ФГБОУ ВО «Московской государственный
психолого-педагогический университет»
ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья»



С. Я. Рубинштейн

ДИАГНОСТИКА
в клинической (медицинской)психологии: традиции и перспективы
к 115-летию С.Я. Рубинштейн

Материалы IV международной научно-практической конференции

Москва
2026

Диагностика в клинической (медицинской) психологии: традиции и перспективы
материалы конференции

ФГБОУ ВО «Московской государственный
психолого-педагогический университет»
ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья»

Диагностика в клинической (медицинской) психологии: традиции и перспективы

Материалы Четвертой международной
научно-практической конференции
к 115-летию С.Я. Рубинштейн
26–27 ноября 2026

Москва, 2026

УДК 159.9
ББК 88.4
Д44

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

Д44 Диагностика в клинической (медицинской) психологии: традиции и перспективы. Материалы Четвертой международной научно-практической конференции к 115-летию С.Я. Рубинштейн. 26–27 ноября 2026. Научное издание / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М. : МГППУ. 2026. — 540 с. — Текст: электронный.

ISBN 978-5-9405-407-7

Сборник сформирован по материалам международной научно-практической конференции «Диагностика в клинической (медицинской) психологии: традиции и перспективы» (26–27ноября 2026 года), проводимой ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» и ФГБНУ «Российский научный центр психического здоровья». В работах авторов рассматриваются научно-практические и прикладные проблемы клинико-психологической диагностики в различных сферах клинической психологии (пато- и нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития, диагностика в экспертизе, в психологии образования и в психологическом консультировании, в реабилитации). Электронное издание имеет целевую аудиторию — практические психологи здравоохранения и образования, научные работники, преподаватели, аспиранты, магистры, студенты, обучающиеся психологии и клинической психологии. Книга также будет полезна другим специалистам, работающим в области здравоохранения (врачи и средний медицинский персонал), социальной защиты населения (социальные работники) и в системе образования (педагоги и воспитатели), а также всем интересующимся вопросами современной клинико-психологической диагностики.

УДК 159.9
ББК 88.4

© Коллектив авторов, 2026
© Московский государственный психолого-педагогический университет, 2026
© Российский научный центр психического здоровья, 2026

ISBN 978-5-9405-407-7

СОДЕРЖАНИЕ

От редакции (вместо вступления) 17

Раздел 1. ИСТОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ОТ ПРОШЛОГО К БУДУЩЕМУ

Асядовская П. Е. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АГРЕССИИ КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА 19

Еремина Д. А., Боровиков А. В. Щелкова О. Ю. К РАЗРАБОТКЕ НОВОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВЗРОСЛЫХ 22

Никонова Е. Ю., Рупчев Г. Е. ТРУДОСПОСОБНОСТЬ КАК ПРЕДМЕТ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В РАБОТАХ А. Е. ПЕТРОВОЙ 25

Онучина А. В. ПРИМЕНЕНИЕ ТРЁХКОМПОНЕНТНОГО МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ 28

Рыжов А. Л. ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ПАТОПСИХОЛОГИИ 31

Сагалакова О. А., Труевцев Д. В. «Я НЕ ЗНАЮ, КТО ТАК ГОВОРИТ»: ОТ ВОСПРИЯТИЯ БЕЗ ОБЪЕКТА К СЛОВУ БЕЗ АВТОРА 34

Сафуанов Ф. С. ЛАБОРАТОРИЯ ПСИХОЛОГИИ ЦЕНТРА ИМ. В. П. СЕРБСКОГО: ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С. Я. РУБИНШТЕЙН К СУДЕБНОЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТОЛОГИИ 38

Шмакова О. П., Головина А. Г., Барменков Ю. В. НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РОЛЬ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ 41

Шураева Е. Л. ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА НЕПРЕРЫВНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ 44

Раздел 2. ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ: ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ, ДИАГНОСТИКА СТРЕССОВЫХ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

Авагимян А., Саргсян Л. К. ДИАГНОСТИКА СТРЕССОВЫХ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ВЫНУЖДЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ: ПСИХОКУЛЬТУРНЫЙ ПОДХОД (НА АРМЯНСКОЙ ВЫБОРКЕ) 49

Артёмова С. В. ДИАГНОСТИКА ИИ-ГРАМОТНОСТИ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧАТБОТОВ ДЛЯ САМОДИАГНОСТИКИ 52

Варакина-Митрай К. А. МИМИЧЕСКИЕ И РЕЧЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ЦИФРОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ 55

Гусейнова С. Э. ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОГНИЦИЙ У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В СИТУАЦИЯХ АБЬЮЗИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ 57

Иванова М. Ю., Малыгин Я. В., Малыгин В. Л. ТИПОЛОГИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЛЕЧЕНИЕМ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ 59

Ивлева Д. О., Молотова В. В. МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЙ ДОСТУПА К ПЕРЕЖИВАНИЯМ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ПОСТРТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ И ДИССОЦИАЦИИ 62

Колпакова А. Е., Стряпухина Ю. В. ДИАГНОСТИКА ПРЕДИКТОРОВ РИСКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ СЕМЬИ 65

Коркунов Я. А. ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАЗНЫХ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ КОНТЕКСТАХ 68

Коробко Е. В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ 71

Лейни Ю. Г. ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ИНСТРУМЕНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОПОМОЩИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ГРАНИЦЫ РЕФЛЕКСИВНОГО ДИАЛОГА 74

Лоскутова А. С., Ермаков П. Н., Бухановская О. А. КОМПЛЕКС ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА И ТРАНССЕКСУАЛОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ 80

Марголина И. А., Куликов А. В., Калинина М. А. ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА 83

Николаева Н. В. НЕЙРОТЕХНОЛОГИИ И ЦИФРОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ 87

Смирнова Ю. А., Коростелева А. А. СПЕЦИФИКА ДИАГНОСТИКИ FOMO-СИНДРОМА КАК ПРЕДИКТОРА КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ 90

Солондаев В. К. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА: СРАВНЕНИЕ СО СТУДЕНЧЕСКОЙ ВЫБОРКОЙ 92

Степанян Л. К., Авагимян Г. Р. СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР ТРАЕКТОРИИ ПОСТСТРЕССОВОГО РЕАГИРОВАНИЯ (ПТСР И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ) КОМБАТАНТОВ 96

Фанталова Е. Б., Мешкова П. С. ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ 98

Раздел 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И НОВЫЕ МЕТОДИКИ

Бичевина Д. С. ДИАГНОСТИКА ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ: ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ФЕНОМЕНА 101

Буташин А. Д., Иванова Е. М. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБРАЗА ТЕЛА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ЭНДОГЕННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ И КЛИНИЧЕСКОМ ВЫСОКОМ РИСКЕ ПСИХОЗА 106

Гиленко Т. Д., Шеховцова Е. С. ПРОФИЛИ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ СВЯЗЬ С СОВЛАДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ В ОЦЕНКЕ РИСКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ 109

Головчак Е. С. БЕСЕДА В СТРУКТУРЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ 116

Гребень Н. Ф., Голубева Т. С., Гамова А. В., Музычина Е. К., Масло А. И. МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ 119

Дещенко Е. В., Первичко Е. И. НОВАЯ ЖИЗНЬ КЛАССИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА ФРУСТРАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ РОЗЕНЦВЕЙГА В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ 122

Евдакова Е. С., Русаковская О. А. ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ «ПРОБЛЕМНЫЕ СИТУАЦИИ» НОРМОТИПИЧНЫМИ ИСПЫТУЕМЫМИ И ЛИЦАМИ, ПРОХОДИВШИМИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В СВЯЗИ С РЕШЕНИЕМ ВОПРОСОВ ДЕЕСПОСОБНОСТИ 125

Золотарева А. А. РУССКОЯЗЫЧНАЯ ВЕРСИЯ ОПРОСНИКА ИНТЕРПРЕТАЦИИ СИМПТОМОВ 129

Калабина М. В., Земзюлина И. Н. НЕГАТИВНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ЛИЦ РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ С СОЗАВИСИМОСТЬЮ 131

Кудряшов М. А. ЗРИТЕЛЬНАЯ ПАМЯТЬ БЕЗ ЗРИТЕЛЬНОГО ОБРАЗА: ТЕСТ БЕНТОНА ПРИ АФАНТАЗИИ 134

Куфтяк Е.В., Чуварыгина Е.В. ПРИВЯЗАННОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР РИСКА ОСЛОЖНЁННОГО ГОРЯ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В СИТУАЦИИ СМЕРТИ РОДИТЕЛЯ 137

Лисичкина А. А. РАЗРАБОТКА НОРМАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕСТА ЭГОЦЕНТРИЧЕСКИХ АССОЦИАЦИЙ Т. И. ПАШУКОВОЙ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА 140

Марамчина К. И. ПРОЕКТИВНАЯ МЕТОДИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТНОШЕНИЯ К ТЕЛУ 144

Машковцева Е. В. ЦИФРОВЫЕ И БУМАЖНЫЕ ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ: СОПОСТАВИМОСТЬ И ГРАНИЦЫ ПРИМЕНИМОСТИ 147

Мелёхин А. И. ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА УТРЕННЕГО–ВЕЧЕРНЕГО ХРОНОТИПА (MEQ) В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ 150

Миланич Ю. М., Вахрушева К. К. ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ ДЛЯ АНАЛИЗА ОПЫТА СОЦИАЛЬНОЙ МАСКИРОВКИ У ВЗРОСЛЫХ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 151

Миронова О. К., Молотова В. В. НАРУШЕНИЕ ИЗБИРАТЕЛЬНОСТИ СЕМАНТИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: К ВОПРОСУ О ДОПОЛНЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ 154

Мухитова Ю. В., Исаева Е. Р., Дмитриев П. И., Кудряшова А. Д. ОСОБЕННОСТИ ОКУЛОМОТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ СЮЖЕТНЫХ КАРТИНОК 157

Назаретян С. Г. ДИАГНОСТИКА СТРУКТУРНЫХ И СОДЕРЖАТЕЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК Я-КОНЦЕПЦИИ У ВЗРОСЛЫХ 25–50 ЛЕТ: ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС И АВТОРСКАЯ СХЕМА КОНТЕНТ-АНАЛИЗА САМООПИСАНИЙ 160

Немкова С. Л. УРОВЕНЬ САМОСОСТРАДАНИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ 163

Нечипоренко Е. Ю.1, Цыганкова П. В., Иванова Е. М. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ПСЕВДОПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ В НОРМЕ: ТРЕХУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ 166

Никульшина И. С., Родонич В. А. КРИЗИС ЧЕТВЕРТИ ЖИЗНИ (QUARTER-LIFE CRISIS): ГРАНИЦЫ МЕЖДУ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫМ КРИЗИСОМ, ДЕПРЕССИЕЙ И ФОРМИРУЮЩИМСЯ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ 169

Нистратова М. А., Зверева Н. В., Владимирова Т. В., Алексеева А. Г., Кулешова Т. А. ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ИСПОВЕДУЮЩИХ ПРАВОСЛАВИЕ 172

Пазенко Д. А., Абросимов И. Н. МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВЫГОРАНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ДИСПЕТЧЕРОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ 176

Парфенов А. М. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ 179

Полонецкая Е. В., Первичко Е. И. ПРОБА БУРДОНА: НОВОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ 182

Решетникова А. А., Туровская Н. Г. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ 185

Руднева Е. П., Борисоник Е. В., Фельдман Д. М., Сахарова Е. А. ИНДИВИДУАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ОБРАЗЫ В МЕТОДИКЕ «ПИКТОГРАММА» У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ ПОПЫТКУ СУИЦИДА 188

Савин А. Э., Исаева Е. Р. ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ, ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И СКЛОННОСТЬ К ОТКЛОНЯЮЩЕМУСЯ ПОВЕДЕНИЮ У ЮНОШЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ 192

Тихонова С. С. ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ОПРОСНИКА «ШКАЛА БАЗОВЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНОЛОГИЙ» L. MORADBAKHTI, B. LEICHTMANN, M. MARA: ITEM-АНАЛИЗ 196

Туровская Н. Г. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРТИНЫ КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ) 199

Федорова А. Г., Луковцева З. В. ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ СТИМУЛЬНЫХ СЛОВ, ПРОИЗНЕСЕННЫХ МУЖСКИМ И ЖЕНСКИМ ГОЛОСОМ, ПРИ ДИХОТИЧЕСКОМ ПРОСЛУШИВАНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИСПЫТУЕМОГО 202

Хавыло А. В., Белинская Т. В. ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ 205

Хохлова Н. И. СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ КАК ИНСТРУМЕНТ КРОСС-КУЛЬТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ: РАЗВИТИЕ ИДЕЙ С. Я. РУБИНШТЕЙН 208

Чепелюк А. А., Виноградова М. Г. ФАКТОР УСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЦЕПТИВНОГО ПОЛЯ В ПРОДУКТИВНОСТИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ 211

Шабаева А. А. РОЛЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ДИАГНОСТИКЕ СТРЕССОВЫХ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ 214

Шаповал В. А., Демушкина Э. Д. О НЕКОТОРЫХ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРАХ АНТИСОЦИАЛЬНОЙ КРЕАТИВНОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ 216

Шарапова А. В. АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: ОБЗОР МЕТОДИК 219

Шахов М. В., Нехаева Ю. В., Титова Д. П., Иванова Е. М. ЯРКОСТЬ ОБРАЗОВ ВООБРАЖЕНИЯ У ЛИЦ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ ЧЕРТАМИ ЛИЧНОСТИ 222

Шведовская А. А., Федоров В. В., Муллагалиева Ю. И. КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПЕДАГОГОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ 225

Швец Д. В., Коргожа М. А. ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ СОМНЕНИЙ КАК КОМПОНЕНТА МАТЕРИНСКОЙ АМБИВАЛЕНТНОСТИ У ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ДЕТЕЙ 228

Шурипа А. С. ВЗАИМОСВЯЗЬ ИМПЛИЦИТНЫХ СТИГМАТИЗИРУЮЩИХ АССОЦИАЦИЙ С ДИСТРЕССОМ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ 232

Щербакова А. М., Виноградова Е. С. ИССЛЕДОВАНИЕ САМОВОСПРИЯТИЯ И ОЦЕНКА ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ 235

Раздел 4. ДИАГНОСТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Адельшина Р. Р. ОЦЕНКА АФФЕКТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ ЙОГА-ТЕРАПИЕЙ 238

Антонова К. Э. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ 242

Асламазова Л. А. САМООЩУЩЕНИЕ ПРИЕМНЫХ ДЕТЕЙ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ ДО И ПОСЛЕ СОПРОВОЖДЕНИЯ 245

Беликова А. А. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОРИЕНТАЦИИ НА УЧЕТ БУДУЩИХ ПОСЛЕДСТВИЙ И КАЧЕСТВА ПРИВЯЗАННОСТИ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ 248

Бурлакова Н. С., Бембеева Р. Ц., Поторочина У. И. СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С АНТИ-NMDA-РЕЦЕПТОРНЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 250

Буртакова Я. Я. ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ ТИПОМ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ 253

Корсак А. А., Иванова Е. М. ОСОБЕННОСТИ ЧУВСТВА ЮМОРА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 256

Григорян З. В., Авагимян Г. Р. ДИАГНОСТИКА АДАПТАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ ПОДРОСТКОВ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ: ВОЛЕВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ, ФРУСТРАЦИОННАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ 259

Захарова И. Ю., Моржина Е. В. ЧЕК-ЛИСТ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОНТАКТА: РАЗРАБОТКА И ПЕРВАЯ АПРОБАЦИЯ КРАТКОГО ИНСТРУМЕНТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ИГРОВОЙ ПЕДАГОГИКИ 262

Зверева Н. В., Антонова Е. А., Зверева М. В., Хромов А. И. МЕТОДИКА «РАСПОЗНАВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВЫРАЗИТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ (ПОЗ И ЖЕСТОВ)» — НОВЫЙ ЭТАП АДАПТАЦИИ НА ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ВЫБОРКЕ 265

Калинина М. А., Куликов А. В., Марголина И. А., Шимонова Г. Н. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ТЕРАПИИ СОСТОЯНИЙ РИСКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ 269

Каримулина Е. Г., Адамян А. Г. МОДАЛЬНО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВИДЫ ПАМЯТИ ДОШКОЛЬНИКОВ И МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 272

Каурова А. М. ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕМЕЙНОЙ И ЛИЧНОЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ 276

Коваль-Зайцев А. А., Британова В. С. ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: МАРКЕРЫ СТАБИЛЬНОСТИ И ЗОНЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ 280

Коростелева А. А., Смирнова Ю. А. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ЦИФРОВОЙ РАССЕЯННОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 283

Кузьмина А. С., Стоянова И. Я., Кривошей К. О. РОДИТЕЛЬСКОЕ ВЫГОРАНИЕ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С РАС, В КОНТЕКСТЕ СУПРУЖЕСКОЙ И ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЙ ПОДСИСТЕМ 286

Курлапова А. Д. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕРЕЧЕВОГО СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ 289

Лебедева А. С., Стоянова И. Я. ДИАГНОСТИКА СЕНСОРНОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АКУСТИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ 292

Маркушина М. В., Иванов М. В. ПРОБЛЕМА УЧЕТА РОЛИ ОТЦА В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 297

Оралова А., Беломестнова Н. В. ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА WISC В ДИАГНОСТИКЕ ИНТЕЛЛЕКТА ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ 300

Орлова Е. А., Зверева Н. В. ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РАСПОЗНАВАНИИ ЭМОЦИЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ 303

Палева Е. С. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ 306

Петров Е. Д., Иванов М. В. МАТЕРИНСКОЕ РЕФЛЕКСИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ КАК МИШЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА 310

Рафикова З. М., Бабарахимова С. Б. ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ БРОДЯЖНИЧЕСТВА 313

Романовская М. В., Фесенко Ю. А. СУИЦИДООПАСНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: ПЕРСПЕКТИВЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ 317

Селищева Т. В. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ: ФОКУС НА ДИАГНОСТИКЕ 320

Синцов Д. Н. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ СТРЕССА У ПОДРОСТКОВ 324

Терещенко В. В., Терещенко Т. М. ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА «ПИКТОГРАММ» В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ТРУДНОСТЯМИ В ОБУЧЕНИИ 329

Троицкая Л. А, Плотникова И. А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА 332

Туревская Р. А. ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В НОРМЕ И ПРИ ОТКЛОНЯЮЩЕМСЯ РАЗВИТИИ (НА МОДЕЛИ ЭМПАТИИ) 335

Тыдень Е. А., Британова В. С., Коваль-Зайцев А. А. НОРМАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ АДЕКВАТНОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ (МАЭР) У ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 339

Федорова Л. Р., Беломестнова Н. В. СОПОСТАВЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ IQ В ТЕСТАХ «НАРИСУЙ ЧЕЛОВЕКА» И WISC 342

Хакимова З. Р., Кузьмина А. С. ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ САМООЦЕНКИ В КОНТЕКСТЕ СИМПТОМАТИКИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ 345

Церфус Д. Н. ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И СУИЦИДАЛЬНО-АДДИКТИВНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ: РОЛЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ 349

Черноярова Т. Ю., Коваль-Зайцев А. А., Беркун А. В. СПЕЦИФИКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ДИАДАХ «МАТЬ — РЕБЕНОК» С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СУБЪЕКТИВНЫХ И ОБЪЕКТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ 352

Чубаровский В. В. ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ «ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ» У УЧАЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 355

Шмакова О. П., Головина А. Г., Кравченко Н. Е. ДИАГНОСТИКА ПОДРОСТКОВЫХ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДАЮЩИХ ПАТТЕРНОВ 358

Раздел 5. НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

Бабий А. И. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО–ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ДОМА 362

Баженова Д. А., Кузнецова У. А. СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ 366

Гайченко Е. А., Дмитренко Э. А., Асаулюк Т. В. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ: ВЫЗОВЫ СТАРЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ 369

Дунайкин М. Л., Брин И. Л. МЕТОДИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ 372

Калантарова М. В., Корочкова М. А., Рощина И. Ф. ПЕРВИЧНАЯ АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ ПОНИМАНИЯ СМЫСЛА ТЕКСТА 376

Калантарова М. В., Павлова А. К. ПЕРВИЧНАЯ АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ «ОБРАЗОВАНИЕ ГЛАГОЛА ОТ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОГО» 379

Кантур Т. А., Черепанова В. А. ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 383

Катунова И. Д., Катунова В. В. ИСТОРИЯ ДИАГНОСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ 386

Кроткова О. А., Савкина Э. М., Бычкова А. С. ПОТОК СПОНТАННЫХ АССОЦИАЦИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВЯЗИ ГИППОКАМПА В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ 389

Савостьянов И. В. ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРА МЕТОДОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 392

Савченко Д. В. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ: ПРЕДПОСЫЛКА ИЛИ РЕЗУЛЬТАТ? 395

Смородина В. В., Катунова В. В. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА 398

Шипкова К. М., Тюленев А. В. ЦИФРОВОЙ ИНСТРУМЕНТ «НЕЙРОЭКСПРЕСС» ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОГНИТИВНОГО СКРИНИНГА В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 401

Раздел 6. ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И РАБОТА В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Бражникова А. Н., Долгалёв А. А., Плугина М. И., Соколова И. Ю., Быков Ю. В. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ: ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ 404

Дронго Е. А., Еремина Д. А. ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОФИЛИ ПАЦИЕНТОВ С АРИТМИЯМИ СЕРДЦА КАК ОСНОВА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРИ FAST TRACK ХИРУРГИИ 406

Журули Л. Г., Ларионов С. В. ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМ СТРЕССОМ 409

Илич М. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА 412

Кленкова А. Д. ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ 415

Кравцова Т. В., Великанова Л. П., Лунева Е. Н., Даций М. С. РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА В СИСТЕМЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ 418

Малыгин Я. В., Кузнецова Ю. С. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, СВЯЗАННЫХ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИЕЙ К ХРОНИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ, ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА 421

Никитина А. Д., Золотарева А. А., Белослудцева Д. Д. ПИЛОТАЖНАЯ АДАПТАЦИЯ ШКАЛЫ ВОСПРИНИМАЕМОГО ИММУНИТЕТА НА ВЫБОРКАХ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 424

Папкова Д.Ю. ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ (ФГА) КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ МАРКЕР НАРУШЕНИЯ ТЕМПА ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ 427

Русина Н. А. ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ ЛИЧНОСТИ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ 431

Синицына К. В., Малыгин Я. В. КЛИНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ, СТРАДАЮЩИХ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ СО СМЕНОЙ ДЕПРЕССИВНЫХ И МАНИАКАЛЬНЫХ ФАЗ 434

Удальцова А. А., Русина Н. А. НЕВРОТИЧЕСКИЕ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ИХ ЛИЧНОСТИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ 438

Чмиль А. К., Рассказова Е. И., Коляго О. О., Трякин А. А. ПСИХОДИАГНОСТИКА СУБЪЕКТИВНОЙ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ 441

Шагурина С. А., Русина Н. А. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА 444

Шиловская Н. В. ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕМИССИИ 447

Раздел 7. РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

Гуревич Е. Л. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ОТБОРА МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ ОБРАЗА ТЕЛА У ЖЕНЩИН РАННЕЙ И СРЕДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ 451

Лёвкина Е. А., Николаева Н. О. ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОЙ ИЗБИРАТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ 454

Мешкова Т. А., Митина О. В., Александрова Р. В. ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВНОВЬ РАЗРАБОТАННОГО ОПРОСНИКА «МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РИСКА РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (МСП-РПП-15)» ДЛЯ СКРИНИНГА В ПОПУЛЯЦИЯХ ШКОЛЬНИЦ И СТУДЕНТОК 458

Погонцева Д. В. ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ФИЗИЧЕСКОГО ПЕРФЕКЦИОНИЗМА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДИАГНОСТИКИ 461

Скиртач И. А. ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ, ОБРАЗА ТЕЛА И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЖЕНЩИН С РИСКОМ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ 464

Устюжанина М. Н. ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ: РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ, СТЫДА И ОБРАЗА ТЕЛА 467

Чехонина Ю. Г., Гаппарова К. М. ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ 474

Раздел 8. ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Георгиева З. К. СВОЕВРЕМЕННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ТИКОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ В РАННЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (13 ЛЕТ): ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ, ЭТИОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ CPIT 477

Карапова А. И., Резанова Е. В. ПРОФИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 481

Козловская Л. Т. К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА КАНИСТЕРАПИИ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ 484

Отставных В. ИНТЕГРАЦИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В ГРУППОВЫЕ ТРЕНИНГИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕМЕНЦИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПРОГРАММА 489

Павлинич С. Н. ОБ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ ПЕРЕОСМЫСЛЕНИИ ЖИЗНЕОСУЩЕСТВЛЕНИЯ В КРИЗИСНЫЙ ПЕРИОД 495

Рогачева Т. В. КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ КАК СУПЕРВИЗОР В РАБОТЕ МЕЖДИЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КОМАНДЫ 498

Черепанова В. А. РОЛЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ КУРСА АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ 501

Чикунова С. В., Фролова Е. В. РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ 505

Раздел 9. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Буракова И. В., Воробьева Е. В. ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И РИТМИЧЕСКИХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ФОНОВОЙ ЭЭГ У ДЕТЕЙ 2–4 ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ 508

Давлетханова Д. Р., Меерсон А.-Л. С. КРОСС-КУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНОГО АУТИЗМА У СПЕЦИАЛИСТОВ И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ МОЛОДОГО И ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА 511

Дементьева А. А. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ: ОПЫТ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 514

Жигэу Е. И. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОПЕДАГОГИКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ 517

Завертяева А. А., Главатских М. М. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ВОСПРИЯТИИ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ ПОДРОСТКАМИ 520

Лагунова А. С. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СОТРУДНИКОВ РАКЕТНО-КОСМИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРЕВЕНТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ 523

Лущекина Е. А., Ларионова Е. В. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С РАС НА ОСНОВЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЭЭГ-ПОКАЗАТЕЛЕЙ 527

Морева А. С., Олейчик М. И., Изнак Е. В. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОК С ДЕПРЕССИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИЗНАВАЕМОЙ АГРЕССИИ 530

Мыценко В. В., Яковлева Н. В. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН 532

Смыслова К. В., Главатских М. М. ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ВОСПРИЯТИИ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СОМАТИЗАЦИИ 534

Соболева Ю. А., Афанасьева А. В. ПИЛОТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ APAIS У ПАЦИЕНТОВ С ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ 537

От редакции (вместо вступления)

Конференции по диагностике в клинической (медицинской) психологии стали традиционным событием в жизни современных специалистов. Диагностика — это не только методология и технология проведения диагностики, это и принципы и сферы работы, научные и прикладные задачи, связанные с профессиональной деятельностью современных клинических психологов. Имя выдающегося отечественного психолога Сусанны Яковлевны Рубинштейн (1911–1990) до сих пор является авторитетом у клинических психологов разного профиля. Прошло 5 лет со времени проведения третьей по счету Всероссийской научно-практической конференции с международным участием к 110-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн. Конференция 2021 года прошла успешно, состоялась в гибридном формате и привлекла внимание свыше сотни авторов из городов России (Москва, Санкт-Петербург, Ярославль, Рязань, Самара, Казань и др.) и других городов России, зарубежных стран и стран постсоветского пространства. Обсуждения и дискуссии запомнились участникам, как и мастер-классы, секции, встречи в кулуарах.

Настоящий сборник сформирован из материалов, присланных уже на Четвертую международную научно-практическую конференцию, посвященную 115-летию С.Я.Рубинштейн в 2026 году, продолжая, таким образом, 15-летнюю традицию совместных конференций МГППУ и ФГБНУ РНЦПЗ.

Вопросы диагностики в медицинской (клинической) психологии в широком смысле нашли свое разнообразное отражение в работах участников конференции, соответствуя духу и запросам времени.

Все мы, специалисты, объединены большим спектром общих проблем, имеющихся в современной медицинской (клинической) психологии, как в ее практической, так и в научной части. Материалы четвертой конференции по диагностике в медицинской психологии, посвященной Сусанне Яковлевне Рубинштейн, представляют срез современных исследований, диагностических и технологических вопросов клинической психологии, расширения областей приложения, вариантов меж- и мультидисциплинарной работы.

Материалы сгруппированы по 9 разделам:

1. История и методология клинической психологии: от прошлого к будущему.
2. Вызовы современности: искусственный интеллект, диагностика стрессовых и кризисных состояний.
3. Клинико-психологическая диагностика: экспериментальные исследования и новые методики.
4. Диагностика в клинической психологии детей и подростков.

5. Нейрокогнитивные исследования в психологии и медицине.

6. Диагностика психосоматической патологии и работа в соматической клинике.

7. Расстройства пищевого поведения как клинико-психологическая проблема.

8. Проблемы реабилитации в клинической психологии.

9. Междисциплинарные подходы в клинико-психологической диагностике.

Получены статьи и материалы более, чем от 160 авторов, представлены Россия и ее регионы, Азербайджан, Армения, Беларусь, Болгария, Казахстан, Узбекистан, Молдова. Все присланные материалы прошли редакторскую оценку и при необходимости правку.

Сборник выпускается к началу конференции как электронное издание и будет представлен на сайтах МГППУ, ФГБНУ РНЦПЗ, АДПП и ресурсах Медицинская психология в России и Psyjournals. В сборнике представлены материалы современных прикладных, экспериментальных и теоретических исследований в различных областях клинической (медицинской) психологии: пато- и нейропсихологии, детской клинической психологии, психосоматике, и других направлениях.

Наиболее широко представленными в этом сборнике явились разделы по диагностике, связанные с детским и подростковым возрастом, а также экспериментальные исследования с большим разнообразием новых средств диагностики и областей приложения. Это отражает и акценты интересов Сусанны Яковлевны как специалиста по аномальному развитию и прекрасного психолога, работавшего в русле экспериментальной, экспертной диагностики в медицинской психологии.

Печатая этот сборник, редакторы выражают свою бесконечную и глубокую благодарность Учителю, замечательному отечественному психологу — Сусанне Яковлевне Рубинштейн, стоявшей у истоков и научного, и практического направлений современной отечественной медицинской (клинической) психологии.

Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина

Раздел 1. ИСТОРИЯ И МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ОТ ПРОШЛОГО К БУДУЩЕМУ

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АГРЕССИИ КАК ФУНДАМЕНТАЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЧЕЛОВЕКА

Асядовская П. Е.
БГПУ им. М. Танка, Минск, Беларусь
malinovskay1313@gmail.com

Ключевые слова: агрессия, ТАТ, нарративный контент-анализ, проективные методы.

PSYCHOLOGICAL STUDIES OF AGGRESSION AS A FUNDAMENTAL HUMAN ATTITUDE

Asyadovskaya P. E.
BSPU named after M. Tank, Minsk, Belarus
malinovskay1313@gmail.com

Keywords: aggression, TAT, narrative content analysis, projective methods.

В повседневной речи слово «агрессия» охватывает широкий спектр действий, нарушающих физическую или психическую неприкосновенность другого человека (или группы людей), причиняющих материальный ущерб, препятствующих реализации их намерений, вмешивающихся в их интересы и даже ведущих к их уничтожению. В случае агрессивных действий определение обстоятельств их совершения является особенно сложной задачей. Тем не менее, в каждом случае агрессия, как в науке, так и в обыденном понимании, часто ассоциируется с негативными эмоциями, такими как гнев, ярость и ненависть. Существует несколько подходов к определению агрессии. Разные авторы придают этому понятию совершенно разные значения в зависимости от целей и предположений исследования.

В теориях влечений агрессия рассматривается как устойчивая индивидуальная предрасположенность. В первоначальной версии психоаналитической теории Фрейда агрессия рассматривалась как компонент так называемого «влечения эго», но позже, в основном под влиянием Первой мировой войны, Фрейд ввел в свою теорию независимое агрессивное влечение в виде «влечения смерти» [2]. Подобное понимание агрессии предлагает основатель этологии Лоренц. По его мнению, в организмах жи-

вотных и человека должен постоянно накапливаться определенный тип энергии агрессивного влечения, который сохраняется до тех пор, пока не будет высвобожден под воздействием соответствующего триггера (в частности, у некоторых видов животных такое высвобождение наблюдается, когда неизвестный сородич вторгается на территорию индивида) [1].

Критики не оспаривают, что агрессия у человека имеет эволюционные и физиологические корни. К физиологическим факторам агрессии относятся половые гормоны, исследований роли которых пока мало способствовало психологическому изучению агрессии. Гендерные различия в агрессивном поведении, являющиеся результатом специфической социализации, лучше изучены и на сегодняшний день гораздо лучше исследованы. Исследования показывают, что, в целом, мужчины более агрессивны, чем женщины. По-видимому, агрессивные действия сильнее сдерживаются у женщин. После проявления агрессии они чаще реагируют чувством вины и страха. Макдугалла также следует считать сторонником теории влечений: в его списке основных инстинктов упоминается понятие «агрессии» и соответствующая ей эмоция — гнев [3].

Согласно теории фрустрации, агрессия — это не автоматически возникающее в организме влечение, а следствие фрустрации, то есть препятствий, возникающих на пути целенаправленных действий субъекта, или неспособность достичь желаемого целевого состояния. Однако не вся агрессия проистекает из фрустрации (в частности, с ней не связана ни одна форма инструментальной агрессии). И не всякая фрустрация усиливает влечение к агрессии (это не происходит, например, когда человек, испытывающий фрустрацию, воспринимает её как непреднамеренную или полностью оправданную).

Теории агрессии, разработанные в рамках теории социального обучения, (прежде всего, теории Халла) определяют и связывают компоненты поведения, ответственные за его мотивацию и направление. Наиболее влиятельными представителями этой школы являются Берковиц и Бандура.

Берковиц ввел две промежуточные переменные, одна из которых связана с мотивацией, а другая — с направлением поведения: гнев (как мотивационный компонент) и триггеры (ключевые особенности, которые инициируют или вызывают реакцию). Гнев возникает, когда достижение целей, к которым направлено действие субъекта, блокируется извне. Для мотивированного поведения необходимы соответствующие триггеры, которые становятся актуальными только тогда, когда существует прямая или косвенная (например, установленная посредством рефлексии) связь с источником гнева, т.е. причиной фрустрации. Поэтому фундаментальное значение имеет концепция Берковица о поведении как следствии триггерного стимула, которая вписывается в парадигму классического обусловливания. Сам Берковиц говорит о том, что сила агрессивной реакции на препятствие

зависит от интенсивности возникающего гнева и степени связи между его стимулом и триггерным стимулом как от совместной функции [4].

Во второй половине 1950-х годов, ещё до работ Бусса и Берковица, которые положили начало лабораторным экспериментальным исследованиям агрессии, значительные усилия были направлены на измерение индивидуальных различий в агрессивности, в основном с использованием методов, основанных на ТАТ (тематическом апперцептивном тесте), и особенно интенсивности его позитивных и негативных тенденций. Данные, полученные с помощью различных ключевых категорий нарративного контент-анализа ТАТ, сравнивались с прямыми индикаторами агрессивного поведения (например, оценка других, уголовные преступления). Это привело к довольно сложной картине, непоследовательность которой исчезла только после того, как исследователи начали использовать ТАТ для выделения тенденции к подавлению агрессии, рассматривая её как регулятор явно агрессивного поведения. В начале 1960-х годов, после развития лабораторных экспериментальных исследований, которые до сих пор не изучали индивидуальные различия, эти усилия угасли. Только в 1970-х годах возобновились попытки диагностировать мотив агрессии, на этот раз с использованием проективных методов (например, тест руки Эдвина Вагнера) [5].

Таким образом, анализ различных подходов выявил общие тенденции в определении агрессии: 1) многие авторы считают, что агрессия — это специфическая черта человеческого поведения или действия, а не эмоция; 2) это действие включает в себя оскорбление (угрозу) и направлено на причинение вреда (травму, унижение) другому человеку; 3) агрессия является средством достижения какой-либо важной цели; 4) она необходима для улучшения благополучия человека, то есть является средством психологической разрядки, заменой удовлетворения заблокированной потребности и изменением деятельности; 5) агрессия служит для удовлетворения потребности в самореализации и самоутверждении.

Литература

1. Лоренц, К. Агрессия (так называемое «зло») / К. Лоренц ; перевод с немецкого. — Москва : Прогресс : Универс, 1994. — 272 с. — (Библиотека зарубежной психологии). — ISBN 5-01-004449-8.

2. Фрейд, З. По ту сторону принципа удовольствия / З. Фрейд ; перевод с немецкого. — Москва : Прогресс : Литера, 1992. — 569 с. — ISBN 5-01-003548-0.

3. Хекхаузен, Х. Агрессия / Х. Хекхаузен // Мотивация и деятельность / Х. Хекхаузен ; научные редакторы перевода Д. А. Леонтьев, Б. М. Величковский. — 2-е изд. — Москва [и др.] : Питер : Смысл, 2003. — С. 485–546.

4. Ялом, И. Экзистенциальная психотерапия / И. Ялом ; перевод с английского Т. С. Драбкиной. — Москва : Независимая фирма «Класс», 1999. — 576 с.

5. Vagaggini, M. Hand test as an instrument for the prediction of aggressive behavior / M. Vagaggini // Quaderni di criminologia clinica. — 1976. — Vol. 18, no. 1. — P. 71–91.

К РАЗРАБОТКЕ НОВОГО КОМПЛЕКСНОГО МЕТОДА ОЦЕНКИ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ВЗРОСЛЫХ

Еремина Д. А., Боровиков А. В. Щелкова О. Ю.
ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия
daria.a.eremina@gmail.com
o.shhelkova@spbu.ru
st078242@student.spbu.ru

Ключевые слова: когнитивные нарушения, нейропсихологическая диагностика, когнитивная батарея, умеренные когнитивные нарушения.

TOWARDS THE DEVELOPMENT OF A NEW COMPREHENSIVE METHOD FOR ASSESSING COGNITIVE FUNCTIONING IN ADULTS

Eremina D. A., Shchelkova O. Yu., Borovikov A. V.
Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia
daria.a.eremina@gmail.com
o.shhelkova@spbu.ru
st078242@student.spbu.ru

Keywords: cognitive impairment, neuropsychological assessment, cognitive battery, mild cognitive impairment.

