e-mail: ivsokolova2021@mail.ru

The study aimed at the analyzing of the temporal dynamics of visual priming in children with autism spectrum disorder (ASD). The study involved 20 children with typical development (5 girls and 15 boys, age 6.4 ± 0.4 years), 20 children with mild form of ASD (all boys, age 6.7 ± 0.3 years), 20 children with medium form of ASD (18 boys and 2 girls, age 6.6 ± 0.4 years), 20 children with hard ASD (17 boys and 3 girls, age 6.8 ± 0.2 years). The priming paradigm was used as a research model. Targets were in the form of gratings of horizontal and vertical lines with a repetition rate of 10 cycles per degree. A prime in the form of a vertical grating with a repetition rate of 2 cycles per degree was presented ahead of the target stimulus by 50–600 ms. In the course of the study, it was found that, in contrast to the typical development, in all children with ASD, the effect of prime is absent at interstimulus intervals (ISI) of 50–150 ms. The response time decreases to congruent and incongruent targets with ISI 200–600 ms with light and medium ASD and with ISI 200–300 ms with hard ASD. The results indicate that changes in the mechanisms of interaction between the prime and targets and the switching of attention between them are manifested in different time intervals after the prime, depending on the severity of ASD.

Keywords: perception, visual priming, autism spectrum disorders, preschool age.

Funding. The reported study was funded by Russian Foundation for Basic Research (RFBR), project number 17-06-00644-0ГН.

Acknowledgements. The authors would like to thank the team from the Saint-Petersburg Child Rehabilitation Center for their help in organizing the work.

For citation: Cherenkova L.V., Sokolova L.V. Visual Priming in Children with Autism Spectrum Disorders. *Klinicheskaja i spetsial'naja psichologija=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 192–209. DOI: 10.17759/cpse.2022110109 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В настоящее время не вызывает сомнения наличие особого типа восприятия у людей с расстройством аутистического спектра (РАС) [8]. Людям с РАС характерны фрагментарность восприятия и повышенное внимание к отдельным несущественным для общего контекста элементам зрительной сцены, что затрудняет интеграцию этих элементов в единый репрезентативный образ [19]. Формирование репрезентативного образа обычно базируется на иерархически организованном взаимодействии процессов обработки зрительной информации на разных уровнях нервной системы [12]. При аутизме и РАС наблюдается иной тип интеграции, который проявляется уже на нижних уровнях нервной системы, где выделяются и взаимодействуют элементарные признаки воспринимаемых объектов. Так, в одной из работ было высказано предположение о том, что при аутизме более развиты системы, ответственные за переработку высокочастотной пространственной информации по сравнению с низкочастотной [24]. Однако результаты другого исследования показывают, что восприятие глобальных образов, содержащих низкие пространственные частоты, возможно и при аутизме, если к ним привлекать внимание испытуемых [25]. Это направило исследователей на изучение процессов сенсорного внимания, так как именно механизмы распределения и переключения внимания обуславливают накопление сенсорного опыта, необходимого для процесса репрезентации [13; 22]. При РАС отмечают особый характер организации функции внимания и механизмов его мозгового обеспечения [6]. Однако характеристики «антиципирующего внимания», связанного с функцией распределения внимания между отдельными элементами текущей и упреждающей информации, поступающей последовательно во времени, при аутизме и РАС изучены мало.

Одновременно исследовать характеристики процессов интеграции информации и сенсорного внимания позволяет процедура прайминга. Зрительный прайминг представляет собой изменение способности идентифицировать, воспроизводить или классифицировать текущие объекты под влиянием восприятия уже предъявлявшейся прежде зрительной информации [10]. Под влиянием этой информации могут изменяться показатели успешности и скорости реакции на текущие стимулы в зависимости от их сходства с предваряющей информацией (праймом). При полном подобии прайма и целевых стимулов (повторный прайминг) параметры реакции улучшаются, а при несоответствии прайма целевым объектам скорость и точность реакции ухудшаются (отрицательный прайминг) [10]. Когда прайм и целевой стимул отличаются по отдельным параметрам, знак и величина изменения реакции (прайминг-эффект) будут зависеть от наличия общих признаков в их составе, таких как цвет, пространственное положение, ориентация, отдельные локальные элементы, общая конфигурация [10; 13; 15; 17; 18]. Выявление характеристик изменения параметров реакции под влиянием прайма способствует определению тех признаков объектов, которые являются значимыми при обработке и отборе информации, необходимой для реализации деятельности. Особый случай представляет изучение эффекта прайминга при изменении времени задержки между праймом и целевым стимулом в пределах сотен миллисекунд, в течение которых априорная и текущая виды информации обрабатываются и взаимодействуют. Эти исследования позволяют установить, на каком уровне нервной системы и с участием каких механизмов происходит отбор значимой информации.

В настоящее время экспериментально показано, что в зависимости от задержки между моментами включения прайма и целевого стимула реализуются разные механизмы обработки зрительной информации и процессов произвольного селективного внимания [3].

В последнее время все чаще высказывается предположение, что одной из причин особенностей восприятия у людей с РАС является именно неспособность эффективно использовать априорную информацию [23]. Сравнительный анализ работ разных авторов свидетельствует об отсутствии единого мнения о характеристиках проявления прайминг-эффекта при аутизме и РАС. Одни исследователи указывают на отсутствие различий между людьми с аутизмом и нейротипичными испытуемыми [27]. Другие работы приводят данные об ином характере проявления эффекта прайминга у аутистов [23]. При этом люди с аутизмом могут как превосходить испытуемых из контрольных групп по показателям реакции (например, при выделении локальных элементов, присутствующих в прайме и целевых стимулах) [26], так и испытывать сравнительно большие трудности, возникающие при выделении глобальных элементов объектов, использовании в качестве прайма и целевого стимулов сложных изображений, изображений неопределенной конфигурации [18; 23; 25].

В последние годы убедительно показано, что при аутизме в значительной мере страдают процессы, связанные с обработкой информации на нижних уровнях зрительной системы [14]. В связи с этим использование в процедуре прайминга объектов, содержащих простые признаки стимулов (такие как ориентация, пространственная частота), весьма актуальны для определения характеристик зрительного восприятия при аутизме.

Большинство рассмотренных исследований были проведены с участием людей, имеющих аутистический спектр, без контроля их уровня интеллекта и различий в степени проявления тяжести РАС, тогда как работы, посвященные анализу проявления прайминга при сниженном уровне интеллекта и разной выраженности РАС, единичны [5; 15]. При этом авторы концентрируют внимание на анализе прайминга у лиц с РАС подросткового и зрелого возрастов [26]. Однако одним из критических периодов развития процессов восприятия и произвольного внимания, которые тестируются при прайминге, является дошкольный возраст. Изучение проявления прайминга у детей данной возрастной группы позволит установить особенности и этапы формирования зрительного восприятия при РАС.

Гипотеза исследования состояла в том, что у детей дошкольного возраста с РАС, имеющих разную степень выраженности расстройства, а также более низкий уровень интеллекта и речевого развития по сравнению с нейротипичными сверстниками, наблюдается измененный характер взаимодействия элементарных признаков объектов (ориентация линий и их пространственная частота) на разных временных этапах восприятия зрительной информации.

В задачи исследования входило сравнение характеристик и временной динамики зрительного прайминга при использовании простых зрительных стимулов у детей дошкольного возраста с типичным развитием и с разным уровнем выраженности РАС.

Методы исследования

Выборка. В исследовании приняли участие 20 детей с типичным развитием (из них 5 девочек, возраст — 6,1–6,9 лет) и 60 детей с РАС (из них 4 девочки, возраст — 6,1–7,0 лет). Все дети посещали дошкольное отделение начальной школы № 687 «Центр реабилитации ребенка» г. Санкт-Петербурга.

Дети с типичным развитием были протестированы с помощью теста Д. Векслера для детей дошкольного возраста (WHHSI), адаптированного в России [1]. Анализ результатов показал, что вербальный IQ варьировал от 110 до 128 баллов, невербальный IQ — от 116 до 134 баллов, что соответствовало уровню нормативного развития (табл.).

Таблица

Характеристики обследуемых субвыборок испытуемых

Группа детей	Количество детей	Возраст	Оценка тяжести РАС	Оценка IQ	Уровень общего недоразвития речи
		М±SD; диапазон в годах	М±SD; диапазон в баллах	М±SD; диапазон в баллах	
Дети с типичным развитием	20 (15 мальчиков, 5 девочек)	6,4±0,4; 6,1–6,9		По Векслеру: Вербальный IQ 119,0±9,0; 110,0–128,0 Невербальный IQ 125,0±9,0; 116,0–134,0	
Дети с легкой формой РАС	20 (все мальчики)	6,7±0,3; 6,3–7,1	32,0±2,0; 30,0–34,0	по LIPS Невербальный IQ 65,0±6,0; 59,0–70,0	ОНР II (формулируют предложения)
Дети с умеренной тяжестью РАС	20 (18 мальчиков, 2 девочки)	6,6±0,4; 6,1–7,1	39,0±3,0; 36,0–42,0	по LIPS Невербальный IQ 52,0±4,0; 48,0–56,0	ОНР II-I (говорят отдельные слова)
Дети с тяжелой формой РАС	20 (18 мальчиков, 2 девочки)	6,8±0,2; 6,5–7,2	47,0±3,0; 44,0–49,0	по LIPS Невербальный IQ 45,0±4,0; 41,0–49,0	ОНР I (произносят отдельные звуки)

Отбор детей с РАС проводился консилиумом специалистов Центра реабилитации ребенка. Все дети в соответствии с МКБ-10 имели диагноз «РАС, обусловленное органическим заболеванием головного мозга, сопровождающемся задержкой психического развития, на резидуально-органической основе». Выраженность РАС устанавливалась по Оценочной шкале раннего детского аутизма — CARS (Childhood Autism Rating Scale) [21]. В соответствии с результатами диагностики по CARS были выделены три группы: I группа — дети с легкой формой РАС (30–34 балла), II группа — с умеренной тяжестью РАС (36–42 балла) и III группа — дети с тяжелой формой РАС (44–49 баллов).