Введение. Когнитивные нарушения являются распространенной проблемой и создают серьезную социально-экономическую нагрузку на систему здравоохранения и общество в целом. Так, согласно результатам эпидемиологического исследования «ЭВКАЛИПТ», среди 3545 обследуемых в возрасте 65 лет и старше частота когнитивных нарушений составляет 60,8 % [2]. Эти цифры указывают на важность своевременной профилактики и лечения данной категории лиц, что, в свою очередь, требует разработки эффективных методов оценки когнитивных функций, применимых как в стационарных, так и в амбулаторных условиях. Большинство используемых методов (например, MoCA и MMSE) являются краткими,

однако они не всегда чувствительны к ряду когнитивных нарушений. Это связано с тем, что эти методы фокусируются только на общем показателе когнитивного функционирования, в результате чего нарушения в различных когнитивных областях могут стираться за счет сохранности других. Кроме того, они не учитывают субъективные жалобы пациентов об их когнитивном функционировании (субъективное когнитивное снижение). У данной категории пациентов тесты могут не показывать снижения, однако у них риск перехода в состояние умеренных когнитивных нарушений выше, чем в популяции в целом [1, 4]. Наконец, стоит подчеркнуть, что ряд когнитивных нарушений первоначально сопровождается изменениями в эмоционально-личностной сфере [1], которые, помимо диагностической ценности, могут искажать результаты тестирования.

Исходя из этого, **целью** текущей работы является обоснование методологических принципов и описание структуры комплексного метода оценки когнитивного функционирования взрослых.

В основе разрабатываемого инструмента лежит ряд методологических принципов. Во-первых, мы исходим из биопсихосоциального подхода, согласно которому когнитивная деятельность детерминирована биологическими, психологическими и социальными факторами. Второй принцип — клиническая применимость: инструмент должен быть достаточно экономичным для использования в различных условиях, в том числе в амбулаторной практике. В-третьих, в силу гетерогенности когнитивных нарушений (например, амнестический и неамнестический варианты) [1] метод охватывает различные когнитивные домены. Это, в свою очередь, позволяет дифференцировать различные типы нарушений и способствует повышению чувствительности к ранним изменениям когнитивного функционирования. Кроме вышеперечисленных оснований предполагается учет характеристик эмоционально-мотивационной сферы обследуемого, минимизация роли социально-культурных факторов и обеспечение пригодности метода для целей психологического исследования в динамике. Эти принципы легли в основу двухкомпонентной структуры разрабатываемого инструмента.

Разрабатываемый инструмент включает две взаимосвязанные части. Первая часть — структурированное интервью с краткой самооценкой текущего состояния испытуемого. Основными задачами являются сбор социально-демографических и клинических данных, фиксация самооценки когнитивных функций (внимания, памяти, речи, мышления), учет мнения ближайшего окружения об изменениях в поведении, а также оценка эмоционального состояния обследуемого. Одной из важных особенностей является привязка жалоб испытуемого к конкретным поведенческим ситуациям и временному диапазону [3]. Вторая часть — экспериментально-психологическая или нейропсихологическая батарея, включающая диагностику оптико-пространственных функций, внима-

ния и скорости психических процессов, памяти, а также речевых, исполнительных и мыслительных функций. Состав доменов основан на интеграции зарубежных и отечественных классификаций (например, Е. Хомская (2011), M. Lezak (2004)) а также на значимости их в дифференциации когнитивных нарушений. Сочетание этих частей позволяет построить индивидуальный профиль когнитивного функционирования.

Предлагаемый метод, помимо выявления наличия и степени нарушения, позволяет оценить профиль когнитивного функционирования, то есть структуру и степень нарушения в различных областях, с учетом субъективного восприятия собственного функционирования и эмоционального состояния испытуемого. В результате это позволяет выявить важные расхождения, например, диссоциацию между выраженными субъективными жалобами и сохранностью когнитивных функций при оценке с помощью когнитивных тестов, или определить ведущий механизм снижения когнитивных функций (например, нарушение мнестических функций при относительной сохранности регуляторных).

Заключение. Предлагаемый метод — это интегративный клинико-психологический инструмент, который рассчитан на различные клинические условия. Главная его задача заключается в выявлении и дифференциации различных форм когнитивных нарушений, а основная новизна состоит в объединении структурированного интервью и нейропсихологической батареи. Это позволяет выявить индивидуальный профиль когнитивного функционирования, который одновременно отражает субъективные и объективные показатели. В настоящее время планируется полный цикл эмпирической разработки метода, включая валидизацию и стандартизацию на нормативных и клинических группах.

Литература

1. Емелин, А. Ю. Когнитивные нарушения : руководство для врачей / А. Ю. Емелин, В. Ю. Лобзин, С. В. Воробьёв. — Москва : [б. и.], 2019. — 414 с., [6] л. цв. ил. : ил., портр., табл. — ISBN 978-5-00030-673-4.

2. Распространенность когнитивных нарушений и их ассоциация с социально-экономическими, демографическими и антропометрическими факторами и гериатрическими синдромами у лиц старше 65 лет: данные российского эпидемиологического исследования ЭВКАЛИПТ / Э. А. Мхитарян, Н. М. Воробьёва, О. Н. Ткачева [и др.] // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. — 2022. — Т. 14, № 3. — С. 44–53. — DOI 10.14412/2074-2711-2022-3-44-53.

3. Subjective cognitive decline in older adults: an overview of self-report measures used across 19 international research studies / L. A. Rabin, C. M. Smart, P. K. Crane [et al.] // Journal of Alzheimer's Disease. — 2015. — Vol. 48, suppl. 1. — P. S63–S86. — DOI 10.3233/JAD-150154.

4. The characterisation of subjective cognitive decline / F. Jessen, R. E. Amariglio, R. F. Buckley [et al.] // The Lancet Neurology. — 2020. — Vol. 19, no. 3. — P. 271–278. — DOI 10.1016/S1474-4422(19)30368-0.

ТРУДОСПОСОБНОСТЬ КАК ПРЕДМЕТ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО АНАЛИЗА В РАБОТАХ А. Е. ПЕТРОВОЙ

Никонова Е. Ю., Рупчев Г. Е.
ФГБОУ ВО МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
eniconova@mail.ru

Ключевые слова: история патопсихологии, А. Е. Петрова, экспертиза трудоспособности, нарушенная деятельность, компенсация.

WORK CAPACITY AS A SUBJECT OF PATHOPSYCHOLOGICAL ANALYSIS IN THE WORKS OF A. E. PETROVA

Nikonova E. Yu., Rupchev G. E.
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
eniconova@mail.ru

Keywords: history of pathopsychology, A. E. Petrova, work capacity assessment, impaired activity, compensation.

В статье «Экспериментально-психологические лаборатории в психиатрических клиниках Советского Союза» Б. В. Зейгарник и С. Я. Рубинштейн дают историко-психологический обзор развития исследований в отечественной психиатрической клинике от первых лабораторий конца XIX века до середины XX столетия [1]. Авторы стремятся проследить истоки формирования той исследовательской традиции, которая позднее получила оформление в отечественной патопсихологии.

Особое место в статье занимает описание работы группы психологов Центрального научно-исследовательского института экспертизы трудоспособности и трудоустройства инвалидов (ЦИЭТИН). В 1930–1940-е годы сотрудники этой лаборатории (А. Е. Петрова, А. М. Аникина, Э. А. Коробкова, Н. М. Костомарова, Р. А. Гальперина и другие) занимались решением практических и теоретических задач экспертизы трудоспособности и трудоустройства больных с психическими заболеваниями. Эти работы повлияли на развитие патопсихологии и в дальнейшем часто цитировались, од-

нако имена и биографии многих сотрудников этой лаборатории остались на периферии истории патопсихологии.

Цель данной работы — реконструировать вклад одной из ярких сотрудниц лаборатории Анны Евгеньевны Петровой (1880–1972?) в раннее развитие патопсихологического анализа. Особое внимание уделяется ее работам 1934–1940 годов по трудовой экспертизе при различных психических заболеваниях.

ЦИЭТИН (в настоящее время — Федеральное бюро медико-социальной экспертизы) был создан в 1931 году, его руководителем стала Р. М. Гладштейн, а отделение психиатрической экспертизы возглавил Т. А. Гейер. А. Е. Петрова была приглашена в институт с момента его основания и работала в отделении в должности старшего научного сотрудника [2]. А. Е. Петрова пришла в ЦИЭТИН уже сложившимся экспериментальным психологом. Еще до революции она слушала лекции П. Анри, П. Жане и А. Бине в Сорбонне, проходила практикум у Г. Штерринга в Цюрихе, обучалась в Московском университете и участвовала в работе психологического семинария Г. И. Челпанова. Она работала в педологии, криминальной психологии, судебно-психологической экспертизе и разработала оригинальную психологическую классификацию личности [2].

Первая статья, посвященная вопросу о трудоспособности больных с атеросклерозом головного мозга, вышла в 1934 году. В ней трудоспособность зависит не только от характера конкретного диагноза, но и от психофизических возможностей больного с учетом требований специфики профессии [3]. Поэтому А. Е. Петрова анализирует темп, распределяемость и устойчивость внимания, память, утомляемость, способность переключаться и длительно удерживать задачу, и показывает, что трудоспособность выступает как комплексная психологическая характеристика деятельности.

В совместной статье с А. М. Аникиной о шизофрении этот подход получает дальнейшее развитие. Авторы переходят от общей оценки возможности работы к анализу структуры нарушения трудового процесса: диффузности психических процессов, шперрунгов, привнесений, нарушения выбора и распада синтетических связей [4]. Работа становится пространством, где обнаруживается не только снижение или выпадение отдельных функций, но и дезорганизация целостного действия. Так, например, больной может сохранять отдельные навыки, но не удерживать рабочий процесс как направленное целое.

В дальнейших работах А. Е. Петровой, М. П. Кононовой и А. М. Аникиной рассматривается понятие упражняемости как критерий дифференциальной оценки трудоспособности травматиков-органиков и травматиков-невротиков. Для них важен не однократный результат, а то, меняется ли деятельность при повторении — улучшается ли продукция,

снижается ли число ошибок, появляется ли более экономный способ действия. Тем самым эксперимент становится средством оценки сохранных возможностей, прогноза восстановления и компенсации.

Также А. Е. Петрова проводит исследование трудоспособности при эпилепсии. Психологические особенности больных она описывает в период между припадками, «состояниями ослабления восприятия реальности» и общими изменениями внимания, памяти, ассоциаций, мышления и речи. Отдельное внимание она уделяет речевым особенностям, таким как вязкость, многословие, детализация, незаконченность мысли, которые трактуются не как изолированные симптомы, а как проявления патологической адаптации высших психических функций к состоянию.

К 1940 году результаты ее исследований переходят в реабилитационно-экспертное обобщение. В статье о регулярности труда при шизофрении А. Е. Петрова показывает, что больному нужен не расплывчатый «нерегулярный труд», а посильная, регламентированная и организованная деятельность с продуманным отдыхом [5]. Регулярность труда здесь является не формальным требованием, а внешней психологической опорой, противодействующей диффузности, пассивности и аритмичности нарушенной деятельности.

В 1944 году А. Е. Петрова защищает докторскую диссертацию по теме «Основной компенсаторный фактор при эпилептическом и шизофреническом процессах», которая суммирует ее обширный экспериментальный опыт, полученный за годы работы в институте [2].

Работы А. Е. Петровой показывают, как формировался способ анализа нарушений трудоспособности, повлиявший на всю последующую патопсихологическую традицию. Таким образом, психологический эксперимент у А. Е. Петровой использовался для изучения не только дефекта, но и структуры деятельности, ее динамики, сохранных возможностей и компенсаторных механизмов.

Литература

1. Зейгарник, Б. В. Экспериментально-психологические лаборатории в психиатрических клиниках Советского Союза. Часть 2 / Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн // Медицинская психология в России. — 2020. — Т. 12, № 3. — С. 1. — DOI 10.24412/2219-8245-2020-3-1.

2. Никонова, Е. Ю. Психологическое наследие А. Е. Петровой (к 145-летию со дня рождения) / Е. Ю. Никонова, Г. Е. Рупчев // Психологический журнал. — 2025. — Т. 46, № 2. — С. 78–86.

3. Петрова, А. Е. О трудоспособности больных артериосклерозом головного мозга / А. Е. Петрова // Труды психиатрической клиники 1-го Московского медицинского института. Вып. 4 : Памяти П. Б. Ганнушкина. — Москва : Медгиз, 1934. — С. 405–410.

4. Петрова, А. Е. К вопросу о характере трудоспособности при шизофрении / А. Е. Петрова, А. М. Аникина // Проблемы пограничной психиатрии. — Москва ; Ленинград, 1935. — С. 99–119.

5. Петрова, А. Е. Проблема упражняемости как дифференциальный критерий трудоспособности травматиков, органиков и невротиков / А. Е. Петрова, А. М. Аникина, М. П. Кононова // Шизофрения и травматические заболевания головного мозга и трудоспособность при них : сборник статей / под редакцией Р. М. Гладштейн, Т. А. Гейера. — Москва ; Ленинград : Государственное издательство биологической и медицинской литературы, 1936. — С. 131–157.

ПРИМЕНЕНИЕ ТРЁХКОМПОНЕНТНОГО МЕТОДОЛОГИЧЕСКОГО ПОДХОДА К ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Онучина А. В.
МАОУ СОШ № 14 (НОЦ) Губаха, Пермский край, Россия
anastasiya.onuchina@yandex.ru

Ключевые слова: дизонтогенез, типологическая модель развития, подход.

APPLICATION OF A THREE-COMPONENT METHODOLOGICAL APPROACH TO DIAGNOSTIC WORK WITH CHILDREN WITH GENERAL SPEECH UNDERDEVELOPMENT

Onuchina A. V.
MAOU secondary school N. 14 Gubakha, Perm region, Russia
anastasiya.onuchina@yandex.ru

Keywords: dysontogenesis, typological model of development, approach.

Термин «идеальный дизонтогенез» избран для обозначения теоретической модели формирования деятельности в условиях какой-либо формы патологии развития «в чистом виде» [1]. «Идеальный дизонтогенез» — обобщённая категория того или иного расстройства или отклонения в развитии.

«Типичные» модели позволяют учитывать наиболее вероятные проявления первичного нарушения, иерархию взаимовлияний речевой, интеллектуальной и психоэмоциональной сфер. Понятие типологического норматива определяет совокупность наиболее частотных (качественных и количественных) характеристик и особенностей ребёнка, отражающих типологический

(специфический) вариант развития. Категория «типологическая модель развития» наиболее полно представляет определённый вариант развития ребёнка (нормативный или ненормативный) и является инструментом систематизации, который позволяет выделить и описать наиболее характерные, частотные особенности определённого варианта развития ребёнка.

Анализ идей С. Н. Костроминой о типологическом моделировании показывает, что необходимо рассматривать данную категорию через процесс систематизации, через описание признаков, характерных для определённой формы, группировки индуктивным способом вокруг эталонных моделей, обладающих определёнными чертами или свойствами, и объединения в определённую типологию [2, с. 17–19].

В контексте типологической модели развития не следует упускать процесс взаимосвязи внешних характеристик поведения и деятельности с особенностями психических свойств и состояний.

На основании данных положений, считаем возможным констатировать факт того, что автор рассматривает типологическую модель как взаимодействие двух уровней структуры — феноменологический и причинный, реализуя бинарную модель анализа.

В научных исследованиях Н. М. Семаго, Н. Я. Семаго доказан факт того, что трёхкомпонентный методологический подход и соответствующая ему типологическая модель анализа являются наиболее эффективными для решения задач диагностической и коррекционно-развивающей деятельности педагога-психолога [5, с. 45-46]. Анализируя идеи Н. М. Семаго, Н. Я. Семаго о диагностической деятельности психолога, работающего с детьми с ОНР, мы заострили внимание на тех положениях, что остались вне поля зрения учёных [5, с. 7-9]. Оценка актуального состояния развития ребёнка с отнесением его развития к условно нормативному, либо к ненормативному с выходом на вероятностный прогноз дальнейшего развития ребёнка сводится к постановке психологического диагноза или деятельности в пределах данного социально-психологического норматива.

Категория «ненормативное развитие» позволяет перейти от феноменологической диагностики к каузальной. В психологической науке существуют различные правила применения клинической психодиагностической методики [3, с. 37-42]. Довольно полно данная проблематика рассматривается в работах А. Г. Лидерса. Рассмотрим алгоритм применения клинической методики в практике работы с детьми с ОНР.

1 шаг. Инструкция может быть текстуально изменена и дополнена, но предметное содержание не должно быть текстуально изменено. Цель: ребёнок должен понять и осмыслить текст инструкции.

2 шаг. Порядок предъявления заданий и субтестов может быть обоснованно изменен. Психолог может включать другие задания с целью получения более полной информации.

3 шаг. Время предъявления заданий в тесте клинической методики может быть обосновано изменено. Психолог может сократить время на выполнение заданий, увеличить в случае включения дополнительных заданий.

4 шаг. Форма теста клинической методики является индивидуальным тестом для ребёнка и требует индивидуального сопровождения / помощи.

5 шаг. Помощь и обратная связь в случае применения клинической методики является диагностическим средством. Помощь психолога является разноуровневой и дозированной.

Применение данного алгоритма в работе психолога дают возможность описания особенностей психического развития ребёнка с ОНР.

Трёхкомпонентный методологический подход позволяет раскрыть сущность диагностической работы психолога, в основаниях которой находятся определённые условия, совокупность которых определяют процедуру обследования:

1 условие. Методологический аппарат исследования должен быть определён целью и задачами, в результате которого психолог интерпретирует количественные и качественные характеристики применяемых методик.

2 условие. Подбор экспериментальных заданий должен быть осуществлён на основе принципа единства требований и цели исследования. Следует понимать, что по результатам исследования психолог может получить психологический портрет ребёнка, который включает особенности познавательного и личностного развития.

3 условие. Выбор заданий определяет маршрут следования ребёнка при выполнении заданий разной степени сложности, что даёт возможность оценить уровень актуального развития и получить достоверные результаты.

4 условие. Валидность применяемых методик является маркёром надежности полученных результатов.

5 условие. Применяемые методики должны быть теоретически подкреплены и методически обоснованы, что приводит к достоверности полученных результатов исследования.

Трёхкомпонентный методологический подход является инструментом систематизации, который позволил выделить и описать алгоритм применения клинической методики в практике работы с детьми с ОНР, а также определить условия, находящиеся в основаниях диагностической работы психолога. И поскольку данный подход является рабочим инструментом, следует понимать, что он требует постоянной коррекции с учётом новых данных и индивидуальных особенностей детей с ОНР.

Литература

1. Грибова, О. Е. Прием научного моделирования как средство изучения речевых нарушений / О. Е. Грибова // Дефектология. — 2001. — № 1. — С. 3–10.

2. Костромина, С. Н. Психология диагностической деятельности в образовании : монография / С. Н. Костромина ; Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии. — Санкт-Петербург : Наука, 2007. — 487 с. — ISBN 978-5-02-025220-2.

3. Максимова, Л. А. Психологическое обследование в структуре комплексной диагностики развития детей и подростков : учебное пособие / Л. А. Максимова ; Уральский государственный педагогический университет. — Екатеринбург : УрГПУ, 2023. — 132 с. — ISBN 978-5-7186-2181-5.

4. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте : учебное пособие / В. В. Лебединский. — 2-е изд., испр. — Москва : Академия, 2004. — 144 с. — (Высшее профессиональное образование). — ISBN 5-7695-1947-9.

5. Семаго, Н. Я. Проблемные дети: основы диагностической и коррекционной работы психолога : методическое пособие / Н. Я. Семаго, М. М. Семаго. — Москва : АРКТИ, 2000. — 208 с. : ил. — (Библиотека психолога-практика). — ISBN 5-89415-108-2.

ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ В ПАТОПСИХОЛОГИИ

Рыжов А. Л.
ФГБОУ ВО МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия
andrey.ryzhov@gmail.com

Ключевые слова: эстетическая чувствительность, эстетические предпочтения, рецептивная эстетика.

APPROACHES TO THE STUDY OF AESTHETIC SENSITIVITY IN PATHOPSYCHOLOGY

Ryzhov A. L.
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
andrey.ryzhov@gmail.com

Keywords: aesthetic sensitivity, aesthetic preferences, receptive aesthetics.

Эстетическая чувствительность является редким объектом исследования в патопсихологии и в клинической психологии в целом. По

определению Чайлда [3], эстетическую чувствительность можно понимать, как общий термин, определяющий отзывчивость в реагировании на эстетически значимые стимулы (определяемые как таковые по внешним критериям), и включающую два аспекта — эстетические суждения, т.е. способность различать эстетическую ценность объекта в соответствии с внешними стандартами, и эстетические предпочтения, т.е. избирательность по отношению к определенному классу объектов, имеющих эстетическую ценность. Еще одним аспектом можно считать эстетическую отзывчивость — термин, описывающий тенденцию к активации специфических когнитивных, эмоциональных, интрацептивных (и лежащих в их основе мозговых) процессов, являющихся необходимыми для полноценного взаимодействия с эстетическими объектами, интереса к ним, т.е. основу эстетической чувствительности. Эстетическая чувствительность, таким образом, может трактоваться и с точки зрения аттитьюдов, и с точки зрения способностей.

Первая возможность исследований в патопсихологии связана с применением измерительных методов, направленных на оценку эстетической способности или «чувства вкуса». Речь идет о батареях заданий (отдельных для визуальных, зрительных стимулов разной сложности), в которых надо определить лучший («правильный») вариант [1]. Основные трудности претворения этого подхода видятся в том, что для клинических выборок может потребоваться разработка заданий, лучше дифференцирующие нижний диапазон распределения. Кроме того, учитывая неоднозначные данные по норме, указывающие на высокую роль экспертизы в развитии эстетических способностей, интерпретация результатов может быть осложненной.

Более широкие перспективы имеет более экспериментальный подход, в котором эстетическая чувствительность оценивается не в общем, а по отношению к отдельным параметрам, таким, как симметрия, кривизна, общий «потенциал возбуждения», в духе экспериментальной эстетики Берлайна. Здесь есть схожие трудности, связанные с тем, что проблема индивидуальных различий в этой области на норме исследована хуже общепсихологических закономерностей. Кроме того, необходимость изоляции большого числа контаминирующих факторов может приводить к тому, что доступными для экспериментального исследования оказываются только очень простые феномены, представляющие незначительный интерес для патопсихологической интерпретации, и часто повторяющие уже известные данные (например, предпочтения симметрии при расстройствах ОКР спектра). Однако, следует отметить растущий интерес к экспериментальным исследованиям психопатологии

в области нейроэстетики с использованием психофизиологических коррелятов [2].

Исследования эстетических предпочтений представляют еще один разворот проблемы. При большом количестве данных на нормальной выборке, прежде всего, связей эстетических аттитюдов с факторами большой пятерки и такими отдельными (клинически релевантными) чертами, как «поиск ощущений» [5], надо отметить малую силу эффекта, что делает предпочтения бесполезными с точки зрения их использования в патопсихологической диагностике. Связь предпочтений не с личностными чертами напрямую, а с ожидаемыми последствиями в парадигме «использования и удовлетворения» кажется более подходящей для патопсихологического анализа, учитывая разные функции, которые, например, может иметь прослушивание музыки (саморегуляция, социализация, поиск идентичности, удовлетворение тяги к новому опыту и пр.).

Попытки исследования специфики процессов обработки эстетической информации при разных расстройствах психики и поведения наиболее точно соответствуют патопсихологической методологии, но являются труднореализуемыми. В большинстве случаев речь все-таки идет о корреляционных или экспериментальных дизайнах, где особенности деятельности исследуются не напрямую, а через самоотчет. Исключение составляют исследования в русле «рецептивной эстетики», т.е. особенностей взаимодействия с реальными произведениями искусства. Раннее исследование Н. Холландом [4] того, как проявляются особенности идентичности в вариациях понимания разными людьми одной поэмы, является иллюстрацией подхода. Типичным для этого подхода является не быстрая, здесь-и-сейчас, оценка эстетического объекта, а допущение того, что эстетический опыт начинается с установок, предшествующих восприятию, и продолжается после, в виде процессов придания смысла, интеграции с личными переживаниями и пр. Характерно использование таких методов, как пересказ, ассоциирование, «дневниковые» записи, рисование и пр. Такие исследования могут иметь не только научный, но и терапевтический аспект, и позволяют оценивать эффект (не всегда позитивный) эстетического опыта на разные аспекты психологического функционирования. Схожий акцент на исследовании эстетического опыта в реальных контекстах имеют исследования с применением методов экологической моментальной оценки.

Три положения кажется важным учитывать при планировании исследований. Во-первых, важно учитывать, что данные, полученные при изучении простых предпочтений, могут давать иные (артефактные) результаты в сравнении с исследованиями «эстетических фана-

тов» или людей, для которых эстетические интересы являются центральными в их жизни. Во-вторых, в противовес изучению вариаций эстетической чувствительности и вкусов, в патопсихологии целесообразным может быть сосредоточение на исследовании их ограничений. Например, именно с этой точки зрения может трактоваться обнаруживаемая «патологичность» неконвенциональных предпочтений в музыке — именно неприятие популярных вкусов, низкий интерес к обмену эстетическим опытом могут иметь значение. Наконец, исследуемые «эстетические переменные» скорее следует связывать не напрямую с диагнозами или симптоматическими проявлениями, а с закономерными изменениями черт личности, особенностями эмоциональных реакций и познавательной деятельности и другими «трансдиагностическими» переменными.

Литература

1. Сабадош, П. А. Разработка методов диагностики эстетических способностей : тесты эстетической чувствительности / П. А. Сабадош // Современные исследования интеллекта и творчества / под редакцией А. Л. Журавлева, Д. В. Ушакова, М. А. Холодной. — Москва : Институт психологии РАН, 2015. — С. 250–262.

2. Chatterjee, A. Neuroaesthetics : descriptive and experimental approaches / A. Chatterjee // The Cambridge Handbook of the Psychology of Aesthetics and the Arts / edited by P. P. L. Tinio, J. K. Smith. — Cambridge : Cambridge University Press, 2014. — P. 481–499. — DOI 10.1017/CBO9781139207058.023.

3. Child, I. L. Observations on the meaning of some measures of esthetic sensitivity / I. L. Child // The Journal of Psychology. — 1964. — Vol. 57, No. 1. — P. 49–64. — DOI 10.1080/00223980.1964.9916671.

4. Holland, N. N. 5 Readers Reading / N. N. Holland. — New Haven ; London : Yale University Press, 1975. — XVI, 418 p. — ISBN 978-0-300-01854-7.

5. Swami, V. Personality and aesthetic experiences / V. Swami, A. Furnham // The Cambridge Handbook of the Psychology of Aesthetics and the Arts / edited by P. P. L. Tinio, J. K. Smith. — Cambridge : Cambridge University Press, 2014. — P. 540–561. — DOI 10.1017/CBO9781139207058.026.

«Я НЕ ЗНАЮ, КТО ТАК ГОВОРИТ»[1]: ОТ ВОСПРИЯТИЯ БЕЗ ОБЪЕКТА К СЛОВУ БЕЗ АВТОРА

Сагалакова О. А., Труевцев Д. В.
ФГАОУ ВО НГУ, Новосибирск, Россия
olgasagalakova@mail.ru

Ключевые слова: галлюцинаторные голоса, С. Я. Рубинштейн, перволичная авторитетность, интериоризация, неприсвоение речи.

"I DON'T KNOW WHO IS SAYING IT": FROM PERCEPTION WITHOUT AN OBJECT TO A WORD WITHOUT AN AUTHOR

Sagalakova O. A., Truevtsev D. V.
Novosibirsk State University, Novosibirsk, Russia
olgasagalakova@mail.ru

Keywords: hallucinatory voices, S. Ya. Rubinstein, first-person authority, interiorization, speech non-appropriation.

Введение. История представлений о галлюцинаторном голосе складывается как история вопроса — чего недостает голосу в сравнении с подлинным восприятием. Ровно двести лет назад И. Мюллер (1826) увидел в ложном образе спонтанный продукт органа чувств и, как показала С. Я. Рубинштейн, первым развел иллюзии и галлюцинации, хотя учебники приписывают это Ж.-Э.-Д. Эскиролю [2]. Эскироль (1838) отвечал через убежденность человека в ощущении без внешнего объекта, а формула Б. Болла «восприятие без объекта» сохранила одно отсутствие объекта, утратив убежденность субъекта. Затем голос видели структурой опыта (П. Жане, К. Ясперс), признаком психоза, осмысленным переживанием, продолжающим норму (M. Romme, S. Escher), перевесом априорных ожиданий над сенсорными данными, и сегодня это вопрос об авторстве переживания. **Цель** работы — определить место экспериментальной патопсихологии в смене представлений о голосе и обосновать неприсвоение речи как психологический механизм проявления и поддержания галлюцинаторного переживания в разных условиях деятельности.

Место С. Я. Рубинштейн. В 1951 году Рубинштейн предположила, что в возникновении обманов слуха существенную роль играет «деятельность напряженного прислушивания (с целью ориентировки)» [2, с. 15], и вызвала

[1] Ответ испытуемой в эксперименте С.Я. Рубинштейн [1, с. 33].

голоса в эксперименте, где испытуемые под видом проверки слуха 25 минут вслушивались в едва различимые шумы. Из 760 звуков здоровые иллюзорно восприняли один, у 80% больных шизофренией с вербальным галлюцинозом голоса усиливались, у некоторых возвращались уже исчезнувшие [2, с. 21, 46, 74]. Одна из испытуемых, услышав в уличном шуме поезд, произнесла угрожающим тоном «Я тебе дам поезд — так говорит кто-то» и на вопрос, кто, ответила «Я не знаю, кто так говорит» [1, с. 33]. Разграничение иллюзий и галлюцинаций Рубинштейн сочла неправомерным, поскольку «искаженное отражение реальности — это не спонтанный продукт мозга» [2, с. 93], и тем вернула галлюцинации объект, пусть едва различимый. Источник искажения она видела в дефиците ожидаемой информации, необходимой для ориентировки «и потому тревожно ожидаемой» [2, с. 83]. Байесовские модели (A. R. Powers, P. R. Corlett) пришли к близкой мысли четыре десятилетия спустя, но ожидание в них — параметр точности, у Рубинштейн же — напряженная деятельность прислушивания, несущая историю личности.

Перволичная авторитетность. Недостающим звеном голоса остается автор. C. S. Humpston и T. S. Woodward увидели сущность голоса в утрате перволичной авторитетности — способности субъекта выступать автором содержания собственного сознания [4], и объяснение вернулось к убежденности субъекта, с которой начинал Эскироль. Эту утрату связывают с внутренней речью (Ch. Fernyhough), диалогом (I. Leudar), травмой и голосом обидчика (A. Moskowitz, E. Longden) [3], властью и подчинением (M. Birchwood), и почти каждая из этих линий угадывается в протоколах Рубинштейн. Обманы слуха у нее рождались из «трансформации звукового образа в словесный» [1, с. 34], окликали человека по имени, звали к действию, оскорбляли («ты дрянь», «расстреляли дуру такую») [1, с. 33], вплетались в сцены пережитого — боя, пожара — и захватывали «всеми своими чувствами» [1, с. 32]. Голос словно возвращает высшую психическую функцию в распределенную между людьми форму (Л. С. Выготский), сохраняя чужой адрес и непринятый опыт стыда.

Голос есть слово без автора, и почему такое слово сохраняет власть, объясняет понятие неприсвоения речи. Оно опирается на различение интериоризации, переводящей социальную речь во внутренний план (Л. С. Выготский), и присвоения, делающего ее своей (А. Н. Леонтьев), — сама Рубинштейн связывала формирование психических свойств с присвоением опыта человечества с помощью речи [1]. Слово другого может быть усвоено и сохранять диалогическое строение, оставаясь за пределами авторской позиции, но диалогична и внутренняя речь здорового человека, поэтому чужой речь делает неприсвоенность — форма речи и ее присвоенность образуют две независимые оси. Неприсвоение понимается как незавершенное присвоение, имеющее степени, оно затрагивает чувство авторства при сохранном чувстве принадлежности, и голос предстает словом другого с чужой интонацией, обращенностью и вла-

стью. В протоколах Рубинштейн это видно воочию — слово, которым пациентка сама назвала звук («кашель», «тишина»), возвращалось к ней произнесенным «кем-то», а она обеими руками пыталась поймать или зажать слова, вылетающие изо рта, и Рубинштейн сближала это со слышанием собственной внутренней речи [2, с. 50–54]. Голос — бахтинское авторитарное слово, не ставшее внутренне убедительным, и спорить с ним изнутри нельзя.

Поддержание. Вероятно, стыд и подавление, повторяясь, закрепляют за содержанием, непереносимым в первом лице, статус «не мое» [3], и чем прочнее этот статус, тем больше власть неприсвоенного слова. У J. Engeland с соавторами образ внутреннего критика учащал речевые иллюзии в шуме и делал их негативнее. Иллюзия, деперсонализация, феномены сделанности и галлюцинация могут быть выстроены в континуум степеней незавершенного присвоения, и границу между иллюзией и галлюцинацией, которую Рубинштейн снимала со стороны объекта, мы снимаем со стороны действия субъекта.

Следствия для диагностики. Вопрос о рубрике уступает место вопросу о мере незавершенности присвоения и условиях ее изменения. В опытах Рубинштейн здоровые и больные поначалу одинаково связывали неясный звук с привычным опытом, затем здоровые исправляли толкование, больные «полностью включались в эту припомнившуюся им ситуацию» [1, с. 31]. Перенесенная с вопроса, что звучит, на вопрос, кто говорит, способность исправить толкование становится поведенческим индексом присвоения. Следует сопоставлять нейтральные и личностно значимые условия, регистрируя способность возразить голосу и проверяя следствие, согласно которому его власть и дистресс меняются со смыслом ситуации при прежней сенсорной живости, тогда как байесовская модель ожидает сдвига сенсорной уверенности.

Выводы. Представления о голосе меняются по спирали, возвращаясь к позиции субъекта, и работы Рубинштейн, для которой «больной человек — это человек» [2, с. 94], образуют узловую точку этого движения. Понятие неприсвоения речи описывает механизм проявления и поддержания голоса и делает его предметом экспериментальной диагностики, а диалогическая работа с голосом предстает восстановлением авторской позиции, в которой на вопрос, кто так говорит, человек может ответить сам, населив «получужое» слово, по М. М. Бахтину, «своею интенцией, своим акцентом».

Литература

1. Рубинштейн, С. Я. Использование экспериментального метода для изучения психопатологических явлений / С. Я. Рубинштейн // Вопросы экспериментальной патопсихологии / под редакцией Б. В. Зейгарник, С. Я. Рубинштейн. — Москва, 1965. — С. 14–41. — (Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии ; т. 43).

2. Рубинштейн, С. Я. Обманы слуха (экспериментально-психологическое исследование) / С. Я. Рубинштейн. — Ташкент : Медицина, 1977. — 98 с.

3. Сагалакова, О. А. Мультимодальные образы и «голос» межличностной травмы : диссоциативно-когнитивные механизмы в динамике формирования галлюцинаций и суицидального риска / О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев // Неврологический вестник. — 2026. — Т. 58, № 2. — С. 154–168. — DOI 10.17816/nb696961. — EDN NZCELK.

4. Humpston, C. S. Soundless voices, silenced selves : are auditory verbal hallucinations in schizophrenia truly perceptual? / C. S. Humpston, T. S. Woodward // The Lancet Psychiatry. — 2024. — Vol. 11, No. 8. — P. 658–664. — DOI 10.1016/S2215-0366(24)00061-0.

ЛАБОРАТОРИЯ ПСИХОЛОГИИ ЦЕНТРА ИМ. В. П. СЕРБСКОГО: ОТ ФУНДАМЕНТАЛЬНЫХ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ С. Я. РУБИНШТЕЙН К СУДЕБНОЙ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЭКСПЕРТОЛОГИИ

Сафуанов Ф. С.
ФГБУ НМИЦПН им. В. П. Сербского, Москва, Россия
safuanovf@mail.ru

Ключевые слова: С. Я. Рубинштейн, патопсихология, комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза.

LABORATORY OF PSYCHOLOGY AT THE V. P. SERBSKY CENTER: FROM FUNDAMENTAL PATHOPSYCHOLOGICAL RESEARCH BY S. YA. RUBINSTEIN TO FORENSIC CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL EXPERTISE

Safuanov F. S.
FSBI NMICPN named after V. P. Serbsky, Moscow, Russia
safuanovf@mail.ru

Keywords: S. Ya. Rubinstein, pathopsychology, complex forensic psychological and psychiatric examination.

Лаборатория психологии Института судебной психиатрии им. В. П. Сербского образована в 1944 г. Ее первым руководителем ста-

ла С. Я. Рубинштейн. С 1946 г. по 1951 г. она работала в лаборатории в должности старшего научного сотрудника.

Нам удалось найти в архиве пять научных годовых отчетов, которые не были опубликованы. Они были посвящены методам выявления степени интеллектуального снижения при аггравации органических дефектов (1947), психологическому анализу притворного поведения подэкспертных лиц (1948), психологическому анализу речевого растормаживания при реактивных состояниях (1949) и особенностям мышления при реактивных состояниях (1950).

Анализ данных работ показывает, что они направлены на решение методологических и теоретических проблем патопсихологии. В них рефлексируется психодиагностическая деятельность психолога при проведении, содержится разработка качественного анализа нарушений у лиц с психическими расстройствами, раскрываются патопсихологические механизмов психопатологических проявлений, вводится принцип оценки не только нарушенных, но и сохранных сторон психической деятельности. В качестве основного предмета судебно-психологического экспертного исследования выделяется способность обвиняемого к осознанной произвольной регуляции действий [2, 3].

Работа 1951 г. посвящена экспериментальному исследованию слуховых восприятий у лиц с психическими расстройствами. В 1957 г. на Всесоюзном совещании по психологии в АПН РСФСР некоторые итоги этого исследования были доложены в докладе «О рефлекторной природе галлюцинаций». Окончательные результаты опубликованы в 1971 г. [1] и защищены в виде докторской диссертации в 1972 г.

В 1946 г. руководителем психологической лаборатории стала А. М. Шуберт, до этого работавшая в психиатрической больнице им. Кащенко.

С 1956 г. в лаборатории работал Ю. Ф. Поляков, который в 1959–1960 гг. исполнял обязанности руководителя подразделения. В период работы в Институте им. Сербского он начал экспериментальные исследования нарушений мышления у больных шизофренией, о чем свидетельствует сохранившийся в архиве научный отчёт «К вопросу о методике исследования нерезко выраженных нарушений мышления при шизофрении» (1957). В 1968 г. он защитил докторскую диссертацию «Патология познавательной деятельности при шизофрении».

В 1959 г. в психологической лаборатории работал О. К. Тихомиров, известный как автор научной школы психологии мышления.

В 1960 г. лабораторию психологии возглавила Н. Н. Станишевская, которая продолжила теоретические и практические патопсихологические исследования. В этих исследованиях принимал активное участие М. С. Лебединский. Во время работы в Институте им. Сербского он в

соавторстве с В. Н. Мясищевым в 1966 г. опубликовал первую отечественную книгу по медицинской психологии — «Введение в медицинскую психологию».

В конце 1960-х — начале 1970-х годов в психологической лаборатории продолжаются фундаментальные патопсихологические исследования. Вместе с тем возникает и новое направление: участие медицинского психолога в судебной экспертизе как самостоятельного судебного эксперта. Обосновывается новый вид применения психологических знаний в судопроизводстве — комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (КСППЭ).

Первый этап возникновения КСППЭ завершился к концу 70-х годов XX века. На этом этапе КСППЭ прочно внедрилась в практику, были выделены основные предметные ее виды.

Второй этап становления КСППЭ характеризуется активной разработкой теоретических, методологических и организационно-правовых проблем клинико-психологического экспертного исследования.

Третий этап, длящийся по сегодняшний день, вызван коренным изменением отечественного законодательства. Разрабатываются новые предметные виды КСППЭ в уголовном процессе, экспертизы с участием психолога распространяются на гражданский процесс, совершенствуется теория и методология судебной клинико-психологической экспертологии [4].

Литература

1. Рубинштейн, С. Я. Экспериментально-психологический подход к исследованию обманов слуха / С. Я. Рубинштейн // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1971. — № 6. — С. 859–864.

2. Сафуанов, Ф. С. История развития судебно-психологической экспертизы / Ф. С. Сафуанов // Психология и право. — 2014. — Т. 4, № 3. — С. 125–141. — URL: https://psyjournals.ru/psyandlaw/2014/n3/72735.shtml (дата обращения: 25.09.2026).

3. Сафуанов, Ф. С. Научное творчество С. Я. Рубинштейн в период работы в институте судебной психиатрии. Сообщение 1. Проблемы симуляции обвиняемых с психическими расстройствами (1947–1948) / Ф. С. Сафуанов // Российский психиатрический журнал. — 2016. — № 5. — С. 75–80.

4. Сафуанов, Ф. С. Научное творчество С. Я. Рубинштейн в период работы в институте судебной психиатрии. Сообщение 2. Патопсихологические исследования реактивных состояний (1949–1951) / Ф. С. Сафуанов // Российский психиатрический журнал. — 2016. — № 6. — С. 82–87.

НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА РОЛЬ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ В ПСИХИАТРИИ

Шмакова О. П., Головина А. Г., Барменков Ю. В.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
olga-zhuravleva1@yandex.ru

Ключевые слова: патопсихология, психиатрия, коморбидность, классификация.

A NEW PERSPECTIVE ON THE ROLE OF PATHOPSYCHOLOGICAL RESEARCH IN PSYCHIATRY

Shmakova O. P., Golovina A. G., Barmenkov Yu. V.
Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
olga-zhuravleva1@yandex.ru

Keywords: pathopsychology, psychiatry, comorbidity, classification.

Патопсихология, чей фундамент в отечественной психологической школе заложен трудами Б. В. Зейгарник и её сотрудников, в числе которых была С. Я. Рубинштейн, занимает уникальное положение на пересечении психологии и психиатрии. В то время как психиатрия изучает семиотику и нозологическую характеристику душевных расстройств, патопсихология фокусируется на качественном психологическом анализе болезненных психических процессов. В данном сообщении рассматривается специфическая и важная роль качественного подхода (патопсихологической диагностики) в психиатрической практике, поисковых психиатрических исследованиях, усовершенствовании классификаций психических болезней.

Как и любая иная процедура, анализирующая качественные признаки, патопсихологический подход способен: 1) выявлять новые феномены; 2) дифференцировать известные, но трудноразличимые феномены; 3) оперировать этими феноменами — группировать, отмечать их ковариации, иерархизировать и т.д. В современной психиатрии патопсихологическая диагностика, основанная на качественном анализе психической деятельности человека, способна помочь в решении ряда вытекающих из вышеприведённых ключевых задач: 1) Дифференцировка расстройств — патопсихологический анализ позволяет выявлять латентные паттерны нарушений, неочевидные при стандартном клиническом осмотре, помогая различать внешне схожие феномены. 2) Повышение точности фенотипирования — патопсихологический метод

предотвращает «избыточность» данных, полученных с применением опросников, иерархизируя симптомы, он снижает ложную коморбидность. 3) Комплектование материала для клинико-биологических изысканий — надёжность результатов любого биологического исследования зависит от однородности выборки, формируемой для научного анализа, патопсихологические данные способствуют формированию однородных выборок, снижая вероятность диагностических ошибок. 4) Уточнение связей между клиническими паттернами и их биологическими механизмами/субстратами. В отличие от психометрических методов, патопсихологические исследования способны выявлять сложную структуру нарушений, что далее можно сопоставлять с мультидисциплинарными сведениями о функционировании организма на разных уровнях, конкретизировать закономерности происхождения феноменов. 5) Участие в изучении видоизменений психических расстройств под влиянием процессов индивидуального онтогенеза — современные классификации в полной мере не учитывают влияние процессов детско-подросткового и геронтологического онтогенеза на психиатрическую феноменологию. В этом вопросе безусловно требуется качественный анализ симптоматики, оценивающий преемственность феноменов, их единство и отличия на разных этапах индивидуального развития, что может обеспечить патопсихология. 6) Критика и уточнение классификаций. Патопсихологические сведения помогают выверять психиатрические классификации. В последние десятилетия специалисты фиксируют [4], что традиционные нозологические системы (DSM, ISD, МКБ) столкнулись с фундаментальными ограничениями: высокой коморбидностью, гетерогенностью внутри диагностических категорий, размытием границ между нормой и патологией, диагностическим непостоянством [1]. Интеграция патопсихологических данных с клиническими, нейровизуализационными, геномными и иными сведениями может привести к созданию действительно унифицированной, размерной и биологически обоснованной классификации психических расстройств, преодолевающей ограничения традиционных таксономий [3]. Предложенные новые таксономии пока находятся в стадии разработки и усовершенствования — RDoC [5] (2010 г.), HiTOP [2] (2015 г.), но предлагают принципиально иные подходы к рассмотрению психических расстройств. Многоцентровой проект HiTOP (Hierarchical Taxonomy of Psychopathology — «Иерархическая таксономия психопатологии») представляет собой эмпирическую иерархическую дименсиональную систему, построенную на анализе ковариаций психопатологических феноменов. То есть сама таксономия исходила из наблюдений за тем, какие симптомы и расстройства встречаются совместно. Она организует все психопатологические проявления в виде иерархии — от узких

симптомов до широких спектров, включая общий объединяющий фактор психопатологии (p-factor). Патопсихология для HiTOP выступает в качестве основного источника сведений о ковариации симптомов. RDoC (Research Domain Criteria — «Критерии предметной области исследования в психиатрии») — многоцентровой проект, организованный с целью изучения механизмов психических расстройств. RDoC сопоставляет нейробиологические проявления с симптомами. Матрица RDoC соотносит разноуровневые маркёры психических расстройств с собственно психопатологическими феноменами. Патопсихологический анализ для RDoC необходим при установлении связей между клиническими паттернами и их биологическими механизмами/субстратами.

Таким образом, патопсихологическая диагностика является незаменимым звеном в цепи поисковых психиатрических исследований. Опираясь на традиции культурно-исторической школы и методологию качественного анализа, она превращает экспериментальные данные в глубокое понимание сути психических расстройств. Дальнейшее развитие этого направления, вероятно, будет связано с интеграцией качественных патопсихологических находок и данных нейровизуализации, генетики при активном диалоге между патопсихологами, клиницистами, биологами, генетиками.

Литература

1. Шмакова, О. П. Современные подходы к проблеме коморбидности в психиатрии / О. П. Шмакова, А. Г. Головина // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2026. — Т. 126, № 5. — С. 7–13. — DOI 10.17116/jnevro20261260517.

2. Kotov, R. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) in psychiatric practice and research / R. Kotov, D. C. Cicero, C. C. Conway [et al.] // Psychological Medicine. — 2022. — Vol. 52, № 9. — P. 1666–1678. — DOI 10.1017/S0033291722001301.

3. Park, S.-C. Diagnostic Constructs of Major Depression in DSM-5: Current Critiques and Future Directions / S.-C. Park, K. Kim, Y.-K. Kim // Advances in Experimental Medicine and Biology. — 2026. — Vol. 1502. — P. 3–13. — DOI 10.1007/978-981-95-6872-7_1.

4. Torales, J. From DSM-IV to the future: three decades of evolution in psychiatric classification and what lies ahead / J. Torales, A. D. Torres-Romero, A. Ventriglio [et al.] // International Review of Psychiatry. — 2026. — Vol. 38, № 1–3. — P. 27–36. — DOI 10.1080/09540261.2025.2523455.

5. Walter, H. Research Domain Criteria (RDoC): Psychiatrische Forschung als angewandte kognitive Neurowissenschaft / H. Walter // Der Nervenarzt. — 2017. — Vol. 88, № 5. — P. 538–548. — DOI 10.1007/s00115-017-0284-4.

ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ КАК МЕТОДОЛОГИЧЕСКАЯ ОСНОВА НЕПРЕРЫВНОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Шураева Е. Л.
Москва, Россия

Ключевые слова: динамическое наблюдение, динамическая оценка, клиническая психология, абилитация, дизонтогенез, лонгитюдное исследование, зона ближайшего развития, обучаемость.

DYNAMIC OBSERVATION AS A METHODOLOGICAL BASIS FOR CONTINUOUS SUPPORT IN CLINICAL PSYCHOLOGY

Shuraeva E. L.
Moscow, Russia

Keywords: dynamic observation, dynamic assessment, clinical psychology, habilitation, dysontogenesis, longitudinal research, zone of proximal development, educability.

Проблема непрерывности диагностического и коррекционного процесса в клинической психологии сохраняет высокую актуальность. Транзиторный и вариативный характер нарушений развития требует применения методов, позволяющих фиксировать не только актуальное состояние, но и траекторию изменений психических функций. В качестве такого метода выступает динамическое наблюдение — систематическое, лонгитудинальное изучение развития ребенка, осуществляемое одним специалистом или мультидисциплинарной командой на протяжении длительного периода с фиксацией качественных и количественных изменений на этапах абилитационного процесса.

Теоретическое обоснование: концепция динамической оценки. Методологической основой динамического наблюдения выступает положение Л. С. Выготского о зоне ближайшего развития (ЗБР) как движущей силе психического развития [1]. В зарубежной традиции данный подход развился в концепцию динамической оценки (Dynamic Assessment, DA), которая встраивает взаимодействие в рамки модели «тест — вмешательство — ретест» (test — intervene — retest) [9]. Данная процедура предполагает активное обучение с акцентом на мышление, восприятие, обучение и решение проблем [10].

Вклад российских ученых в разработку проблематики. Особого внимания заслуживает вклад отечественных исследователей, которые стояли у истоков разработки методов динамической оценки. Как отме-

чается в научной литературе, метод «обучающего эксперимента» был разработан в школе Л. С. Выготского такими учеными, как А. Н. Леонтьев, А. Р. Лурия и А. А. Смирнов [6]. Данный метод стал теоретической и методологической предтечей современных процедур динамической оценки.

Принципиальное значение имеет введенное отечественными психологами понятие «обучаемость», которое описывает способность извлекать пользу из взрослой помощи и является независимой характеристикой [6]. Именно этот конструкт, разработанный в российской психологической традиции, лег в основу современных представлений о когнитивной модифицируемости и динамической оценке. Как подчеркивают Bodrova и Leong (2007), русские психологи и педагоги используют термин «обучаемость» для описания именно той характеристики, которую Feuerstein обозначил как «когнитивная модифицируемость» [6].

В работах Корепановой И. А. (2004) исследована структура и содержание зоны ближайшего развития предметного действия, что имеет прямое отношение к пониманию механизмов динамического наблюдения за формированием навыков у детей [3]. Данное исследование показывает, как теоретические положения Выготского могут быть операционализированы в конкретных диагностических процедурах.

Значимый вклад в разработку лонгитюдных исследований внесли Подшивалова Е. П. и Цукерман Г. А. (2003), которые провели трехлетнее лонгитюдное исследование становления субъекта учебной деятельности у младших школьников [4]. Данная работа демонстрирует методологию длительного отслеживания динамики развития и может служить моделью для организации динамического наблюдения в клинической психологии.

Обзор эмпирических исследований. Анализ современных научных работ демонстрирует широкое применение принципов динамического наблюдения в исследованиях развития детей с различными формами дизонтогенеза.

В лонгитюдном исследовании Cai S. и соавт. (2025), опубликованном в Frontiers in Psychiatry, изучались взаимосвязи между различными показателями развития у 94 детей с интеллектуальной недостаточностью в возрасте 2–5 лет, получавших поведенческие интервенции в течение двух лет [8]. Методология исследования включала трехволновое лонгитюдное измерение, что позволило установить: адаптивное поведение на ранних этапах значимо предсказывает последующее развитие языковых и социальных навыков [7]. Данное исследование демонстрирует, что систематическое динамическое наблюдение позволяет выявлять каскадные эффекты в развитии.

В исследовании Chen Y.-J. и соавт. [7], опубликованном в JCPP Advances, была проанализирована гетерогенность траекторий адаптивного функционирования у 406 детей с аутизмом, наблюдавшихся с возраста 2–5 лет до 18 лет [8]. Результаты показали, что траектории адаптивного функционирования имеют две ключевые точки перелома: в возрасте 5–6 и 9–10 лет [8]. Данное исследование убедительно демонстрирует, что без длительного динамического наблюдения невозможно выявить критические периоды и точки перелома в развитии.

В исследовании Młyński R. [12] представлен обширный обзор теоретических основ динамической оценки и её применения для дифференциальной диагностики билингвальных детей с возможными коммуникативными нарушениями [12]. Автор подробно описывает основные подтипы динамической оценки, включая модель «тест — обучение — ретест» и методику постепенных подсказок [12].

В быстром обзоре Menjot P., Comblain A., Leclercq A.-L. (2024) были проанализированы 15 исследований, использующих динамическую оценку для диагностики расстройств развития языка у детей-монолингвов и детей-мультилингвов [11]. Авторы отмечают, что динамическая оценка снижает влияние средовых факторов, поскольку фокусируется не на приобретенных навыках, а на способности к обучению [11].

Методология и практическая реализация. Динамическое наблюдение предполагает формализованную фиксацию результатов в индивидуальных картах развития и включает три диагностических среза: первичную диагностику для определения актуального уровня развития; промежуточные срезы с периодичностью 3–6 месяцев в процессе реализации коррекционной программы; итоговую диагностику по завершении реабилитационного цикла.

Важным аспектом является то, что динамическая оценка не предназначена для классификации и не может интерпретироваться с использованием нормативных таблиц [9]. Интерпретация данных динамической оценки в значительной степени зависит от навыков и опыта специалиста, что предъявляет повышенные требования к квалификации клинических психологов [10].

Практическое значение. Отсутствие систематического динамического наблюдения приводит к тому, что каждый новый специалист вынужден работать исключительно с актуальным состоянием на момент «точки входа», лишаясь возможности реконструировать темп и характер предыдущих изменений. Как показано в обзоре Baborová A., Málková G. (2025), среди ключевых проблем использования динамического наблюдения в психологическом консультировании выделяются: недостаток

фундаментальных исследований эффективности динамической оценки, неадекватная поддержка в образовании консультантов, терминологическая неоднозначность [5].

Выводы. Динамическое наблюдение является неотъемлемым методом клинической психологии, обеспечивающим научно обоснованную организацию абилитации детей с дизонтогенезом. В традициях школы С. Я. Рубинштейн, где комплексность и системность диагностики являются основополагающими принципами, динамическое наблюдение выступает методологической основой адресной и персонализированной психологической помощи [2]. Современные лонгитюдные исследования подтверждают, что интеграция подходов динамической оценки и катамнестического наблюдения позволяет не только отслеживать траекторию развития, но и своевременно корректировать программы вмешательства.

Литература

1. Выготский, Л. С. Проблема обучения и умственного развития в школьном возрасте / Л. С. Выготский // Избранные психологические исследования. — Москва: Изд-во АПН РСФСР, 1956. — С. 438–452.

2. Диагностика в медицинской(клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн). Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием 29–30 ноября 2016 г. / Под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. — 391 с.

3. Корепанова, И. А. Структура и содержание зоны ближайшего развития ребенка в процессе становления предметного действия: дис. … канд. психол. наук: 19.00.13 / И. А. Корепанова. — Москва, 2004. — 195 с.

4. Подшивалова, Е. П. Становление субъекта учебной деятельности: 3-летнее лонгитюдное исследование младших школьников / Е. П. Подшивалова, Г. А. Цукерман // Психологическая наука и образование. — 2003. — № 2. — С. 57–67.

5. Baborová, A. Current issues in dynamic assessment in psychological counseling / A. Baborová, G. Málková // Československá psychologie. — 2025. — Vol. 69, № 2. — P. 142–153.

6. Bodrova, E. Tools of the Mind: The Vygotskian Approach to Early Childhood Education / E. Bodrova, D. J. Leong. — 2nd ed. — Upper Saddle River, NJ: Pearson/Merrill Prentice Hall, 2007. — 256 p.

7. Cai, S. A longitudinal study of developmental quotients in early interventions for children with intellectual disability / S. Cai, Y. Wen, Y. Zhan, L. Yuan // Frontiers in Psychiatry. — 2025. — Vol. 16. — Article 1639958.

8. Chen, Y.-J. Trajectories of adaptive functioning from early childhood to adolescence in autism: identifying turning points and key correlates of chronogeneity / Y.-J. Chen, E. Duku, P. Szatmari [et al.] // JCPP Advances. — 2024. — Vol. 4, № 2. — Article e12212.

9. Haywood, H. C. Dynamic Assessment in Practice: Clinical and Educational Applications / H. C. Haywood, C. S. Lidz. — Cambridge: Cambridge University Press, 2007. — xix, 399 p. — ISBN 978-0-521-61412-2.

10. Jensen, M. R. The Learning Potential Assessment Device: from philosophy to practice / M. R. Jensen, R. Feuerstein // Dynamic Assessment: An Interactional Approach to Evaluating Learning Potential / ed. by C. S. Lidz. — New York: Guilford Press, 1987. — P. 379–402.

11. Menjot, P. Dynamic assessment for the diagnosis of developmental language disorder in children: a rapid review / P. Menjot, A. Comblain, A.-L. Leclercq // IASCL 2024 — XVIth International Congress for the Study of Child Language. — Prague, 2024.

12. Młyński, R. Dynamic Assessment as a diagnostic approach for bilingual children / R. Młyński // Logopedia Silesiana. — 2025. — Vol. 14, № 1.

Раздел 2. ВЫЗОВЫ СОВРЕМЕННОСТИ: ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ, ДИАГНОСТИКА СТРЕССОВЫХ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

ДИАГНОСТИКА СТРЕССОВЫХ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У УЧАСТНИКОВ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ И ВЫНУЖДЕННО ПЕРЕМЕЩЕННЫХ ЛИЦ: ПСИХОКУЛЬТУРНЫЙ ПОДХОД (НА АРМЯНСКОЙ ВЫБОРКЕ)

Авагимян А.[1], Саргсян Л. К.[2]
[1] Ванадзорский государственный университет им. О. Туманяна, Ванадзор, Армения
avagimyanhayk1971@gmail.com
[2] Государственный университет им. В. Я. Брюсова., Ереван, Армения
slsargsyanlevon@gmail.com

Ключевые слова: боевая психическая травма, вынужденное перемещение, психодиагностика, посттравматический рост, психокультурный подход.

DIAGNOSTICS OF STRESS AND CRISIS STATES IN COMBATANTS AND FORCIBLY DISPLACED PERSONS: A PSYCHOCULTURAL APPROACH (BASED ON AN ARMENIAN SAMPLE)

Avagimyan H.[1], Sargsyan L. K.[2]
[1] Vanadzor State University after H. Tumanyan, Vanadzor, Armenia
avagimyanhayk1971@gmail.com
[2] Brusov State University, Yerevan, Armenia
slsargsyanlevon@gmail.com

Keywords: combat mental trauma, forced displacement, psychodiagnostics, posttraumatic growth, psychocultural approach.

Введение. Повторяющиеся военные кризисы последних десятилетий (первая Карабахская война, эскалация 2016 г., 44-дневная война 2020 г., боевые действия 2021–2023 гг., массовое вынужденное перемещение населения) сформировали в Армении две многочисленные группы риска — участников боевых действий и вынужденно перемещенных лиц. Большинство применяемых для их обследования инструментов разработано в иных культурных контекстах, и их использование без учета этнокультурной специфи-

ки снижает валидность данных. Психокультурный подход исходит из того, что культура задает способы предъявления симптоматики: нормативный образ «сильного мужчины», ограничивающий вербализацию переживаний, тенденция к соматизации дистресса, коллективная память о войне, выступающая одновременно защитным и ретравматизирующим фактором. Клинически значимый симптом при этом может не «считываться» опросником. Продуктивной здесь остается традиция С. Я. Рубинштейн, рассматривавшей патопсихологическое исследование как качественный анализ деятельности, не сводимый к измерительной процедуре [1].

Цель. Выявить психокультурные особенности проявления стрессовых и кризисных состояний у участников боевых действий и вынужденно перемещенных лиц на армянской выборке и обосновать требования к диагностической стратегии для этих групп.

Материал и методы. Обобщены результаты двух эмпирических серий, выполненных при участии и под научным руководством авторов. Первая серия: участники боевых действий (n = 200; подгруппы по 40 человек — участники первой Карабахской войны, апрельской войны 2016 г., 44-дневной войны, боевых действий 2021–2023 гг., повторного участия) и контрольная группа (n = 200). Применялись Миссисипская шкала ПТСР [2], опросник посттравматического роста R. Tedeschi и L. Calhoun [5], опросник копинг-стратегий R. Lazarus [4], методики стрессоустойчивости В. Бойко и ценностных ориентаций Ш. Шварца; обработка — MANCOVA, корреляционный анализ Спирмена. Вторая серия: вынужденно перемещенные лица (N = 1116; 316 мужчин, 800 женщин, 18–65 лет; перемещенные однократно — 808, двукратно — 235, трехкратно — 73). Применялись HADS, методика социокультурной адаптации Л. В. Янковского, опросник защитных механизмов Плутчика–Келлермана–Конте, опросник копинг-стратегий R. Lazarus, тест Э. Шострома, опросник посттравматического роста; обработка — Welch ANOVA с процедурой Games–Howell, оценка η^2, корреляционный и регрессионный анализ.

Результаты. У участников боевых действий выраженность посттравматической симптоматики связана с характером боевого опыта. Наиболее уязвимы ветераны повторного участия: средний балл Миссисипской шкалы в этой подгруппе составил 107.5 (SD = 13.57) — зона нарушения адаптации, причем малый разброс указывает на однородность неблагополучия. Эмоциональная симптоматика при этом нередко приближена к нормативной, тогда как ведущими становятся соматические жалобы — паттерн, согласующийся с культурной нормой эмоциональной сдержанности и затрудняющий выявление дистресса самоотчетными шкалами. Вместе с тем у комбатантов зафиксированы более высокие, чем в контрольной группе, показатели посттравматического роста — по факторам силы личности, ценности жизни и отношений с другими при

низких значениях фактора новых возможностей, что соответствует культурной модели роста через укрепление семейно-общинных связей [5]. MANCOVA не выявила различий ценностных ориентаций между подгруппами разных войн (след Пиллаи = 0.106; p = 0.998): ценностное ядро устойчиво к типу боевого опыта и выступает, по-видимому, культурным ресурсом совладания. В копинг-репертуаре участников преобладали самоконтроль и планирование решения проблемы, в контрольной группе значимым оказался поиск социальной поддержки (p = 0.048).

У вынужденно перемещенных лиц средний показатель тревоги по HADS составил 10.46 (SD = 3.46), вплотную приближаясь к клиническому порогу, депрессия осталась субклинической (M = 6.94; SD = 3.60). Возрастной фактор значимо влиял и на тревогу ($F(4; 307.2) = 18.94$; $p < .001$; $\eta^2 = .062$), и на депрессию ($F(4; 278.6) = 22.17$; $p < .001$; $\eta^2 = .081$); наиболее неблагополучна группа 36–45 лет, где тревога достигла клинического уровня (M = 12.10). Профиль социокультурной адаптации противоречив: средневыраженные адаптивность (M = 8.98) и интерактивность (M = 7.71) сосуществуют с депрессивностью (M = 6.37) и отчужденностью (M = 6.25). Депрессивный фон инвариантен к категории утраты, что делает скрининг депрессивной симптоматики показанным всем перемещенным. Семьи участников боевых действий образовали «адаптивный полюс» выборки (M = 9.50), что согласуется с теорией сохранения ресурсов S. Hobfoll [3], а семьи пропавших без вести показали пики ностальгии и отчужденности, отражающие феномен амбивалентной утраты и кризис идентичности.

Сопоставление двух серий позволяет сформулировать требования к диагностике стрессовых и кризисных состояний в рассматриваемых группах: этнокультурная адаптация инструментария и построение локальных норм; мультиметодность — сочетание скрининговых шкал с клинической беседой и качественным патопсихологическим анализом в традиции С. Я. Рубинштейн [1], выявляющим маскируемую и соматизированную симптоматику; двухвекторность — оценка не только нарушений, но и ресурсов (посттравматический рост, ценности, стрессоустойчивость); учет возрастной и категориальной гетерогенности групп.

Выводы. Стрессовые и кризисные состояния в обеих группах имеют выраженную психокультурную специфику: соматизация и маскировка эмоциональной симптоматики у комбатантов, тревожно-ностальгический профиль при инвариантном депрессивном фоне у перемещенных. Стандартные самоотчетные инструменты без этнокультурной адаптации систематически недооценивают дистресс в этих группах. Посттравматический рост представлен преимущественно факторами укрепления межличностных связей и ценности жизни. Оптимальна двухвекторная мультиметодная стратегия, сочетающая стандартизированные шкалы с качественным патопсихологическим анализом в традиции школы С. Я Рубинштейн.

Литература

1. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике / С. Я. Рубинштейн. — Москва : Апрель-Пресс, 2004. — 224 с.

2. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — Санкт-Петербург : Питер, 2001. — 272 с.

3. Hobfoll, S. E. Conservation of resources: A new attempt at conceptualizing stress / S. E. Hobfoll // American Psychologist. — 1989. — Vol. 44, no. 3. — P. 513–524.

4. Lazarus, R. S. Stress, Appraisal, and Coping / R. S. Lazarus, S. Folkman. — New York : Springer, 1984. — 445 p.

5. Tedeschi, R. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // Psychological Inquiry. — 2004. — Vol. 15, no. 1. — P. 1–18.

ДИАГНОСТИКА ИИ-ГРАМОТНОСТИ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ ЧАТБОТОВ ДЛЯ САМОДИАГНОСТИКИ

Артёмова С. В.
ФГБОУ ВО «Донецкий государственный университет», Донецк, Россия
artyomova.sonya@gmail.com

Ключевые слова: подростки, ИИ-грамотность, психодиагностика, самодиагностика, чатботы.

ASSESSING AI LITERACY IN OLDER ADOLESCENTS WHO USE CHATBOTS FOR SELF-DIAGNOSIS

Artyomova S.V.
Donetsk State University, Donetsk, Russia
artyomova.sonya@gmail.com

Keywords: adolescents, AI literacy, psychodiagnostics, self-diagnosis, chatbots.

Введение. Подростки используют генеративные чатботы для поиска информации о тревоге, стрессе и других психологических трудностях. Такие системы отвечают быстро и подстраивают текст под запрос пользователя. Поэтому их ответы могут восприниматься как профессиональная консультация, хотя чатбот не проводит клинического обследования и не может поставить обоснованный диагноз.

По данным опроса в США, к ИИ-чатботам за советом по вопросам психического здоровья обращались 19,2% респондентов в возрасте от 12

до 21 года. Среди них 91,7% считали ответы полезными, а 63,3% никому не рассказывали о таком обращении [1]. Эти показатели нельзя напрямую переносить на русскоязычных подростков. Однако они подтверждают, что молодые люди уже используют ИИ для самостоятельного объяснения своего состояния.

Для безопасного взаимодействия с чатботом подростку нужна ИИ-грамотность: способность оценить ответ системы, заметить ошибку, проверить информацию и выбрать безопасное действие. Недостаток такой грамотности может повышать риск ошибочной самодиагностики и раскрытия личных данных.

Цель. Обоснование структуры диагностики ИИ-грамотности старших подростков при использовании чатботов для получения информации о психическом здоровье.

Материал и методы. Проведён теоретический анализ четырёх публикаций 2024–2026 гг. В них рассматривались измерение ИИ-грамотности школьников, использование чатботов молодыми людьми, качество ответов по вопросам психического здоровья и влияние цифровой среды на психологическое благополучие. Выделялись умения, необходимые подростку, возможные диагностические задания и ограничения будущей методики.

Результаты. Для оценки ИИ-грамотности недостаточно самоотчёта подростка. В зарубежном исследовании приняли участие 2390 учащихся 7–9-х классов. Для оценки их знаний об ИИ был разработан тест из 25 заданий. Статистическая проверка подтвердила пригодность теста для измерения ИИ-грамотности [2]. Данная выборка не полностью соответствует старшему подростковому возрасту, поэтому исследование рассматривается как методический пример.

Исследователи также оценили пять популярных генеративных чатботов. В 86,7% оценок чатботы соответствовали критериям доступности, а в 89,0% не содержали вредных утверждений и дезинформации. При этом терапевтический подход получил высокую оценку только в 31,0% случаев, а выявление риска — в 39,0%. Были отмечены вымышленные сведения и слабая работа с кризисными ситуациями [3]. Следовательно, высокая доступность чатбота не доказывает клиническую надёжность его ответов.

По результатам анализа предложена модель из четырёх компонентов. Когнитивный компонент отражает понимание того, как ИИ создаёт ответы и почему может ошибаться. Критико-информационный компонент включает проверку источников и умение отличать факт от предположения. Клинико-безопасностный компонент связан с пониманием границ самодиагностики и необходимостью обращения к специалисту. Этический компонент предполагает защиту личных данных при общении с чатботом.

Для диагностики предлагается использовать ситуационные задания. Подросток видит запрос о тревоге, подавленности, нарушении сна или

школьном стрессе и несколько ответов чатбота. Среди них могут быть осторожный ответ, категоричный вывод, необоснованный диагноз и опасная рекомендация.

Участник выбирает ответ, объясняет решение и указывает безопасное действие. Оцениваются умение заметить ошибку, понимание ограничений ИИ и готовность проверить информацию. Дополнительно подросток отмечает уверенность в своём решении. Это позволяет выявить случаи, когда ошибочный ответ воспринимается как правильный.

Инструмент не предназначен для выявления психического расстройства. Он оценивает действия подростка при работе с информацией, созданной ИИ, и может дополнять беседу с психологом. ВОЗ отмечает, что цифровая среда может поддерживать благополучие молодёжи, но одновременно создаёт новые риски [4].

Для разработки методики потребуется экспертная оценка заданий и пробное исследование. Необходимо проверить понятность формулировок, трудность заданий, надёжность шкал и отличие ИИ-грамотности от общей цифровой грамотности. До завершения проверки методику нельзя использовать для индивидуальных заключений.

Работа с несовершеннолетними требует информированного согласия законного представителя, добровольного согласия подростка и заранее определённого порядка оказания помощи. Задания не должны содержать подробных описаний самоповреждения или побуждать сообщать личные данные. После обследования следует объяснить различия между информационной поддержкой, скринингом и клинической диагностикой. Содержание методики необходимо обновлять по мере изменения ИИ-систем.

Выводы. ИИ-грамотность может помочь подростку безопаснее использовать чатботы при поиске информации о психическом здоровье. Для её оценки предложены ситуационные задания, отражающие принятие решений. Модель включает понимание работы ИИ, проверку информации, знание границ самодиагностики и защиту личных данных. Следующим этапом должна стать проверка заданий на выборке старших подростков. Пока модель может служить только теоретической основой будущей методики.

Литература

1. AI Chatbot Use and Disclosure for Mental Health Among US Adolescents and Young Adults / R. K. McBain, J. H. Cantor, J. Breslau [et al.] // JAMA Pediatrics. — 2026. — Vol. 180, no. 8. — P. 884–890. — DOI: 10.1001/jamapediatrics.2026.2015.

2. Developing and validating measures for AI literacy tests: From self-reported to objective measures / T. K. F. Chiu, Y. Chen, K. W. Yau [et al.] // Computers and Education: Artificial Intelligence. — 2024. — Vol. 7. — Art. 100282. — DOI: 10.1016/j.caeai.2024.100282.

3. Sobowale, K. Evaluating Generative AI Psychotherapy Chatbots Used by Youth: Cross-Sectional Study / K. Sobowale, D. K. Humphrey, S. Y. Zhao // JMIR Mental Health. — 2025. — Vol. 12. — Art. e79838. — DOI: 10.2196/79838.

4. World Health Organization. Regional Office for Europe. Addressing the digital determinants of youth mental health and well-being : policy brief. — Copenhagen : WHO Regional Office for Europe, 2025. — 26 p.

МИМИЧЕСКИЕ И РЕЧЕВЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ КАК ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ЦИФРОВЫЕ МАРКЕРЫ ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ

Варакина-Митрай К. А.
ООО «Разумные технологии», Москва, Россия
ksenandrevna@gmail.com

Ключевые слова: депрессия, экспрессия, речь, психодиагностика, валидация.

FACIAL AND SPEECH CHARACTERISTICS AS POTENTIAL DIGITAL MARKERS OF DEPRESSIVE SYMPTOMS

Varakina-Mitrail K. A.
Razumnye Tekhnologii LLC, Moscow, Russia
ksenandrevna@gmail.com

Keywords: depression, expressivity, speech, psychodiagnostics, validation.

Введение. Клинико-психологическое обследование включает наблюдение за мимикой, речью и поведением пациента. Автоматизированное измерение этих проявлений может дополнять клиническую беседу и стандартизированные методики. Клиническая интерпретация требует проверки специфичности цифровых показателей.

В пилотном исследовании A. Abbas и соавторов у 18 пациентов, отобранных по наличию ответа на антидепрессивную терапию, за четыре недели изменялись мимическая экспрессивность, двигательная активность головы и объём речи [2]. Малый объём и способ отбора выборки ограничивают переносимость результатов. В работе N. Hidalgo Julia и соавторов на 4875 аудиовидеозаписях 954 участников обнаружены ассоциации речевых и мимических признаков с выраженностью симптомов по PHQ-8 [1]. Эти наблюдения требуют проверки на независимых клинических выборках.

Цель работы — обосновать дизайн исследования мимических и речевых характеристик как дополнительных показателей депрессивной симптоматики у взрослых. Рабочая гипотеза состоит в том, что соче-

тание модальностей и учёт изменений относительно индивидуального исходного уровня повышают информативность оценки по сравнению с анализом каждой модальности отдельно.

Работа носит научно-методологический характер. Технологической основой служит прототип Razuma Clinical с анализом динамики мимической экспрессии и модельных оценок валентности и активации. Расширение анализа за счёт просодии, темпа речи и пауз рассматривается как следующий этап. Выходы моделей распознавания экспрессии требуют отдельного сопоставления с клиническими показателями.

Предлагается проспективное наблюдательное исследование с повторными записями стандартизированного взаимодействия. Необходимо включить участников с депрессивной симптоматикой разной выраженности и группы сравнения, в том числе лиц с другими психическими расстройствами, чтобы оценить специфичность признаков.

Клиническую оценку предполагается проводить специалистом, не имеющим доступа к результату алгоритма, с использованием структурированного интервью и шкалы MADRS. Самоотчёт пациента следует анализировать отдельно. Основная конечная точка — ошибка оценки выраженности симптомов на независимых данных; дополнительные — связь изменений цифровых показателей с клинической динамикой, воспроизводимость и доля непригодных записей. Необходимо учитывать терапию, возраст, сопутствующие расстройства и условия записи.

Предлагается сравнить модели на основе видео, речи и их сочетания, а также модели с учётом и без учёта индивидуального исходного уровня. Разделение данных должно выполняться по участникам: записи одного человека не должны одновременно попадать в обучение и независимую проверку. Для повторных измерений целесообразны модели смешанных эффектов. Версию алгоритма следует зафиксировать до независимой проверки, а его описание и отчётность подготовить с учётом TRIPOD+AI [3].

Клиническая значимость и ограничения. Потенциальная польза для пациента состоит в возможности коротких повторных обследований, включая дистанционные, и своевременного обсуждения изменений состояния со специалистом. Для проверки этой пользы необходимы показатели приемлемости процедуры, частоты ошибочных сигналов и влияния результатов на решения специалиста. До подтверждения клинической валидности индивидуальные оценки алгоритма следует использовать только в исследовательском анализе.

Протокол должен предусматривать информированное согласие, этическую экспертизу и защиту аудиовидеоданных. Отсутствие качественной записи не должно ограничивать доступ к помощи. Низкая мимическая выразительность или монотонная речь требуют интерпретации с учётом индивидуальных особенностей и клинического контекста.

Вывод. Предлагаемый дизайн направлен на проверку дополнительной информативности, воспроизводимости и клинической полезности мимических и речевых показателей при наблюдении за депрессивной симптоматикой.

Литература

1. Remote digital measurement of facial and vocal markers of major depressive disorder severity and treatment response: a pilot study / A. Abbas, C. Sauder, V. Yadav [et al.] // Frontiers in Digital Health. — 2021. — Vol. 3. — Art. 610006. — DOI 10.3389/fdgth.2021.610006.

2. TRIPOD+AI statement: updated guidance for reporting clinical prediction models that use regression or machine learning methods / G. S. Collins, K. G. M. Moons, P. Dhiman [et al.] // BMJ. — 2024. — Vol. 385. — Art. e078378. — DOI 10.1136/bmj-2023-078378.