Уровень невербального IQ у детей с РАС оценивали по Международной шкале продуктивности Лейтер — LIPS (Leiter International Performance Scale) [20]. У детей I группы показатели невербального IQ составили 59–70 баллов, у детей второй группы II группы — 48–56 баллов и у детей III группы — 44–49 баллов. Уровень речевого развития определялся с помощью анализа речевых карт [2] и у детей I группы соответствовал ОНР II, у детей II группы — ОНР II-I, а у детей III группы — ОНР I (табл.).

Все испытуемые использовали правую руку в качестве ведущей и не имели проблем со зрением и слухом. Родители детей выразили добровольное согласие на их участие в исследовании. Проведение исследования одобрено Этическим комитетом Санкт-Петербургского государственного университета.

Стимулы. В качестве целевых стимулов использовались изображения вертикальных и горизонтальных линий с частотой следования 10 циклов на градус. В качестве прайм-стимулов в центре экрана компьютера предъявлялась вертикальная решетка с частотой следования линий 2 цикла на градус из базы данных «Sutterstock». Яркость фона экрана компьютера составляла 30 кд/м², максимальная яркость изображения — 60 кд/м², размер изображения — 8 угловых градусов, длительность предъявления целевых стимулов составляла 200 мс, а прайм-стимула — 100 мс. Межстимульный интервал (МСИ) между окончанием предъявления прайма и началом предъявления тестового стимула варьировал от 50 до 600 мс (рис. 1).

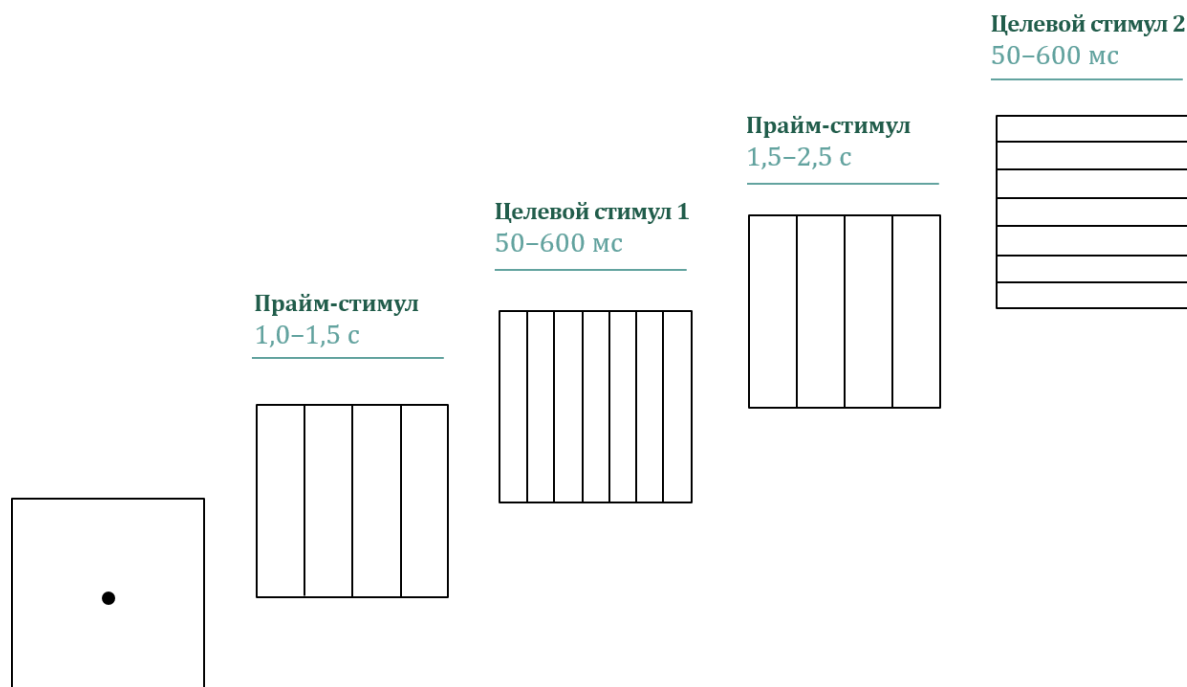


Рис. 1. Схема предъявления стимулов

Процедура исследования. Тестирование испытуемых проводилось в знакомой обстановке. Испытуемый удобно располагался перед компьютером, расстояние от экрана монитора не превышало 50 см. Освещенность помещения составляла 120 люкс. Для предъявления стимулов использовали ноутбук Samsung R40-1 с размером

экрана 17 дюймов с установленной программой PsyTask v. 1.50.12. (ООО «Мицар», г. Санкт-Петербург, Россия).

Перед началом тестирования проводилось обучение задаче по различению двух целевых стимулов. В ответ на предъявления первого стимула необходимо было нажать на левую клавишу компьютера (20 попыток), а в ответ на предъявления второго — на правую клавишу компьютера (20 попыток). Все стимулы предъявлялись в случайном порядке с интервалом между пробами от 1,5 до 2,5 с.

При тестировании в равном количестве и в случайном порядке предъявлялись комбинации целевых и прайм-стимулов. Было проведено два теста, в каждом из которых применялись МСИ четырех значений (50, 100, 150 и 200 мс; 300, 400, 500 и 600 мс). В каждом тесте предъявлялось 80 сочетаний стимулов (по 20 проб с каждым значением МСИ) с интервалом между пробами в 1,5–2,5 с. Время реакции (ВР) регистрировалось с помощью программы PsyTask во время обучения и тестирования.

Анализ результатов. Статистическая обработка данных проводилась в программе Statistica v. 13. Распределение переменных по всей выборке соответствовало нормальному (тест Колмогорова–Смирнова: $d=0,25$; $p=0,200$), что позволило использовать для анализа параметрические критерии — t-тест Стьюдента и дисперсионный анализ ANOVA для повторных измерений. Для сравнения изменения параметров реакций в зависимости от условий предъявления стимулов (с праймом или без, предъявление прайма и тестового стимулов с разными МСИ) использовали модель анализа для внутригрупповых зависимых факторов. При статистическом анализе зависимости величины прайминг-эффекта от выраженности РАС и уровня интеллекта факторы «группа» (группа детей в соответствии с уровнем выраженности РАС) и «IQ» (показатель интеллекта) рассматривали в качестве независимых. Для анализа ВР отбирались только правильные реакции (92,66% из всех проб). Значения ВР, которые превышали 2 стандартных отклонения от средней величины, не включались в обработку данных (2,37% из всех проб). При статистической обработке для каждого испытуемого определялась величина прайминг-эффекта при каждом значении МСИ по разнице между средними значениями ВР на предъявление только целевого стимула и сочетания целевого и прайм-стимулов. Далее полученные разности усреднялись по группам испытуемых. Достоверность различий данных устанавливалась с помощью метода парных сравнений Стьюдента. Достоверными считали различия при $p \leq 0,05$.

Результаты

Обучение. Дети с нейротипичным развитием и дети с легкой формой РАС в первый день тренировки верно дифференцировали целевые стимулы в 94–98% ($M=96,4$; $SD=0,2$) случаев. У остальных детей процесс обучения занимал три дня. Число правильных ответов к концу обучения варьировало в пределах 86–94% ($M=90,6$; $SD=0,5$). ВР на линии разной ориентации сильно варьировало в пределах выборки. При этом ВР у детей с типичным развитием и легкой формой РАС достоверно не отличалось ($M=1003$ мс, $SD=95$, диапазон — 849–1099 мс и $M=1052$ мс, $SD=105$, диапазон — 788–1184 мс соответственно, $t=1,22$, $p=0,240$). В то же время у детей с умеренной и тяжелой формами РАС ВР было достоверно больше по

сравнению с предыдущими группами ($M=1734$ мс, $SD=233$, диапазон — 1418–1890 мс и $M=1746$ мс, $SD=171$, диапазон — 144–1860 мс соответственно, $t=5,41$, $p<0,001$). Между значениями ВР у групп детей с умеренной и тяжелой формой РАС достоверных различий выявлено не было ($t=0,74$, $p=0,670$).

Тестирование нейротипичных детей. Предъявление вертикальных линий с низкой частотой следования приводило к достоверному снижению ВР при идентификации вертикальных линий с высокой частотой следования ($M=1001$ мс, $SD=93$, диапазон — 849–1080 мс при обучении и $M=902$ мс, $SD=43$, диапазон — 885–931 мс при тестировании; $t=4,65$, $p<0,001$). В случае идентификации горизонтальных линий с высокой частотой следования значимых изменений ВР не наблюдалось ($M=998$ мс, $SD=67$, диапазон — 849–1096 мс при обучении и $M=1004$ мс, $SD=69$, диапазон — 978–1023 мс при тестировании; $t=0,95$, $p=0,450$) (рис. 2).

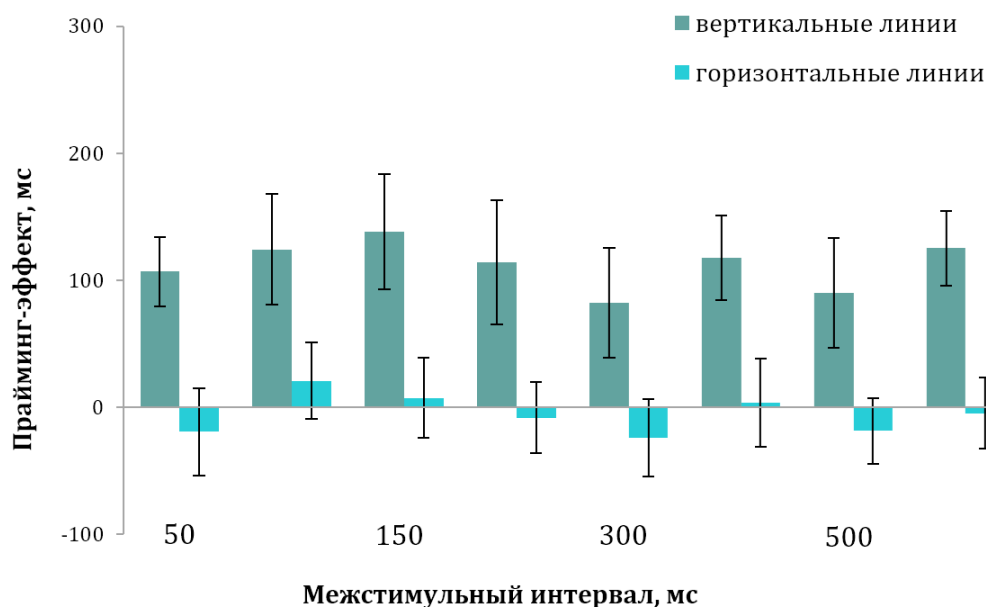


Рис. 2. Временная динамика прайминг-эффекта у детей с типичным развитием

Примечания. Вертикальные линии обозначают доверительный интервал при $p<0,05$.