3. Identifying vocal and facial biomarkers of depression in large-scale remote recordings: a multimodal study using mixed-effects modeling / N. Hidalgo Julia, R. Lewis, C. Ferguson [et al.] // Interspeech 2025. — 2025. — P. 5263–5267. — DOI 10.21437/Interspeech.2025-2560.

ОСОБЕННОСТИ АФФЕКТИВНОЙ СФЕРЫ И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИХ КОГНИЦИЙ У ЖЕНЩИН, НАХОДЯЩИХСЯ В СИТУАЦИЯХ АБЬЮЗИВНЫХ ОТНОШЕНИЙ

Гусейнова С. Э.
Бакинский государственный университет, Баку, Азербайджан
psy.saidahuseynova@gmail.com

Ключевые слова: насилие, абьюзивные отношения, депрессия, генерализованная тревога, ПТСР, самообвинение.

CHARACTERISTICS OF THE AFFECTIVE SPHERE AND POST-TRAUMATIC COGNITIONS IN WOMEN IN ABUSIVE RELATIONSHIPS

Huseynova S. E.
Baku State University, Baku, Azerbaijan
psy.saidahuseynova@gmail.com

Keywords: violence, abusive relationships, depression, generalized anxiety, PTSD, self-blame.

Введение. Насилие со стороны партнера и абьюзивные отношения представляют собой серьезные глобальные проблемы в сфере обществен-

ного здравоохранения, влекущие за собой тяжелые последствия для эмоциональной регуляции и когнитивных структур жертв. Хотя связь между реляционной (связанной с отношениями) травмой и манифестной психопатологией хорошо установлена, точные базовые когнитивные механизмы, поддерживающие аффективный дистресс, остаются недостаточно изученными в рамках единых аналитических моделей. Данное исследование восполняет этот пробел, изучая, как специфические, вызванные травмой убеждения усугубляют психологический дистресс.

Цель. Основная цель — сравнить характеристики аффективной сферы и связанных с травмой когниций у женщин с опытом абьюзивных близких отношений и без него. Кроме того, исследование было направлено на определение прогностической ценности посттравматических когниций в отношении депрессивной и тревожной симптоматики.

Материал и методы. Был использован количественный кросс-секционный (одномоментный) сравнительный дизайн. Общая выборка составила 276 женщин (M возраст = 33.3, SD = 9.6). На основе анамнеза отношений участницы были разделены на группу абьюзивных отношений (n = 120; подвергавшиеся эмоциональному, психологическому или физическому насилию) и контрольную группу сравнения со здоровыми отношениями (n = 156). Участницы индивидуально заполнили батарею психометрически валидизированных методик самоотчета: опросник здоровья пациента-9 (PHQ-9) для оценки депрессии, шкалу генерализованного тревожного расстройства (GAD-7), чек-лист ПТСР для DSM-5 (PCL-5) и инвентарь посттравматических когниций (PTCI), фиксирующий негативные представления о себе, негативные представления о мире и самообвинение.

Результаты. t-Критерий для независимых выборок показал, что женщины, подвергавшиеся абьюзу в отношениях, сообщали о значимо более высоких уровнях симптомов ПТСР ($t = –3,86$; $p < 0,001$), повышенной генерализованной тревоге ($t = –2,08$; $p = 0,039$) и глубоко дезадаптивных когнициях во всех доменах PTCI по сравнению со здоровой контрольной группой. Несмотря на то, что средние показатели депрессии в группе абьюза были заметно повышены M = 10.55, SD = 6.20) по сравнению с контрольной группой (M = 9,03; SD = 7,01), межгрупповое различие не достигло статистической значимости ($t = –1,53$; $p = 0,129$). Множественный линейный регрессионный анализ продемонстрировал, что связанные с травмой когниции объясняют существенную долю дисперсии аффективной психопатологии после того, как первоначальные проблемы сильной мультиколлинеарности были статистически скорректированы. Уточненные данные указали на то, что негативные когниции о себе выступают в качестве главного независимого предиктора как депрессивных ($\beta = .771$, $p < .001$) так и тревожных ($\beta = .548$, $p < .001$)

симптомов. Одновременно с этим самообвинение выявило значимую независимую роль в отношении депрессии в условиях эффекта статистической супрессии ($\beta = –.350$, $p = .002$), но не показало уникального вклада в прогнозирование тревоги ($\beta = –.155$, $p = .210$).

Выводы. Полученные результаты доказывают, что деструктивные когнитивные схемы «Я» играют критически важную роль в поддержании психологического дистресса в активном состоянии у лиц, переживших насилие со стороны партнера. Исследование смещает клинический фокус с манифестных эмоциональных симптомов на лежащую в их основе когнитивную архитектуру. Следовательно, практикующим специалистам следует отдавать приоритет травма-фокусированным терапевтическим подходам (таким как ТФ-КПТ или СРТ), которые напрямую направлены на реструктуризацию поврежденной самооценки для содействия долгосрочному психологическому восстановлению.

ТИПОЛОГИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАТОЛОГИЧЕСКИМ ВЛЕЧЕНИЕМ К АЗАРТНЫМ ИГРАМ

Иванова М. Ю., Малыгин Я. В., Малыгин В. Л.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия
maria.iw@mail.ru

Ключевые слова: патологическое влечение к азартным играм, когнитивные искажения, эмоциональная регуляция, импульсивность, кластерный анализ.

TYPOLOGY OF PATIENTS WITH GAMBLING DISORDER

Ivanova M. Yu., Malygin Ya. V., Malygin V. L.
Russian University of Medicine, Moscow, Russia
maria.iw@mail.ru

Keywords: gambling disorder, cognitive distortions, emotion regulation, impulsivity, cluster analysis.

Введение. Ведущими психологическими механизмами патологического влечения к азартным играм считаются игровые когнитивные искажения, нарушения эмоциональной регуляции и импульсивность. Модель путей развития игровой зависимости описывает существование качественно различных траекторий формирования расстройства [1]. Вместе с тем исследования когнитивных искажений [2] и эмоциональ-

ной дисрегуляции [4] развивались изолированно, а вопрос об объединении их в одну концепцию систематически не изучался. Именно ответ на этот вопрос определяет, следует ли рассматривать данные факторы как компоненты единого механизма либо как альтернативные пути поддержания расстройства.

Цель исследования — изучить взаимосвязь игровых когнитивных искажений, нарушений в сфере эмоциональной регуляции и импульсивности у пациентов с патологическим влечением к азартным играм и выделить типологические варианты их соотношения.

Материал и методы. Обследованы 56 пациентов с патологическим влечением к азартным играм, установленным в соответствии с критериями МКБ-10 (F63.0), в возрасте от 18 до 48 лет. Применялись шкала «Когнитивных представлений об азартной игре», «Шкала трудностей регуляции эмоций» [3], «Шкала импульсивного поведения», «Шкала влечения к азартным играм» [5], «Пятифакторный опросник осознанности» и опросник SCL-90-R. Использовались корреляционный анализ (коэффициент Спирмена), кластерный анализ методами Уорда и k-средних, ROC-анализ. Устойчивость решения оценивалась стократной повторной кластеризацией на случайных половинах выборки.

Результаты. Статистически значимой связи между выраженностью когнитивных искажений и трудностями регуляции эмоций не выявлено ($\rho = 0{,}078$; $p = 0{,}566$); закономерность воспроизводится и на уровне субшкал, где из двадцати четырёх попарных корреляций значимой оказалась лишь одна. Вместе с тем оба фактора обнаружили значимые связи с выраженностью влечения к игре: для когнитивных искажений связь сильная ($\rho = 0{,}560$; $p < 0{,}001$), для трудностей регуляции эмоций — слабая, но значимая ($\rho = 0{,}293$; $p = 0{,}030$). Импульсивность значимо коррелировала со всеми изучаемыми конструктами.

Кластерный анализ выявил три группы. Первая ($n = 22$) характеризуется низкими значениями по всем трём показателям и обозначена как относительно сохранный профиль. Вторая ($n = 23$) отличается резко выраженными игровыми когнитивными искажениями при средних значениях трудностей регуляции эмоций — когнитивный тип. Третья ($n = 10$) характеризуется противоположной конфигурацией: максимальной выраженностью трудностей регуляции эмоций при наименьшем уровне искажений — эмоционально-уязвимый тип. Различия по всем кластеризующим переменным статистически значимы ($p < 0{,}001$), решение устойчиво (скорректированный индекс Рэнда 0,705).

Группы значимо различаются по выраженности влечения к игре ($H = 17{,}46$; $p < 0{,}001$), не участвовавшего в кластеризации, что под-

утверждает содержательную валидность типологии. Импульсивность не образует самостоятельного измерения, а монотонно нарастает от первой группы к третьей (39,7; 52,0; 57,3 балла; порядковая корреляция с номером кластера 0,718; $p < 0,001$).

ROC-анализ показал, что каждый тип наиболее надёжно выделяется собственным показателем: относительно сохранный профиль — по импульсивности (AUC = 0,919), когнитивный тип — по выраженности когнитивных искажений (AUC = 0,983), эмоционально уязвимый — по трудностям регуляции эмоций (AUC = 0,944).

Выводы. Игровые когнитивные искажения и нарушения эмоциональной регуляции не образуют единой связанной системы, а выступают альтернативными механизмами поддержания расстройства. Кроме того, в эмоционально-уязвимой группе высокая дисрегуляция сочетается не с повышенным, а с пониженным уровнем игровых искажений, что может объясняться различием в функции игрового поведения. Импульсивность представляет собой общий фактор тяжести, а влечение к игре — результирующий феномен, в котором соединяются различные по природе пути. Полученная типология обосновывает необходимость дифференцированного подхода к психологической коррекции игровой зависимости.

Литература

1. Blaszczynski, A. A pathways model of problem and pathological gambling / A. Blaszczynski, L. Nower // Addiction. — 2002. — Vol. 97, № 5. — P. 487–499. — DOI 10.1046/j.1360-0443.2002.00015.x.

2. Goodie, A. S. Measuring cognitive distortions in pathological gambling: review and meta-analyses / A. S. Goodie, E. E. Fortune // Psychology of Addictive Behaviors. — 2013. — Vol. 27, № 3. — P. 730–743. — DOI 10.1037/a0031892.

3. Gratz, K. L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale / K. L. Gratz, L. Roemer // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. — 2004. — Vol. 26, № 1. — P. 41–54. — DOI 10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94.

4. Velotti, P. Association between gambling disorder and emotion (dys) regulation: a systematic review and meta-analysis / P. Velotti, G. Rogier, S. Beomonte Zobel, J. Billieux // Clinical Psychology Review. — 2021. — Vol. 87. — Article 102037. — DOI 10.1016/j.cpr.2021.102037.

5. Young, M. M. The Gambling Craving Scale: psychometric validation and behavioral outcomes / M. M. Young, M. J. A. Wohl // Psychology of Addictive Behaviors. — 2009. — Vol. 23, № 3. — P. 512–522. — DOI 10.1037/a0015043.

МАРКЕРЫ НАРУШЕНИЙ ДОСТУПА К ПЕРЕЖИВАНИЯМ ПРИ КОМПЛЕКСНОМ ПОСТРТРАВМАТИЧЕСКОМ СТРЕССОВОМ РАССТРОЙСТВЕ И ДИССОЦИАЦИИ

Ивлева Д. О., Молотова В. В.
ФГБОУ ВО АГМУ Минздрава России, Барнаул, Россия
dianaivleva2006@gmail.com

Ключевые слова: патопсихология, диссоциация, кПТСР, травма, патопсихологическая диагностика.

MARKERS OF DISORDERS IN ACCESSING EXPERIENCES IN COMPLEX POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER AND DISSOCIATION

Ivleva D. O., Molotova V. V.
Altai State Medical University, Barnaul, Russia
dianaivleva2006@gmail.com

Keywords: pathopsychology, dissociation, CPTSD, trauma, pathopsychological diagnostics.

Комплексное посттравматическое стрессовое расстройство и диссоциативные расстройства объединены в данной работе не случайно. Согласно теории структурной диссоциации личности, хроническая травма — основная причина кПТСР — приводит к разделению личности на части с разным доступом к опыту, то есть к структурной диссоциации [1]. Диссоциативные симптомы входят в клиническую картину кПТСР и одновременно могут достигать уровня самостоятельного расстройства. Таким образом, кПТСР и диссоциация — явления, связанные общим механизмом: нарушением интеграции внутреннего опыта. Это делает правомерным их совместное рассмотрение в контексте диагностики.

Традиционные методы патопсихологической оценки предполагают наличие у пациента единого, интегрированного «Я», способного к самонаблюдению и связному самоотчёту [2]. При кПТСР и диссоциации доступ к внутреннему опыту структурно нарушен. Традиционно ответы «не знаю» и «затрудняюсь ответить», возникающие в стандартизированных опросниках и клинической беседе, обычно воспринимаются как уклонение, отсутствие мотивации или потеря данных. Однако в действительности такой ответ пациента может быть точным описанием внутреннего состояния — области, где связь с переживанием заблокирована диссоциативным механизмом. Если этот сигнал не распознаётся, возникает систематическая

недооценка тяжести состояния и ошибочная интерпретация поведения пациента.

В отечественной патопсихологии традиционно подчёркивается, что затруднения испытуемого при выполнении заданий — не методологический шум, а ценный диагностический материал [2]. Однако на практике пациенты с диссоциацией, демонстрирующие такие затруднения, часто сталкиваются с недоверием специалистов. По данным Nester et al. (2022), 92% из 276 человек с диссоциативными симптомами прекращали лечение хотя бы одним специалистом, причём среди причин — недоверие со стороны клиницистов [5]. В современной философии этот феномен описывается через концепцию эпистемической несправедливости (М. Фрикер): свидетельская несправедливость проявляется в отвержении рассказов пациента из-за предрассудков, а герменевтическая — в отсутствии адекватного языка для описания опыта [3]. Получается, что традиция, которая призывает анализировать затруднения, на практике не применяется к тем пациентам, у кого эти затруднения наиболее выражены. Ответ «не знаю» или «затрудняюсь ответить» оказывается в слепой зоне.

Мы предполагаем, что ответы «не знаю» и «затрудняюсь ответить» при диагностике кПТСР и диссоциации следует рассматривать как клинически значимый сигнал, отражающий структурное нарушение доступа к внутреннему опыту. На наш взгляд этот феномен связан с выраженностью диссоциации и алекситимии и неравномерно распределён по симптомам — чаще возникая в областях, требующих тонкой эмоциональной рефлексии.

С точки зрения теории структурной диссоциации личности [1], ключевым механизмом, объясняющим невозможность пациента дать единый ответ, является фобия внутреннего опыта: травматический материал избегается, а личность разделяется на части с разным доступом к переживаниям. Ответ «не знаю» в этом контексте — не уклонение, а точное описание состояния, при котором доступ к переживанию структурно заблокирован. Тот же механизм проявляется и в клиническом взаимодействии: диссоциированный опыт пациента вовлекает терапевта в свои динамики. Когда пациент скрывает страдание за «фасадом» благополучия, терапевт может испытывать замешательство и, не осознавая источника своих реакций, приписывает их свойствам пациента — «уклончивый», «несерьёзный», «нежелающий сотрудничать». Именно неосознанная диссоциативная динамика в контакте порождает ту герменевтическую несправедливость, о которой шла речь выше.

Единственное на сегодняшний день исследование, непосредственно обращающееся к проблеме ответов «не знаю» в контексте кПТСР, — работа Lueger-Schuster и соавторов (2025), выполненная на выборке опекунов детей с травматическим опытом [4]. Введение опции «я не знаю»

в опросник выявило, что 43,49% респондентов использовали её хотя бы один раз, причём распределение ответов по симптомам оказалось неравномерным. Однако данные, полученные на опекунах, не переносятся на самоотчёты пациентов: основания для ответа «не знаю» качественно различаются. Опекун может не знать о переживаниях ребёнка в силу внешней позиции наблюдателя, тогда как человек с диссоциацией не имеет доступа к собственному опыту вследствие структурного разделения личности и фобии внутреннего опыта [1]. Кроме того, исследование не дифференцирует сами механизмы, стоящие за выбором «не знаю». Таким образом, гетерогенная природа феномена остаётся нераскрытой, а эмпирическая база — ограниченной единственным исследованием, не затрагивающим целевой выборки. Настоящая работа носит теоретико-аналитический характер; её эмпирическая опора ограничена одним исследованием, выполненным не на клинической выборке. Перспектива исследования состоит в переходе от теоретической постановки вопроса к эмпирической проверке механизмов, стоящих за ответами «не знаю» и «затрудняюсь ответить» у пациентов с кПТСР и диссоциацией. Это требует включения опции «не знаю» в стандартизированные инструменты оценки кПТСР и диссоциации; сопоставления частоты и распределения таких ответов с показателями диссоциации и алекситимии; качественного анализа каждого случая отказа. Такой дизайн позволит проверить центральную гипотезу: ответы «не знаю» и «затрудняюсь ответить» отражают не уклонение и не потерю данных, а структурно обусловленное нарушение доступа к внутреннему опыту.

Литература

1. Ван дер Харт, О. Призраки прошлого: структурная диссоциация и терапия последствий хронической психической травмы / О. Ван дер Харт, Э. Р. С. Нейенхэюс, К. Стил ; пер. с англ. В. А. Агаркова, Н. Ю. Федуниной. — Москва : Когито-Центр, 2013. — 496 с. — (Клиническая психология). — ISBN 978-5-89353-401-6.

2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учебник / Б. В. Зейгарник. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Московского университета, 1986. — 286, [1] с.

3. Фрикер, М. Эпистемическая несправедливость: власть и этика познания / М. Фрикер ; пер. с англ. — Москва : Издательский дом Высшей школы экономики, 2025. — 352 с. — ISBN 978-5-7598-2937-5.

4. Lueger-Schuster, B. I don’t know-responses in the international trauma questionnaire caregiver-version: caregivers’ knowledge about children’s mental health / B. Lueger-Schuster, D. Weindl-Wagner, A. Zagaria [et al.] // BMC Psychology. — 2025. — Vol. 13, № 1. — Article 876. — DOI 10.1186/s40359-025-03229-3.

5. Nester, M. S. Barriers to accessing and continuing mental health treatment among individuals with dissociative symptoms / M. S. Nester, S. L. Hawkins, B. L. Brand // European Journal of Psychotraumatology. — 2022. — Vol. 13, № 1. — Article 2031594. — DOI 10.1080/20008198.2022.2031594.

ДИАГНОСТИКА ПРЕДИКТОРОВ РИСКА ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ИНФОРМАЦИОННОЙ СРЕДЫ СЕМЬИ

Колпакова А. Е., Стряпухина Ю. В.
АНО ВО «РХГА им. Ф. М. Достоевского», Санкт-Петербург, Россия
Belova_asya@mail.ru
kurry@yandex.ru

Ключевые слова: диагностика, риск девиантного поведения, информационная среда, семья, подростки, родители.

ASSESSING THE RISKS OF ADOLESCENT DEVIANT BEHAVIOR WITHIN THE FAMILY INFORMATION ENVIRONMENT

Kolpakova A. E., Stryapukhina Y. V.
Dostoevsky Russian Christian Academy for the Humanities,
St. Petersburg, Russia
Belova_asya@mail.ru
kurry@yandex.ru

Keywords: diagnostics, risk of deviant behavior, information environment, family, adolescents, parents.

Введение. Семья как система всё активнее интегрируется в цифровое пространство, однако влияние информационной среды семьи на поведение подростков остаётся малоизученным. Особую значимость приобретает диагностика факторов риска девиантного поведения в этих условиях. Информационно-коммуникационные технологии внедряются во все сферы деятельности человека, включая семью, и трансформируют её. При возрастающей потребности в переходе на цифровую платформу остаются малоизученными вопросы влияния информационной среды семьи на поведение подростков.

Цель исследования — апробация методики «Информационная среда семьи», позволяющей выявить предикторы риска девиантного поведения подростков.

Материал и методы. Основным методическим инструментом анализа стал специально разработанный для родителей и подростков опрос-

ник «Информационная среда семьи», направленный на анализ признаков семейной информационной среды и ее функций, особенностей информационного родительского поведения, создающих риск девиантного поведения подростков [2, 7]. Теоретико-методологическую основу методики составляют идеи А. Ф. Лазурского о средовом подходе [4], В. Н. Мясищева о психологии отношений [7], теория информационного общества И. Масуды, концепции Г. Маклюэна, принципы системного и интегративного подходов [1, 6, 8, 9, 10].

Всего было обследовано 374 человека: 192 подростка 12-17 лет и 182 родителя. Кроме того, в исследовании приняли участие 26 диад родитель-подросток. Девиантные проявления подростков изучались с помощью методики «Склонность к девиантному поведению» Э. В. Леуса, А. Г. Соловьева [5]. Статистическая обработка: дескриптивный и частотный анализ, определение нормальности распределения параметров, вычисление непараметрического критерия χ2-Пирсона, множественный регрессионный анализ.

Результаты. Большинство подростков (82%) демонстрировали нормативный уровень интернет-активности, 15% — чрезмерное увлечение интернетом, 3% — признаки интернет-зависимости. Высокая выраженность социально обусловленного поведения зафиксирована у 11%, сочетание делинквентного, аддиктивного, агрессивного и самоповреждающего поведения — у 6%.

Множественный регрессионный анализ позволил выявить, что наиболее чувствительными к влиянию семейной информационной среды являются риски противоправного (R^2 = 32%, R = 0,563), агрессивного (R^2 = 26%, R = 0,508) и аддиктивного (R^2 = 26%, R = 0,513) поведения, которые демонстрируют наибольший процент объяснённой дисперсии. Риск противоправного поведения повышает выбор телефона и прессы как предпочитаемых источников; снижают — ориентация на внешние рекомендации, эмоции спокойствия и отвращения у подростков, интерес к учебной информации. Риск агрессивного поведения провоцируют выбор прессы, доверие к кино, использование телефонных звонков для внутрисемейного общения; снижает — доверие к телевизионной информации. Риск аддиктивного поведения потенцируется выбором прессы и принятием интернета; снижают — интерес к искусству и культуре, ориентация на внешние рекомендации. Риск аутоагрессивного поведения повышается за счёт выбора прессы и интереса к потребительскому контенту (R^2 = 19%, R = 0,438). Потребность в одобрении референтной группы сопряжена с выбором учебной информации и доверием к телефону (R^2 = 13%, R = 0,358).

Особого внимания заслуживает роль эмоции гнева у родителей в указанных моделях. Установлено, что гнев родителей снижает риск агрессивного и аутоагрессивного поведения подростков. Кроме того, гнев, возни-

кающий у родителей в ответ на погружение подростка в интернет, снижает риск аддиктивного поведения, выступая формой эмоционального контроля. Таким образом, родительский гнев выполняет протективную функцию, сигнализируя о вовлечённости родителя в цифровую активность ребёнка. Противоположный эффект наблюдается в отношении спокойствия родителей: его репрезентация при погружении подростков в интернет повышает риск агрессивности подростка, что может указывать на восприятие эмоционально нейтрального отношения как отсутствия контроля. Следовательно, эмоциональный фон семьи, и особенно гнев, выступает активным регулятором поведенческих рисков в информационной среде.

Выводы. Информационная среда семьи оказывает неоднозначное влияние на поведение подростков: одни характеристики провоцируют девиации, другие — их снижают. К защитным факторам относятся осознанный выбор ресурсов, доверие к ним, интерес к образовательному и культурному контенту, ориентация на внешние рекомендации. Родительский гнев выполняет протективную функцию, тогда как спокойствие родителей повышает риск агрессивности. Разработанная методика может быть рекомендована для клинико-психологической диагностики рисков девиантного поведения подростков с учётом специфики информационной среды семьи.

Литература

1. Берталанфи, Л. фон. Общая теория систем — критический обзор / Л. фон Берталанфи // Исследования по общей теории систем : сборник переводов / под общ. ред. В. Н. Садовского, Э. Г. Юдина. — Москва : Прогресс, 1969. — С. 23–82.

2. Выготский, Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. / Л. С. Выготский ; Академия педагогических наук СССР. — Москва : Педагогика, 1984. — Т. 4 : Детская психология / под ред. Д. Б. Эльконина. — 432 с.

3. Колпакова, А. Е. Содержание и структура информационной среды семьи / А. Е. Колпакова, Ю. В. Стряпухина, С. Т. Посохова // Психология XXI века: психология как наука, искусство и призвание : сборник научных трудов участников международной научной конференции молодых ученых : в 2 т. — Санкт-Петербург : Изд-во ВВМ, 2018. — Т. 1. — С. 435–442.

4. Лазурский, А. Ф. Избранные труды по общей психологии. Психология общая и экспериментальная / А. Ф. Лазурский ; вступ. ст., коммент. и примеч. Е. В. Левченко ; отв. ред. Г. С. Никифоров, Л. А. Коростылева. — Санкт-Петербург : Алетейя, 2001. — 288 с. — ISBN 5-89329-346-0.

5. Леус, Э. В. Диагностика девиантного поведения несовершеннолетних / Э. В. Леус, П. И. Сидоров, А. Г. Соловьев // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. — 2012. — № 9. — С. 268–277.

6. Маклюэн, М. Понимание медиа : внешние расширения человека / М. Маклюэн ; пер. с англ. В. Г. Николаева. — 2-е изд. — Москва : Гиперборея : Кучково поле, 2007. — 464 с. — ISBN 978-5-901679-58-6.

7. Мясищев, В. Н. Психология отношений : избранные психологические труды / В. Н. Мясищев ; под ред. А. А. Бодалева. — Москва : Изд-во Московского психолого-социального института ; Воронеж : НПО «МОДЭК», 2004. — 398, [1] с. — ISBN 5-89502-404-1. — ISBN 5-89395-456-4.

8. Семья в психологической консультации : опыт и проблемы психологического консультирования / под ред. А. А. Бодалева, В. В. Столина ; Научно-исследовательский институт общей и педагогической психологии Академии педагогических наук СССР. — Москва : Педагогика, 1989. — 208 с. — ISBN 5-7155-0116-4.

9. Jackson, D. D. The Study of the Family / D. D. Jackson // Family Process. — 1965. — Vol. 4, № 1. — P. 1–20. — DOI 10.1111/j.1545-5300.1965.00001.x.

10. Masuda, Y. The Information Society as Post-Industrial Society / Y. Masuda. — Washington, D.C. : World Future Society, 1981. — 171 p. — ISBN 0-930242-15-7.

ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ В РАЗНЫХ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ КОНТЕКСТАХ

Коркунов Я. А.
ФГБУ ФСНКЦ ФМБА России, Красноярск, Россия
janyesa@mail.ru

Ключевые слова: культурные модели, коллективизм, индивидуализм, психодиагностика.

SPECIFICS OF CONDUCTING PSYCHOLOGICAL RESEARCH IN VARIOUS SOCIOCULTURAL CONTEXTS

Korkunov Y. A.
FSNCC FMBA of Russia, Krasnoyarsk, Russia
janyesa@mail.ru

Keywords: cultural models, collectivism, individualism, psychodiagnostics.

Введение. Перенос психодиагностического инструментария из одной культурной модели в другую без учёта социокультурного контекста может приводить к искажению результатов диагностики и её последующей интерпретации. Данная проблема не сводится исключительно к особенностям языковых различий и тонкостям перевода, а затрагивает

также смысловой аспект и особенности подачи диагностических материалов. В основе проведённого анализа лежит научная модель Г. Хофстеде, описавшего влияние культуры на ценности и поведение людей через призму дихотомии индивидуализма и коллективизма [3]. В исследовании рассматриваются три типа культурных моделей: коллективистские модели (Китай, Япония), индивидуалистические модели (США, Европа), а также смешанные модели (Россия), сформировавшиеся на стыке сразу двух социокультурных контекстов.

Цель работы — рассмотреть влияние разных культурных моделей на проведение психологического исследования и обосновать необходимость учёта культурных особенностей в диагностической практике.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели были использованы следующие методы: анализ научной литературы (обзор зарубежных и отечественных источников) и теоретическое обобщение данных о влиянии различных культурных моделей на проведение психодиагностики.

Результаты. Коллективистские культуры, к которым, прежде всего, относятся Китай и Япония, характеризуются превосходством групповых норм над интересами отдельно взятого человека, высокой значимостью социального одобрения и тенденцией к сдержанности в выражении эмоций и чувств. В китайском языке многие психологические понятия даже не имеют прямых эквивалентов западным категориям, позволяющим в полной мере описывать депрессивное состояние, поэтому пациентам преимущественно приходится использовать телесные метафоры, такие как: «нет сил», «тяжесть в груди», «тяжесть на сердце» [4]. В японском языке ситуация схожа, существующее в языке понятие «ки-дорай» передаёт состояние истощения и социальной неловкости, но оно не сводится к принятым на западе категориям депрессии или тревожности. Традиционный для коллективистских культур страх причинить дискомфорт другим людям своим видом или поведением приводит к тому, что респонденты избегают крайних значений, предлагаемых в тестах, чтобы не выглядеть категоричными или эгоцентричными, что приводит к снижению чувствительности методик и сглаживанию различий между исследуемыми группами [2]. По данным исследований, проведённых А. Клейнманом, в Китае жалобы на депрессию чаще формулируются через соматические симптомы, в то время как психологический компонент переживаемого страдания не отрицается, но и не выносится на первый план, поэтому опросники, ориентированные сугубо на эмоциональную сторону нарушения, могут пропускать значительную часть депрессивных состояний [4]. Кроме того, что роль специалиста в китайской и японской культурах воспринимается как крайне авторитетная, из-за чего у испытуемых усиливается стремление продемонстрировать свою социальную желательность и ответить на вопросы не откровенно, а социально «приемлемо», исходя из представления о том, чего от них ожидает диагност, и игнорируя при этом собственное состояние.

В индивидуалистических же культурах, представленных США и странами Европы, акцент социальных норм смещён на индивидуальность человека, его самораскрытие и психологическое благополучие. Психологические термины в данных культурах постоянно развиваются и широко используются в повседневной речи. Понятия «депрессия» и «тревожность» знакомы большинству респондентов и не вызывают настороженности в момент проведения психодиагностики, что существенно повышает процент получения подлинных данных, хотя и не спасает от склонности описывать себя в выгодном свете, широко распространённой в западном обществе, так называемой «позитивной самопрезентации» [2]. Участие в психологических исследованиях воспринимается в индивидуалистских культурах США и Европы как полезное или, в крайнем случае, нейтральное действие, что снижает риск искажений и позволяет разрабатывать международные стандарты психодиагностики, но всё же требует учёта «культа» успеха и достижений, доминирующего в западном обществе и влияющего на желание респондентов ответить максимально «выигрышно».

И наконец, смешанные культурные модели, к которым относится Россия, уникальным образом сочетают в себе как коллективистские нормы, так и отдельные индивидуалистические установки, что существенно осложняет психодиагностику. В российском социокультурном контексте психологические термины воспринимаются неоднозначно, нередко автоматически приписываясь людьми к медицинским диагнозам, что снижает количество откровенных ответов на поставленные вопросы, особенно со стороны старшего поколения, привыкшего демонстрировать социально одобряемое поведение. По данным А. Б. Холмогоровой, это объясняется стигматизацией психических расстройств и привычкой обращаться к врачам общей практики, а не искать решения психологических проблем [1]. Во многом качество проводимой психодиагностики определяется отношением испытуемого к специалисту и его умению выстроить коммуникацию и правильно преподнести полезность диагностики, что в итоге может снизить желание респондентов отнестись к процедуре формально или настороженно.

Выводы. Сопоставление трёх типов культур показывает, что социокультурные различия могут по-разному искажать результаты психодиагностики. В коллективистских культурах преобладает демонстрация социально желательного поведения, в индивидуалистических — стремление к «выгодной» самопрезентации, а в смешанных моделях выделяется противоречивость культурных установок и личное отношение к диагностике и специалисту. Ключевым условием надёжного и качественного психологического исследования будет являться, прежде всего, не техническая адаптация диагностического инструментария, а коммуникативная компетентность специалиста, его умение доступно объяснять цель обследования, подчеркнув конфиденциальность, практи-

ческую пользу и взяв во внимание культурные нормы респондента, учёт которых определит качество установленного контакта и полученных в результате психодиагностики данных.

Литература

1. Холмогорова, А. Б. Соматизация: современные трактовки, психологические модели и методы психотерапии. Часть 2 / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян // Современная терапия психических расстройств. — 2008. — № 3. — С. 31–35.

2. Heine, S. J. In search of East Asian self-enhancement / S. J. Heine, T. Hamamura // Personality and Social Psychology Review. — 2007. — Vol. 11, no. 1. — P. 4–27. — DOI 10.1177/1088868306294587.

3. Hofstede, G. Culture's consequences: comparing values, behaviors, institutions and organizations across nations / G. Hofstede. — 2nd ed. — Thousand Oaks, CA : SAGE Publications, 2001. — 596 p. — ISBN 0-8039-7323-3.

4. Kleinman, A. Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry / A. Kleinman. — Berkeley : University of California Press, 1980. — 427 p.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ЖЕНЩИН С РЕПРОДУКТИВНЫМИ ТРУДНОСТЯМИ

Коробко Е. В.
ГБОУВО РК «КИПУ им. Февзи Якубова», Симферополь, Россия
korobkoev@gmail.com

Ключевые слова: бесплодие, кризисные состояния, чувство вины, тревожность, репродуктивные трудности.

PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS OF CRISIS STATES IN WOMEN WITH REPRODUCTIVE DIFFICULTIES

Korobko E. V.
Fevzi Yakubov Crimean Engineering and Pedagogical University, Simferopol, Russia
korobkoev@gmail.com

Keywords: infertility, crisis states, guilt, anxiety, reproductive difficulties.

Введение. Бесплодие не сводится к медицинскому диагнозу и затрагивает психологическое и социальное благополучие личности. Отношение к

бесплодию исторически менялось, от восприятия как кары до понимания как биопсихосоциального явления, в котором переплетаются медицинские, культурные и гендерные факторы. Развитие вспомогательных репродуктивных технологий расширило возможности лечения, но не снимает остроты психосоциальных переживаний: женщины сталкиваются со стигматизацией, а успешность принятия диагноза во многом зависит от поддержки партнера [5]. Диагностика и лечение бесплодия представляют собой пролонгированный стресс. Так, пик депрессивной и тревожной симптоматики приходится на третий год безуспешных попыток зачать, после чего часть женщин принимает бездетность, часть рассматривает усыновление [3].

Бесплодие может выступать триггером сексуальной дисфункции и семейных конфликтов; гормональная терапия способна усиливать аффективную лабильность. Перинатальные потери относятся к тяжелым стрессовым событиям с риском затяжного горя и посттравматического расстройства. Тяжелее всего диагноз переживают пациентки с установленной женской причиной бесплодия, испытывающие выраженный стресс еще до начала лечебных процедур [4]. При вторичном бесплодии дополнительным фактором давления становится ограниченность времени.

Цель — сравнительный анализ психоэмоциональных характеристик и систем личностных отношений у женщин с репродуктивными трудностями и женщин без нарушений фертильности.

Теоретический анализ. В современной парадигме этиология бесплодия неясного генеза чаще рассматривается через психосоматический подход. Опираясь на психологию телесности А. Ш. Тхостова, можно заключить, что выделяемые им варианты смысла болезни (преградный, конфликтный, позитивный) релевантны и для восприятия бесплодия [2]. Эмпирически показано, что женщины с психогенным бесплодием отличаются искаженным восприятием тела, повышенной тревожностью и трудностями с принятием ответственности [1].

При репродуктивных трудностях доминирующее положение занимает чувство вины. С позиций когнитивно-поведенческого подхода его источником выступает оценка ситуации как несоответствующей собственным целям или ожиданиям окружающих. С позиций рационально-эмотивной терапии — иррациональные убеждения («я обязана родить», «без ребенка я неполноценна»). Экзистенциальный подход рассматривает вину глубже. И. Ялом различает невротическую, подлинную и экзистенциальную вину, а Р. Мэй применительно к репродуктивным проблемам выделяет вину из-за невозможности стать матерью, из-за разрыва связи с нерожденным ребенком и из-за нарушения субъективно значимого замысла. Чувство вины может выступать не только разрушительным, но и развивающим переживанием, побуждающим к пересмотру целей и ценностей, однако в клинической практике оно чаще работает против

человека: стресс влияет на гормональный фон, что затрудняет зачатие и укрепляет чувство вины. Отношение к бесплодию и переживание вины во многом определяются культурным и религиозным контекстом.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 86 женщин (группа с бесплодием и контрольная группа без репродуктивных нарушений). Использовались методики: шкала тревожности Спилбергера-Ханина, PHQ-9, ГТР-7, «Неоконченные предложения» Сакса-Леви.

Результаты. Качественный анализ методики «Неоконченные предложения» выявил системные различия между группами. В категории «Чувство вины» у женщин с репродуктивными трудностями преобладал выраженный самообвиняющий компонент, связанный с репродуктивными неудачами и перфекционистской оценкой прошлых решений (например, «...потерю беременности, возможно по моей вине», «...не начать планировать ребенка раньше»). В контрольной группе доминировали нейтральные ответы («...нет ошибок, это жизнь»).

В категории «Страхи и опасения» у женщин с бесплодием преобладали страхи экзистенциальной направленности, например, остаться бездетной, никогда не стать матерью, состариться в одиночестве. В контрольной группе страхи носили более универсальный характер (смерть, болезнь, пауки).

Корреляционный анализ выявил статистически значимые связи чувства вины с личностной тревожностью ($r = 0,72$; $p < 0,01$), генерализованной тревогой ($r = 0,68$; $p < 0,01$), депрессивной симптоматикой ($r = 0,65$; $p < 0,01$) и враждебностью ($r = 0,58$; $p < 0,05$); значимой связи с ситуативной тревожностью не обнаружено.

Заключение. Полученные данные позволяют предположить комплексную природу психологического неблагополучия при бесплодии. Теоретическая значимость работы связана с верификацией модели «психологического синдрома бесплодия» с доминированием вины и экзистенциальной тревоги. Интерпретация требует учета ограничений выборки и предполагает дальнейшую проверку на более широком материале. Практическая ценность заключается в возможности разработки дифференцированных психокоррекционных программ, направленных на когнитивную переработку иррациональных установок и чувства вины, формирование адаптивных стратегий совладания и коррекцию репродуктивной идентичности. Перспективным представляется изучение эффективности когнитивно-поведенческой терапии, терапии принятия и ответственности и краткосрочной психодинамической терапии в работе с женщинами, испытывающими репродуктивные трудности.

Литература

1. Мордас, Е. С. Личностные особенности женщин с психогенным бесплодием (на различных уровнях организации индивидуальности) /

Е. С. Мордас, Я. В. Берсенева // Психология и психотехника. — 2020. — № 3. — С. 69–83. — DOI 10.7256/2454-0722.2020.3.30428.

2. Тхостов, А. Ш. Психология телесности / А. Ш. Тхостов. — Москва : Смысл, 2002. — 287 с. — ISBN 5-89357-111-8.

3. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility / F. Ramezanzadeh, M. M. Aghssa, N. Abedinia [et al.] // BMC Women's Health. — 2004. — Vol. 4, no. 1. — Art. 9. — DOI 10.1186/1472-6874-4-9.

4. Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization / C. Massarotti, G. Gentile, C. Ferreccio [et al.] // Gynecological Endocrinology. — 2019. — Vol. 35, no. 6. — P. 485–489. — DOI 10.1080/09513590.2018.1540575.

5. Rujas Bracamonte, S. Descubrir la infertilidad: la experiencia de mujeres sometidas a técnicas de reproducción asistida / S. Rujas Bracamonte, P. Serrano Gallardo, M. Martínez Marcos // Revista Española de Salud Pública. — 2021. — Vol. 95. — Art. e202110131. — 13 p.

ИСКУССТВЕННЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ИНСТРУМЕНТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ САМОПОМОЩИ: ВОЗМОЖНОСТИ И ГРАНИЦЫ РЕФЛЕКСИВНОГО ДИАЛОГА

Лейни Ю. Г.
Белорусский государственный университет, Минск, Беларусь
leini7373@mail.ru

Ключевые слова: искусственный интеллект, психологическая самопомощь, рефлексия, эмоциональная поддержка, генеративный ИИ, когнитивные искажения, метакогнитивный контроль.

ARTIFICIAL INTELLIGENCE AS A TOOL FOR PSYCHOLOGICAL SELF-HELP: POSSIBILITIES AND LIMITS OF REFLECTIVE DIALOGUE

Leini Y. G.
Belarusian State University, Minsk, Belarus
leini7373@mail.ru

Keywords: artificial intelligence, psychological self-help, reflection, emotional support, generative AI, cognitive biases, metacognitive control.

Генеративный искусственный интеллект становится не только средством поиска информации и решения профессиональных задач, но и

инструментом, к которому люди обращаются для обсуждения личных переживаний, отношений, эмоциональных трудностей и принятия решений. Американская психологическая ассоциация отмечает, что получение эмоциональной поддержки, альтернативных взглядов на ситуацию, советов по поводу отношений и способов улучшения эмоционального состояния уже относится к распространенным способам использования генеративных чат-ботов [2]. Таким образом, независимо от того, создавались ли универсальные языковые модели для оказания психологической помощи, они фактически начинают выполнять часть функций психологической самопомощи.

Имеющиеся эмпирические данные показывают, что поддерживающая функция ИИ не сводится исключительно к имитации психологического взаимодействия. В рандомизированном контролируемом исследовании специализированного генеративного чат-бота Therabot приняли участие 210 взрослых с клинически значимыми симптомами депрессии, генерализованной тревоги либо высоким риском расстройств пищевого поведения. В группе, использовавшей Therabot, были получены более выраженные положительные изменения по сравнению с контрольной группой ожидания; участники также достаточно высоко оценивали сформировавшийся терапевтический альянс [6]. Вместе с тем особенности дизайна исследования и использование специально разработанной системы не позволяют непосредственно переносить полученные результаты на универсальные генеративные чат-боты.

Систематический обзор и метаанализ исследований генеративных чат-ботов также свидетельствует об их потенциальной эффективности в снижении выраженности проблем психического здоровья, однако авторы отмечают неоднородность результатов и необходимость дальнейшего изучения условий, при которых такие системы оказываются эффективными [3]. Поэтому имеющиеся данные позволяют говорить скорее о потенциальной поддерживающей функции ИИ, чем о доказанной возможности замещения им профессиональной психологической помощи.

Способность ИИ выполнять такую функцию подтверждается и исследованиями восприятия генерируемых им сообщений. В исследовании D. Chen и соавторов пациенты с онкологическими заболеваниями оценивали ответы чат-бота как более эмпатичные, чем ответы врачей [5]. K. Merrill, S. D. Mikkilineni и M. Dehnert показали, что сообщения ИИ с высокой ориентацией на переживания пользователя связаны с более выраженным ощущением эмоциональной валидации [4]. Следовательно, для пользователя психологическое значение может иметь не наличие у системы собственного эмоционального переживания, а содержание взаимодействия и тот эффект, который оно оказывает на процессы осмысления и регуляции состояния.

Особый интерес представляет использование ИИ не в качестве самостоятельного «цифрового терапевта», а в качестве инструмента организации рефлексии. В диалоге пользователь может последовательно описывать ситуацию, уточнять собственные переживания, выделять противоречия, формулировать вопросы, запрашивать различные интерпретации происходящего и рассматривать возможные варианты действий. В этом качестве ИИ способен выполнять функцию внешней когнитивной опоры: удерживать большой объем контекста, структурировать разрозненный материал и возвращать его пользователю в более организованной форме.

Такое взаимодействие обладает рядом очевидных преимуществ. Оно доступно практически в любой момент, допускает многократное возвращение к одной и той же проблеме и позволяет изменять направление анализа непосредственно в ходе диалога. Человек может подробно описать переживание, попросить рассмотреть ситуацию с различных точек зрения, проверить несколько гипотез или проанализировать возможные последствия разных решений. Исследование X. Luo и соавторов показывает, что люди уже регулярно используют ChatGPT для эмоциональной и психологической поддержки, причем описывают как положительный опыт — эмоциональную безопасность, облегчение, ощущение связи, — так и разочарование, неловкость и ощущение разъединения [8]. Таким образом, практика психологической самопомощи посредством генеративного ИИ формируется независимо от ее институционального признания.

Однако именно интерактивность и персонализация создают специфическое ограничение такого способа самопомощи. Искусственный интеллект анализирует прежде всего тот материал, который предоставлен пользователем. Исходная модель ситуации уже содержит результат субъективного отбора: человек сообщает одни факты и не сообщает другие, определенным образом описывает поведение участников, устанавливает предполагаемые причинные связи и формулирует проблему исходя из собственной картины происходящего.

В результате слепые пятна пользователя могут становиться слепыми пятнами диалога с ИИ**.** Если человек не замечает собственного вклада в повторяющийся конфликт, принимает предположение за установленный факт или систематически интерпретирует неоднозначные действия другого человека определенным образом, эта структура передается системе вместе с описанием ситуации. ИИ способен предложить альтернативную гипотезу, однако сам факт обращения к нему не гарантирует выхода за пределы исходной пользовательской рамки.

Данная проблема усиливается известной особенностью больших языковых моделей — склонностью к чрезмерному согласию с позицией пользователя (sycophancy). M. Sharma и соавторы показали, что языковые модели могут отдавать предпочтение ответам, соответствующим позиции

пользователя, в том числе в ситуациях, когда более критический ответ является объективно более обоснованным [9]. В контексте психологической самопомощи эта особенность приобретает особое значение: поддерживающая коммуникация и подтверждение переживаний могут незаметно превращаться в подтверждение самой интерпретации ситуации. Современный обзор потенциального вреда LLM-чатботов также относит sycophancy наряду с галлюцинациями и предвзятостью к механизмам, способным создавать риски для психического здоровья пользователей [1].

В связи с этим принципиально важно различать валидацию переживания и валидацию объяснения. Сообщение о том, что реакция человека понятна в описанных им обстоятельствах, не тождественно утверждению, что он правильно понимает причины поведения другого человека или объективно оценивает происходящее. В первом случае эмоциональная поддержка может снижать напряжение и создавать условия для дальнейшей рефлексии. Во втором происходит закрепление гипотезы, для независимой проверки которой у системы может не быть необходимых данных.

Именно здесь возникает специфический для взаимодействия с ИИ механизм. Пользователь предоставляет описание ситуации, уже организованное в соответствии с собственной системой представлений. ИИ на основании этого материала формирует психологически связную интерпретацию. Однако полученный ответ субъективно может восприниматься как внешняя, независимая оценка, хотя значительная часть оснований этой оценки была предоставлена самим пользователем. В результате интерпретация, возникшая внутри исходной картины ситуации, возвращается человеку как будто подтвержденная внешним источником.

Может формироваться последовательность: субъективная картина ситуации → запрос к ИИ → психологически убедительная интерпретация → восприятие ее как независимого подтверждения → усиление исходной картины → следующий запрос, сформулированный уже из усиленной позиции. Таким образом, диалог потенциально превращается в самоусиливающийся контур.

B. S. Santos, T. H. Roza и I. C. Passos описывают близкий механизм как engagement-validation loop — цикл вовлечения и подтверждения, возникающий при сочетании склонности модели к согласию и антропоморфизации ИИ пользователем [7]. Особенность такого цикла состоит в том, что повышение качества языковых моделей не обязательно устраняет проблему. Напротив, способность ИИ последовательно аргументировать, использовать психологическую терминологию, устанавливать причинные связи и включать отдельные факты в целостную объяснительную модель может делать ошибочную интерпретацию более убедительной. Внутренняя связность психологического объяснения сама по себе не является доказательством его истинности.

Отсюда следует, что результат психологического взаимодействия с ИИ существенно зависит не только от характеристик системы, но и от позиции самого пользователя. Продуктивный рефлексивный диалог предполагает способность различать факт и интерпретацию, обнаруживать собственные предположения, запрашивать альтернативные объяснения, предлагать системе искать аргументы против первоначальной гипотезы и сопоставлять сформулированные выводы с реальными фактами и последствиями. Иными словами, психологическая самопомощь с использованием ИИ предъявляет требования к метакогнитивному контролю самого пользователя.

Это непосредственно отражается на способе постановки вопросов. Запрос «Почему он так со мной поступает?» уже содержит предположение о наличии определенной причины и направляет систему на ее поиск. Более рефлексивная постановка задачи предполагает запрос нескольких возможных объяснений с указанием того, какие данные подтверждают или опровергают каждое из них. Вместо просьбы подтвердить, что отношения являются «токсичными», возможно разделение наблюдаемых фактов, их интерпретаций и информации, которой недостаточно для вывода. Вместо вопроса «Правильно ли я поступила?» — анализ возможных последствий различных вариантов решения. В таком взаимодействии ИИ используется не как источник готовой психологической истины, а как средство расширения пространства собственной рефлексии.

Возникает определенный парадокс. Возможности ИИ как средства психологической самопомощи наиболее полно реализуются при наличии у человека способностей, позволяющих не передавать системе окончательное право интерпретации собственного опыта. Чем выше способность пользователя к рефлексии, критической проверке гипотез и постановке вопросов, тем продуктивнее может быть взаимодействие. Напротив, снижение критичности, тяжелое эмоциональное состояние или устойчивые искажения восприятия способны сделать подтверждающий характер диалога дополнительным фактором риска. Обзор A. Diel и соавторов показывает, что особое внимание требуется в ситуациях высокого клинического риска, включая суицидальность и психотические состояния [1]. Американская психологическая ассоциация также рекомендует рассматривать подобные системы лишь как возможный вспомогательный ресурс, а не как замену квалифицированной психологической помощи [2].

Таким образом, генеративный ИИ открывает значительные возможности для психологической самопомощи. Его ценность состоит не только в предоставлении информации, но и в способности поддерживать длительный персонализированный диалог, помогать вербализовать переживания, структурировать опыт и генерировать альтернативные способы рассмотрения проблемы. Однако персонализация одновременно является источником специфического ограничения: система строит

анализ преимущественно внутри информационной и смысловой рамки, предоставленной самим пользователем.

Поэтому граница продуктивного использования ИИ в психологической самопомощи проходит не только между возможностями человека и возможностями технологии. Она проходит внутри самого способа взаимодействия с ИИ — между поиском подтверждения и организацией рефлексии. Перспективной задачей психологических исследований становится изучение не только эффективности конкретных систем, но и пользовательских стратегий диалога, при которых ИИ способствует расширению рефлексии, а не воспроизводству уже существующих когнитивных ограничений.

Литература

1. A scoping review on the mental health harms of LLM-based chatbots / A. Diel, J. Torous, P. Cuijpers [et al.] // npj Digital Medicine. — 2026. — Vol. 9. — Art. 644. — DOI 10.1038/s41746-026-03054-x.

2. American Psychological Association. Health advisory: use of generative AI chatbots and wellness applications for mental health. — 2025. — URL: https://www.apa.org/topics/artificial-intelligence-machine-learning/health-advisory-chatbots-wellness-apps (дата обращения: 23.09.2026).

3. Generative AI mental health chatbots as therapeutic tools: systematic review and meta-analysis of their role in reducing mental health issues / Q. Zhang, R. Zhang, Y. Xiong [et al.] // Journal of Medical Internet Research. — 2025. — Vol. 27. — Art. e78238. — DOI 10.2196/78238.

4. Merrill, K., Jr. Artificial intelligence chatbots as a source of virtual social support: implications for loneliness and anxiety management / K. Merrill Jr., S. D. Mikkilineni, M. Dehnert // Annals of the New York Academy of Sciences. — 2025. — Vol. 1549, no. 1. — P. 148–159. — DOI 10.1111/nyas.15400.

5. Patient perceptions of empathy in physician and artificial intelligence chatbot responses to patient questions about cancer / D. Chen, K. Chauhan, R. Parsa [et al.] // npj Digital Medicine. — 2025. — Vol. 8. — Art. 275. — DOI 10.1038/s41746-025-01671-6.

6. Randomized trial of a generative AI chatbot for mental health treatment / M. V. Heinz, D. M. Mackin, B. M. Trudeau [et al.] // NEJM AI. — 2025. — Vol. 2, no. 4. — Art. AIoa2400802. — DOI 10.1056/AIoa2400802.

7. Santos, B. S. The engagement-validation loop: sycophancy, anthropomorphic projection, and clinical risk in informal AI-based mental health support / B. S. Santos, T. H. Roza, I. C. Passos // Journal of Affective Disorders. — 2026. — Vol. 412. — Art. 122123. — DOI 10.1016/j.jad.2026.122123.

8. Seeking emotional and mental health support from generative AI: mixed-methods study of ChatGPT user experiences / X. Luo, Z. Wang, J. L. Tilley [et al.] // JMIR Mental Health. — 2025. — Vol. 12. — Art. e77951. — DOI 10.2196/77951.

9. Towards understanding sycophancy in language models / M. Sharma, M. Tong, T. Korbak [et al.]. — 2023. — arXiv:2310.13548. — DOI 10.48550/arXiv.2310.13548. — URL: https://arxiv.org/abs/2310.13548 (дата обращения: 23.09.2026).

КОМПЛЕКС ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫХ КРИТЕРИЕВ РАЗГРАНИЧЕНИЯ ТРАНССЕКСУАЛИЗМА И ТРАНССЕКСУАЛОПОДОБНЫХ СОСТОЯНИЙ

Лоскутова А. С., Ермаков П. Н., Бухановская О. А.
Южный федеральный университет, ООО «Лечебно-реабилитационный научный центр “Феникс”», Ростов-на-Дону, Россия
ansday@mail.ru

Ключевые слова: половая идентичность, транссексуалоподобные состояния, дифференциальная диагностика, шизотипическое расстройство, диагностические критерии.

COMPLEX OF PSYCHOLOGICAL DIFFERENTIAL CRITERIA FOR DIFFERENTIATING TRANSSEXUALISM AND TRANSSEXUAL-LIKE STATES

Loskutova A. S., Ermakov P. N., Bukhanovskaya O. A.
Southern Federal University, LLC “Medical and Rehabilitation Research Center ‘Phoenix’”, Rostov-on-Don, Russia
ansday@mail.ru

Keywords: gender identity, transsexual-like states, differential diagnostics, schizotypal disorder, diagnostic criteria.

Введение. Число обращений за медицинской помощью по поводу изменения пола в России за 2014–2021 гг. выросло более чем вдвое [5]. Психологическое обследование входит в обязательную процедуру рассмотрения таких запросов, однако его методическое обеспечение отстаёт от практической потребности. Ключевая трудность состоит в том, что за внешне тождественным запросом могут стоять принципиально разные состояния. Транссексуализм представляет собой первичное, устойчивое нарушение половой идентичности. При транссексуалоподобных состояниях стремление к изменению пола формируется вторично, в структуре расстройств шизофренического спектра [2–4]. Многолетние наблюдения профильных центров показывают, что доля вторичных форм среди обращающихся значительна [1]. Психологические особен-

ности этих состояний, однако, систематически не изучались, а комплекс критериев, позволяющий их разграничить, до настоящего времени не был сформулирован.

Цель. Выявить комплекс психологических дифференциальных критериев разграничения транссексуализма и транссексуалоподобных состояний при шизотипическом расстройстве, определив диагностически значимую конфигурацию показателей когнитивной, личностной, аффективной и полоролевой сфер.

Материал и методы. Обследованы 187 человек юношеского возраста. Транссексуалоподобные состояния при шизотипическом расстройстве (70); шизотипическое расстройство без нарушений половой идентичности (67); транссексуализм (50). Применялся единый комплекс, охватывающий четыре сферы: патопсихологические пробы мышления, внимания и памяти; СМИЛ, опросник совладающего поведения, Торонтская шкала алекситимии; госпитальная шкала тревоги и депрессии, Кембриджская шкала деперсонализации; методика «Маскулинность и фемининность». Межгрупповые различия проверялись критерием Манна-Уитни с коррекцией множественных сравнений; сходство групп оценивалось байесовским методом; совокупная разделимость групп оценивалось классификационным моделированием с перекрёстной проверкой.

Результаты. Выявленный комплекс образован критериями четырёх сфер, каждый из которых разграничивает состояния по качественному, а не количественному основанию.

Когнитивный критерий. Степень нарушений мышления образует градиент, разграничивающий все три группы: при транссексуализме мышление сохранно, искажения процесса обобщения отсутствуют у всех обследованных; при транссексуалоподобных состояниях те же нарушения выражены умеренно; при шизотипическом расстройстве достигают значительной степени. Внимание, умственная работоспособность и память при транссексуализме сохранны, в двух других группах снижены сопоставимо.

Личностный критерий. При транссексуализме личностный профиль гармоничен, подъём сосредоточен на шкале маскулинности–фемининности, алекситимия низкая, совладающее поведение зрелое и проблемно-ориентированное. При транссексуалоподобных состояниях профиль высокий и дисгармоничный, алекситимия резко повышена, в совладании преобладает избегание. Алекситимия обладает наибольшей различающей силой среди личностных показателей.

Аффективный критерий. Решающее значение имеет уровень деперсонализации: при транссексуализме он низкий, при транссексуалоподобных состояниях резко повышен и практически тождествен уровню шизотипического расстройства. Это указывает, что неприятие собственного тела производно от общего расстройства самосознания, а не от полоролевого конфликта.

Полоролевой критерий. Диагностически значима не выраженность отдельной шкалы, а согласованность уровней полоролевой сферы. При транссексуализме инверсия последовательно выражена от реального образа «Я» до сексуальных предпочтений. При транссексуалоподобных состояниях она ограничена желаемым образом «Я», тогда как реальная идентичность и сексуальные предпочтения остаются на уровне группы шизотипического расстройства; характерен разрыв между реальным и идеальным «Я».

Правило вынесения суждения. Критерии применяются совместно: диагностическое значение имеет их конфигурация в целом. Байесовский анализ подтвердил статистическое сходство транссексуалоподобных состояний и шизотипического расстройства по ключевым показателям всех сфер, а классификационные модели четырёх разных алгоритмов устойчиво смешивали эти две группы при безошибочном выделении транссексуализма. Тем самым по совокупности психологических характеристик транссексуалоподобные состояния воспроизводят структуру шизотипического расстройства, обнаруживая с транссексуализмом лишь внешнее сходство запроса. Отсюда следует, что сам по себе запрос на изменение пола и любой единичный показатель, взятый вне конфигурации, дифференциальной силой не обладают.

Выводы. 1. Разграничение транссексуализма и транссексуалоподобных состояний обеспечивается комплексом психологических критериев, охватывающим когнитивную (наличие и степень нарушений мышления), личностную (гармоничность профиля, алекситимия, характер совладания), аффективную (уровень деперсонализации) и полоролевую (согласованность уровней идентичности) сферы. 2. Диагностическим основанием выступает конфигурация показателей в целом: сохранное мышление, гармоничный профиль с низкой алекситимией, низкая деперсонализация и согласованная инверсия идентичности свидетельствуют в пользу транссексуализма; противоположная конфигурация указывает на вторичный характер нарушения половой идентичности. 3. Предложенный комплекс может составить основу стандарта психологического обследования лиц, обращающихся с запросом на изменение пола. 4. Перспективным элементом стандарта является катамнестическое наблюдение: вторичные полоролевые нарушения обнаруживают динамику при терапии основного расстройства, первичные устойчивы.

Литература

1. Дьяченко, А. В. Транссексуалоподобные состояния при шизотипическом расстройстве у подростков: статика, динамика, терапия : специальность 3.1.17 «Психиатрия и наркология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Антон Васильевич Дьяченко. — Ростов-на-Дону, 2024. — 314 с.

2. Кулиш, С. Б. Синдром половой дисфории у мужчин с заболеваниями шизофренического спектра / С. Б. Кулиш // Российский психиатрический журнал. — 2009. — № 4. — С. 52–58.

3. Матевосян, С. Н. Половая дисфория: клинико-феноменологические особенности и лечебно-реабилитационные аспекты синдрома «отвержения» пола / С. Н. Матевосян, Г. Е. Введенский. — Москва : Медицинское информационное агентство, 2012. — 400 с. — ISBN 978-5-8948-1897-9.

4. Старостина, Е. А. К вопросу о нарушении половой идентичности при транссексуализме и расстройствах шизофренического спектра / Е. А. Старостина, М. И. Ягубов // Российский психиатрический журнал. — 2019. — № 5. — С. 22–30. — DOI 10.24411/1560-957X-2019-11942.

5. Solovieva, N. V. Transgender population in the Russian Federation: diversity and trends / N. V. Solovieva, E. V. Makarova, S. A. Kremenitskaya // European Journal of Translational Myology. — 2023. — Vol. 33, no. 2. — Art. 11419. — DOI 10.4081/ejtm.2023.11419.

ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ И ТЕРАПИИ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО СТРЕССА У ДЕТЕЙ РАННЕГО И ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ВООРУЖЕННОГО КОНФЛИКТА

Марголина И. А., Куликов А. В., Калинина М. А.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
imargolina@mail.ru

Ключевые слова: посттравматическое стрессовое расстройство, дети, ранний возраст, дошкольной возраст.

THE PROBLEM OF DIAGNOSING AND TREATING POST-TRAUMATIC STRESS IN YOUNG AND PRESCHOOL-AGE CHILDREN

Margolina I. A., Kulikov A. V., Kalinina M. A.
Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
imargolina@mail.ru

Keywords: post-traumatic stress disorder, psychological trauma, children, early age, preschool age.

Проблема посттравматического стрессового расстройства у детей привлекает в настоящее время все больше внимания, как в связи с ростом числа вооруженных конфликтов, так с последствиями для психического здоровья и дальнейшего развития. Распространенность

посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) у детей, находящихся в зоне боевых действий по данным разных авторов колеблется от 25 до 73% [1].

Согласно МКБ-10, ПТСР — психическое расстройство, развивающееся вследствие мощного психотравмирующего воздействия угрожающего или катастрофического характера, сопровождающегося экстремальным стрессом, «стержневыми симптомами» которого являются: постоянное возвращение к переживаниям травмирующей ситуации, устойчивое стремление избегать всего, что могло бы напомнить о травме и устойчивый повышенный уровень возбудимости, наблюдаемые у взрослых пациентов. Клиническая картина ПТСР у детей в силу незрелости психических механизмов реакции на стресс, значительно отличается от клинической картины, наблюдаемой у взрослых. Наибольшие трудности диагностики отмечаются у детей раннего (до 3 лет) и дошкольного возраста (4-6 лет).

В раннем возрасте [2] в качестве основных проявлений ПТСР описываются нарушения в эмоциональной сфере (эмоциональная лабильность, плаксивость, патологическое усиление сепарационной тревоги) и соматовегетативные нарушения (нарушения пищевого поведения, сна). В дошкольном возрасте к эмоциональным и соматовегетативным нарушениям присоединяются особенности игровой деятельности, в которой могут наблюдаться рудиментарные проявления такого стержневого симптома как возвращение к переживанию травмирующей ситуации, а также регрессивные симптомы в виде утраты ранее приобретенных навыков (энурез, энкопрез, остановка в речевом развитии, обеднение словарного запаса, иногда сюсюкающая речь). В этом возрасте можно наблюдать и другие стержневые расстройства: постоянную тревожность, настороженность, в ряде случаев раздражительность, появление неспецифических страхов, как свидетельство повышенного уровня возбудимости; страх ситуаций, напоминающих о травме. Обращает на себя внимание часто наблюдаемая тенденция к отгороженности, потеря интереса к общению со сверстниками, появление стереотипных игр и занятий с проигрыванием сюжета травмирующего события и снижение познавательного интереса. Из теоретических основ, предлагаемых для объяснения симптоматики ПТСР в детском возрасте, наибольший интерес представляют нарушение формирования надежной привязанности [2], и соответствие выявляющихся нарушений уровню нервно-психического развития по В. В. Ковалеву [3].

Динамика посттравматических расстройств также заметно отличается от описанной у взрослых, так как длительное пребывание в условиях боевых действий превращает психотравмирующий фактор из дискретного события в неотъемлемую часть жизни ребенка, перманентно влияя на его развитие и затрагивая все сферы психической деятельности, пре-

пятствуя их качественному и количественному усложнению и переходу на соответствующие возрасту уровни, что соответствует понятию психического дизонтогенеза, принятому в отечественной детской психологии и психиатрии [3]. Учитывая многомерность психотравмирующей ситуации и проекцию отклонений в психическом здоровье в будущее, динамику посттравматического стресса у детей возможно рассматривать в рамках комплексного посттравматического стрессового расстройства (КПТСР), принятого в МКБ-11.

С точки зрения биопсихосоциальной концепции психических расстройств психический дизонтогенез, наблюдаемый в рамках КПТСР в условиях военных конфликтов [5], обусловлен совокупностью биологических факторов в частности генетической предиспозицией в виде повышенной уязвимости к стрессу, морфофункциональными изменениями в отделах головного мозга, отвечающих за регуляцию эмоций, нарушениями в нейротрансмиттерных системах, психологических факторов в виде нарушения формирования базового доверия к миру, надежной привязанности, самостигматизации и социальных механизмов (неудовлетворение физиологических потребностей растущего организма в тяжелых жизненных условиях, эмоциональная и когнитивная депривация, и, возможно, социальная стигматизация в дальнейшем).

Оказание помощи детям с ПТСР включает психофармакотерапию, психотерапию и психологическое сопровождение.

Из психофармакологических препаратов наибольшую эффективность и безопасность продемонстрировали: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (сертралин и флуоксетин), антиадренергические средства (альфа-2- агонисты клонидин и гуанфацин), атипичные антипсихотики (рисперидон), нормотимики (вальпроаты, ламотриджин) [4]. Очевидно, что у детей раннего и дошкольного возраста данные об эффективности и безопасности этих препаратов ограничены, их применение требует особой осторожности.

Применение вербально-ориентированных методов у маленьких детей ограничено недостаточной сформированностью способности к рефлексии, а также сложностью обучения навыкам эмоциональной саморегуляции. Среди психотерапевтических методов, применяемых у детей в раннем и дошкольном возрасте, приоритет отдается игровой терапии, а также невербальным методикам, таким как арт-терапия и песочная терапия. Т.к. травматический опыт часто нарушает нормальные детско-родительские отношения и способствует формированию либо симбиотических, либо вынужденно дистанцированных связей, то для восстановления нормального психологического состояния ребенка после пережитой психотравмы большое значение имеет психологическая работа со всей семьей в целом [4].

Заключение. Актуальность проблемы ПТСР у детей и подростков обусловлена ростом локальных вооруженных конфликтов в мире, а также последствиями для дальнейшего психического развития, что диктует необходимость пристального изучения особенностей ПТСР в детском возрасте. Анализ литературных данных показал недостаточную разработанность диагностических критериев посттравматических расстройств у детей раннего и дошкольного возраста в связи с наличием в клинической картине нарушений, не встречающихся у взрослых и обусловленных особенностями возрастного уровня нервно-психического реагирования, часто выходящих на первый план, что влечет необходимость дифференциальной диагностики с другими психическими расстройствами, встречающимися в этом возрасте. Следует также отметить ряд проблем, касающихся оказания помощи детям с симптомами посттравматического стресса, что связано с возрастными ограничениями в применении психофармакологических препаратов, недостаточной адаптацией используемых в мировой практике психотерапевтических подходов к отечественным условиям и ограниченностью их применения в раннем и дошкольном возрасте.

Литература

1. Александрова, Л. А. Дети в условиях войны: обзор зарубежных исследований / Л. А. Александрова, С. О. Дмитриева // Современная зарубежная психология. — 2024. — Т. 13, № 1. — С. 139–149. — DOI 10.17759/jmfp.2024130113.

2. Добряков, И. В. Кризисы, стрессы, психотравмирующие ситуации у детей и подростков на разных стадиях онтогенеза / И. В. Добряков // От раннего детства к отрочеству: клинико-психологическая помощь ребенку и семье : коллективная монография / редакционная коллегия: М. В. Иванов (ответственный редактор) [и др.]. — Москва : Московский институт психоанализа, 2025. — С. 66–90. — ISBN 978-5-904677-50-3.

3. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста : руководство / В. В. Ковалев. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Медицина, 1995. — 558, [2] с. — ISBN 5-225-01186-1.

4. Травматический стресс у детей и подростков в условиях военных конфликтов : коллективная монография / под редакцией Ю. А. Чайки. — Москва : ФГБНУ РНЦПЗ, 2026. — С. 195–213. — ISBN 978-5-6051425-9-0.

5. Чайка, Ю. А. Анализ современных тенденций и факторов риска психических расстройств у детей и подростков / Ю. А. Чайка, М. Л. Баранов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии. — 2025. — Т. 18, № 8 (187). — С. 1079–1088. — DOI 10.33920/med-01-2508-06.

НЕЙРОТЕХНОЛОГИИ И ЦИФРОВЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

Николаева Н. В.
НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия
mail.nikolaeva.natalia@gmail.com

Ключевые слова: нейротехнологии, цифровая психодиагностика, клиническая психология, искусственный интеллект, валидность.

NEUROTECHNOLOGIES AND DIGITAL TOOLS IN CLINICAL PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS

Nikolaeva N. V.
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia
mail.nikolaeva.natalia@gmail.com

Keywords: neurotechnologies, digital psychodiagnostics, clinical psychology, artificial intelligence, validity.

Современный этап развития клинической психологии характеризуется активной интеграцией цифровых технологий в диагностический процесс. Традиционные психодиагностические методы, основанные на парадигме «бумага-карандаш», демонстрируют ряд ограничений, связанных с недостаточной экологической валидностью, трудностями оценки динамических процессов и ограниченной применимостью к разнородным популяциям. В ответ на эти вызовы формируется новое направление — цифровая психодиагностика, объединяющая достижения психометрии, нейронаук и информационных технологий.

Выделим основные направления цифровизации клинико-психологической диагностики. Первое направление связано с переводом традиционных психодиагностических инструментов в цифровой формат. Исследования показывают, что версии тестов, реализованные на цифровых платформах, демонстрируют эквивалентность результатам, полученным при использовании традиционных бланковых методик. Примерами служат цифровая версия Теста Векслера, реализованная в рамках профессионального инструментария с возможностью компьютерного тестирования и обработки результатов [3], автоматизированные комплексы типа «1С:Психодиагностика», применяемые для массового скрининга в образовательных учреждениях [1], и ряд других онлайн-диагностических системы для оценки исполнительных функций. Цифровой формат обеспечивает автоматизацию подсчета баллов, снижение количества ошибок, повышение мотивации респондентов и возможность адаптивного тестирования.

Второе направление — применение технологий искусственного интеллекта и машинного обучения для анализа диагностических данных. Алгоритмы машинного обучения успешно применяются для анализа лингвистических маркеров продромальной стадии болезни Альцгеймера с точностью 88%, а также для классификации подтипов синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Аналогичные подходы реализуются в отношении цифровых версий нейропсихологических проб, включая анализ процессуальных характеристик выполнения заданий [2].

Третье направление — интеграция нейротехнологических методов в психодиагностический процесс. Использование электроэнцефалографии (ЭЭГ) и функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) в сочетании с алгоритмами искусственного интеллекта позволяет осуществлять высокоточную диагностику психоэмоциональных состояний и обеспечивать автоматизированные рекомендации по психокоррекционным интервенциям. Перспективным является применение систем непрерывного мониторинга поведенческих и когнитивных данных, позволяющих оценивать динамику состояния пациента в естественных условиях [4].

Четвертое направление — разработка технологий виртуальной и дополненной реальности для оценки когнитивных функций и эмоционального состояния. Исследования показывают, что оценка когнитивных функций с использованием виртуальной реальности и айтрекинга позволяет с чувствительностью 88,5% различать здоровых испытуемых и пациентов с когнитивными нарушениями [2].

Несмотря на очевидные преимущества, интеграции нейротехнологий и цифровых инструментов в клинико-психологическую диагностику сопутствует ряд проблем.

Центральной из них является обеспечение валидности цифровых инструментов. Конструктная валидность устанавливается посредством факторного анализа и оценки конвергентной и дивергентной валидности. Критериальная валидность предполагает сопоставление новых цифровых тестов с эталонными мерами. Особого внимания требует экологическая валидность цифровых инструментов — степень, в которой результаты диагностики отражают реальное функционирование человека в естественных условиях. Цифровые технологии предоставляют уникальные возможности для повышения экологической валидности за счет оценки поведения в естественной среде, однако реализация этого потенциала требует тщательного методологического обоснования.

Существенным является вопрос о методологических и этических дилеммах, связанных с использованием цифровых технологий в психодиагностике. Обеспечение конфиденциальности и защиты персональных данных пациентов, особенно при дистанционных формах работы, требу-

ет соблюдения строгих стандартов безопасности. Кроме того, цифровизация диагностического процесса ставит вопросы о сохранении глубины психологического контакта и реляционного аспекта диагностической ситуации, что особенно значимо в контексте психоаналитически ориентированной диагностики.

Перспективы развития данного направления связаны с разработкой гибридных диагностических систем, сочетающих психометрическую строгость традиционных методов с возможностями нейротехнологий и искусственного интеллекта. Интеграция нейротехнологических методов с поведенческими данными в рамках мультимодального диагностического подхода открывает новые возможности для понимания механизмов психопатологии и персонализации диагностических и терапевтических стратегий. Актуальной задачей является создание стандартизированных протоколов валидации цифровых инструментов, учитывающих специфику различных клинических групп.

Таким образом, нейротехнологии и цифровые инструменты представляют собой значительный ресурс для повышения точности, эффективности и экологической валидности клинико-психологической диагностики. Однако их внедрение требует тщательного методологического обоснования, обеспечения валидности и решения этических вопросов, связанных с защитой данных и сохранением глубины психологического контакта.

Литература

1. Гнедых, Д. С. Использование педагогами в учебном процессе психолого-педагогических рекомендаций на основе компьютерной психодиагностики учащихся (на примере онлайн-сервиса психодиагностики учащихся общеобразовательных школ) / Д. С. Гнедых, А. Д. Щур // Мир науки. Педагогика и психология. — 2024. — Т. 12, № 6. — URL: https://mir-nauki.com/PDF/70PSMN624.pdf (дата обращения: 26.06.2026).

2. Ильин, М. А. Нейросетевые технологии и формирование логического мышления: проблема взаимовлияния и взаимозаменяемости / М. А. Ильин, Н. В. Николаева // Современное образование: традиции и инновации. — 2024. — № 4. — С. 160–162. — DOI 10.51623/23132027.2404.160. — EDN IVNSFS.

3. Каталог психодиагностических методик / Психологический институт Российской академии образования. — Москва, 2018. — URL: https://psy.su/content/files/catalog_2018_web.pdf (дата обращения: 26.06.2026).

4. Николаева, Н. В. Современные дистанционные технологии в структуре оказания психолого-консультативной помощи / Н. В. Николаева // Современное образование: традиции и инновации. — 2024. — № 1. — С. 159–162. — EDN QVMWZA.

СПЕЦИФИКА ДИАГНОСТИКИ FOMO-СИНДРОМА КАК ПРЕДИКТОРА КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У СТУДЕНЧЕСКОЙ МОЛОДЕЖИ

Смирнова Ю. А., Коростелева А. А.
ФГБОУ ВО «РЭУ им. Г. В. Плеханова», Москва, Россия
jusmi0212@mail.ru

Ключевые слова: FOMO, кризисные состояния, скрининг, студенческий возраст, киберсоциализация.

SPECIFICS OF DIAGNOSTICS OF FOMO SYNDROME AS A PREDICTOR OF CRISIS STATES IN STUDENT YOUTH

Smirnova Yu. A., Korosteleva A. A.
Plekhanov Russian University of Economics, Moscow, Russia
jusmi0212@mail.ru

Keywords: FOMO, crisis states, screening, student age, cyber-socialization.

Введение. Цифровая трансформация повседневной жизни породила новые феномены, требующие клинико-психологического осмысления. К числу таковых относится FOMO (Fear of Missing Out) — страх упущенной выгоды, выражающийся в навязчивом стремлении оставаться в курсе событий в социальных сетях. Данный феномен тесно связан с проблемным использованием смартфона и негативной аффективностью, что подтверждается эмпирическими исследованиями на молодежных выборках [2]. Для студенческого возраста данный феномен приобретает особое значение, поскольку совпадает с нормативным кризисом идентичности и профессионального самоопределения. Ситуация усугубляется тем, что классический диагностический инструментарий клинической психологии не включает шкалы, чувствительные к данному цифровому стрессору, вследствие чего ранние признаки дезадаптации зачастую остаются нераспознанными вплоть до появления клинически очерченных тревожных и депрессивных эпизодов [1].