Дисперсионный анализ показал зависимость величины прайминг-эффекта от типа идентифицируемого (целевого) стимула ($F(1; 158)=170,69$, $p<0,001$). Не было отмечено зависимости этой величины от IQ ($F(1; 158)=7,69$, $p=0,350$). В то же время зависимость величины прайминг-эффекта от МСИ не была значимой ни для реакций на вертикальные линии ($F(7; 152)=0,76$, $p=0,620$), ни для реакций на горизонтальные линии ($F(7; 152)=0,91$, $p=0,510$). Однако более детальный анализ продемонстрировал, что при идентификации вертикальных линий при МСИ от 50 до 150 мс величина прайминг-эффекта прогрессивно растет ($F(2; 57)=19,75$, $p<0,001$), а при МСИ от 200 до 600 мс остается стабильной ($F(4; 95)=1,58$, $p=0,090$).

Тестирование детей с легкой формой РАС. У детей этой группы при введении прайм-стимула наблюдалась иная картина (рис. 3). ВР снижалось не только при предъявлении вертикальных линий ($M=1001$ мс, $SD=105$, диапазон —

927–1139 мс при обучении и $M=961$ мс, $SD=109$, диапазон — 874–1062 мс при тестировании; $t=2,07$, $p=0,030$). Идентификация горизонтальных линий также сопровождалась уменьшением ВР ($M=1068$ мс, $SD=201$, диапазон — 788–1184 мс при обучении и $M=995$ мс, $SD=114$, диапазон — 922–1074 мс при тестировании; $t=2,14$, $p=0,020$). Попарное сравнение ВР на экспозицию вертикальных и горизонтальных линий после прайма не выявило достоверных различий ни при одном значении МСИ ($t=2,09$, $p=0,150$).

Дисперсионный анализ данных показал, что величина прайминг-эффекта значимо зависит от МСИ ($F(7; 152)=14,91$, $p<0,001$). Однако детальный анализ показал, что при МСИ в 50, 100 и 150 мс снижение ВР на оба типа целевых стимулов не было значимым ($t=1,17$, $p=0,250$; $t=0,29$, $p=0,370$ и $t=0,92$, $p=0,360$, соответственно). Между тем в интервале задержек от 200 до 600 мс уменьшение ВР было достоверным и стабильным независимо от значения МСИ ($F(4; 95)=31,68$, $p<0,001$). Зависимость величины прайминг-эффекта от уровня интеллекта не была значимой ($F(1; 152)=170,69$, $p<0,001$).

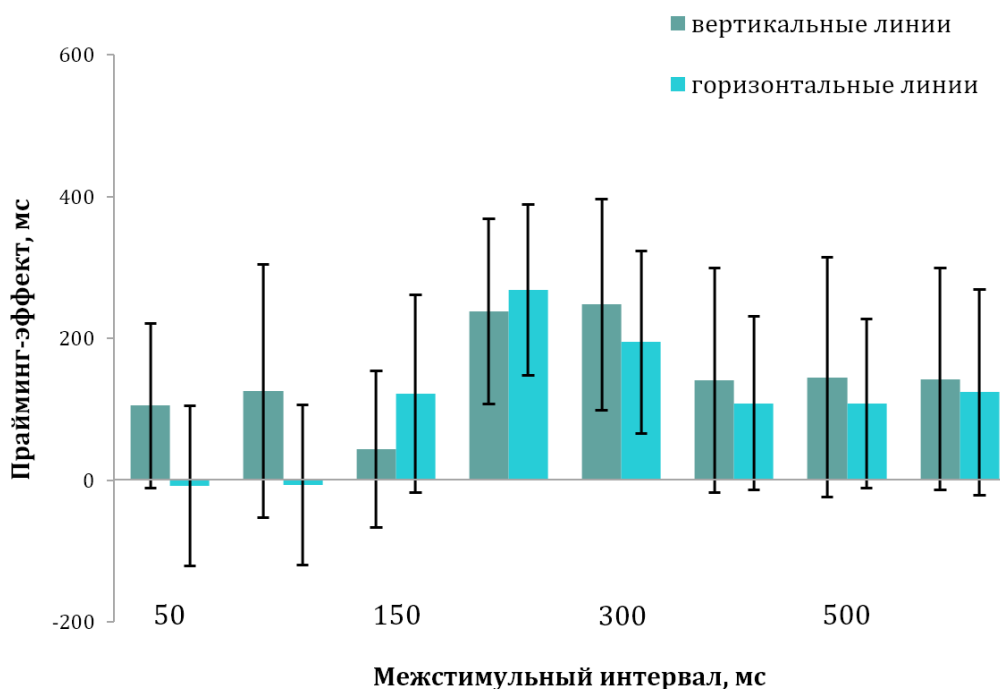


Рис. 3. Временная динамика прайминг-эффекта у детей с легкой формой РАС

Примечания. Вертикальные линии обозначают доверительный интервал при $p\leq 0,05$.

Тестирование детей с умеренной формой РАС. Как и у детей с легкой формой РАС, при введении прайм-стимула наблюдалось снижение ВР на предъявление как вертикальных ($M=1739$ мс, $SD=234$; диапазон — 1524–1900 мс при обучении и $M=1525$ мс; $SD=187$; диапазон — 1407–1716 мс при тестировании; $t=2,48$, $p=0,010$), так и горизонтальных линий ($M=1628$ мс, $SD=235$, диапазон — 1523–1723 мс при обучении и $M=1632$ мс, $SD=214$, диапазон — 1461–1735 мс при тестировании; $t=2,57$, $p=0,010$). ANOVA не выявил зависимости прайминг-эффекта от типа целевого стимула ($F(1; 158)=2,97$, $p=0,540$) (рис. 4).

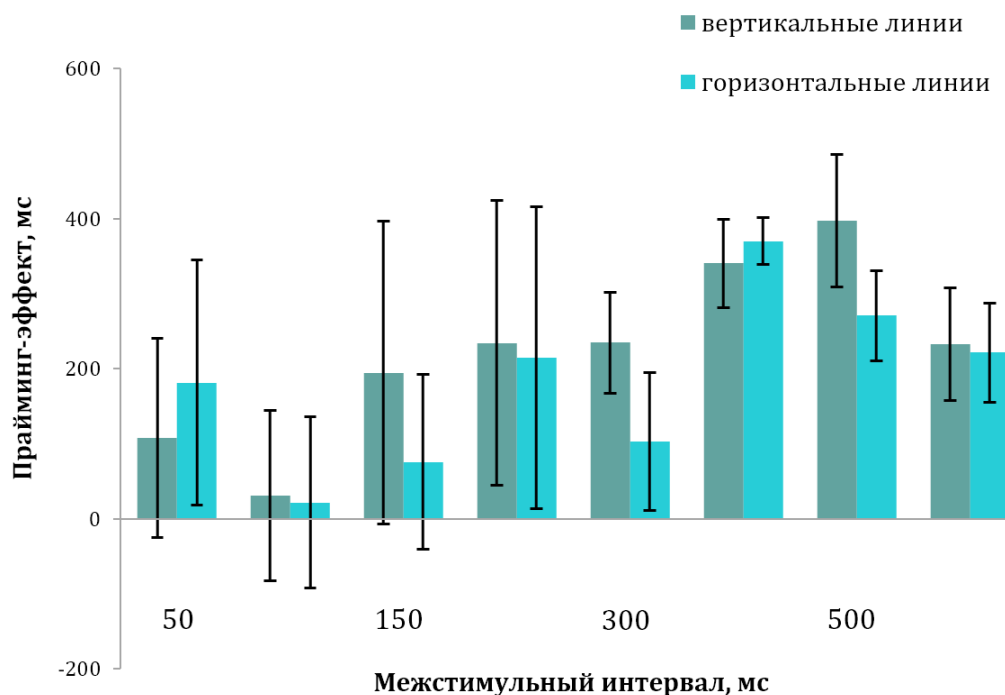


Рис. 4. Временная динамика прайминг-эффекта у детей с умеренной формой РАС

Примечания. Вертикальные линии обозначают доверительный интервал при $p \leq 0,05$.

Как и у детей с легкой формой РАС, анализ динамики изменения прайминг-эффекта показал значимую зависимость от увеличения МСИ при идентификации и горизонтальных, и вертикальных линий ($F(7; 152)=12,27, p < 0,001$), но не выявил зависимости прайминг-эффекта от величины IQ ($F(2; 158)=2,47, p = 0,150$).

Анализ изменения прайминг-эффекта при разных значениях МСИ установил, что при МСИ в интервале от 50 до 150 мс величина прайминг-эффекта не достигала значимых значений ($F(2; 57)=2,18, p = 0,060$). При МСИ от 200 до 600 мс ВР изменялось в разном направлении. При МСИ 200 и 300 мс значение прайминг-эффекта было значимым на оба стимула ($t=4,41, p = 0,040$), при задержках 400 и 500 мс достоверно возрастало ($t=9,48, p = 0,010$), а при 600 мс достоверно снижалось ($t=8,41, p = 0,020$) (рис. 4).

Тестирование детей с тяжелой формой РАС. Как и у детей с легкой и умеренной формами РАС, у детей данной группы при введении прайм-стимула происходило снижение ВР как в случае экспозиции вертикальных ($M=1747$ мс, $SD=138$, диапазон — 1592–1951 мс при обучении и $M=1603$ мс, $SD=199$, диапазон — 1491–1614 мс при тестировании; $t=2,31, p = 0,030$), так и горизонтальных линий ($M=1745$ мс, $SD=193$, диапазон — 1441–1967 мс при обучении и $M=1632$ мс, $SD=214$, диапазон — 1461–1735 мс при тестировании; $t=2,54, p = 0,020$) (рис. 5).

Дисперсионный анализ не выявил значимой зависимости величины прайминг-эффекта от типа стимула ($F(1; 158)=2,09, p = 0,150$) и от величины IQ ($F(1; 158)=2,24, p = 0,180$). Анализ временной динамики прайминг-эффекта показал значимую зависимость величины прайминг-эффекта от МСИ при идентификации и горизонтальных, и вертикальных линий, так же как у предыдущих групп детей

($F(7; 152)=2,69, p=0,010$). Анализ изменения прайминг-эффекта при разных значениях МСИ установил, что при МСИ в интервале от 50 до 150 мс величина прайминг-эффекта не достигала значимых значений ($F(2; 58)=2,18, p=0,060$). Было установлено, что, как и у детей с умеренной формой РАС, при МСИ в 200 и 300 мс значение прайминг-эффекта на оба стимула достоверно возрастало ($t=7,89, p=0,010$), а при МСИ в 400, 500 и 600 мс вновь не достигала значимых значений ($t=1,41, p=0,080$) (рис. 5). Сравнение средней величины прайминг-эффекта у разных групп детей не выявил ее значимой зависимости от факторов «группа» ($F(3;76)=1,17, p=0,210$) и «IQ» ($F(1;76)=2,19, p=0,340$). Детальный анализ проявления прайминга при разных МСИ позволил выявить достоверность зависимости прайминг-эффекта от данных факторов только в интервале задержек 50–150 мс ($F(3;76)=68,87, p<0,001; F(1;76)=59,47, p<0,001$).

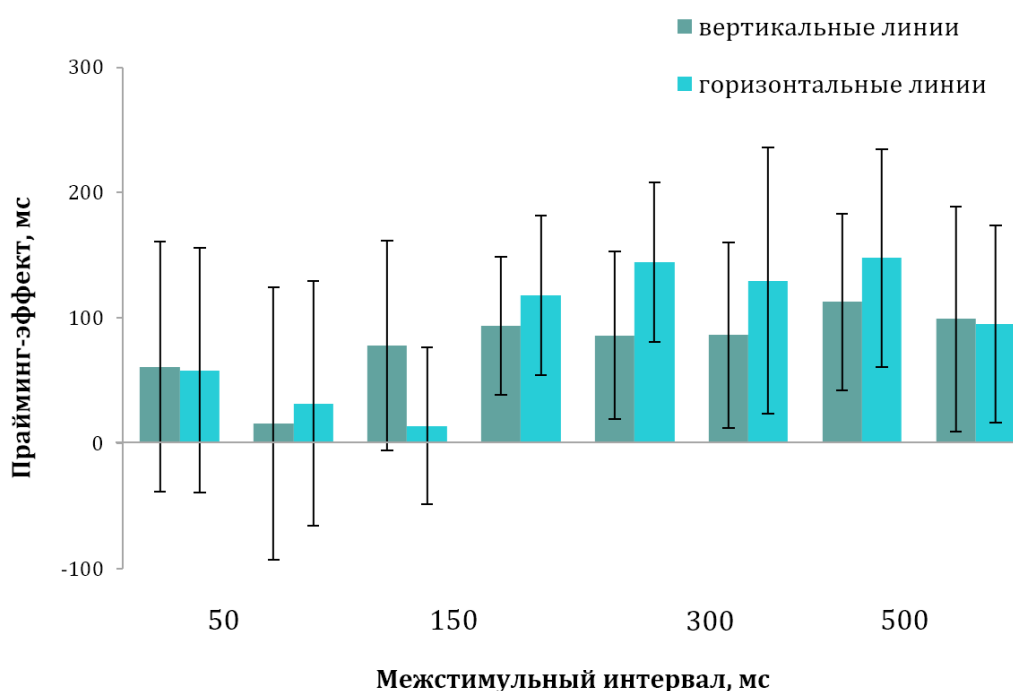


Рис. 5. Временная динамика прайминг-эффекта у детей с тяжелой формой РАС

Примечания. Вертикальные линии обозначают доверительный интервал при $p \leq 0,05$.

Полученные результаты показали, что у детей с РАС в отличие от нейротипичных детей наблюдается измененный характер зрительного прайминга при использовании простых зрительных стимулов. Скорость реакции возрастает на линии разной ориентации независимо от отсутствия/присутствия этой ориентации в прайме. У детей с разной выраженностью РАС наблюдаемый эффект уменьшения времени реакции отмечается при разных временных задержках между праймом и целевым стимулом.

Обсуждение результатов

Исследование зрительного прайминга у детей дошкольного возраста с РАС разной тяжести позволило выявить особенности временной динамики эффекта прайминга при идентификации простых зрительных стимулов.

В первую очередь необходимо отметить, что у всех детей с РАС влияние предъявления прайма не зависит от свойств идентифицируемого изображения. Если для нейротипичных детей характерно уменьшение ВР только на тот стимул, который включает ориентацию линий, аналогичную ориентации линий в прайме, то у детей с РАС ускорение реакции возможно и на стимул, включающий иную ориентацию линий. Наличие четкой диссоциации влияния прайма у нейротипичных детей свидетельствует о том, что в возрасте шести лет уже сформированы механизмы выделения общего для прайма и целевого стимула ведущего признака, что подтверждают работы ряда авторов [3; 13]. У детей с РАС проявление этих механизмов не наблюдается, что согласуется с работами, которые показали отсутствие способности произвольно концентрировать внимание на глобальных элементах объектов внешнего мира при РАС [4–6]. Встает вопрос о процессах обработки информации, которые лежат в основе специфической реакции, выявленной у детей с РАС. Ответить на этот вопрос помогает анализ временной динамики прайминга.

У нейротипичных детей достоверное влияние прайма отмечается уже при МСИ в 50 мс. Нейрофизиологические данные свидетельствуют о том, что в период задержек целевого стимула от начала прайма (SOA) до 300 мс нейроны ассоциативных областей коры у обезьян кодируют факт наличия двух стимулов на входе сенсорной системы [7]. В нашей модели прайминга при МСИ, равном 50 мс, SOA составляет 150 мс. Следовательно, уже в первые 150 мс дети с типичным развитием способны выделить значимый элемент стимула, являющийся общим для прайма и целевого объекта.

У всех обследованных детей с РАС при МСИ до 150 мс (SOA=250 мс) достоверное влияние прайма на идентификацию целевых стимулов отсутствовало. Данные литературы о временных параметрах взаимодействия сенсорных входов позволяют выдвинуть несколько причин, обуславливающих полученные результаты. С одной стороны, была предложена модель независимого взаимодействия сенсорных входов, которая характерна для ранних периодов онтогенеза [16]. Согласно этой модели, каждый сенсорный вход может самостоятельно конкурировать за выход на соответствующую реакцию организма. В результате можно наблюдать последовательную череду реакций то на один, то на другой сигнал. Согласно этой точке зрения, отсутствие влияния прайма у детей с РАС может говорить о незрелости процессов взаимодействия сенсорной информации. Аналогичный тип взаимодействия проявляется у нейротипичных детей четырех лет при использовании процедуры прайминга с гетеросенсорными объектами [4; 5].

С другой стороны, имеются данные о задержке процесса взаимодействия сенсорных входов на уровне зрительных областей коры при РАС. В отношении стимулов с разной пространственной частотой показано, что при РАС информация по низкочастотному каналу приходит значительно позже по сравнению с информацией по высокочастотному каналу [24]. Это означает, что процесс взаимодействия зрительных сигналов может быть задержан по времени от начала действия прайма — в нашем случае на 250 мс.

Интервал между праймом и целевым стимулом от 300 до 600 мс рассматривается в нейрофизиологических исследованиях и работах по праймингу

как время, необходимое для сличения уже опознанных объектов и сдвига внимания в сторону идентифицируемых стимулов, требующих соответствующей реакции [7]. В этот период влияние прайма постепенно нивелируется, что отражается в отсутствии прироста эффекта облегчения реакции. Это хорошо просматривается у нейротипичных детей. Если при задержках до 150 мс отмечается сокращение ВР, то после 200 мс его зависимость от МСИ достоверно не выражена. При РАС, напротив, именно в этот период эффект прайминга приобретает достоверные значения. Дети быстрее реагируют на предъявление как вертикальных, так и горизонтальных линий. Подобное проявление прайминга может свидетельствовать о нарушении процессов нисходящей регуляции переключения внимания между опознанными стимулами, что было показано в исследовании, проведенном на взрослых и подростках с аутизмом [14]. При этом можно предположить, что у детей с РАС длительный процесс взаимодействия информации о прайме и целевом стимуле влечет за собой позднее включение механизмов переключения внимания от прайма к целевому стимулу. Следовательно, отсутствие сдвига внимания в сторону целевых стимулов может быть связано как с изменением механизмов взаимодействия информации на уровне проекционных областей коры (первые 250 мс), так и от характера включающейся позднее регуляции этого процесса со стороны зрительных ассоциативных областей коры [24].

У детей с тяжелой формой РАС достоверный прайминг-эффект отмечен только при МСИ в 200 и 300 мс. В отличие от детей первых двух групп, в интервале МСИ от 400 до 600 мс прайминг-эффект проявляется случайно. Можно предположить, что процесс сличения уже опознанных стимулов в этом случае происходит на независимой конкурентной основе, как в модели независимого взаимодействия входной информации, а реакция реализуется в ответ то на один, то на другой целевые стимулы. Однако после опознания стимулов, использованных в процедуре прайминга, такое независимое соперничество взаимодействующей информации возможно только вследствие изменения механизма нисходящей регуляции процессов внимания [24].