Целью настоящей работы выступил теоретико-методологический анализ диагностического потенциала шкал FOMO для выявления кризисных состояний в юношеском возрасте.

Материал и методы. Исследование построено как аналитический обзор научной литературы, индексируемой в базах РИНЦ, Scopus и PubMed за последние пять лет. Основной фокус был направлен на сопоставление психометрических характеристик зарубежных опросников (FOMO Scale, C-FOMO) с клиническими шкалами тревоги и депрессии, традиционно применяемыми в отечественной пато- и нейропсихологии.

Отдельное внимание уделялось исследованиям, выполненным на студенческих выборках в период экзаменационных сессий.

Результаты. Анализ источников продемонстрировал устойчивую положительную корреляцию между выраженностью FOMO и показателями ситуативной тревожности, измеренной по методике Спилбергера–Ханина. Принципиально важным представляется тот факт, что самооценочные шкалы FOMO оказались способны фиксировать доклинический уровень эмоционального дискомфорта, когда баллы по госпитальной шкале HADS еще не достигали субклинического порога [3]. Иными словами, FOMO выступает своеобразным «ранним маркером» надвигающегося кризисного состояния. Цифровая социализация порождает не только риски, но и ресурсы, которые необходимо учитывать при построении психологической помощи, что требует пересмотра традиционных моделей скрининга [1]. Перспективным направлением видится конструирование комбинированного скрининга, объединяющего короткую шкалу FOMO, адаптированную к российскому контексту, с оценкой гигиены сна и субъективного уровня усталости.

Вместе с тем обнаружен ряд ограничений, затрудняющих прямое внедрение зарубежных опросников в российскую диагностическую практику. Во-первых, культурная специфика: пункты о «пропущенных вечеринках» и «путешествиях друзей» не всегда релевантны для студентов с высокой учебной нагрузкой или из семей с низким социально-экономическим статусом. Во-вторых, выявлен эффект социальной желательности: респонденты склонны преуменьшать свою зависимость от социальных сетей, что требует дополнения опросников проективными или косвенными вопросами. Таким образом, адаптация зарубежного инструментария без учета культуральных особенностей российской студенческой популяции существенно снижает диагностическую ценность методик [2].

Выводы. Проведенный анализ позволяет рассматривать FOMO-синдром в качестве информативного предиктора кризисных состояний у студентов, способного выявлять ранние признаки психологической дезадаптации еще до формирования клинически выраженной тревожной или депрессивной симптоматики. Вместе с тем результаты свидетельствуют о том, что прямой перенос зарубежных диагностических методик без учета культуральных особенностей и специфики российской образовательной среды может снижать их диагностическую точность и специфичность. В связи с этим перспективным направлением представляется разработка отечественных адаптированных инструментов, а также включение FOMO-опросников в комплексные программы психологического скрининга совместно с оценкой особенностей цифрового поведения, режима сна, уровня утомляемости и других факторов, оказывающих влияние на психическое благополучие современной студенческой молодежи.

Литература

1. Бурмистрова, Е. В. Психологическая помощь в условиях цифровой социализации: риски и ресурсы / Е. В. Бурмистрова // Консультативная психология и психотерапия. — 2024. — Т. 32, № 1. — С. 45–62.

2. Шейнов, В. П. Феномен FOMO: социальные и психологические корреляты / В. П. Шейнов // Вопросы психологии. — 2023. — № 4. — С. 112–123.

3. Fear of missing out: testing relationships with negative affectivity, online social engagement, and problematic smartphone use / J. D. Elhai, J. C. Levine, A. M. Alghraibeh [et al.] // Computers in Human Behavior. — 2018. — Vol. 89. — P. 289–298. — DOI 10.1016/j.chb.2018.08.020.

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ИСКУССТВЕННОГО ИНТЕЛЛЕКТА: СРАВНЕНИЕ СО СТУДЕНЧЕСКОЙ ВЫБОРКОЙ

Солондаев В. К.
ФГБОУ ВО «ЯрГУ им. П. Г. Демидова», Ярославль, Россия
solond@yandex.ru

Ключевые слова: искусственный интеллект, клиническая психология, диагностика.

DIAGNOSTIC CAPABILITIES OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE: A COMPARISON WITH A STUDENT SAMPLE

Solondaev V. K.
Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia
solond@yandex.ru

Keywords: artificial intelligence, clinical psychology, diagnostics.

Введение. Современные исследования искусственного интеллекта (ИИ) убедительно демонстрируют широкий диапазон возможностей его применения. Например, по шкале социального интеллекта ChatGPT-4 набрал больше баллов, чем все студенты, изучающие психологию консультирования в университете короля Халида. Bing превзошел 50% магистрантов и 90% бакалавриантов. Различия между Google Bard и бакалавриантами были незначительны, а 90% магистрантов набрали больше баллов, чем Google Bard [1]. Показано, что ИИ-системы могут достаточно успешно извлекать структурированную информацию из неструктурированных медицинских данных [2]. По данным исследования K. W. Jin,

Y. Rostam-Abadi, P. Chaudhary с соавторами диагностическая точность рассуждений ИИ примерно соответствует ординаторам психиатрических клиник, но качество диагностической аргументации отражает клинически значимые различия, выходящие за рамки показателей точности [3].

Цель — сравнить аргументацию решения задачи дифференциальной диагностики ИИ с аргументацией студентов.

Материал и методы. Исследование проводилось методом естественного эксперимента. На практическом занятии по клинической психологии студенты осваивали задачу дифференциальной диагностики. Выборка студентов за период с 2022 по 2026 год составила около 240 человек. В 2026 было проведено сравнение аргументации студентов с аргументацией ИИ Алиса Яндекса (URL: https://alice.yandex.ru/ Режим доступа: для авторизованных пользователей).

Задание заключалось в аргументации дифференциального диагноза. В качестве описания случая предлагался отрывок с описанием личности героя Корнелиуса из рассказа «Ананке» Ст. Лема. Также предлагались описания ананкастного расстройства личности (F60.5x) и обсессивно-компульсивного расстройства (F42.x) по МКБ-10.

Результаты. Охарактеризуем точность диагностики. По оценкам 6 экспертов, из них 3 клинических психолога и 3 врача-психиатра, описание героя Ст. Лема с оговорками в отношении возможности диагностики по тексту художественного литературного произведения соответствует F42.x, а диагноз F60.5x исключается.

95% доверительный интервал выбора аргументации за F42.x в выборке студентов составляет от 0,11 до 0,47 при оценке по тесту пропорций; вероятность того, что относительная частота выбора аргументации за F42.x равна 0,5 составляет менее 0,02. Другими словами, студенты выбирают правильный с точки зрения экспертов диагноз не реже, чем в 11% и не чаще 47% случаев; верный диагноз выбирается статистически значимо реже, чем в половине случаев. Точность оценена по результатам групповых обсуждений — от числа групп, а не от числа студентов. В описываемом естественном эксперименте группы студентов совместно обсуждали материал и формулировали диагностическую гипотезу.

Ответ Алисы в апреле 2026 года был категоричен (также с оговорками в отношении возможности диагностики по тексту художественного литературного произведения) — преобладают аргументы за диагноз ананкастного расстройства личности. Переубедить Алису, приводя аргументы, сформулированные и проверенные в ходе занятий со студентами, автору не удалось.

Но точность диагностики — показатель с психологически сложным содержанием. Нередко возникают такие ситуации, когда в определенный момент времени вся доступная информация указывает на диагноз, который позднее окажется ошибочным, судя по дальнейшему течению заболевания.

Поэтому нас интересовала именно аргументация. Как отмечали все группы студентов, оба описания расстройств по МКБ достаточно похожи содержательно. Одно описание как бы содержательно «вложено» в другое, как прямо указано в описаниях. Тем не менее, часть студентов, пусть и меньшая часть, решили задачу дифференциальной диагностики так же, как эксперты.

Некоторые группы студентов дали ответ, совпадающий с ответом экспертов, но не привели аргументацию. Можно было бы считать, что студенты, в отличие от Алисы, могут находить решение интуитивно. Но, судя по наблюдавшемуся извне ходу обсуждения на занятии, аргументация при обсуждении имела место во всех случаях. Группы, давшие неверный по мнению экспертов ответ, тоже не всегда могли сформулировать аргументацию в достаточной для обсуждения мере. Следовательно, сама по себе возможность интуитивного (в данном случае — не аргументируемого) решения, решающего значения не имеет.

Чем отличается аргументация Алисы от аргументации студентов? Отличий, конечно, много и описать их полностью не позволяет объём. Выделим одно, наиболее существенное на наш взгляд: студенты могут соотносить тексты описаний с миром, описываемым в текстах, Алиса не может.

Нам не удалось найти общепринятого термина для указания на реальный мир, который дан сознанию эмпирически непосредственно. В философии показана невозможность выделить совершенно непосредственное и абсолютно достоверное знание, отождествляемое с опытом. То, что кажется сознанию непосредственно данным, является продуктом активной деятельности субъекта, предполагающей использование определенных схем и эталонов, языка, категорий культуры, а в науке также и теоретического языка. До появления лучшего обозначения предлагаем различать эмпирический мир и его описание. Описание может быть не текстом, а рентгенограммой, аудио- или видеозаписью, кардиограммой, графиком артериального давления. Студентам доступны как эмпирический мир, так и описание мира. Исследованному нами ИИ в настоящее время доступны только описания. Само построение описания пока выходит за рамки возможностей ИИ, но именно оно критически важно для диагностики.

Приведем несколько примеров. Во-первых, Алиса считает, что фраза «страдал оттого, что не может сделать из людей таких же педантов» опровергает обсессии и компульсии как чуждые личности описываемого персонажа. Для Алисы эта фраза, напротив, указывает, что обсессии и компульсии воспринимаются персонажем как норма. А студенты, пусть только начинающие осваивать клиническую психологию, достаточно знакомы с эмпирическим миром, в котором страдание чаще свидетельствует о восприятии, переживании и понимании ситуации как отличной от нормы.

Во-вторых, по оценке Алисы, у описываемого персонажа социальная адаптация сохранена лишь частично (успех в карьере), но нарушена в

межличностных отношениях. Невозможность успеха в карьере командира космического корабля при нарушенных межличностных отношениях с членами экипажа не принимается во внимание Алисой, в отличие от студентов, знакомых с эмпирическим миром, а не только с его описаниями.

В-третьих, Алиса считает, что внезапный уход на пике успеха может быть следствием истощения от постоянного напряжения. В отличие от студентов, Алиса не рассматривает вариант интерпретации внезапного ухода на пике успеха как проявления критики к переживаемому состоянию, как адекватной саморегуляции персонажем своего болезненного состояния.

Задача дифференциальной диагностики, как показывают описанные результаты, отнюдь не сводима к сравнению трех текстов (два описания возможных диагнозов и описание случая). Именно так задачу дифференциальной диагностики формализовала Алиса, судя по содержанию обсуждения задания с ней. И такая формализация привела к несовпадению ответа Алисы с ответом экспертов.

Описанное исследование позволяет сделать следующие **выводы:**

1. В настоящее время ИИ, в отличие от человека, доступно лишь описание мира, а эмпирический мир и самостоятельное построение описания не доступны. Это не только определяет границы диагностических возможностей ИИ. Более важным представляется то, что использование ИИ в клинико-психологической диагностике «высвечивает» возможности и задачи человека как диагноста.

2. В научном плане основным содержанием клинико-психологической диагностики является соответствие описания эмпирическому миру. Продвижение в данном направлении требует и разработки критериев оценки описания, и разработки собственно диагностики как научно отрефлексированных вариантов взаимодействия с эмпирическим миром. Но не менее значима научная рефлексия самой оценки соответствия диагностического описания эмпирическому миру.

3. В плане обучения клинической психологии построение описания, соответствующего эмпирическому миру, является самостоятельной задачей. Составление заключения, конечно, необходимо. Но клинико-психологическое заключение (описание) имеет профессиональный смысл лишь при соответствии эмпирическому миру. Корректность заключения, как бы мы её ни определяли, — не социальная конвенция, но и не самоцель, а лишь одно из необходимых условий соответствия диагностического описания эмпирическому миру.

Литература

1. Artificial intelligence and social intelligence : preliminary comparison study between AI models and psychologists / N. S. Sufyan, F. H. Fadhel, S. S. Alkhathami, J. Y. A. Mukhadi // Frontiers in Psychology. — 2024. — Vol. 15. — Art. 1353022. — DOI 10.3389/fpsyg.2024.1353022.

2. Chen, Y. A multiagent summarization and auto-evaluation framework for medical text : development and evaluation study / Y. Chen, B. Wen, F. Zulkernine // JMIR AI. — 2025. — Vol. 4. — Art. e75932. — DOI 10.2196/75932.

3. Evaluating diagnostic accuracy and clinical reasoning of multiple large language models in psychiatry / K. W. Jin, Y. Rostam-Abadi, P. Chaudhary [et al.] // medRxiv. — 2026. — 11 February. — Preprint 2026.02.03.26345402 (version 2). — DOI 10.64898/2026.02.03.26345402. — URL: https://www.medrxiv.org/content/10.64898/2026.02.03.26345402v2 (дата обращения: 10.10.2026). — Текст : электронный.

СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТЬ КАК ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ ПРЕДИКТОР ТРАЕКТОРИИ ПОСТСТРЕССОВОГО РЕАГИРОВАНИЯ (ПТСР И ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ) КОМБАТАНТОВ

Степанян Л. К., Авагимян Г. Р.
Ванадзорский государственный университет, Ванадзор, Армения
lilit.stepanyan.1989@mail.ru
avagym@mail.ru

Ключевые слова: стрессоустойчивость, посттравматический рост, ПТСР, дифференциальная диагностика, комбатанты.

STRESS RESILIENCE AS A DIFFERENTIAL-DIAGNOSTIC PREDICTOR OF THE POST-STRESS RESPONSE TRAJECTORY (PTSD AND POST-TRAUMATIC GROWTH) IN COMBATANTS

Stepanyan L. K., Avagimyan H. R.
Vanadzor State University, Vanadzor, Armenia
lilit.stepanyan.1989@mail.ru
avagym@mail.ru

Keywords: stress resilience, post-traumatic growth, PTSD, differential diagnosis, combatants.

Введение. Боевой стресс относится к экстремальным воздействиям с неединственным исходом. У части комбатантов он ведёт к посттравматическому стрессовому расстройству (ПТСР), у части — к посттравматическому росту (post-traumatic growth, ПТР), и оба исхода могут сосуществовать у одного человека [1, 5]. Для психодиагностики кризисных состояний важна не столько констатация уже оформившегося расстройства, сколько раннее

различение вероятного направления реагирования. Стрессоустойчивость обычно рассматривают как ресурс, смягчающий последствия травмы [2], однако её роль как признака, разводящего ПТСР- и ПТР-траектории, изучена слабо. В армянской выборке вопрос обостряется повторной травматизацией в нескольких Арцахских войнах: неясно, сохраняет ли стрессоустойчивость предсказательную силу по мере накопления травматического опыта.

Цель. Установить, в какой мере стрессоустойчивость предсказывает направление постстрессового реагирования — к ПТСР либо к ПТР — у комбатантов в сравнении с военнослужащими без боевого опыта.

Материал и методы. Обследовано 400 человек: 200 комбатантов — участников боевых действий в Армении и Арцахе (группа R1) — и 200 военнослужащих без боевого опыта (группа R2). Применялись методика диагностики стрессоустойчивости В. В. Бойко, Миссисипская шкала ПТСР (военный вариант — 35 пунктов для R1, гражданский — 39 пунктов для R2) и опросник посттравматического роста (PTGI) Tedeschi и Calhoun [5]. Для интерпретации опосредующих переменных привлекались данные по ценностям Schwartz [4] и копинг-стратегиям Lazarus и Folkman [3], собранные на той же выборке. Ввиду отклонения распределения от нормального (критерий Шапиро–Уилка) использовался ранговый корреляционный анализ Спирмена.

Результаты. Стрессоустойчивость показала противоположные по знаку связи с двумя исходами. С симптомами ПТСР корреляция отрицательная в обеих группах, но теснее у комбатантов: $\rho = -0{,}263$ ($p \le 0{,}001$) в R1 против $\rho = -0{,}227$ ($p \le 0{,}01$) в R2. С интегральным показателем ПТР связь положительная и также выше у комбатантов: $\rho = 0{,}279$ ($p \le 0{,}001$) в R1 против $\rho = 0{,}214$ ($p \le 0{,}01$) в R2. У комбатантов вклад стрессоустойчивости концентрируется в доменах личной силы ($\rho = 0{,}295$; $p \le 0{,}001$) и повышения ценности жизни ($\rho = 0{,}251$; $p \le 0{,}001$); у военнослужащих без боевого опыта — в доменах отношения к другим ($\rho = 0{,}185$; $p \le 0{,}01$) и новых возможностей ($\rho = 0{,}159$; $p \le 0{,}05$). Эта разнонаправленность и работает как дифференциально-диагностический признак: при сопоставимом боевом стрессе более высокая стрессоустойчивость смещает реагирование к росту, более низкая — к расстройству. Боевая травма не ослабляет, а усиливает диагностическую роль стрессоустойчивости — по обоим исходам связи в R1 теснее, чем в R2.

Выводы. Стрессоустойчивость обладает дифференциально-диагностической ценностью: её разнознаковые связи с ПТСР и ПТР дают основание использовать её как ранний маркер вероятной траектории постстрессовой адаптации. Боевой опыт эту роль усиливает: у комбатантов связи теснее, а профиль роста смещён к индивидуально-экзистенциальным доменам (личная сила, ценность жизни) против социально ориентированных у группы без боевого опыта. Оценку стрессоустойчивости целесообразно включать в дифференциально-диагностический алгоритм при кризисных состояниях и опирать на неё разделение реабилитацион-

ных задач: для комбатантов — работа со смыслом травмы, для лиц без боевого опыта — активация средовых ресурсов.

Литература

1. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса / Н. В. Тарабрина. — Санкт-Петербург : Питер, 2001. — 268 с. : табл. — (Практикум по психологии). — ISBN 5-272-00399-3.

2. Connor, K. M. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) / K. M. Connor, J. R. T. Davidson // Depression and Anxiety. — 2003. — Vol. 18, no. 2. — P. 76–82. — DOI 10.1002/da.10113.

3. Lazarus, R. S. Stress, appraisal, and coping / R. S. Lazarus, S. Folkman. — New York : Springer Publishing Company, 1984. — XIII, 445 p. — ISBN 0-8261-4190-0.

4. Schwartz, S. H. Universals in the content and structure of values: theoretical advances and empirical tests in 20 countries / S. H. Schwartz // Advances in Experimental Social Psychology. — 1992. — Vol. 25. — P. 1–65. — DOI 10.1016/S0065-2601(08)60281-6.

5. Tedeschi, R. G. The Posttraumatic Growth Inventory: measuring the positive legacy of trauma / R. G. Tedeschi, L. G. Calhoun // Journal of Traumatic Stress. — 1996. — Vol. 9, no. 3. — P. 455–471. — DOI 10.1002/jts.2490090305.

ИССЛЕДОВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ У ЛИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ COVID-19 С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ТЯЖЕСТИ

Фанталова Е. Б., Мешкова П. С.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
elenafantal@yandex.ru

Ключевые слова: эмоциональная сфера, COVID-19.

A STUDY OF THE EMOTIONAL SPHERE IN INDIVIDUALS WHO HAVE SURVIVED COVID-19 WITH VARIOUS SEVERITY

Fantalova E. B., Meshkova P. S.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
elenafantal@yandex.ru

Keywords: emotional sphere, COVID-19.

Введение. К настоящему времени известно, что переживание постковидного синдрома характерно для 70% лиц, переболевших коронави-

русной инфекцией. Последствия перенесения COVID-19 отразилось как на ухудшении когнитивных функций, так и на изменениях эмоциональной сферы, для которых характерны астения, тревожность, аффективная дизрегуляция и др. Изучение специфики постковидного синдрома необходимо для последующей психологической помощи и адаптации переболевшим ковидом лицам, что в совокупности составляет актуальность проведенного исследования [1, 2].

Научная новизна исследования заключается в рассмотрении и исследовании проблемы возникновения астении и аффективных расстройств в постковидном синдроме через призму эмоциональных и психофизиологических особенностей лиц, переболевших COVID-19.

Объектом исследования является выраженность тревожности, депрессии и астении, а также особенности темперамента и характера у взрослых, предметом исследования — проявления данных компонентов эмоциональной сферы у взрослых, переболевших COVID-19.

Гипотеза исследования: у лиц, переболевших COVID-19, по сравнению с неболевшими лицами, в большей степени выражены такие аффективные состояния как тревожность, депрессия и астения, которые проявляются в особенностях темперамента и характера.

Цель. Выявление особенности проявлений темперамента и характера при высоких показателях тревоги, депрессии и астении у взрослых, перенесших COVID-19.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 31 человек, жители Москвы и Московской области. Среди них 16 женщин и 15 мужчин в возрасте от 18 до 31 года. Из них: не болели COVID-19 — 19 человек; переболели COVID-19 — 12 человек.

Опрос проводился через анонимные электронные формы. В проведенном исследовании были использованы следующие методики: анкета для распределения участников исследования на контрольную и экспериментальную группы; батарейный опросник «темперамент-характер» (В. М. Русалов, О. Н. Манолова); самооценка уровня стресса (тест Л. Ридера); оценка истощения жизненных сил и депрессии (тест А. Аппелса); опросник К. Изарда «Основные эмоциональные черты»; шкала самооценки депрессии Зунге; шкала тревоги Спилбергера-Ханина.

Статистическая обработка данных проводилась в программном обеспечении IBM SPSS с использованием U — критерия Манна-Уитни.

Результаты и выводы. Исследование показало, что значимых отличий между экспериментальной и контрольной группами по показателям тревоги, истощения, депрессии и стресса обнаружено не было. При этом было выявлено значимое отличие между группой здоровых лиц и переболевших COVID-19 по показателю эмотивности. Также было обнаружено, что в представленной выборке женщины отличаются большей

тревожностью (в том числе личностной), эмоциональной лабильностью, чувствительностью, интеллектуальной эмоциональностью, которая характеризует личностей, склонных переживать о результатах интеллектуальной деятельности и неудачах в ней.

В практическом плане полученные результаты можно учитывать при оказании психологической помощи лицам, перенесшим COVID-19.

Литература

1. Мелехин, А. И. Постковидный синдром: психологическое обследование и психотерапия / А. И. Мелехин. — URL: https://www.b17.ru/article/postcovid19/ (дата обращения: 06.07.2026).

2. Carod-Artal, F. J. Post-COVID-19 syndrome: epidemiology, diagnostic criteria and pathogenic mechanisms involved / F. J. Carod-Artal // Revista de Neurología. — 2021. — Vol. 72, no. 11. — P. 384–396. — DOI: 10.33588/rn.7211.2021230.

Раздел 3. КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА: ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ И НОВЫЕ МЕТОДИКИ

ДИАГНОСТИКА ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ: ОЦЕНКА ВЫРАЖЕННОСТИ И СТРУКТУРЫ ФЕНОМЕНА

Бичевина Д.С.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
daria.bichevina@gmail.com

Ключевые слова: диагностика, деперсонализация, ESSS, SCI-DER

DIAGNOSIS OF DEPERSONALIZATION: ASSESMENT OF THE SEVERITY AND STRUCTURE OF THE PHENOMENON

Bichevina D.S.
FGBNU RNCPZ, Moscow, Russia
daria.bichevina@gmail.com

Keywords: diagnosis, depersonalization, ESSS, SCI-DER

Введение. Дереализация и деперсонализация представляют собой симптомы, характеризующиеся ощущением нереальности происходящего и отстраненности от собственного «Я» и окружающего мира. Расстройство деперсонализации-дереализации, которое ранее рассматривалось как отдельный феномен, в настоящее время в DSM-5 и МКБ-11 относится к диссоциативным расстройствам. Оно характеризуется стойкими или повторяющимися переживаниями деперсонализации, дереализации или обоих этих состояний одновременно. Деперсонализация определяется как изменение восприятия и ощущение собственного «Я» как странного или нереального, либо как чувство отстраненности от собственных мыслей, чувств, ощущений, тела или действий (или восприятие их со стороны, как наблюдатель). Дереализация определяется как восприятие других людей, предметов или окружающего мира как странных или нереальных. Пациенты часто сообщают о чувстве отчужденности или отстраненности от своих мыслей, тела или реального мира.

Данные о распространённости расстройства деперсонализации-дереализации остаются ограниченными. В одном из первых систематических обзоров эпидемиологии деперсонализации и дереализации Hunter и соав-

торы [1], включавшем исследования, опубликованные с 1966 по октябрь 2002 года, было показано, что при использовании диагностических интервью распространённость в популяционных выборках составляет около 1–2%. При этом преходящие симптомы деперсонализации и дереализации значительно более распространены среди населения: их распространённость в течение жизни, по данным включённых в обзор исследований, составляла 26–74%. Исследования пациентов с деперсонализацией указывают на сопоставимую частоту расстройства у мужчин и женщин и преимущественно ранний дебют: лишь около 5% случаев начинается после 25 лет, а возникновение симптомов после 40 лет наблюдается редко. При этом расстройство может длительное время оставаться нераспознанным; по данным Murphy [2], постановка правильного диагноза занимает в среднем 7–12 лет. Переживания деперсонализации и дереализации могут возникать как преходящие состояния у психически здоровых людей, в том числе в условиях выраженного стресса, физического истощения или эмоционального напряжения. В отдельных исследованиях симптомы деперсонализации и дереализации рассматривались также в связи с феноменом эмоционального выгорания [3]. В клинической практике подобные переживания могут наблюдаться при различных психических расстройствах, включая тревожные и аффективные расстройства, расстройства пищевого поведения, расстройства шизофренического спектра и др. Это создаёт дополнительные сложности для их клинико-психологической диагностики.

Диагностика деперсонализации представляет собой отдельную проблему в связи с многообразием её клинических проявлений и отсутствием единого подхода к их операционализации. Существующие психодиагностические инструменты различаются по концептуальным основаниям, способу оценки и набору феноменов, рассматриваемых в качестве компонентов деперсонализации. Условно диагностический инструментарий может быть разделён на две основные группы [4]. К первой относятся методики, рассматривающие деперсонализацию в рамках более широкого конструкта диссоциации (например, Dissociative Experiences Scale, DES). Использование подобных инструментов позволяет рассматривать переживания, выявляемые при деперсонализации, в контексте более широкого спектра диссоциативных феноменов, однако количество и содержание пунктов, непосредственно посвящённых деперсонализации, в них может быть ограничено. Вторая группа представлена специализированными инструментами, разработанными непосредственно для оценки деперсонализации и дереализации (например, Depersonalization Severity Scale, DSS). Они различаются по продолжительности оцениваемого периода, способу количественной оценки и набору выделяемых симптомов. Наиболее широко применяемым специализированным инструментом является Cambridge Depersonalization Scale (CDS), предназначенная

для оценки частоты и длительности симптомов деперсонализации-дереализации. Таким образом, развитие диагностического инструментария позволило перейти от оценки деперсонализации преимущественно как компонента диссоциации к созданию специализированных методов её изучения. Вместе с тем существующие подходы в основном ориентированы на выявление и количественную оценку симптомов, тогда как структура деперсонализациииостаётся недостаточно изученной. Деперсонализация включает различные феноменологические проявления, которые могут отражать неодинаковые аспекты нарушения переживания собственного «Я». Поэтому перспективным представляется развитие двух взаимодополняющих направлений диагностики: более дифференцированной оценки видов и компонентов деперсонализации и изучения связанных с ними особенностей переживания собственного «Я», включая его телесный аспект. В настоящее время проводится апробация двух диагностических инструментов: Structured Clinical Interview for Depersonalization–Derealization Spectrum (SCI-DER), предназначенного для дифференцированной оценки видов и компонентов деперсонализации, и Embodied Sense of Self Scale (ESSS), направленного на изучение телесного аспекта переживания собственного «Я». В настоящей работе представлены первичные результаты этого этапа исследования.

Цель. Представление первичных результатов апробации SCI-DER и ESSS и изучение взаимосвязи между различными видами и компонентами деперсонализации и особенностями переживания собственного «Я».

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 450 человек, из них 308 пациентов с психическими расстройствами (с аффективными расстройствами, расстройствами шизофренического спектра, расстройствами пищевого поведения), проходивших стационарное лечение в ФГБНУ НЦПЗ, а также в ПКБ №1 в возрасте от 14 до 51 года (средний̆ возраст 23±7,14) и 142 человека, составивших группу условной нормы в возрасте от 18 до 65 лет (средний̆ возраст 28,6±13,2). Все участники заполняли следующие методики:

Cambridge Depersonalization Scale (CDS) — шкала, используемая для оценки частоты и продолжительности симптомов деперсонализации за период, охватывающий последние 6 месяцев [5,6].

Structured Clinical Interview for Depresonalization-Derealization Spectrum (SCI-DER) [7], включающий 49 пунктов, исследующих «наличие» или «отсутствие» симптомов деперсонализации в течение жизни, организованных в четыре субшкалы: (1) дереализация, (2) соматопсихическая деперсонализация, (3) аутопсихическая деперсонализация и (4) аффективная деперсонализация.

Embodied Sense of Self Scale (ESSS) [8], включающая 25 пунктов, организованных в три субшкалы: (1) ощущение принадлежности тела

(sense of ownership), (2) ощущение субъектности/агентности в отношении тела (sense of agency) и (3) нарративное «Я» (narrative self).

Результаты. Надёжность шкал SCI-DER и ESSS оценивалась с использованием коэффициента альфа-Кронбаха для общей шкалы и субшкал. Все основные шкалы SCI-DER демонстрируют достаточную или высокую внутреннюю согласованность как в группе нормы, так и в общей в клинической выборке. В группе нормы коэффициент альфа-Кронбаха по шкале в целом составил 0.923. Отдельные субшкалы варьировались от 0.651 («Аффективная деперсонализация») до 0.856 («Дереализация»). Аналогичные результаты были получены в группе пациентов. Так, в общей клинической выборке коэффициент альфа-Кронбаха по шкале в целом составил 0.929. Отдельные субшкалы варьировались от 0.675 («Аффективная деперсонализация») до 0.844 («Дереализация»). Все основные шкалы ESSS также демонстрируют достаточную или высокую внутреннюю согласованность как в группе нормы, так и в общей в клинической выборке. В группе нормы коэффициент альфа-Кронбаха по шкале в целом составил 0.886. Надежность-согласованность отдельных субшкал составила: 0.731 («Принадлежность»), 0.784 («Нарратив»), 0.760 («Субъектность»). Аналогичные результаты были получены в группе пациентов. Так, в общей клинической выборке коэффициент альфа-Кронбаха по шкале в целом составил 0.877. Надежность-согласованность отдельных субшкал составила: 0.678 («Принадлежность»), 0.804 («Нарратив»), 0.789 («Субъектность»). Для оценки конвергентной валидности шкал SCI-DER и ESSS были проанализированы их связи с Кембриджской шкалой деперсонализации (CDS), которая считается надёжным инструментом для оценки выраженности деперсонализационной симптоматики. Результаты анализа показали, что общий балл по шкале SCI-DER в группе нормы демонстрирует высокую положительную корреляцию с общим баллом по CDS ($r = 0.831$, при $p \leq 0.01$), что подтверждает направленность обеих методик на измерение единого латентного конструкта. Связи между субшкалами SCI-DER и общим баллом по шкале CDS оказались статистически значимыми и положительными. Наибольшее значение коэффициента корреляции было получено для субшкалы соматопсихической деперсонализации ($r = 0.748$, $p \leq 0.01$), несколько ниже — для аутопсихической ($r = 0.657$, $p \leq 0.01$), аффективной ($r = 0.635$, $p \leq 0.01$) и субшкалы дереализации ($r = 0.733$, $p \leq 0.01$). Аналогичные результаты были получены в клинической выборке. Так, общий балл по шкале SCI-DER демонстрирует высокую положительную корреляцию с общим баллом по CDS ($r = 0.829$, при $p \leq 0.01$). Наибольшее значение коэффициента корреляции было получено для субшкалы «Дереализация» ($r = 0.752$, $p \leq 0.01$), несколько ниже — для субшкал «Соматопсиическая деперсонализация» ($r = 0.765$, $p \leq 0.01$), «Аутопсихическая деперсонализация» ($r = 0.741$, $p \leq 0.01$) и субшкалы «Аффективная деперсонализация» ($r = 0.654$, $p \leq 0.01$).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о приемлемой и высокой внутренней согласованности субшкал SCI-DER и ESSS. Статистически значимые взаимосвязи показателей обеих методик с общей выраженностью деперсонализационной симптоматики по CDS могут рассматриваться как предварительные данные в пользу их конвергентной валидности. Использование SCI-DER и ESSS расширяет возможности диагностики деперсонализаци-дереализации. SCI-DER позволяет дифференцировать различные виды деперсонализации, а ESSS — оценивать особенности переживания собственного «Я» по таким аспектам, как принадлежность, нарративное «Я» и субъектность. Их применение позволяет рассматривать деперсонализацию-дереализацию не только с точки зрения выраженности симптоматики, но и с учётом её феноменологической структуры и особенностей переживания собственного «Я».

Литература

1. Hunter EC, Sierra M, David AS. The epidemiology of depersonalisation and derealisation. A systematic review. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2004 Jan;39(1):9-18. doi: 10.1007/s00127-004-0701-4. PMID: 15022041.

2. Murphy RJ. Depersonalization/Derealization Disorder and Neural Correlates of Trauma-related Pathology: A Critical Review. Innov Clin Neurosci. 2023 Jan-Mar;20(1-3):53-59. PMID: 37122581; PMCID: PMC10132272.

3. Wilkhoo HS, Islam AW, Reji F, Sanghvi L, Potdar R, Solanki S. Depersonalization-Derealization Disorder: Etiological Mechanism, Diagnosis and Management. Discoveries (Craiova). 2024 Jun 30;12(2):e190. doi: 10.15190/d.2024.09. PMID: 40093848; PMCID: PMC11910194.

4. Mula M, Pini S, Cassano GB. Gli strumenti di valutazione dei sintomi di depersonalizzazione: una revisione della letteratura [Rating scales for the assessment of depersonalization symptoms: a review]. Epidemiol Psichiatr Soc. 2007 Jul-Sep;16(3):265-70. Italian. PMID: 18020201.

5. Sierra M, Berrios GE. The Cambridge Depersonalization Scale: a new instrument for the measurement of depersonalization. Psychiatry Res. 2000 Mar 6;93(2):153-64. doi: 10.1016/s0165-1781(00)00100-1. PMID: 10725532.

6. Лебедев, С. В. Адаптация и психометрический анализ методов психодиагностики деперсонализации: специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Лебедев Сергей Вячеславович. — Москва, 2004. — 166 с. — EDN NMRNXV.

7. Mula M, Pini S, Calugi S, Preve M, Masini M, Giovannini I, Conversano C, Rucci P, Cassano GB. Validity and reliability of the Structured Clinical Interview for Depersonalization-Derealization Spectrum (SCI-DER). Neuropsychiatr Dis Treat. 2008 Oct;4(5):977-86. doi: 10.2147/ndt.s3622. PMID: 19183789; PMCID: PMC2626926.

8. Asai T, Kanayama N, Imaizumi S, Koyama S, Kaganoi S. Development of Embodied Sense of Self Scale (ESSS): Exploring Everyday Experiences Induced by Anomalous Self-Representation. Front Psychol. 2016 Jul 5;7:1005. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01005. PMID: 27458403; PMCID: PMC4932106.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОБРАЗА ТЕЛА ПРИ ШИЗОФРЕНИИ, ЭНДОГЕННЫХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ И КЛИНИЧЕСКОМ ВЫСОКОМ РИСКЕ ПСИХОЗА

Буташин А. Д.[1] ✉, Иванова Е. М.[2, 3]
[1] ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского», Москва, Россия
[2] ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
[3] ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова», Москва, Россия
✉ butashinandrey@gmail.com

Ключевые слова: телесность, образ тела, шизофрения, аффективные расстройства, клинический высокий риск психоза.

COMPARATIVE ANALYSIS OF BODY IMAGE IN SCHIZOPHRENIA, ENDOGENOUS AFFECTIVE DISORDERS, AND CLINICAL HIGH RISK FOR PSYCHOSIS

Butashin A. D.[1] ✉, Ivanova E. M.[2, 3]
[1] V. P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
[2] Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
[3] N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
✉ butashinandrey@gmail.com

Keywords: corporeality, body image, schizophrenia, mood disorders, clinical high risk for psychosis.

Введение. Изучение образа тела позволяет сопоставить особенности восприятия тела, отношения к нему и представлений о здоровье при разных психических расстройствах. Разграничение перцептивного, когнитивно-аффективного и концептуального компонентов образа тела на основе модели S. Gallagher [3] задает единые основания для такого сравнения.

Цель. Провести сравнительный анализ особенностей образа тела при шизофрении, эндогенных аффективных расстройствах и клиническом высоком риске психоза (КВР-П).

Материал и методы. Обследованы 110 человек 18–28 лет: 30 пациентов с шизофренией, 30 — с биполярным аффективным и рекуррентным депрессивным расстройствами, 20 — с непсихотическими расстройствами и признаками КВР-П, 30 условно здоровых участников. В каждой группе мужчины и женщины представлены поровну. Пациенты с КВР-П госпитализированы по поводу депрессивного эпизода с аттенуированными психотическими симптомами.

Применялись структурированное интервью, «Рисунок человека», Мультимодальный опросник отношения к собственному телу (MBSRQ), Опросник образа собственного тела (OOCT) и Торонтская шкала алекситимии (TAS-20). Экспериментально-психологическое исследование использовалось для верификации патопсихологического синдрома. Значения p приведены с поправкой Бонферрони; критерии указаны при соответствующих результатах. Частоты без указания p сопоставляются описательно. Исследование одобрено ЛЭК ФГБНУ НЦПЗ (протокол № 914-1 от 24.01.2023).

Результаты и обсуждение.

Перцептивный компонент. Непротиворечивость описаний тела наиболее характерна для пациентов с шизофренией (97%); при КВР-П она встречаается реже (65%; точный критерий Фишера, $p = 0,027$), а при аффективных расстройствах — менее чем у половины пациентов (43%). Содержание противоречий также различается: при аффективных расстройствах 37% пациентов приписывают телу взаимоисключающие качества (соматоперцептивная амбивалентность), тогда как при КВР-П у 30% выявляется расхождение телесного и психического самоощущения с переживанием тела как чужого (соматоперцептивная дивергенция). При шизофрении дивергенция отмечена у 3%; различие с КВР-П статистически не подтверждено (точный критерий Фишера, $p = 0,074$). G. Stanghellini и соавт. [1] описывают изменения телесных переживаний при депрессии; в нашем исследовании уточняется именно противоречивость субъективных характеристик тела при аффективных расстройствах.