Заключение

Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о специфических особенностях проявления зрительного прайминга у детей дошкольного возраста с РАС по сравнению с детьми с типичным развитием. У нейротипичных детей прайм вызывает уменьшение ВР только на один целевой стимул. У детей с РАС влияние априорной информации отсутствует при задержке целевых стимулов относительно прайма от 50 до 150 мс. У детей с легкой и умеренной формами РАС уменьшение ВР наблюдается для всех целевых стимулов в интервале МСИ от 200 до 600 мс, а у детей с тяжелой формой РАС — при МСИ в 200 и 300 мс. Наблюдаемая временная динамика взаимодействия зрительной информации может свидетельствовать об изменении процессов мономодального взаимодействия на нижних уровнях сенсорной системы и нарушений сдвига внимания между праймом и целевым стимулом, обусловленным как в восходящей системе регуляции внимания, так и в системе нисходящей регуляции внимания в зависимости от уровня проявления аутистических симптомов.

К ограничениям проведенного исследования необходимо отнести сравнение групп детей с РАС только с нейротипичными сверстниками. Для того, чтобы

определить, насколько наблюдаемые изменения зрительного прайминга характерны только для РАС, необходимо провести дополнительные обследования детей с задержкой психического развития, имеющих схожее снижение интеллектуального и речевого развития. Группы детей с РАС также были выравнены не только по выраженности аутистических симптомов, но и по уровню невербального интеллекта и нарушений речевого развития. Это условие не позволяет установить зависимость зрительного прайминга от каждой из этих переменных. Решение этого вопроса требует дополнительных обследований детей с одинаковой выраженностью РАС, но значительно отличающихся по уровню интеллектуального и речевого развития.

Литература

1. Ильина М.Н. Психологическая оценка интеллекта у детей. СПб: Питер, 2009. 366 с.
2. Нищева Н.В. Речевая карта ребенка. М.: Детство-Пресс, 2007. 265 с.
3. Черенкова Л.В., Соколова Л.В. Возрастная динамика процессов зрительного прайминга // Российский физиологический журнал. 2021. Том 107. № 9. С. 1112–1125. DOI: 10.31857/S086981392109003X
4. Черенкова Л.В., Соколова Л.В. Исследование процессов антиципации у детей дошкольного возраста с атипичным развитием // Психологический журнал. 2020. Том 41. № 3. С. 66–77. DOI: 10.31857/S020595920008518-5
5. Черенкова Л.В., Соколова Л.В. Проявление прайминг-эффекта у детей дошкольного возраста с расстройством аутистического спектра // Физиология человека. 2020. Том 46. № 2. С. 38–46. DOI: 10.31857/S0131164620010051
6. Amso D., Haas S., Tenenbaum E. et al. Bottom-up attention orienting in young children with autism // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2014. Vol. 44. № 2. P. 664–673. DOI: 10.1007/s10803-013-1925-5
7. Carlson T., Tovar D.A., Alink A. et al. Representational dynamics of object vision: the first 1000 ms // Vision. 2013. Vol. 13. № 1. P. 1–19. DOI: 10.1167/13.10.1
8. Haigh S.M. Variable sensory perception in autism // Europe Journal of Neuroscience. 2018. Vol. 47. № 6. P. 488–766. DOI:10.1111/ejn.1360
9. Happe F., Frith U. The weak central coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2006. Vol. 36. № 1. P. 5–25. DOI: 10.1007/s10803-005-0039-0
10. Janiszewski C., Wyer R.S. Content and process priming: A review // Journal of Consumer Psychology. 2014. Vol. 24. № 1. P. 96 – 118. DOI: 10.1016/j.jcps.2013.05.006
11. Jurkat S., Gruber M., Kärtner J. The effect of verbal priming of visual attention styles in 4- to 9-year-old children // Cognition. 2021. Vol. 212. 3. P. 104–181. DOI: 10.1016/j.cognition.2021.104681

12. *Kimchi R.* The perception of hierarchical structure: Oxford Handbook of Perceptual Organization / J. Wagemans (ed.). Oxford, UK: Oxford University Press, 2015. P. 129–149. DOI: 10.1177/1747021818766848
13. *Kristjansson A., Asgeirsson A.G.* Attentional priming: Recent insights and current controversies // *Current Opinion in Psychology*. 2019. Vol. 29. № 1. P. 71–75. DOI: 10.1016/j.copsyc.2018.11.0133
14. *Macaluso E., Noppeney U., Talsma D. et al.* The curious incident of attention in multisensory integration: Bottom-up vs. top-down // *Multisensory Research*. 2016. Vol. 29. № 6–7. P. 557–583. DOI: 10.1163/22134808-000025281
15. *McLaughlin C.S., Grosman H., Grosman S. et al.* Reduced engagement of visual attention in children with autism spectrum disorder // *Autism*. 2021. Vol. 25. № 2. P. 1362–1392. DOI: 10.1177/13623613211010072
16. *Miller J.* Divided attention: Evidence for coactivation with redundant signals // *Cognitive Psychology*. 1982. Vol. 14. № 2. P. 247–279. DOI: 10.1016/0010-0285(82)90010-X
17. *Mo S., Liang L., Bardikoff N. et al.* Shifting visual attention to social and non-social stimuli in Autism Spectrum Disorders // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2019. Vol. 65. № 1. P. 56–64. DOI: 10.1016/j.rasd.2019.05.006
18. *Pokhoday M., Shtyrov Y., Myachykov A.* Effects of visual priming and event orientation on word order choice in Russian sentence production // *Frontiers in Psychology*. 2019. Vol. 10. Article 1661. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01661
19. *Robertson C.E., Baron-Cohen S.* Sensory perception in autism // *Nature Review Neuroscience*. 2017. Vol. 18. № 11. P. 671–684. DOI: 10.1038/nrn.2017.112
20. *Roid G.H., Mille L.J., Pomplun M. et al.* Leiter-3: Leiter International Performance Scale: Manual / G. Roid (ed.). Wood Dale, Illinois: Stoelting Co., 2013. P. 5–307.
21. *Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F. et al.* Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS) // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 1980. Vol. 10. № 1. P. 91–103. DOI: 10.1007/BF02408436
22. *Shomstein S., Kravit D.J., Behrmann M.* Attentional control: temporal relationships within the fronto-parietal network // *Neuropsychologia*. 2012. Vol. 50. № 6. P. 1202–1210. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.02.009
23. *Soroor G., Mokhtari S. Pouretamad H.* Priming global processing strategy improves the perceptual performance of children with Autism Spectrum Disorders // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2022. Vol. 52. № 4. P. 1019–1029. DOI:10.1007/s10803-021-05007-7
24. *Sutherland A., Crewther D.P.* Magnocellular visual evoked potential delay with high autism spectrum quotient yields a neural mechanism for altered perception // *Brain*. 2010. Vol. 133. № 4. P. 2089–2097. DOI: 10.1093/brain/awq122
25. *Van der Hallen R., Evers K., Boet B. et al.* Visual search in ASD: Instructed versus spontaneous local and global processing // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016. Vol. 46. № 5. P. 3023–3036. DOI: 10.1007/s10803-016-2826-1

26. Vanmarcke S., Noens I., Steyaert J. et al. Spatial frequency priming of scene perception in adolescents with and without ASD // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017. Vol. 47. № 2. P. 2023–2038 DOI:10.1007/s10803-017-3123-3

27. Wilson C.E., Saldaña D. No evidence of atypical attentional disengagement in autism: A study across the spectrum // *Autism: The International Journal of Research and Practice*. 2019. Vol. 23. № 3. P. 677–688. DOI: 10.1177/2F1362361318768025

References

1. Il'ina M.N. Psihologicheskaya otsenka intellekta u detei [Psychological evaluation of intelligence in children]. Saint-Petersburg: Piter. 2009. 366 p. (in Russ.).

2. Nishcheva N.V. Rechevaya karta rebenka [Child's speech card]. Moscow: Detstvo-Press. 2007. 265 p. (in Russ.).

3. Cherenkova L.V., Sokolova L.V. Vozrastnaya dinamika protsessov zritel'nogo praiminga. [Age-related dynamics of visual priming]. *Rossiiskii fiziologicheskii zhurnal=Russian Journal of Physiology*, 2021, vol. 107, no. 9, pp. 1112–1125. DOI: 10.31857/S086981392109003X (In Russ., abstr. In Engl.).

4. Cherenkova L.V., Sokolova L.V. Issledovanie protsessov antitsipatsii u detei doshkol'nogo vozrasta s atipichnym razvitiem [The study of anticipation processes in preschool children with atypical development]. *Psikhologicheskii zhurnal=Journal of Psychology*, 2020, vol. 41, no. 3, pp. 66–77. DOI: 10.31857/S020595920008518-5 (In Russ., abstr. In Engl.).

5. Cherenkova L.V., Sokolova L.V. Proyavlenie praiming-ehffekta u detei doshkol'nogo vozrasta s rasstroistvom auticheskogo spektra [Multisensory priming effect in preschool children with autism spectrum disorder]. *Fiziologiya cheloveka=Human Physiology*, 2020, vol. 46, no. 2, pp. 38–46. DOI: 10.31857/S0131164620010051 (in Russ.).

6. Amso D., Haas S., Tenenbaum E. et al. Bottom-up attention orienting in young children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders.*, 2014, vol. 44, no. 2, pp. 664–673. DOI: 10.1007/s10803-013-1925-5

7. Carlson T., Tovar D.A., Alink A. et al. Representational dynamics of object vision: The first 1000 ms. *Vision*, 2013, vol. 13, no. 1, pp. 1–19. DOI: 10.1167/13.10.1

8. Haigh S.M. Variable sensory perception in autism. *Europe Journal of Neuroscience*, 2018, vol. 47, no. 6, pp. 488–766. DOI: 10.1111/ejn.1360

9. Happe F., Frith U. The weak central coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2006, vol. 36, no. 1, pp. 5–25. DOI: 10.1007/s10803-005-0039-0

10. Janiszewski C., Wyer R.S. Content and process priming: A review. *Journal of Consumer Psychology*, 2014, vol. 24, no. 1, pp. 96–118. DOI: 10.1016/j.jcps.2013.05.006

11. Jurkat S., Gruber M., Kärtner J. The effect of verbal priming of visual attention styles in 4- to 9-year-old children. *Cognition*, 2021, vol. 212, no. 3, pp. 104–181. DOI: 10.1016/j.cognition.2021.104681

12. Kimchi R. The perception of hierarchical structure. In J. Wagemans (ed.), *Oxford handbook of perceptual organization*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2015, pp. 129–149. DOI: 10.1177/1747021818766848
13. Kristjansson A., Asgeirsson A.G. Attentional Priming: Recent insights and current controversies. *Current Opinion in Psychology*, 2019, vol. 29, no. 1, pp. 71–75. DOI: 10.1016/j.copsy.2018.11.0133
14. Macaluso E., Noppeney U., Talsma D. et al. The curious incident of attention in multisensory integration: Bottom-up vs. top-down. *Multisensory Research*, 2016, vol. 29, no. 6–7, pp. 557–583. DOI: 10.1163/22134808-000025281
15. McLaughlin C.S., Grosman H., Grosman S. et al. Reduced engagement of visual attention in children with Autism Spectrum Disorder. *Autism*, 2021, vol. 25, no. 2, pp. 1362–1392. DOI: 10.1177/13623613211010072
16. Miller J. Divided attention: Evidence for coactivation with redundant signals. *Cognitive Psychology*, 1982, vol. 14, no. 2, pp. 247–279. DOI: 10.1016/0010-0285(82)90010-X
17. Mo S., Liang L., Bardikoff N. et al. Shifting visual attention to social and non-social stimuli in Autism Spectrum Disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2019, vol. 6, no. 1, pp. 56–64. DOI: 10.1016/j.rasd.2019.05.006
18. Pokhoday M., Shtyrov Y., Myachykov A. Effects of visual priming and event orientation on word order choice in Russian sentence production. *Frontiers in Psychology*, 2019, vol. 10, article 1661. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.01661
19. Robertson C.E., Baron-Cohen S. Sensory perception in autism. *Nature Review Neuroscience*, 2017, vol. 18, no. 1, pp. 671–684. DOI: 10.1038/nrn.2017.112
20. Roid G.H., Mille L.J., Pomplun M. et al. Leiter-3: Leiter International Performance Scale. Manual. Wood Dale, Illinois: Stoelting Co, 2013, pp. 5–307.
21. Schopler E., Reichler R.J., DeVellis R.F. et al. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 1980, vol.10, no. 1, pp. 91–103. DOI: 10.1007/BF02408436
22. Shomstein S., Kravit D.J., Behrmann M. Attentional control: temporal relationships within the fronto-parietal network. *Neuropsychologia*, 2012, vol. 50, no. 6, pp. 1202–1210. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2012.02.009
23. Soroor G., Mokhtari S. Pouretamad H. Priming global processing strategy improves the perceptual performance of children with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2022, vol. 52, no. 4, pp. 1019–1029. DOI: 10.1007/s10803-021-05007-7
24. Sutherland A., Crewther D.P. Magnocellular visual evoked potential delay with high autism spectrum quotient yields a neural mechanism for altered perception. *Brain*, 2010, vol. 133, no. 4, pp. 2089–2097. DOI: 10.1093/brain/awq122

Черенкова Л.В., Соколова Л.В. Зрительный прайминг у детей с расстройствами аутистического спектра
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 192–209.

*Cherenkova L.V., Sokolova L.V. Visual Priming in Children with Autism Spectrum Disorders
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 192–209.*

25. Van der Hallen R., Evers K., Boet B. et al. Visual search in ASD: Instructed versus spontaneous local and global processing. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2016, vol. 46, no. 5, pp. 3023–3036. DOI: 10.1007/s10803-016-2826-1

26. Vanmarcke S., Noens I., Steyaert J. et al. Spatial frequency priming of scene perception in adolescents with and without ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2017, vol. 47, no. 2, pp. 2023–2038. DOI: 10.1007/s10803-017-3123-3

27. Wilson C.E., Saldaña D. No evidence of atypical attentional disengagement in autism: A study across the spectrum. *Autism: The International Journal of Research and Practice*, 2019, vol. 23, no. 3, pp. 677–688. DOI: 10.1177/2F1362361318768025

Информация об авторах

Черенкова Людмила Викторовна, доктор биологических наук, профессор кафедры высшей нервной деятельности и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0777-1111>, e-mail: chluvic@mail.ru

Соколова Людмила Владимировна, доктор биологических наук, профессор кафедры высшей нервной деятельности и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), г. Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5284-3374>, e-mail: lsokolova2021@mail.ru

Information about the authors

Ludmila V. Cherenkova, PhD in Biology, Department of High Nervous Activity and Psychophysiology, Professor, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9010-1610>, e-mail: chluvic@mail.ru

Lyudmila V. Sokolova, PhD in Biology, Department of High Nervous Activity and Psychophysiology, Professor, Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5284-3374>, e-mail: lsokolova2021@mail.ru

Получена: 29.06.2021

Received: 29.06.2021

Принята в печать: 30.01.2022

Accepted: 30.01.2022

Хроника | Chronicle

Памяти Владимира Анатольевича Урываева (11.02.1954–20.03.2022)

Зверева Н.В.

*Московский государственный психолого-педагогический университет
(ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-003-3817-2169>, e-mail: nwzvereva@mail.ru*

Отечественная медицинская психологическая наука понесла тяжелую утрату. 20 марта 2022 года в возрасте 68 лет скоропостижно скончался Урываев Владимир Анатольевич, главный редактор сетевого научного издания «Медицинская психология в России», начальник редакционно-издательского отдела электронных научных изданий управления научных исследований и инноваций ЯГМУ, доцент, о чем с прискорбием сообщает ректорат Ярославского государственного медицинского университета и редакционный совет сетевого научного издания «Медицинская психология в России».

Ключевые слова: В.А. Урываев, медицинская психология в России.

Для цитаты: Зверева Н.В. Памяти Владимира Анатольевича Урываева (11.02.1954–20.03.2022) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 210–214. DOI: 10.17759/cpse.2022110110

In memory of Vladimir Anatolyevich Uryvaev (11.02.1954–20.03.2022)

Natalia V. Zvereva

*Moscow State University of Psychology & Education (MSUPE), Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-003-3817-2169>, e-mail: nwzvereva@mail.ru*

National clinical psychology suffers a great bereavement with the sudden death of Vladimir Anatolyevich Uryvaev at the age of 68 on March 20, 2022. Vladimir Uryvaev was the chief editor of the online scientific journal "Clinical (medical) psychology in Russia", the head of the Editorial and Publishing Division of the Online Scientific Editions of the Department of Research and Innovations of the Yaroslavl State Medical University (YSMU) and associate professor of YSMU. The YSMU Rector's office and the editorial of the "Clinical (medical) Psychology in Russia" convey this message with regret.

Keywords: Vladimir A. Uryvaev, clinical (medical) psychology in Russia.

For citation: Zvereva N.V. In memory of Vladimir Anatolyevich Uryvaev (11.02.1954–20.03.2022). *Klinicheskaiia i spetsial'naia psikhologiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 210–214. DOI: 10.17759/cpse.2022110110 (In Russ., abstr. in Engl.)

Отечественная медицинская психологическая наука понесла тяжелую утрату. 20 марта 2022 года на 69-м году жизни скоропостижно скончался Урываев Владимир Анатольевич, главный редактор сетевого научного издания «Медицинская психология в России», начальник редакционно-издательского отдела электронных научных изданий управления научных исследований и инноваций ЯГМУ, доцент, о чем с прискорбием сообщает ректорат Ярославского государственного медицинского университета и редакционный совет сетевого научного издания «Медицинская психология в России».

С 2008 года Владимир Анатольевич — главное действующее лицо созданного им информационного портала «Медицинская психология в России», в структуре которого есть два электронных журнала («Медицинская психология в России» и «Клиническая и медицинская психология»), организатором и бессменным главным редактором которых он являлся, а также многочисленные информационные и интерактивные разделы, библиотека, новости.

Уроженец Ярославля В.А. Урываев закончил в 1976 году факультет психологии Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. После прохождения службы в рядах Советской Армии работал в качестве психолога в различных учреждениях города и области, в том числе в Ярославской областной клинической психиатрической больницы в качестве медицинского психолога, служил в системе МВД РФ. В течение 34 лет он трудился в области медицинской психологии и здравоохранения. С 1993 года его трудовая деятельность связана с медицинским университетом г. Ярославль.

Научный и творческий потенциал Владимира Анатольевича успешно был реализован защитой диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук в 1991 году в области психологии управления (19.00.05 — социальная психология), в 1999 году ему присвоено ученое звание доцента. В.А. Урываев был создателем курса медицинской психологии на кафедре психиатрии, который вел с 1992 до 2008 года. Им опубликовано более 300 печатных работ, в том числе около 40 научно-методических, проведены интереснейшие экспериментально-психологические исследования.

Научные публикации В.А. Урываева были размещены в изданиях Азербайджана, Белоруссии, Германии, Ирландии, Казахстана, Киргизии, Латвии, Польши, России, США, Турции, Украины, Франции. Владимир Анатольевич — член редколлегии научных журналов «Ярославский психологический вестник», «Академический журнал Западной Сибири», «Человеческий фактор: Социальный психолог».