Когнитивно-аффективный компонент. Все клинические группы объединяют редкость непротиворечивого положительного отношения к телу (0-10% против 67% в контроле) и более высокие показатели алекситимии (U-критерий Манна-Уитни, $p \leq 0,005$ в сравнениях с контролем).

Эмоциональная обедненность рисунков также встречается во всех клинических группах: чаще всего при шизофрении (70%), реже при КВР-П (60%) и аффективных расстройствах (43%); в контроле — 3%. В интервью снижение эмоционального реагирования на тело численно преобладает при шизофрении (37% против 10% при аффективных расстройствах, 5% при КВР-П и 0% в контроле). Различие между шизофренией и КВР-П не достигает статистической значимости (точный критерий Фишера, $p = 0,096$). Таким образом, профиль шизофрении выделяется обеднением

эмоционального содержания и самих рисунков, и высказываний пациентов о теле; в остальных клинических группах такие ответы в интервью встречаются реже, чем эмоционально выхолощенные рисунки.

Пациентов с аффективными расстройствами и КВР-П объединяет неудовлетворенность телом: относительно контроля ниже оцениваются внешность и удовлетворенность отдельными параметрами тела по MBSRQ (при аффективных расстройствах $p = 0{,}036$ и $p = 0{,}027$; при КВР-П оба $p < 0{,}001$), выше оказывается неудовлетворенность телом по OOCT (оба $p < 0{,}001$; U-критерий Манна–Уитни). При шизофрении таких различий с контролем не выявлено, что согласуется с данными O. Sakson-Obada и соавт. [2]. При этом сниженное эмоциональное реагирование и неудовлетворенность телом характеризуют разные сочетания особенностей образа тела. При аффективных расстройствах эти особенности дополняются разнонаправленными переживаниями в отношении тела (43%) и изменением отношения к нему вслед за настроением (33%).

Концептуальный компонент. Клинические группы сходны: лишь около половины пациентов считают психическое и физическое здоровье равно значимыми (43% при шизофрении и аффективных расстройствах, 50% при КВР-П), тогда как в контроле так считает большинство (90%).

Выводы. Клинические группы объединяют редкость положительного непротиворечивого отношения к телу, повышенная алекситимия, эмоциональная выхолощенность проективной рисуночной продукции и более редкое признание равной значимости психического и физического здоровья. Различия заключаются в сочетаниях особенностей: при шизофрении — непротиворечивость восприятия и обеднение эмоционального реагирования на тело; при аффективных расстройствах — противоречивость восприятия, амбивалентность и лабильность отношения к телу; при КВР-П — неудовлетворенность телом и отмеченное у части пациентов переживание его отчуждения.

Литература

1. Abnormal body phenomena in persons with major depressive disorder / G. Stanghellini, M. Ballerini, A. V. Fernandez [et al.] // Psychopathology. — 2021. — Vol. 54, no. 4. — P. 203–213. — DOI 10.1159/000514642.

2. Body image and body experience disturbances in schizophrenia: an attempt to introduce the concept of body self as a conceptual framework / O. Sakson-Obada, P. Chudzikiewicz, D. Pankowski, M. Jarema // Current Psychology. — 2018. — Vol. 37, no. 1. — P. 390–400. — DOI 10.1007/s12144-016-9526-z.

3. Gallagher, S. Dimensions of embodiment: body image and body schema in medical contexts / S. Gallagher // Handbook of Phenomenology and Medicine / ed. by S. K. Toombs. — Dordrecht : Kluwer Academic Publishers, 2002. — P. 147–175. — DOI 10.1007/978-94-010-0536-4_8.

ПРОФИЛИ САМОРЕГУЛЯЦИИ И ИХ СВЯЗЬ С СОВЛАДАЮЩИМ ПОВЕДЕНИЕМ В ОЦЕНКЕ РИСКА АГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Гиленко Т. Д., Шеховцова Е. С.
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского», Москва, Россия
gilenko.t@serbsky.ru
shekhovtsova.e@serbsky.ru

Ключевые слова: профили саморегуляции, агрессивность, расстройства личности, судебно-психиатрическая экспертиза, самоконтроль.

SELF-REGULATION PROFILES AND THEIR RELATIONSHIP TO COPING BEHAVIOR IN THE ASSESSMENT OF AGGRESSIVE BEHAVIOR RISK AMONG INDIVIDUALS WITH PERSONALITY DISORDERS

Gilenko T. D., Shekhovtsova E. S.
V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology of the Ministry of Health of the Russian Federation, Department of Psychogenic Disorders and Personality Disorders, Moscow, Russia
gilenko.t@serbsky.ru
shekhovtsova.e@serbsky.ru

Keywords: self-regulation profile, aggression, personality disorders, forensic psychiatric evaluation, self-control.

Введение. Агрессивные противоправные деяния, совершаемые лицами с расстройствами личности (РЛ), представляют одну из центральных проблем судебной психиатрии и криминальной психологии. Расстройства личности занимают особое место среди психических расстройств, не исключающих вменяемости, однако существенно влияющих на способность к произвольной регуляции поведения, что определяет их значимость для судебно-психиатрической экспертизы.

Саморегуляция как системная характеристика личности является одним из ключевых факторов, определяющих устойчивость поведения в сложных и фрустрирующих обстоятельствах. В концепции В. И. Моросановой осознанная саморегуляция рассматривается как интегральная система психической активности, включающая процессы планирования, моделирования, программирования и оценки результатов, а также регуляторно-личностные свойства — гибкость и самостоятельность. Нарушения в отдельных звеньях этой системы могут создавать условия для дезадаптивного, в том числе агрессивного, реагирования.

Вместе с тем связь между конкретными профилями саморегуляции и стратегиями совладающего поведения у лиц с РЛ, совершивших агрессивные деяния, остается недостаточно изученной. Сравнительный анализ лиц с РЛ, психически здоровых правонарушителей и психически здоровых лиц без правонарушений позволяет выделить специфические психологические факторы, связанные как с расстройством личности, так и с агрессивным противоправным поведением как таковым.

Цель исследования — изучить профили саморегуляции и их взаимосвязь с совладающим поведением, эмоциональным реагированием, личностным функционированием, самоконтролем, агрессивностью и толерантностью к неопределенности у лиц с расстройством личности, совершивших агрессивные противоправные деяния, в сравнении с психически здоровыми лицами, совершившими агрессивные правонарушения, и психически здоровыми лицами без правонарушений.

Материал и методы. Выборку составили три группы испытуемых. Группа 1 (n = 50) — лица с расстройством личности (F60–F69 по МКБ-10), проходившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в связи с совершением агрессивных противоправных деяний. Группа 2 — психически здоровые лица, совершившие агрессивные правонарушения (n = 30). Группа 3 (n = 33) — психически здоровые лица, не совершавшие правонарушений (группа нормативного сравнения). Всего в исследовании участвовало 113 респондентов.

Применялись следующие психодиагностические методики: «Стилевой опросник саморегуляции поведения» (ССПМ) В. И. Моросановой; «Опросник копинг-стратегий COPE» (Carver et al.); использован опросник NEO-Five Factor Inventory (NEO-FFI) в адаптации В. Е. Орла, И. Г. Сенина; Шкала уровня функционирования личности (Level of Personality Functioning Scale; LPFS-SR); личностный самоопросник — Personality Inventory for ICD-11 — PiCD; методика изучения Самоконтроля (Грасмик Х., 1993, в адаптации Булыгиной В. Г., Абдразяковой А. М., 2009); опросник В. Э. Мильмана; «Опросник агрессивности» Басса–Перри; «Новый опросник толерантности к неопределенности» Т. В. Корниловой.

Для выделения профилей саморегуляции в группе с расстройством личности применялся анализ латентных профилей (Latent Profile Analysis, LPA) на основе шкал планирования, моделирования, программирования и оценивания результатов методики В. И. Моросановой. Были проанализированы на пригодность 16 моделей с различными ограничениями параметров. На основании наиболее низких значений информационных критериев AIC и BIC, а также показателей теста отношения правдоподобия (BLRT) в качестве оптимальной была выбрана трехпрофильная модель с равными дисперсиями и нулевой ковариацией.

Для сравнения трех групп и трех профилей применялся непараметрический критерий Краскела–Уоллиса с попарными сравнениями методом Двасса–Стила–Кричлоу–Флигнера (DSCF). Для анализа эмоциональных характеристик использовались таблицы сопряженности с критерием χ^2. Для оценки вклада переменных применялся дискриминантный анализ с построением ROC-кривых для проверки качества дискриминантных моделей. Уровень статистической значимости принят $p < 0,05$.

Результаты. Сравнение трех групп по шкалам ССПМ показало, что лица с РЛ (группа 1) демонстрируют значимо более низкий уровень саморегуляции по ключевым шкалам по сравнению со здоровыми группами: моделирование ниже, чем у здоровых правонарушителей ($p < 0,001$) и нормативной группы ($p = 0,034$); планирование ниже, чем в норме ($p = 0,014$); оценивание результатов ниже, чем у здоровых правонарушителей ($p = 0,005$); гибкость ниже нормы ($p = 0,005$). Лиц с РЛ характеризует выраженная ригидность когнитивного контроля ($p < 0,05$), меньшая толерантность к неопределенности ($p < 0,05$), недостаточный анализ ситуации выбора и импульсивность в принятии решений ($p < 0,001$), трудности создания новых стратегий поведения и использования новой информации ($p < 0,05$). Таким образом, принадлежность к группе с РЛ сопряжена с системным снижением регуляторных возможностей. Также было установлено, что нарушения выявленные нарушения саморегуляции (в частности трудности планированию своей деятельности, недостаточная адекватность оценки поведения и несогласованность процесса саморегуляции) оказывают существенное влияние на выбор агрессивной стратегии разрешения конфликта у лиц с РЛ ($p < 0,05$, AuROC = 97,3%, Se = 96,2%, Sp = 97,4%).

По показателям личностной патологии (PiCD) группа 1 значимо превышает обе группы здоровых по негативной аффективности ($p = 0,004$ и $p < 0,001$ соответственно), растормаживанию ($p = 0,014$ относительно нормы) и отстраненности ($p = 0,002$ относительно нормы), что отражает специфику клинической картины расстройства личности.

По уровню личностного функционирования (LPFS-SR) группа 1 демонстрирует наиболее выраженные нарушения идентичности и самонаправленности по сравнению с обеими здоровыми группами ($p < 0,001$ и $p = 0,002$). При этом группа 2 (здоровые правонарушители) также значимо уступает нормативной группе по общему баллу ($p = 0,027$), что указывает на субклинические нарушения личностного функционирования даже у психически здоровых лиц с противоправным поведением.

По показателям диспозиционной агрессивности (методика Басса–Перри) группа 1 значимо превышает группу 2 по физической агрессии ($p = 0,019$), гневу ($p = 0,009$) и вербальной агрессии ($p = 0,017$), а обе группы — по враждебности ($p < 0,001$). Соответственно, лица с РЛ, со-

вершившие агрессивные правонарушения, отличаются более высоким уровнем диспозиционной агрессивности по сравнению со здоровыми независимо от наличия правонарушений в анамнезе.

По копинг-стратегиям группа 1 значимо уступает нормативной группе по активному совладанию ($p = 0,004$), планированию ($p < 0,001$), позитивному переопределению ситуации ($p < 0,001$), использованию инструментальной поддержки ($p < 0,001$) и принятию ($p = 0,004$). Обе группы правонарушителей значимо реже прибегают к юмору как копингу по сравнению с нормой ($p < 0,001$). При этом группа 1 значимо чаще использует отрицание ($p = 0,005$ и $p < 0,001$ по сравнению с обеими здоровыми группами) и избегание ($p = 0,017$ по сравнению со здоровыми правонарушителями).

Обе группы правонарушителей значимо уступают нормативной группе по шкале толерантности к неопределенности ($p = 0,001$ и $p = 0,023$ соответственно): сниженная толерантность к неопределенности является общей характеристикой лиц с агрессивным противоправным поведением вне зависимости от наличия диагноза РЛ. Группа 1 дополнительно демонстрирует более низкую межличностную интолерантность к неопределенности, чем группа 2 ($p < 0,001$).

Профили саморегуляции в группе с расстройством личности. По результатам анализа латентных профилей в группе 1 выделены три профиля саморегуляции, различающихся по структуре регуляторных процессов.

Профиль А ($n = 14$, медиана общего уровня = 38) — высокий гармоничный профиль: максимальные значения по всем шкалам ССПМ (планирование — 7, моделирование — 6, программирование — 7, оценивание результатов — 7, гибкость — 5,5, самостоятельность — 6). Все регуляторные звенья развиты согласованно, что обеспечивает высокую эффективность целеполагания, анализа условий и контроля результатов деятельности.

Профиль В ($n = 13$, медиана общего уровня = 29) — дисгармоничный профиль: высокое планирование (медиана 7, сопоставимо с профилем А) при минимальных показателях моделирования (медиана 3) и сниженном оценивании результатов (медиана 4). Лица данного профиля способны формулировать цели, однако испытывают трудности в выделении значимых условий для их достижения и при анализе результатов собственной деятельности, что создает разрыв между целеполаганием и его эффективной реализацией.

Профиль С ($n = 18$, медиана общего уровня = 25) — дефицитарный профиль: минимальные значения планирования (медиана 2,5) и гибкости (медиана 3) при относительно сохранном моделировании (медиана 4,5). Лица данного профиля испытывают наибольшие трудности в постановке целей и адаптации поведения к изменяющимся условиям, что определяет реактивный, ситуативный стиль деятельности.

Сравнение трех профилей по дополнительным методикам выявило значимые различия по копинг-стратегиям. Профиль А отличается наиболее адаптивным совладающим поведением: наибольшим активным совладанием ($\chi^2 = 16{,}32$, $p < 0{,}001$; А > В, $p = 0{,}005$; А > С, $p < 0{,}001$), наибольшим использованием планирования как копинга ($\chi^2 = 13{,}62$, $p = 0{,}001$; А > В, $p = 0{,}021$; А > С, $p = 0{,}002$) и наименьшим избеганием ($\chi^2 = 9{,}42$, $p = 0{,}009$; А < В, $p = 0{,}027$; А < С, $p = 0{,}017$). Профиль А также в большей мере подавляет конкурирующую деятельность для решения актуальной задачи (А > С, $p = 0{,}040$) и отличается большей добросовестностью как личностной чертой по NEO-FFI (А > С, $p = 0{,}036$).

По показателям самоконтроля (шкала Грасмика) профили В и С демонстрируют большее предпочтение простых задач по сравнению с профилем А (В > А, $p = 0{,}031$; С > А, $p = 0{,}003$), а профиль С — более выраженную склонность к аффективному раздражению (С > А, $p = 0{,}021$ и $\chi^2 = 7{,}09$, $p = 0{,}029$). По проявлению астенических эмоций во фрустрирующих обстоятельствах профиль В значимо превышает профиль А ($\chi^2 = 11{,}93$; $p = 0{,}003$), что соответствует данным таблицы сопряженности: профиль А преимущественно демонстрирует стенический эмоциональный ответ на фрустрацию (92%), тогда как профили В и С — преимущественно астенический (62% и 56% соответственно; $\chi^2 = 9{,}58$; $p = 0{,}008$).

Диспозиционная агрессивность (Басс–Перри) и толерантность к неопределенности (НОТН) не показали значимых различий между тремя профилями ($p > 0{,}05$ по всем шкалам).

Обсуждение результатов. Полученные данные позволяют выделить два уровня психологических закономерностей: межгрупповой (специфика лиц с РЛ по сравнению со здоровыми) и внутригрупповой (дифференциация профилей саморегуляции внутри группы с РЛ).

На межгрупповом уровне ключевой закономерностью является снижение регуляторных возможностей у лиц с РЛ по ключевым шкалам ССПМ в сравнении со здоровыми группами. Это сочетается с нарушениями личностного функционирования, более высокой диспозиционной агрессивностью и выраженной дисфункциональностью совладающего поведения: лица с РЛ достоверно реже используют активное совладание, планирование и позитивное переопределение ситуации и достоверно чаще прибегают к отрицанию и избеганию. Подобное сочетание сниженной саморегуляции и дезадаптивного копинга формирует определенный фон, способствующий реализации агрессивного поведения в условиях фрустрации.

Следует заметить, что сниженная толерантность к неопределенности является общей характеристикой обеих групп правонарушителей в срав-

нении с нормой, независимо от наличия диагноза РЛ. Это может свидетельствовать о роли интолерантности к неопределенности как самостоятельного фактора риска агрессивного противоправного поведения, заслуживающего внимания в рамках как экспертной оценки риска, так и превентивной работы. Примечательно также, что здоровые правонарушители уступают нормативной группе по уровню личностного функционирования, что указывает на субклинические нарушения идентичности и самонаправленности даже в отсутствие диагностируемого расстройства личности.

На внутригрупповом уровне выделенные профили саморегуляции обнаруживают последовательную, клинически логичную взаимосвязь с совладающим поведением: чем выше и гармоничнее развита система саморегуляции, тем более адаптивными являются копинг-стратегии. Профиль А, характеризующийся наиболее высоким и согласованным уровнем всех регуляторных процессов, одновременно демонстрирует наибольшее активное совладание, планирование, наименьшее избегание и наименьшее предпочтение простых задач. Стенический характер эмоционального реагирования в фрустрирующих ситуациях у лиц этого профиля (92% случаев) указывает на мобилизующий, активационный ответ на фрустрацию, что в сочетании с развитой системой саморегуляции делает их агрессивные деяния скорее целенаправленными, нежели импульсивными.

Профиль В отличается структурным дисбалансом: высокое планирование при дефиците моделирования и оценивания результатов формирует разрыв между постановкой целей и их реализацией. Астенический эмоциональный ответ на фрустрацию в сочетании с умеренно сниженным активным совладанием характеризует данный профиль как уязвимый в ситуациях, требующих гибкого оперативного реагирования: систематическое несоответствие между намерениями и их реализацией может накапливать фрустрацию и служить почвой для аффективной агрессии.

Профиль С, наиболее дефицитарный по уровню саморегуляции, характеризуется наиболее выраженным аффективным раздражением, наибольшим предпочтением простых задач и наибольшей дисфункциональностью копинга. Реактивный, ситуативно-зависимый стиль поведения при минимальных возможностях планирования и оценки последствий создает условия для импульсивных, мало опосредованных форм агрессивного реагирования.

Принципиально важным является то, что все три профиля не различаются по уровню диспозиционной агрессивности. Иными словами, базовый уровень агрессивности одинаков во всех группах. Дифференцирующим фактором выступает не сама агрессивность, а характер регуляторной системы и совладающего поведения, определяющий форму и механизм ее поведенческой реализации. Данный вывод имеет прямое

значение для экспертной практики: оценка риска агрессии, основанная исключительно на показателях агрессивности, является недостаточной без учета регуляторного профиля личности.

Выводы.

1. Лица с расстройством личности, совершившие агрессивные противоправные деяния, демонстрируют значимо более низкий уровень саморегуляции по ключевым шкалам ССПМ (моделирование, планирование, оценивание результатов, гибкость) по сравнению с психически здоровыми группами, что сочетается с нарушениями личностного функционирования, более высокой диспозиционной агрессивностью и дезадаптивным копингом (преобладание отрицания и избегания, дефицит активного совладания).

2. Сниженная толерантность к неопределенности является общей психологической характеристикой лиц с агрессивным противоправным поведением вне зависимости от наличия расстройства личности, что позволяет рассматривать ее как самостоятельный фактор риска агрессии.

3. На основе анализа латентных профилей в группе с РЛ выделены три профиля саморегуляции: высокий гармоничный (профиль А), дисгармоничный (профиль В) и дефицитарный (профиль С), различающиеся по структуре регуляторных процессов и соответствующих качественно различным механизмам реализации агрессивного поведения.

4. Между уровнем саморегуляции и адаптивностью копинг-стратегий обнаружена последовательная прямая взаимосвязь: профиль А с наиболее высокой и гармоничной саморегуляцией демонстрирует наиболее адаптивное совладание и стенический эмоциональный ответ во фрустрирующих обстоятельствах, тогда как профили В и С — прогрессивное снижение адаптивности копинга, нарастание астенических и раздражительных реакций, предпочтение избегания как совладающего поведения.

5. Диспозиционная агрессивность не дифференцирует профили саморегуляции: уровень агрессивности одинаков во всех трех профилях. Предиктором конкретной формы агрессивного поведения выступает структура регуляторной системы, характер совладания и эмоционального реагирования, а не «количество» агрессивности как таковой.

6. Полученные результаты обосновывают необходимость учета профиля саморегуляции в практике судебно-психиатрической экспертизы при оценке риска агрессии, а также при разработке дифференцированных программ психокоррекции: для профиля А — работа с каналами реализации стенических аффектов и развитие просоциальных стратегий совладания; для профиля В — развитие моделирования и навыков анализа результатов деятельности; для профиля С — формирование базовых навыков целеполагания и планирования.

БЕСЕДА В СТРУКТУРЕ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Головчак Е. С.
ФГБОУ ВО «МГУ им. М. В. Ломоносова», Москва, Россия
golovchakes@mail.ru

Ключевые слова: патопсихологическое обследование, клинико-психологическая беседа, параноидная шизофрения, феноменологическая позиция исследователя, коммуникативная ситуация.

THE CLINICAL INTERVIEW WITHIN PATHOPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF PATIENTS WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA

Golovchak E. S.
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
golovchakes@mail.ru

Keywords: pathopsychological assessment; clinical interview; paranoid schizophrenia; phenomenological position of examiner; communicative situation.

Введение. Патопсихологическое исследование традиционно направлено на выявление нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности, однако диагностически значимый материал не исчерпывается результатами выполнения отдельных методик. Б. В. Зейгарник подчеркивала необходимость целостного анализа личности больного и рассматривала беседу и наблюдение за поведением пациента наряду с экспериментальным исследованием как значимые составляющие работы патопсихолога [3]. С. Я. Рубинштейн, раскрывая основные принципы патопсихологического исследования, отмечала значение не только результата выполнения задания, но и особенностей деятельности пациента, включая способ выполнения, отношение к помощи и замечаниям экспериментатора [4].

Дальнейшее развитие этих положений представлено в работах Н. С. Бурлаковой и В. И. Олешкевича, где патопсихологическое исследование понимается как контролируемая коммуникативная ситуация, в которой взаимодействие исследователя и пациента становится условием порождения диагностического материала [2]. Н. С. Бурлакова рассматривает беседу как специально организованное взаимодействие процессов экстериоризации и проекции, посредством которых внутренние содержания получают внешнее выражение в ситуации общения с Другим [1]. Таким образом, анализ диагностического материала предполагает также и учет позиции исследователя. Н. С. Бурлакова и В. И. Олешкевич различают две такие позиции:

объективную и феноменологическую (или эмоционально-субъективную) [2]. При этом феноменологическая не требует изменения стандартной организации обследования, а определяет способ обращения с получаемыми данными с учетом его субъективного содержания и контекста возникновения.

Целью настоящего исследования стало описать возможности анализа коммуникативного материала, получаемого в ходе патопсихологического обследования, и выявить особенности его организации у пациентов с различной степенью сохранности личности.

Материал и методы. Исследование выполнено в качественной парадигме на материале подробно запротоколированных патопсихологических обследований 7 пациентов с верифицированным диагнозом «параноидная шизофрения». Анализ полученного материала включал тематический анализ беседы до, во время и после выполнения патопсихологических методик, сопоставительный анализ жалоб и субъективного самочувствия, самоописания, а также коммуникативной ситуации с опытным специалистом. При тематическом анализе беседы фиксировались содержательно-смысловые категории в ответных либо спонтанных высказываниях пациента, их субъективная значимость и эмоциональная насыщенность, а также смысловые связи и динамика появления. При анализе жалоб и самочувствия учитывались спонтанность, степень отнесенности переживаний к Я («мое самочувствие»), способ их предъявления, степень конкретности, локализация источника страдания, динамика оценки собственного состояния и соответствие другим данным обследования. Самоописание как отражение более рефлексивного слоя («кто я») рассматривалось с точки зрения его развернутости, характера презентации Я и Другого, а также критичности к своим высказываниям и соответствия данным медицинской документации. В коммуникативной ситуации оценивались способ установления и поддержания контакта, активность и спонтанность, дистанция, динамика и устойчивость контакта, а также характер реагирования на присутствие Другого.

Таким образом, анализ позволял двигаться от более непосредственно и осознанно предъявляемого материала (беседы и самоописания) к характеристикам базового самоощущения (жалобам и самочувствию) и проявлениям Я в непосредственном контакте с Другим здесь-и-сейчас.

Результаты. При сопоставлении пациентов с параноидной шизофренией с различной степенью сохранности личности выявлены различия как в содержательной организации вербального материала, так и в характере коммуникативного взаимодействия со специалистом. У пациентов с выраженными изменениями личности (стаж заболевания 10 лет и более) темы были немногочисленны и жестко сцеплены в ригидную структуру; смысловое пространство организовывалось преимущественно вокруг внешней угрозы и защиты от нее. Базовое самоощущение было грубо нарушено или недоступно: пациенты не могли высказаться по поводу своего самочувствия, какие-либо

жалобы отсутствовали либо были включены в бредовую структуру. Самоописание было ригидным и редуцированным до упрощенных социальных штампов и клише. Образ Другого, как показал анализ коммуникации и высказываний пациента, чаще приобретал обезличенный, функциональный или угрожающий облик. Контакт, несмотря на смену коммуникативных позиций специалиста, носил формальный, монологичный или местами разорванный характер, сопровождался дистанцированием, закрытостью и нечувствительностью к социальному контексту; в отдельных случаях отмечались выраженные нарушения понимания коммуникативной ситуации.

При относительно сохранной личности у пациентов (стаж заболевания до 5 лет) темы были более разнообразными, но внутренне противоречивыми и флуктуирующими; смысловое пространство организовывалось вокруг внутреннего конфликта и амбивалентности. Доступ к базовому самоощущению был относительно сохранен, но искажен; жалобы чаще интеллектуализировались (описывались через отвлеченные или психиатрические термины), либо экстернализировались (причины приписывались внешним обстоятельствам). Самоописание было более развернутым, но внутренне противоречивым и конфликтным, при этом могли непосредственно проявляться противоречия между различными характеристиками Я. Другой чаще выступал как эмоционально значимый, но амбивалентный; отмечалась чувствительность к оценке со стороны собеседника. Контакт сохранял диалогический характер, но оставался неравномерным, с флуктуацией дистанции, тревожным ожиданием оценки, затруднениями самораскрытия и изменениями степени вовлеченности в коммуникацию. Однако сохранялась готовность к трансформации коммуникативных проявлений в зависимости от смены коммуникативных позиций специалиста.

Выводы. Беседа в ситуации патопсихологического обследования представляет собой важный источник диагностического материала, который следует рассматривать в связи со всем ходом исследования: до, во время и после выполнения экспериментальных методик. Ее анализ не требует изменения стандартной процедуры и включает тематический анализ беседы, анализ жалоб и самочувствия, самоописания и коммуникативной ситуации.

Анализ беседы в выработанном ключе позволяет оценивать изменения структуры самосознания и личности пациента вне отрыва от его поведения и особенностей участия в коммуникации с патопсихологом. Феноменологическая позиция исследователя в данном случае выступает как контролируемое коммуникативное средство в момент проведения беседы и как способ более полного использования диагностических данных при их анализе. Сопоставление полученного материала с результатами выполнения патопсихологических методик и клинико-анамнестическими данными позволяет более дифференцированно описывать особенности личности и самосознания пациента в условиях единой контролируемой коммуникативной ситуации.

Литература

1. Бурлакова Н. С. Экстериоризация и проекция в беседе с больным в патопсихологическом эксперименте // Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения : материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. Москва, 23 сентября 2011 г. — М. : МГППУ, 2012. — С. 37–40.

2. Бурлакова, Н. С. Развитие практики и методологии патопсихологического эксперимента : традиция московской школы патопсихологии / Н. С. Бурлакова, В. И. Олешкевич. — Москва : Издательство Московского университета, 2020. — 271, [1] с. — ISBN 978-5-19-011544-4.

3. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учебник / Б. В. Зейгарник. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Московского университета, 1986. — 286, [1] с.

4. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : практическое руководство / С. Я. Рубинштейн. — Москва : Апрель Пресс : Психотерапия, 2010. — 224 с. — ISBN 978-5-903182-70-1.

МЕДИЦИНСКИЙ ДИАГНОЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ДЕПРЕССИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ

Гребень Н. Ф., Голубева Т. С., Гамова А. В.,
Музычина Е. К., Масло А. И.
РНПЦ психического здоровья, Минск, Беларусь
grenat810@gmail.com

Ключевые слова: депрессия, диагноз, патопсихологическая диагностика, психометрические шкалы.

MEDICAL DIAGNOSIS AND PATHOPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT RESULTS IN DEPRESSIVE DISORDERS

Hreben N. F., Golubeva T. S., Gamova A. V.,
Muzychina E. K., Maslo A. I.
Republican Scientific and Practical Center for Mental Health, Minsk, Belarus
grenat810@gmail.com

Keywords: depression, diagnosis, pathopsychological assessment, psychometric scales.

Введение. Депрессия — распространенное во всем мире заболевание, от которого, по оценкам ВОЗ, страдает 5,7% взрослого населения мира [1].

Согласно официальным статистическим данным в Республике Беларусь заболеваемость населения депрессивными расстройствами по данным на 2023 г. составила 106,74 на 100 000 населения, или 0,1% взрослого населения [4]. Это свидетельствует о низкой частоте обращаемости за медицинской помощью в государственные организации здравоохранения, и, следовательно, недодиагностированностью данного расстройства у взрослого населения Беларуси.

Несмотря на высокую распространенность расстройств депрессивного спектра имеются определенные трудности в их объективной диагностике: клиническая разнородность депрессивных состояний; сложности дифференциальной диагностики в связи с коморбидностью депрессивных расстройств; дефицит валидных психодиагностических инструментов, пригодных для практического использования; определенная «легкость» симуляции или метасимуляции депрессивной симптоматики [2].

Согласно клиническому протоколу «Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население)» (утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 08.11.2022 г. № 108) в качестве основной психометрической методики обозначен тест «Опросник депрессии Бека» [3]. Однако, как свидетельствуют литературные источники, данный инструментарий не является достаточно объективным и научно обоснованным [5].

Целью исследования было изучение соответствия установленного медицинского диагноза и результатов патопсихологической диагностики, а также согласованности результатов психометрической оценки тяжести депрессивных расстройств, установленных с помощью разных тестов на депрессию.

Материал и методы исследования. Выборку исследования составили 57 пациентов в возрасте от 18 до 60 лет с расстройствами депрессивного спектра в соответствии с критериями МКБ10 (F32, F33), находящиеся на стационарном лечении, 36 мужчин (63,2%) и 21 женщина (36,8%). Средний возраст пациентов: 36,9±1,9 лет. Для обеспечения точности в оценке тяжести депрессивной симптоматики патопсихологическая диагностика проводилась в первые 10 дней госпитализации.

Для выявления и оценки тяжести депрессивной симптоматики применялись следующие методики: Опросник депрессии Бека (BDI, A. T. Бек, 1978, адаптация 1992), Самоопросник депрессии (PHQ-9, K. Kroenke, R. Spitzer, 2001), Опросник большой депрессии (MDI, P. Bech, N. A. Rasmussen, L. R. Olsen, V. Noerholm, W. Abildgaard, 2001), Шкала депрессии центра эпидемиологических исследований (CES-D, L. Radloff, 1977), Шкала депрессии Цунга (W. W. Zung, 1965).

Статистический анализ проводили с использованием программного обеспечения Microsoft Excel 2010, IBM SPSS Statistics 23.0. Проведен описательный и аналитический статистический анализ данных с использова-

нием общепринятых статистических методов (описательная статистика, корреляционный анализ, таблицы сопряженности, критерий Фишера).

Результаты. На первом этапе с помощью таблиц сопряженности были сопоставлены распределения степени тяжести (легкой, средней, тяжелой) депрессивной симптоматики по переменным — медицинский диагноз и патопсихологический, установленный с помощью разного психометрического инструментария. Согласованность между медицинским диагнозом и тестом «PHQ-9» составила 47,4 %, тестом «MDI» — 28,1 %, тестом «CES-D» — 15,8 %, тестом «BDI» –28,1 %, тестом «Шкала депрессии Цунга» — 15,8 %. При этом связи между тяжестью медицинского и патопсихологического диагноза по всем тестам оказались не значимыми.

Корреляционный анализ показал, что между пятью задействованными тестами наблюдаются положительные связи с коэффициентами от 0,391 до 0,745, что по силе соответствует умеренному, среднему и сильному уровням. При этом сильные взаимосвязи наблюдались между методиками только дважды: «MDI» & «CES-D» ($r_s = 0,745$; $p \leq 0,0,001$), «CES-D» & «BDI» ($r_s = 0,704$; $p \leq 0,0,001$). В других случаях, коэффициенты корреляции были ниже 0,7, что скорее всего указывает на низкую конвергентную валидность методик на депрессию. Можно заключить, что отобранные тесты, не измеряют депрессию как единый конструкт. Так, тесты «PHQ-9», «MDI» базируются на ключевых симптомах депрессии, прописанных в классификаторе болезней (МКБ10), в то время как тесты «CES-D», «BDI», «Шкала депрессии Цунга» описывают более широко проявления депрессивного расстройства, что отражено и в количестве утверждений с методиках (9-10 и 20-21). Однако, данному объяснению не подчиняется факт наличия сильной связи между тестами «MDI» и «CES-D», которые описывают разные модели депрессии. Причиной тому, на наш взгляд, может быть небрежное или установочное поведение тестируемых во время проведения психологического обследования и особенности их личности.

Выводы. Таким образом, наблюдается рассогласованность результатов оценки тяжести депрессивного расстройства между медицинским диагнозом и результатами патопсихологической диагностики. Тесты склонны показывать более утяжеленную степень выраженности депрессивного расстройства. Не достаточно согласованными оказались и результаты психометрической диагностики, полученные при помощи различных тестов на депрессию. Установленные проблемы требуют дальнейшего изучения.

Литература

1. Всемирная организация здравоохранения. Депрессивное расстройство (депрессия) : информационный бюллетень. — 29 августа 2025 г. — URL: https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/depression (дата обращения: 20.07.2026).

2. Краснов, В. Н. Проблемы современной диагностики депрессии / В. Н. Краснов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2012. — Т. 112, № 11, вып. 2. — С. 3–10.

3. Оказание медицинской помощи пациентам с аффективными расстройствами настроения (взрослое и детское население) : клинический протокол : утвержден постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 8 ноября 2022 г. № 108 // Национальный правовой Интернет-портал Республики Беларусь. — 2023. — 30 мая. — № 8/39960.

4. Психиатрическая помощь населению Республики Беларусь (2021–2023 гг.) : информационно-аналитический сборник / Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Белорусская психиатрическая ассоциация ; составители: Т. С. Голубева, Ю. М. Каминская [и др.]. — Минск : Колорград, 2024. — 257 с.

5. Fried, E. I. Revisiting the theoretical and methodological foundations of depression measurement / E. I. Fried, J. K. Flake, D. J. Robinaugh // Nature Reviews Psychology. — 2022. — Vol. 1, no. 6. — P. 358–368. — DOI 10.1038/s44159-022-00050-2.

НОВАЯ ЖИЗНЬ КЛАССИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ: ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ТЕСТА ФРУСТРАЦИОННЫХ РЕАКЦИЙ РОЗЕНЦВЕЙГА В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Дещенко Е. В., Первичко Е. И.
ФГБОУ ВО «МГУ им. М. В. Ломоносова», Москва, Россия
elizaveta17022001@icloud.com

Ключевые слова: методика Розенцвейга, фрустрационные реакции, приверженность лечению, сердечно-сосудистые заболевания.

NEW LIFE FOR A CLASSICAL INSTRUMENT: THE USE OF THE ROSENZWEIG'S PICTURE-FRUSTRATION TEST IN SOMATIC CARE

Deshchenko E. V., Pervichko E. I.
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
elizaveta17022001@icloud.com

Keywords: Rosenzweig's picture-frustration test, frustration reactions, adherence to treatment, cardiovascular diseases.

Введение. Методика исследования фрустрационных реакций С. Розенцвейга за прошедшие десятилетия зарекомендовала себя

как надежный инструмент для диагностики особенностей эмоционально-личностной сферы в арсенале исследователей и медицинских психологов психиатрической клиники. Фрустрационные реакции являются достаточно устойчивыми, сознательными способами реагирования, возникающими в ситуации столкновения с препятствиями на пути удовлетворения потребностей [4]. Потенциал применения методики Розенцвейга в соматической клинике ещё не раскрыт, несмотря на то что соматическая болезнь — источник значительной ежедневной фрустрации для пациента [3], ведь процесс лечения связан с неизбежными ограничениями и препятствиями для привычного функционирования. Изучение способности личности к преодолению возникающей в ситуации болезни фрустрации витальных и социальных потребностей может помочь получить представление о возможностях изменения поведения, связанного со здоровьем, — приверженности лекарственному лечению и модификации образа жизни.

Целью исследования являлось изучение связи фрустрационных реакций с приверженностью лечению у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями соматического стационара.

Материал и методы. Оценка фрустрационного реагирования пациентов проводилась с помощью проективной методики изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга [4, 2]. Приверженность лечению измерялась с помощью Российского универсального опросника количественной оценки приверженности лечению (КОП-25) [1]. Исследование проводилось с января 2024 г. по май 2026 г. на базе кардиологического стационара ЦКБ «РЖД-Медицина». В исследовании приняли участие 85 пациентов (72 мужчин и 13 женщин, средний возраст — 50,4±8,4), трудоустроенных в сфере железнодорожного транспорта и госпитализированных с множественной сердечно-сосудистой патологией.