Владимир Анатольевич Урываев

С 2012 года Владимир Анатольевич Урываев является начальником редакционно-издательского отдела электронных научных изданий управления научных исследований и инноваций Ярославского государственного медицинского университета. Последние десятилетия жизни Владимира Анатольевича были связаны с проблемами медицинской психологии в России, ее историей, современным состоянием, основными направлениями, вопросами подготовки специалистов, междисциплинарного сотрудничества, сплочения науки и практики. Он был не только организатором информационного портала, научных и научно-практических электронных журналов, но инициировал проведение ежегодных международных научно-практических конференций под общим названием «Медицинская (клиническая) психология: исторические традиции и современная практика», ежегодно собиравших большую аудиторию участников и слушателей. Первая из них состоялась в 2014 году, последняя — в 2020 году; конференции проходили в разных российских городах (Ярославль, Москва, Санкт-Петербург, Курск) и отражали настоящее положение медицинской психологии в России. Первая конференция по медицинской психологии, организованная В.А. Урываевым и единомышленниками, стала победителем Национального конкурса «Золотая Психея» в номинации «Вклад в развитие единого профессионального психологического сообщества России» по итогам 2014 года. Лауреатами Национального конкурса «Золотая Психея» также стали 6 проектов, которыми руководил или в организации которых участвовал В.А. Урываев.

И журналы, и конференции способствовали сплочению медицинских (клинических) психологов России. С 2015 года В.А. Урываев инициировал новый важный проект журнала «Медицинская психология в России» — премию «Раненый Целитель» с номинацией «За выдающиеся достижения в области отечественной медицинской (клинической) психологии». За 7 лет ее лауреатами стали многие выдающиеся медицинские психологи нашей страны, а в 2021 году — коллективы «Психологической газеты» и отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный

центр психического здоровья». Эта премия отражает интерес к собственно личностным детерминантам, подготавливающим «прорывы» в той или иной области науки или практики. Разнообразные номинации премии в полной мере отражают это, равно как и качества личности самого Владимира Анатольевича: высокий профессионализм, творческая инициативность, фантастическая трудоспособность, стремление к постоянному совершенствованию рабочего процесса, углубленный интерес к истории развития науки и практики в области клинической психологии.

Владимир Анатольевич Урываев с почтением относился к своим учителям, к классикам медицины и психологии, способствовал возвращению многих имен в научно-исторический оборот медицинской психологии. Последний редактированный В.А. Урываевым номер журнала «Медицинская психология в России» как раз содержит такое посвящение к 100-летию юбилею его учителя — М.С. Роговина. С 2009 года на обложке каждого выпуска журнала размещалась фотография классика науки (медицины, психологии), а в самом журнале — обязательная статья по истории медицинской психологии и смежных наук. Каждый номер журнала вписывал свою страницу в историю отечественной медицинской психологии, теперь в эту историю шагнул и сам Владимир Анатольевич.

Труд Владимира Анатольевича Урываева на поприще медицинской психологии был многократно отмечен: в 2003 году — почетной грамотой губернатора Ярославской области; в 2006 году — почетная грамотой Управления здравоохранения мэрии г. Ярославля. В 2012 году В.А. Урываев стал лауреатом национального конкурса «Золотая Психея» в номинации «Личность года в российской психологии» по итогам 2011 года. В 2014 и 2017 годах ему были вручены почетные грамоты Президиума РПО «За вклад в развитие и продвижение психологической науки и практики в России»; в 2014 году — благодарственное письмо мэрии г. Ярославля; в 2019 году — благодарность Министерства здравоохранения РФ. В 2020 году он стал лауреатом премии «Золотой Хирон» за выдающиеся достижения в области отечественной медицинской (клинической) психологии.

Владимир Анатольевич всегда пользовался заслуженным авторитетом среди коллег, а также в научном, образовательном и практикующем сообществах специалистов психологов и медиков. С 2015 года он также являлся членом экспертного совета Национального конкурса «Золотая Психея». С ФГБОУ ВО МГППУ его связывали добрые и плодотворные отношения, способствовавшие информационной поддержке мероприятий, проводимых по медицинской и юридической психологии (Коченовские и Зейгарниковские чтения), а с Научным центром психического здоровья — совместная работа по организации конференций по медицинской (клинической) психологии, посвященных С.Я. Рубинштейн и Ю.Ф. Полякову.

Мы глубоко скорбим, соболезнуем родным и близким. Утрата невосполнима для друзей, коллег, учеников, соратников Владимира Анатольевича. Будем сохранять исторический и современный ракурс медицинской психологии в России, опираясь на базис, заложенный В.А. Урываевым, и продолжать его дело.

Светлая память!

Зверева Н.В. Памяти Владимира Анатольевича
Урываева (11.02.1954–20.03.2022)
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 210–214.

Zvereva N.V. In memory of Vladimir Anatolyevich
Uryvaev (11.02.1954–20.03.2022)
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 210–214.

Информация об авторе

Зверева Наталья Владимировна, кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; профессор факультета клинической и специальной психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), г. Москва, Россия, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3817-2169>, e-mail: nwzvereva@mail.ru

Information about the author

Natalia V. Zvereva, PhD in Psychology, Leading Researcher, Mental Health Research Center; Professor of the Faculty of Clinical and Special Psychology, Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3817-2169>, e-mail: nwzvereva@mail.ru

Получена: 22.03.2022

Received: 22.03.2022

Принята в печать: 25.03.2022

Accepted: 25.03.2022

К юбилею: научный вклад профессора Т.Г. Богдановой в развитие сурдопсихологии

Назарова Н.М.

*Московский городской педагогический университет (ГАОУ ВО МГПУ),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8052-9849>, e-mail: nazarova.natalie@yandex.ru*

Валявко С.М.

*Московский городской педагогический университет (ГАОУ ВО МГПУ),
г. Москва, Российская Федерация,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7195-6374>, e-mail: valyavko@yandex.ru*

В статье представлен профессиональный путь и научные интересы психолога, сурдопсихолога, доктора психологических наук, профессора Тамары Геннадиевны Богдановой. Выделяются основные научные интересы ученого, среди которых: проблемы изучения мыслительной деятельности человека в норме и при нарушениях в развитии, теоретико-методологические проблемы специальной психологии, вопросы обучения и воспитания детей разного возраста с отклонениями в развитии, в том числе с нарушением слуха. Многолетняя работа Т.Г. Богдановой как автора отражена в кратком обзоре публикаций последних лет. Коллектив института специального образования и психологии МГПУ сердечно поздравляет Тамару Геннадиевну Богданову со славным юбилеем и желает ей доброго здоровья и дальнейших успехов в развитии сурдопсихологии, специальной психологии и в подготовке кадров дефектологов.

Ключевые слова: Т.Г. Богданова, сурдопсихология, мыслительная деятельность, нарушения слуха.

Для цитаты: Назарова Н.М., Валявко С.М. К юбилею: научный вклад профессора Т.Г. Богдановой в развитие сурдопсихологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2022. Том 11. № 1. С. 215–220. DOI: 10.17759/cpse.2022110111

Scientific Contribution of Professor Tamara Bogdanova in the Development of the Psychology of the Deafness. To the Anniversary

Natalia M. Nazarova

*Moscow City University, Moscow, Russia,
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8052-9849>, e-mail: nazarova.natalie@yandex.ru*

Назарова Н.М., Валявко С.М. К юбилею:
научный вклад профессора Т.Г. Богдановой
в развитие сурдопсихологии
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 215–220.

Nazarova N.M., Valyavko S.M. Scientific Contribution
of Professor Tamara Bogdanova in the Development
of the Psychology of the Deafness.
To the Anniversary
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 215–220.

Svetlana M. Valyavko

Moscow City University, Moscow, Russia,

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7195-6374>, e-mail: valyavko@yandex.ru

The article presents the professional path and scientific interests of a psychologist, psychologist (psychology of deafness), doctor of psychological sciences, professor Tamara Bogdanova. Main scientific interests of the scientist are singled out, among which are problems of exploration of the mental activity of a normal person and with developmental disorders. Other interests are connected to theoretical and methodological problems of special psychology, teaching and education concerns of children with developmental disabilities, including those with hearing impairment of different ages. Many years author work is reflected in a brief review of publications of recent years. The staff of special education and psychology department of the Moscow State Pedagogical University cordially congratulates Tamara Gennadievna Bogdanova on her glorious anniversary and wishes her good health and further success in the development of sign language psychology, special psychology and in the training of speech pathologists.

Keywords: Tamara Bogdanova, psychology of deafness, thinking activity, hearing impairment.

For citation: Nazarova N.M., Valyavko S.M. Scientific Contribution of Professor Tamara Bogdanova in the Development of the Psychology of the Deafness. To the Anniversary. *Klinicheskaiia i spetsial'naiia psikhologiiia=Clinical Psychology and Special Education*, 2022. Vol. 11, no. 1, pp. 215–220. DOI: 10.17759/cpse.2022110111 (In Russ., abstr. in Engl.)

Исполнилось 70 лет со дня рождения и 45 лет научной и педагогической деятельности доктора психологических наук, профессора Тамары Геннадиевны Богдановой.

Будучи студенткой и выпускницей психологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, ей посчастливилось провести студенческие годы и сформировать свое научное мировоззрение в период, когда на факультете работала плеяда выдающихся представителей отечественной психологии — А.Н. Леонтьев, В.В. Давыдов, Д.Б. Эльконин и другие известные ученые. Их идеи и научные подходы стали для Тамары Геннадиевны прочным фундаментом для ее собственных научных исследований.

Научная и педагогическая деятельность Т.Г. Богдановой как сурдопсихолога началась на кафедре сурдопедагогики дефектологического факультета МГПИ им. В.И. Ленина (сейчас МПГУ) и продолжается в институте специального образования и психологии МППУ. Здесь в полной мере она проявила себя как талантливый педагог и исследователь. Многие работающие сегодня сурдопсихологи — ее ученики. Богатая тематика читаемых ею лекционных курсов отражает глубину ее научной компетентности, а мастерство преподавания обучающимся, имеющим разный уровень подготовленности, неизменно высоко оценивается студентами

Назарова Н.М., Валявко С.М. К юбилею:
научный вклад профессора Т.Г. Богдановой
в развитие сурдопсихологии
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 215–220.

*Nazarova N.M., Valyavko S.M. Scientific Contribution
of Professor Tamara Bogdanova in the Development
of the Psychology of the Deafness.
To the Anniversary
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 215–220.*

и аспирантами. Она подготовила 15 кандидатов наук по специальной психологии и специальной педагогике. Учебник «Сурдопсихология», созданный ею, вот уже более 20 лет является единственным в своем роде учебником всероссийского уровня для студентов-дефектологов и настольной книгой специального психолога [5]. Не менее плодотворно ее участие в авторских коллективах, подготовивших учебники российского уровня для вузов: «Специальная психология», «Специальная педагогика», «Социальная адаптация, реабилитация и профессиональная ориентация лиц с ограниченными возможностями здоровья», «Педагогика инклюзивного образования» и других [1; 3; 4; 7; 8].



Тамара Геннадиевна Богданова

Несмотря на значительный интерес отечественной (И.М. Соловьев, Ж.И. Шиф, Т.А. Григорьева, Н.Г. Морозова, Т.В. Розанова) и зарубежной (М. Вернон, М. Маршак и др.) сурдопсихологии к особенностям интеллектуального развития глухих и слабослышащих людей, до начала текущего столетия фактически отсутствовала целостная концепция изучения развития и функционирования интеллектуальной деятельности лиц с нарушением слуха. Крупным научным достижением Т.Г. Богдановой является ее вклад в исследование интеллектуального развития лиц с нарушениями слуха и разработка концепции, включающей принципы, структурные компоненты анализа интеллекта лиц с нарушениями слуха. Ею изучена и описана динамика интеллектуального развития лиц с нарушением слуха разного возраста, предложена типология развития интеллекта лиц с нарушениями слуха в зависимости от сочетания различных факторов в их психическом развитии. Особый интерес представляет ее исследование структурной организации интеллекта глухих юношеского возраста как неисследованной ранее сферы в сурдопсихологии. Результаты исследований динамики интеллектуального развития лиц с нарушениями слуха, проведенных Т.Г. Богдановой, имеют большое значение для дальнейшего развития

сурдопедагогики, совершенствования практики интеллектуального и речевого развития глухих и слабослышащих.

Для Т.Г. Богдановой характерна широта научных интересов, что отразилось в ее многочисленных публикациях. Она — автор более 170 научных и научно-методических работ, часть которых опубликована за рубежом, а также целого ряда образовательных программ подготовки дефектологов, сурдопсихологов и сурдопедагогов как студентов, так и аспирантов. Вслед за В.И. Лубовским, раскрывшим структуру особых образовательных потребностей детей с нарушениями развития, Т.Г. Богданова в ряде своих публикаций дала глубокие содержательные психологические характеристики особых образовательных потребностей детей этой категории, обеспечив тем самым понимание и целенаправленный выход на практику создания для этих детей специальных образовательных условий. К своему юбилейному году Т.Г. Богданова подготовила уникальную монографию «Психологические особенности лиц с нарушениями слуха. Современные зарубежные исследования» [2]. В последние годы Т.Г. Богданова много работает над психологическими проблемами инклюзивного обучения детей с особыми образовательными потребностями [6].

Коллектив института специального образования и психологии МГПУ сердечно поздравляют Тамару Геннадиевну Богданову со славным юбилеем и желает ей доброго здоровья и дальнейших успехов в развитии сурдопсихологии, специальной психологии и в подготовке кадров дефектологов.

Литература

1. Бачина О.В., Богданова Т.Г., Моргачева Е.Н. и др. Проблемы истории, теории и методологии специальной педагогики (к юбилею Н.М. Назаровой) // Специальное образование. 2020. № 3 (59). С. 178–194. DOI: 10.26170/sp20-03-13
2. Богданова Т.Г. Психологические особенности лиц с нарушениями слуха. Современные зарубежные исследования. М.: Спутник-плюс, 2021. 135с.
3. Богданова Т.Г. Соотношение вербальных и невербальных компонентов интеллекта у детей с нарушениями слуха // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 2008. № 2. С. 169–179.
4. Богданова Т.Г. Структура интеллекта лиц с нарушениями слуха // Вестник Университета Российской академии образования. Психология и Социология. 2009. № 2. С. 78–83. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-intellekta-lits-s-narusheniyami-sluha> (дата обращения: 18.03.2022).
5. Богданова Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособия для студентов высших педагогических учебных заведений. М.: Академия, 2002. 220 с.
6. Богданова Т.Г., Назарова Н.М. Особые образовательные потребности как основа использования образовательных технологий // Понятийный аппарат педагогики

Назарова Н.М., Валявко С.М. К юбилею:
научный вклад профессора Т.Г. Богдановой
в развитие сурдопсихологии
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 215–220.

Nazarova N.M., Valyavko S.M. Scientific Contribution
of Professor Tamara Bogdanova in the Development
of the Psychology of the Deafness.
To the Anniversary
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 215–220.

и образования: коллективная монография / Под ред. Е.В. Ткаченко, М.А. Галагузовой.
Екатеринбург: изд-во Уральского государственного педагогического университета,
2017. С. 347–357.

7. Богданова Т.Г., Назарова Н.М. Эвалюация как инструмент управления качеством
инклюзивных процессов в образовании // Специальное образование. 2020. № 3.
С. 24–39. DOI: 10.26170/sp20-03-02

8. Богданова Т.Г., Щурова Ю.Е. Особенности интеллектуального развития
слабослышащих школьников // Коррекционная педагогика. 2008. № 2 (26). С. 22–26.

References

1. Bachina O.V., Bogdanova T.G, Morgacheva E.N. i dr. Problemy istorii, teorii i metodologii spetsial'noi pedagogiki (k yubileyu N.M. Nazarovoi) [Problems of history, theory and methodology of special pedagogy (on the anniversary of N.M. Nazarova)]. *Spetsial'noe obrazovanie=Special Education*, 2020, no. 3 (59). P. 178–194. DOI: 10.26170/sp20-03-13 (In Russ., abstr. in Engl.)
2. Bogdanova T.G. Psikhologicheskiye osobennosti lits s narusheniyami slukha. Sovremenniy zarubezhniye issledovaniya [Psychokogical features in persons with hearing impairments. Current foreign studies]. Moscow: Sputnik-plyus, 2021.135 p. (In Russ.)
3. Bogdanova T.G. Sootnoshenie verbal'nykh i neverbal'nykh komponentov intellekta u detei s narusheniyami slukha [The ratio of verbal and non-verbal components of intelligence in children with hearing impairments]. *Vestnik MGU. Seriya 14. Psikhologiya=Bulletin of Moscow State University. Series 14. Psychology*, 2008, no. 2, pp. 169–179. (In Russ.)
4. Bogdanova T.G. Struktura intellekta lits s narusheniyami slukha [The structure of the intellect of persons with hearing impairments]. *Vestnik Universiteta Rossiiskoi akademii obrazovaniya. Psikhologiya i Sotsiologiya=Bulletin of the University of the Russian Academy of Education. Psychology and Sociology*, 2009, no. 2, pp. 78–83. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/struktura-intellekta-lits-s-narusheniyami-sluha> (Accessed: 18.03.2022). (In Russ.)
5. Bogdanova T.G. Surdopsikhologiya: ucheb. posobiya dlya studentov vysshikh pedagogicheskikh uchebnykh zavedenii [Deaf psychology: textbook. manuals for students of higher pedagogical educational institutions]. Moscow: Akademiya, 2002. 220 p. (In Russ.)
6. Bogdanova T.G., Nazarova N.M. Osoby obrazovatel'nye potrebnosti kak osnova ispol'zovaniya obrazovatel'nykh tekhnologii [Special educational needs as a basis for the use of educational technologies]. In E.V. Tkachenko, M.A. Galaguzovf (eds.), *Ponyatiinyi apparat pedagogiki i obrazovaniya: kollektivnaya monografiya=Conceptual apparatus of pedagogy and education: a collective monograph*. Ekaterinburg: Publ. of Ural State Pedagogical University, 2017, pp. 347–357. (In Russ.)

Назарова Н.М., Валявко С.М. К юбилею:
научный вклад профессора Т.Г. Богдановой
в развитие сурдопсихологии
Клиническая и специальная психология
2022. Том 11. № 1. С. 215–220.

*Nazarova N.M., Valyavko S.M. Scientific Contribution
of Professor Tamara Bogdanova in the Development
of the Psychology of the Deafness.
To the Anniversary
Clinical Psychology and Special Education
2022, vol. 11, no. 1, pp. 215–220.*

7. Bogdanova T.G., N.M. Nazarova. Evaluatsiya kak instrument upravleniya kachestvom inkluzivnykh protsessov v obrazovanii [Evaluation as a tool for managing the quality of inclusive processes in education]. *Spetsial'noe obrazovanie= Special Education*, 2020, no. 3, pp. 24–39. DOI: 10.26170/sp20-03-02 (In Russ., abstr. in Engl.)

8. Bogdanova T.G., Shchurova Yu.E. Osobennosti intellektual'nogo razvitiya slaboslyshashchikh shkol'nikov [Features of the intellectual development of hearing-impaired schoolchildren]. *Korreksionnaya pedagogika=Correctional Pedagogy*, 2008, no. 2 (26), pp. 22–26. (In Russ.)

Информация об авторах

Назарова Наталья Михайловна, доктор педагогических наук, профессор, профессор кафедры специальной педагогики и комплексной реабилитации, Институт специального образования и психологии, Московский городской педагогический университет, г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8052-9849>, e-mail: nazarova.natalie@yandex.ru

Валявко Светлана Михайловна, кандидат психологических наук, доцент кафедры клинической и специальной психологии, Московский городской педагогический университет (ГАОУ ВО МГПУ), г. Москва, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7195-6374>, e-mail: valyavko@yandex.ru

Information about the authors

Natalia M. Nazarova, Doctor of Pedagogical Sciences, Professor, Professor of the Department of Special Pedagogy and Complex Rehabilitation, Institute of Special Education and Psychology, Moscow City University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8052-9849>, e-mail: nazarova.natalie@yandex.ru

Svetlana M. Valyavko, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Clinical and Special Psychology, Moscow City University, Moscow, Russia, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7195-6374>, e-mail: valyavko@yandex.ru

Получена: 18.03.2022

Received: 18.03.2022

Принята в печать: 25.03.2022

Accepted: 25.03.2022