Результаты. Проведенное нами исследование демонстрирует наличие связи между различными типами и направленностями фрустрационных реакций у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и приверженностью лечению (как общей, так и отдельных её компонентов). Так, комплексная приверженность лечению у пациентов выборки обнаруживает значимые положительные связи с интропунитивными реакциями ($R = 0{,}285$, $p = 0{,}020$) и реакциями с фиксацией на удовлетворении потребности ($R = 0{,}275$, $p = 0{,}024$). Отрицательные значимые связи с приверженностью лечению демонстрируют экстрапунитивные реакции ($R = –0{,}364$, $p = 0{,}002$). Покомпонентный анализ составляющих приверженности лечению выявляет, что приверженность модифика-

ции образа жизни отрицательно связана с реакциями с фиксацией на самозащите ($R = –0,255$, $p = 0,037$) и экстрапунитивными реакциями ($R = –0,399$, $p < 0,001$), а положительно связана с интропунитивными реакциями ($R = 0,345$, $p = 0,004$) и реакциями с фиксацией на удовлетворении потребности ($R = 0,333$, $p = 0,006$). Приверженность лекарственной терапии также отрицательно связана с экстрапунитивными реакциями ($R = –0,308$, $p = 0,011$). Приверженность медицинскому наблюдению не обнаруживает статистически значимых связей с аспектами фрустрационного реагирования.

Выводы. Таким образом, изучение особенностей фрустрационного реагирования у пациентов кардиологического стационара обнаруживает наличие статистически значимых связей со степенью приверженности лечению, в особенности с приверженностью модификации образа жизни — наиболее сложной для пациентов частью лечения. Полученные результаты указывают на возможность применения методики изучения фрустрационных реакций С. Розенцвейга в соматической клинике для мультидисциплинарной оценки реабилитационного потенциала пациента и разработки стратегий интервенций, направленных на повышение приверженности лекарственному лечению и изменению образа жизни в сторону здоровьесберегающего.

Литература

1. Приверженность в клинической практике : международное методическое руководство / Н. А. Николаев, А. И. Мартынов, Ю. П. Скирденко [и др.]. — Москва : Издательский Дом «Академия Естествознания», 2023. — 228 с. — ISBN 978-5-91327-776-3.

2. Тарабрина, Н. В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций : методические рекомендации / Н. В. Тарабрина. — Ленинград : Издательство психоневрологического института им. В. М. Бехтерева, 1984. — 21 с.

3. Heszen-Klemens, I. Patients' noncompliance and how doctors manage this / I. Heszen-Klemens // Social Science & Medicine. — 1987. — Vol. 24, № 5. — P. 409–416. — DOI 10.1016/0277-9536(87)90213-9.

4. Rosenzweig, S. The picture-association method and its application in a study of reactions to frustration / S. Rosenzweig // Journal of Personality. — 1945. — Vol. 14, № 1. — P. 3–23. — DOI 10.1111/j.1467-6494.1945.tb01036.x.

ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ МЕТОДИКИ «ПРОБЛЕМНЫЕ СИТУАЦИИ» НОРМОТИПИЧНЫМИ ИСПЫТУЕМЫМИ И ЛИЦАМИ, ПРОХОДИВШИМИ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКУЮ ЭКСПЕРТИЗУ В СВЯЗИ С РЕШЕНИЕМ ВОПРОСОВ ДЕЕСПОСОБНОСТИ

Евдакова Е. С.[1], Русаковская О. А.[1, 2]
[1] ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
[2] ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского», Москва, Россия
[1] elizabetevdakova@gmail.com
[2] rusakovskaya.o@serbsky.ru

Ключевые слова: методика «Проблемные ситуации», судебно-психиатрическая экспертиза, недееспособность, ограничение дееспособности.

THE “PROBLEM SITUATIONS” METHODOLOGY: TOWARDS STANDARDIZATION

Evdakova E. S.[1], Rusakovskaya O. A.[1, 2]
[1] Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
[2] Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
[1] elizabetevdakova@gmail.com
[2] rusakovskaya.o@serbsky.ru

Keywords: problem situations, forensic psychiatry, forensic instruments, legal incapacity, restricted capacity.

Введение. В рамках методологии судебно-психиатрических экспертиз при лишении, ограничении и восстановлении дееспособности, в целях унификации процедуры, а также повышения полноты и объективности экспертного исследования, был разработан диагностический комплекс, включающий методику «Проблемные ситуации». Для данной методики, направленной на оценку способности рассуждать о вопросах, выходящих за границы повседневного практически-бытового функционирования, в том числе касающихся совершения крупных имущественных сделок, гражданско-правовой ответственности, межличностных и социальных отношений, здоровья, чрезвычайных ситуаций, были выделены ключи оценки, подтверждена высокая прогностическая валидность метода для решения

экспертных вопросов. Одним из необходимых этапов стандартизации метода — разработки ключей оценки и критериев правильности/полноты ответов — является проведение сравнительного исследования с нормотипичной выборкой, что и является **целью** настоящей работы [2–5].

Материал и методы. Нормотипичную группу составили 50 человек. Критерии включения: отсутствие в анамнезе обращений за психиатрической или наркологической помощью, автономное социальное функционирование с отсутствием регулярной помощи по ключевым сферам, стабильные семейные отношения, устойчивая трудовая или учебная занятость в последние 3 года, нормативные баллы по Монреальской шкале когнитивной оценки, текущие симптомы депрессии/тревоги ниже клинического порога (PHQ-9, GAD-7). Клиническую группу составили 51 человек, проходившие стационарную судебно-психиатрическую экспертизу в связи с решением вопроса об изменении гражданско-правового статуса. 30 человек страдали шизофренией, 21 — умственной отсталостью.

Методы исследования: качественный анализ, контент-анализ, частотный анализ, Хи-квадрат Пирсона.

Результаты. Выполнение методики не вызывало субъективных трудностей ни у здоровых испытуемых, ни у испытуемых клинической группы. Все респонденты с интересом выполняли задания методики. Здоровые испытуемые лучше удерживали инструкцию; без дополнительных напоминаний приводили причины, последствия и пути решения проблемных ситуаций; были более последовательны в решении ситуационных задач; в большинстве случаев правильно воспринимали и учитывали ключевые аспекты проблемной ситуации. У 23% испытуемых клинической группы отмечались непоследовательность, рассуждательство; соскальзывания на темы, не относящиеся к предложенной задаче; отождествление ситуации или приведение примеров из личного опыта: «это про меня», «у нас в интернате была такая девушка…» В ответах нормотипичных испытуемых отождествления с личным опытом не наблюдалось (Хи-квадрат = 12,05; $p < 0,001$). Причины проблемных ситуаций без дополнительных напоминаний выделяли 86% психически здоровых испытуемых и 56,7% лиц с психическими расстройствами (Хи-квадрат = 5,33; $p = 0,021$). Единственной проблемной ситуацией, в которой испытуемые нормотипичной группы часто давали ответы, предварительно оцененные нами как «неверные», была проблемная ситуация № 2. «Верный» ответ предполагал называние беременности как вероятной причины «задержки месячных» у молодой женщины, однако 57,4% испытуемых нормотипичной группы на беременность в качестве причины не указыва-

ли, называли стресс или иные, не связанные с беременностью, причины. Приведем примеры подобных ответов: «Разные бывают на работе стрессы…, если молодая женщина проживает с мужчиной, она должна делиться с ним, чтобы исключить подобный стресс…»; «Тут женский организм, на это повлиять никто не может…, общая причина — это стресс». В клинической группе 51% испытуемых уверенно называли беременность среди возможных причин проблемной ситуации. При этом некоторые уточняли, что ситуация не является проблемной: «Проблемы нет. Ну, забеременела, нормальное явление, будет ребёнок». Респонденты нормотипичной группы, называвшие в качестве причины беременность, во всех случаях оценивали ситуацию как проблемную.

В целом, при анализе проблемных ситуаций, связанных со здоровьем, респонденты клинической группы давали часто более полные ответы, перечисляя разнообразные причины «задержки месячных» или сахарного диабета, негативные последствия пропуска приема лекарств. В проблемной ситуации № 1 некоторые испытуемые с шизофренией предполагали развитие у мужчины психического расстройства, тогда как нормотипичные испытуемые и лица с умственной отсталостью наиболее часто называли в качестве причины отсутствие у мужчины бытовых навыков из-за традиционного распределения ролей в семье. В некоторых случаях суждения респондентов клинической группы по поводу проблемных ситуаций, связанных со здоровьем, представлялись более глубоким, в некоторых — избыточными и не вполне соответствующими контексту вопроса.

При анализе проблемных ситуаций, связанных с распоряжением собственностью, нормотипичные испытуемые и лица с умственной отсталостью чаще делали акцент на моральных аспектах выбора. Испытуемые с шизофренией чаще акцентировали внимание на правовых аспектах, уточняя юридическую форму сделки («А как, по завещанию или по дарению?») или рассуждая о правовых последствиях того или иного выбора: «Сын и внуки потребуют свою долю квартиры, а закон им скажет: фигушки, — и они будут оспаривать завещание…».

В проблемных ситуациях, связанных с чрезвычайными ситуациями (запах газа) и межличностными отношениями (конфликт с соседями) испытуемые нормотипичной группы не предлагали асоциальных или общественноопасных способов решения, которые встречались у испытуемых с шизофренией и умственной отсталостью, например: «Я бы начал мелко пакостничать. Заварил бы им входную дверь…».

Респонденты клинической группы в своих ответах часто упоминали социальные и медицинские службы как источник помощи или внешне-

го контроля: «Сказать ему, что заберём в интернат, если не вымоешь в ближайшее время…», тогда как нормотипичные испытуемые в качестве поддерживающих ресурсов чаще называли семью, друзей или специалистов-психологов.

В целом, ответы здоровых испытуемых были менее вариативными, что имеет большое значение для планируемой стандартизации инструмента.

Выводы. При стандартизации методики «Проблемные ситуации» необходимо учитывать как хорошо известные патопсихологические симптомокомплексы [1, 2], так и различия в социальном опыте. Учитывая большую вариативность ответов испытуемых клинической группы, а также отмеченную в некоторых случаях большую глубину анализа, в целях стандартизации методики ответы нормотипичных испытуемых не могут использоваться для разработки ключей оценки изолированно.

Литература

1. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учебник для вузов / Б. В. Зейгарник. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва : Юрайт, 2023. — 367 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-9916-4469-3.

2. Медицинская и судебная психология : курс лекций : учебное пособие / под редакцией Т. Б. Дмитриевой, Ф. С. Сафуанова. — 5-е изд. — Москва : Генезис, 2016. — 658 с. — ISBN 978-5-98563-419-8. — URL: https://www.books-up.ru/en/book/medicinskaya-i-sudebnaya-psihologiya-kurs-lekcij-5396153/ (дата обращения: 26.09.2026). — Текст : электронный.

3. Русаковская, О. А. «Проблемные ситуации» как методика судебно-психиатрического исследования : параметры оценки и проверка внутренней согласованности / О. А. Русаковская // Психология и право. — 2023. — Т. 13, № 2. — С. 94–109. — DOI 10.17759/psylaw.2023130208.

4. Русаковская, О. А. «Проблемные ситуации» : апробация в качестве судебно-психиатрического метода исследования при изменении гражданско-правового статуса / О. А. Русаковская // Психология и право. — 2024. — Т. 14, № 1. — С. 152–167. — DOI 10.17759/psylaw.2024140110.

5. Principles and methods of test construction : standards and recent advances / edited by K. Schweizer, C. DiStefano. — Toronto ; Bern ; Göttingen : Hogrefe, 2016. — VI, 329 p. — (Psychological Assessment — Science and Practice ; Vol. 3). — ISBN 978-0-88937-449-2.

РУССКОЯЗЫЧНАЯ ВЕРСИЯ ОПРОСНИКА ИНТЕРПРЕТАЦИИ СИМПТОМОВ

Золотарева А. А.
НИУ ВШЭ, Москва, Россия
alena.a.zolotareva@gmail.com

Ключевые слова: стиль атрибуции симптомов, соматизация, психологизация, нормализация, психометрический анализ.

THE RUSSIAN VERSION OF THE SYMPTOM INTERPRETATION QUESTIONNAIRE

Zolotareva A. A.
National Research University Higher School of Economics, Moscow, Russia
alena.a.zolotareva@gmail.com

Keywords: style of symptom attribution, somatization, psychologization, normalization, psychometric analysis.

Введение. Современные психосоматические исследования показывают, что симптом — это не прямое отражение патологии, а результат субъективной переработки человеком своих соматических ощущений [3]. Именно поэтому то, как человек интерпретирует сигналы собственного организма, становится решающим фактором, определяющим его самочувствие и сроки обращения за медицинской помощью. В частности, в литературе выделяют три стиля интерпретации симптомов: нормализирующий, соматизирующий и психологизирующий, отражающие соответственно объяснение симптомов ситуационными факторами, физическими причинами и психологическими обстоятельствами [2].

Для оценки данных стилей был разработан опросник интерпретации симптомов (Symptom Interpretation Questionnaire, SIQ), психометрическая состоятельность которого подтверждена в ряде зарубежных исследований [1].

В связи с отсутствием русскоязычных аналогов, **целью** настоящего исследования стала адаптация опросника и оценка его психометрических свойств.

Материал и методы. Исследование проводилось в январе-феврале 2026 года среди подписчиков онлайн-сообществ различной тематической направленности. Участниками стали 325 респондентов, в том числе 120 (36,9%) мужчин и 205 (63,1%) женщин в возрасте от 18 до 76 лет (M = 46,1; SD = 11,5). Все участники исследования заполнили опросник интерпретации симптомов (Symptom Interpretation Questionnaire, SIQ), шкалу соматических симптомов (Somatic Symptom Scale-8, SSS-8), шкалу критерия B соматического симптоматического расстройства (Somatic

Symptom Disorder-B Criteria Scale, SSD-12), шкалу генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7) и опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9).

Результаты. Было выявлено, что русскоязычная версия опросника имеет трехфакторную структуру, предполагающую выделение факторов нормализации, соматизации и психологизации (χ^2 (699) = 1894; $p < 0,001$; CFI = 0,964; TLI = 0,962; SRMR = 0,081; RMSEA = 0,073 (0,069-0,077)). Все три фактора оказались статистически значимо взаимосвязаны между собой: наиболее тесная связь наблюдается между соматизацией и психологизацией ($r = 0,663$, $p < 0,001$), несколько слабее — между соматизацией и нормализацией ($r = 0,511$, $p < 0,001$) и между нормализацией и психологизацией ($r = 0,554$, $p < 0,001$). Кроме того, шкалы нормализации ($\alpha = 0,83$), соматизации ($\alpha = 0,87$) и психологизации ($\alpha = 0,90$) продемонстрировали приемлемые значения внутренней согласованности.

Соматизация и психологизация как стили интерпретации симптомов оказались тесно взаимосвязанными с соматическим и психологическим дистрессом. Так, соматизация SIQ демонстрировала сильные положительные корреляции с соматизацией по SSS-8 ($r = 0,477$, $p < 0,001$), когнитивными ($r = 0,584$, $p < 0,001$), эмоциональными ($r = 0,618$, $p < 0,001$) и поведенческими реакциями на соматизацию по SSD-12 ($r = 0,611$, $p < 0,001$). Психологизация оказалась наиболее значимо взаимосвязанной с тревогой по GAD-7 ($r = 0,336$, $p < 0,001$) и депрессией по PHQ-9 ($r = 0,412$, $p < 0,001$). Нормализация по SIQ оказалась слабо, но статистически значимо позитивно взаимосвязанной с симптомами соматического и психологического дистресса.

Выводы. Полученные данные говорят об адекватных психометрических характеристиках адаптированного опросника. Инструмент воспроизводит ожидаемую трехфакторную структуру, которая позволяет дифференцировать нормализирующий, соматизирующий и психологизирующий стили интерпретации симптомов. Внутренняя надежность обеспечивается высокими значениями коэффициентов внутренней согласованности. Специфический паттерн взаимосвязей нормализирующего, соматизирующего и психологизирующего стилей интерпретации симптомов с соматическим и психологическим дистрессом свидетельствуют в пользу конвергентной валидности русскоязычной версии опросника.

Ограничения настоящего исследования открывают направления для будущих психометрических испытаний опросника. Можно предположить, что выборка, опрошенная посредством онлайн-анкетирования и методов самоотчета, отличается более высокой мотивацией, развитой способностью к рефлексии и уверенным владением цифровыми технологиями, чем в среднем в популяции. Кроме того, представляется необходимой оценка психометрических характеристик опросника в группах

людей, живущих с хроническими заболеваниями, в том числе для проверки чувствительности инструмента к динамике изменений в процессе психотерапевтической работы, что позволит использовать его в клинико-диагностической практике.

Литература

1. Aronson, K. R. The reliability and validity of the Symptom Interpretation Questionnaire / K. R. Aronson // Journal of Psychosomatic Research. — 2006. — Vol. 61, № 6. — P. 807–811. — DOI 10.1016/j.jpsychores.2006.07.006.

2. Robbins, J. M. Attributions of common somatic symptoms / J. M. Robbins, L. J. Kirmayer // Psychological Medicine. — 1991. — Vol. 21, № 4. — P. 1029–1045. — DOI 10.1017/S0033291700030026.

3. Rosendal, M. Multiple perspectives on symptom interpretation in primary care research / M. Rosendal, D. E. Jarbøl, A. F. Pedersen, R. S. Andersen // BMC Family Practice. — 2013. — Vol. 14. — Article 167. — DOI 10.1186/1471-2296-14-167.

НЕГАТИВНАЯ ЭМОЦИОНАЛЬНАЯ РЕАКТИВНОСТЬ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР ПСИХОСОМАТИЧЕСКОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ЛИЦ РАННЕЙ ВЗРОСЛОСТИ С СОЗАВИСИМОСТЬЮ

Калабина М. В., Земзюлина И. Н.
ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России, Курск, Россия
mariakalabina2003@gmail.com

Ключевые слова: созависимость, негативная эмоциональная реактивность, психосоматический статус, ранняя взрослость.

NEGATIVE EMOTIONAL REACTIVITY AS A DIAGNOSTIC MARKER OF PSYCHOSOMATIC ILL-BEING IN EARLY ADULTHOOD WITH CODEPENDENCE

Kalabina M. V., Zemzyulina I. N.
Kursk State Medical University, Kursk, Russia
mariakalabina2003@gmail.com

Keywords: codependency, negative emotional reactivity, psychosomatic status, early adulthood.

Введение. Созависимость рассматривается в клинической психологии как многомерный феномен, структурными компонентами ко-

торого выступают ориентация на других, межличностный контроль и эмоциональная реактивность [1]. Одним из наименее изученных аспектов проблемы является диагностическая значимость отдельных компонентов созависимости для выявления риска психосоматических нарушений в период ранней взрослости. Особого внимания заслуживает негативная эмоциональная реактивность — повышенная чувствительность к отрицательным эмоциональным стимулам, сочетающаяся с трудностями регуляции аффекта. Данная характеристика сближает созависимость с алекситимией и рассматривается как возможный механизм соматизации эмоционального напряжения [2, 3]. Однако эмпирические данные о связи негативной реактивности с параметрами психосоматического статуса при разных уровнях созависимости остаются фрагментарными.

Цель. Выявить различия в выраженности негативной эмоциональной реактивности между группами лиц с разным уровнем созависимости и определить характер её связей с показателями психосоматического статуса (соматические жалобы, самочувствие, активность, настроение).

Материал и методы. В исследовании приняли участие 56 человек в возрасте 18-25 лет. На основе шкалы созависимости Спанн-Фишер (адаптация М. А Падун, М. А. Гагариной и соавт.) испытуемые были распределены на три группы: норма (n = 13), умеренная созависимость (n = 32), резко выраженная созависимость (n = 11). Для оценки эмоциональной реактивности применялась Пертская шкала эмоциональной реактивности, PERTS-S (адаптация П. М. Ларионова, Т. В. Белашиной и соавт.). Психосоматический статус оценивался с помощью опросника соматоформных расстройств PHQ-15 (адаптация А. А. Золотаревой) и теста дифференцированной самооценки функционального состояния, САН (В. А. Доскин, М. П. Мирошников и соавт.). Статистический анализ данных проводился с использованием пакета STATISTICA, version 8.0 (StatSoft, Inc.) с применением H-критерия Краскела-Уоллиса и ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. По H-критерию Краскела-Уоллиса установлены статистически значимые различия между группами по шкале «негативная эмоциональная реактивность» ($H = 16,05$; $p = 0,0003$). Наиболее высокие показатели зафиксированы в группе резко выраженной созависимости, наиболее низкие — в группе нормы. По шкалам «позитивная эмоциональная реактивность» ($p = 0,0739$) и «общая эмоциональная реактивность» ($p = 0,0793$) значимых различий не обнаружено, что свидетельствует об избирательном дефиците регуляции именно отрицательного аффекта.

Корреляционный анализ всей выборки (n = 56) выявил значимые связи негативной эмоциональной реактивности с показателями психосоматического статуса. Установлена положительная корреляция с соматическими жалобами ($r = 0{,}567$; $p < 0{,}001$) и отрицательные — с самочувствием ($r = -0{,}567$; $p < 0{,}001$), активностью ($r = -0{,}499$; $p < 0{,}001$) и настроением ($r = -0{,}469$; $p < 0{,}001$). Это указывает на то, что негативная реактивность выступает одним из наиболее тесных предикторов психосоматического неблагополучия.

Выводы. Полученные данные позволяют заключить, что негативная эмоциональная реактивность является специфическим компонентом созависимости, дифференцирующим группы с разным её уровнем. В отличие от позитивной реактивности, сохраняющейся при созависимости, способность к регуляции отрицательных эмоций страдает в наибольшей степени. Высокий уровень негативной реактивности тесно связан с увеличением соматических жалоб и снижением самочувствия, активности и настроения, что обосновывает её рассмотрение в качестве диагностического маркера риска психосоматических нарушений у лиц ранней взрослости. Практическим следствием является целесообразность включения PERTS-S в диагностический комплекс при обследовании молодых людей с созависимостью, а также разработка психопрофилактических программ, направленных на развитие навыков эмоциональной регуляции и снижение чувствительности к отрицательным стимулам.

Литература

1. Артемцева, Н. Г. Феномен созависимости: общее, типологическое, индивидуальное : монография / Н. Г. Артемцева. — Москва : Институт психологии РАН, 2017. — 228 с. — ISBN 978-5-9270-0357-0.

2. Моросанова, В. И. Саморегуляция и психологическое благополучие личности / В. И. Моросанова, Н. Г. Кондратюк. — Москва : Нестор-История, 2020. — 176 с.

3. Рассказова, Е. И. Клиническая психология здоровья и болезни / Е. И. Рассказова, А. Ш. Тхостов. — Москва : Издательство Московского университета, 2024. — 320 с.

ЗРИТЕЛЬНАЯ ПАМЯТЬ БЕЗ ЗРИТЕЛЬНОГО ОБРАЗА: ТЕСТ БЕНТОНА ПРИ АФАНТАЗИИ

Кудряшов М. А.
ЛОГБУЗ ВМНД, Выборг, Россия
budgies@mail.ru

Ключевые слова: афантазия, зрительная память, зрительные образы, тест Бентона.

VISUAL MEMORY WITHOUT VISUAL IMAGERY: THE BENTON TEST IN APHANTASIA

Kudryashov M. A.
Vyborg Interdistrict Narcological Dispensary, Vyborg, Russia
budgies@mail.ru

Keywords: aphantasia, Benton Test, visual imagery, visual memory.

Введение. Афантазия — сниженная или отсутствующая способность произвольно вызывать зрительные представления [4]. Зрительное восприятие и гнозис при этом сохранны. Вместе с тем человек с афантазией способен к воспроизведению рисунком увиденного по памяти. Но каким образом зрительное восприятие может удерживаться и впоследствии использоваться для воспроизведения, если между первым и вторым не возникает субъективно доступного зрительного образа?

Цель. На материале формы «С» теста зрительной ретенции Бентона (BVRT) у человека с афантазией показать, что воспроизведение фигур возможно без феноменального пикториального образа; указать на связанную с «наивной» моделью зрительного запоминания теоретическую проблему; предложить альтернативную, сукцессивную модель; обозначить клинические следствия.

Материал и методы. Мужчина, 30 лет, без неврологической патологии в анамнезе; произвольных зрительных представлений нет «сколько себя помнит», но есть визуальные сновидения. По опроснику живости зрительных образов (VVIQ) 21 балл (пороговый балл для афантазии 32). Форма «С» BVRT: 10 карточек, экспозиция 10 сек, немедленное воспроизведение по памяти рисунком. После теста проводилось неструктурированное интервью о способах запоминания.

Результаты. Верно воспроизведено 8 из 10 карточек (возрастная норма), неправильно воспроизведены две фигуры: правая фигура карточки №5 (незамкнутая ломаная из четырёх вертикальных линий, попеременно соединённых вверху и внизу, с угловым элементом у каждого края) и средняя фигура карточки №10 (две вертикали, соединённые внизу под

тупым углом и с наклонным отрезком у основания левой вертикали). Это единственные 2 (из 25) разомкнутые (не ограничивающие участок плоскости) фигуры формы «С». Также обе фигуры не прегнантны по Вертгеймеру (нерегулярны и не складываются в простую, устойчивую и легко выделяемую целостную конфигурацию), не совпадают ни с одним геометрическим классом (напр., «многоугольник», «окружность»), не имеют общепринятной/частотной номинации.

У испытуемого на фигуре с карточки №5 — пропуск (omission): угловые элементы не нарисованы, регулярная часть воспроизведена верно. На №10 — искажение (distortion): тупой угол заменён прямым соединением, наклонный отрезок перенесён выше и развёрнут перпендикулярно вертикали. Испытуемый сообщил, что не может «представить в мыслях вид фигуры». Для простых, частотно называемых фигур он описывал вербально-пропозициональное запоминание (напр., про первую фигуру с карточки №6: «маленький квадратик в правом верхнем углу большого квадрата»). В отношении двух упомянутых непрегнантных фигур он также описывал особые переживания ощущения безобъектного движения: «подъём», «сжимание», «втыкание». (Про фигуру с карточки №5 он также говорил об ощущении или впечатлении «колючей/впивающейся детальки от Лего».) При этом он уточнял, что переживаемое ощущение движения относились как бы к самому внутреннему образу слова или некоей мышечной активности «как таковой», а не к образу материального объекта или фигуры и не к образу движений пальцев и кисти, необходимых для её рисования.

То, что можно назвать «наивной моделью зрительной памяти» предполагает, что при воспроизведении увиденного рисунком человек «смотрит» на «экран» или «картинку внутри головы» (пикториальный образ, изоморфный увиденному) и срисовывает её, как срисовывал бы внешний предмет. Случай афантазии позволяет испытать эту теорию эмпирически: если возможно воспроизвести увиденное при отсутствии зрительного образа, то он принципиально может и не быть необходимым компонентом зрительной памяти, что, конечно, может представляться контринтуитивным: разве зрительная память — это не способность запоминать и вспоминать зрительные образы («картинки»)? Роберт Фрик (1987): «Сознательные визуальные образы не следует отождествлять с кратковременной зрительной памятью» [2].

Лурия [1] описывал два способа организации материала: симультанный синтез (конфигурация дана целиком и сразу, как гештальт — так дан прегнантный, номинируемый класс фигур, напр., «треугольник») и сукцессивный (цепочка элементов, каждый из которых связан с предыдущим и имеет развертку во времени — так организована речь или последовательность цифр). Описанные испытуемым переживания безобъектного движения могут быть интерпретированы в терминах

образов-схем (image schemas) Марка Джонсона [3] — динамических модально-неспецифических паттернов телесно-перцептивного опыта. Как можно предположить, при афантазии сукцессивное запоминание фигуры без общепринятого названия может реализовываться двумя способами — вербально-пропозициональным (для номинируемых элементов, вроде гештальтов, звеньев фигуры и их числа) и кинестетико-схематическим. Оба способа организованы как развертка во времени (в отличие от образа, который дан одномоментно) и не предполагают внутреннего пикториального образа.

Выводы. Ошибки у испытуемого с афантазией возникли на двух фигурах, которые одновременно были непрегнантными и неноминируемыми, тогда как остальные фигуры воспроизведены верно. Это согласуется с предположением, что рисование по памяти при афантазии не требует внутреннего пикториального образа, но, когда фигура не может быть схвачена как гештальт и не имеет устойчивой номинации, её удерживание в памяти может организовываться как сукцессивное кинестетико-схематическое представление.

Нормальный балл BVRT не исключает неконвенционального способа зрительного запоминания, поэтому в некоторых случаях после проведения теста полезно проводить интервью о стратегиях запоминания фигур. Многие психотерапевтические направления (юнгианское, кататимно-имагинативное и т.д.) по умолчанию предполагают, что пациент способен спонтанно порождать и удерживать внутренние образы. Однако для человека с афантазией инструкции вроде «Вообразите…» могут становиться источником растерянности и фрустрации. В таких случаях может быть целесообразно предлагать ему воображать заданные объекты или ситуации не обязательно в зрительной модальности, а в доступной форме (пространственные отношения, кинестетические или иные сенсорные характеристики).

Литература

1. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии : учебное пособие / А. Р. Лурия. — Москва : Издательство Московского университета, 1973. — 374 с.

2. Frick, R. W. A dissociation of conscious visual imagery and visual short-term memory / R. W. Frick // Neuropsychologia. — 1987. — Vol. 25, № 4. — P. 707–712. — DOI 10.1016/0028-3932(87)90063-7.

3. Johnson, M. The Body in the Mind: The Bodily Basis of Meaning, Imagination, and Reason / M. Johnson. — Chicago : University of Chicago Press, 1987. — xxxviii, 233 p. — ISBN 0-226-40317-3.

4. Zeman, A. Lives without imagery: congenital aphantasia / A. Zeman, M. Dewar, S. Della Sala // Cortex. — 2015. — Vol. 73. — P. 378–380. — DOI 10.1016/j.cortex.2015.05.019.

ПРИВЯЗАННОСТЬ КАК ПРЕДИКТОР РИСКА ОСЛОЖНЁННОГО ГОРЯ У ЖЕНЩИН СРЕДНЕГО ВОЗРАСТА В СИТУАЦИИ СМЕРТИ РОДИТЕЛЯ

Куфтяк Е.В., Чуварыгина Е.В.
Московский институт психоанализа (НОЧУ ВО МИП), Москва, Россия
me@chuvarygina.ru

Ключевые слова: переживание горя, осложнённое горе, смерть родителя, привязанность, «фигура привязанности», стратегии привязанности, женщины среднего возраста

ATTACHMENT AS A PREDICTOR OF THE RISK OF COMPLICATED GRIEF IN MIDDLE-AGED WOMEN IN THE CONTEXT OF A PARENT'S DEATH

Kufyatk E.V., Chuvarygina E.V.
Moscow Institute of Psychoanalysis (NOCHU VO MIP), Moscow, Russia
me@chuvarygina.ru

Keywords: grief experience, complicated grief, death of a parent, attachment, "attachment figure," attachment strategies, middle-aged women

Смерть родителя во взрослом возрасте считается нормативным событием в контексте жизненного цикла взрослой женщины. Несмотря на нормативность события, характер его переживания и последствия у скорбящих женщин может отличаться. Осложнённое состояние может определяться сочетанием индивидуально — личностных факторов, стратегиями привязанности, обстоятельствами смерти, качеством отношений с умершим родителем, степенью зависимости от родительской фигуры и доступностью социальной поддержки. Утрата родительской фигуры может стать значимым жизненным событием, способным существенно изменить эмоциональную, физическую, когнитивную и поведенческую сферы жизни горюющей.

Исследования Х.Приджерсон [5] и М.Штроб [6] указывают на то, что в ряде случаев переживание горя приобретает осложнённый характер, сопровождаясь стойкой интенсивной тоской по умершему, трудностями принятия смерти, фиксацией на утрате, нарушением повседневного функционирования и ощущения покинутости.

Особую исследовательскую значимость представляет изучение переживания горя из — за смерти родителя, женщинами среднего возраста. Средний возраст характеризуется активной реализацией и интеграцией профессиональных и семейных ролей, решением специфических возрастных задач. В этот период взаимоотношения с родителями могут

приобретать особое значение в структуре жизненного опыта женщины, а осмысление собственного места в межпоколенческой системе может стать одним из значимых аспектов жизненной перспективы. Одновременно, ситуация смерти близкого, может активировать систему эмоциональной связи и автономии, вследствие чего может снижаться ощущение безопасности и предсказуемости мира.

Теория привязанности Дж.Боулби [3] с самого начала фокусировалась на переживании утраты значимой фигуры, рассматривая разлуку как условие активации поведенческой системы привязанности. Эмпирические исследования М.Микулинсера [2] и Р.Фрейли [4] в области взрослой привязанности, подтвердили положение о том, что система привязанности, активируется в ситуации жизненных трудностей и становится интенсивнее при исчезновении «фигуры привязанности». Такое поведение исследователи рассматривали как первичную стратегию привязанности, подразумевающую выбор конкретной фигуры из иерархии «фигур привязанности». Эмпирические данные М.Микулинсера [2] показывают, что при активации системы привязанности женщины стремятся восстановить фактическую или символическую близость с «фигурой привязанности». Согласно данной концепции, отсутствие «фигуры привязанности», активирует вторичные стратегии регуляции аффекта — «гиперактивацию» или «деактивацию»

Как отмечает Ф. Космински [1] «гиперактивация» характерна для женщин с тревожным типом привязанности, тогда как «деактивация» связана с избегающим типом. первая стратегия связана с тревожным типом привязанности у женщин, а вторая стратегия с избегающим типом. «Деактивация» менее заметна внешне, поскольку предполагает эмоциональное подавление, основной функцией которой служит удержание привязанности в ослабленном состоянии, чтобы избежать чувства разочарования. В связи с этим особенности стратегий привязанности могут рассматриваться как один из предикторов риска осложнённого горя.

Согласно теории Дж. Боулби [3], потребность в привязанности является базовой для человека и обуславливает формирование эмоциональной связи, для обеспечения безопасности, защиты и признания. Связь формирует взгляды на мир и указывает на то, что близкие находятся рядом и в любое время готовы ответить на их зов. Исследования М. Микулинсера [2] показывают, что женщины с надёжным типом привязанности сохраняют большую эмоциональную устойчивость в условиях стресса и чаще испытывают положительные эмоции, что способствует психологическому благополучию. Возникающее в трудной ситуации чувство надежды формирует веру в то, что жизненные проблемы решаемы, снижая потребность в использовании психологических защит, способствуя

конструктивному разрешению конфликтов. В данном случае характерна большая доступность позитивного состояния, а также ориентация на совместное решение возникающих проблем.

Ненадёжные стратегии привязанности — тревога и избегание, могут существенно осложнять процесс адаптации к утрате. У женщин с тревожным типом привязанности усугубляется дистресс в трудных жизненных ситуациях, что негативно отражается на благополучии и интеграции. Ощущая трудности, они склонны к размышлениям о своей бесполезности, беспомощности и низкой самоактуализации. В ситуации смерти родителя это может выражаться в устойчивой фиксации на утрате, идентификации с умершим, чувстве вины и трудностях в восстановлении привычной жизненной картины [4]. Ф.Космински [1] в своих работах указывает на то, что женщины с избегающим типом, напротив склонны минимизировать значимость переживаемых трудностей и избегают социальной поддержки. Такая стратегия сопровождается отрицанием собственной уязвимости и дистанцированием. Дж.Боулби [3] отмечал, что внешне слабая выраженность горя при не исключает отсроченного и осложнённого течения. Особый риск осложнённого горя может быть связан с сочетанием высокий уровней тревоги и избегания. Такая особенность характеризуется одновременным стремлением к близости и страхом перед ней. В ситуации смерти родителя такое противоречие затрудняет интеграцию опыта утраты [1].

Следует отметить, что взаимосвязь между особенностями привязанности и риском осложнённого горя может опосредоваться психологической сепарацией, а недостаточная эмоциональная автономия и сохранение зависимости от родительской фигуры способны усиливать переживание горя и затруднять перестройку в иерархии «фигур привязанности».

Таким образом, параметры привязанности целесообразно включать в клинико — психологическую оценку женщин среднего возраста, переживающих смерть родителя. Диагностика должна включать не только выраженность симптомов осложнённого горя, но и понимание стратегий привязанности, характера отношений с умершим, степени психологической сепарации. Комплексное изучение указанных факторов позволит своевременно выявлять женщин, склонных к группе риска. Такой комплексный подход позволит выделить группу риска осложнённого горя и индивидуальным образом определять направления психологической помощи.

Перспективой дальнейшего исследования является эмпирическая проверка связи тревожных и избегающих стратегий привязанности и психологической сепарации у женщин среднего возраста, переживающих смерть родителя.

Литература

1. Косминski Ф. С., Джордан Дж. Терапия горя, основанная на привязанности: руководство для практикующих специалистов / пер. с англ. — СПб.: Диалектика, 2022. — 336 с.

2. Микулинсер М., Шейвер Ф. Р. Привязанность у взрослых: структура, динамика и изменения / пер. с англ. — СПб.: Диалектика, 2023. — 816 с.

3. Bowlby J. Attachment and Loss. Vol. 3: Loss: Sadness and Depression. — New York: Basic Books, 1980.

4. Fraley R. C., Shaver P. R. Loss and bereavement: Attachment theory and recent controversies concerning "grief work" and the nature of detachment // Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications / J. Cassidy, P. R. Shaver (eds.). — New York: Guilford Press, 1999. — P. 735–759.

5. Prigerson H. G., Maciejewski P. K., Reynolds C. F. 3rd, Bierhals A. J., Newsom J. T., Fasiczka A., Frank E., Doman J., Miller M. Inventory of Complicated Grief: A Scale to Measure Maladaptive Symptoms of Loss // Psychiatry Research. — 1995. — Vol. 59, No. 1–2. — P. 65–79.

6. Stroebe M. S., Schut H. A. W., van den Bout J. Complicated Grief: Scientific Foundations for Health Care Professionals. — London: Routledge, 2013. — 352 p.

РАЗРАБОТКА НОРМАТИВНЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТЕСТА ЭГОЦЕНТРИЧЕСКИХ АССОЦИАЦИЙ Т. И. ПАШУКОВОЙ ДЛЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Лисичкина А.А.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия

Ключевые слова: эгоцентризм, проективные методики, пожилой возраст, старческий возраст, тест эгоцентрический ассоциаций.

DEVELOPMENT OF NORMATIVE INDICATORS FOR T. I. PASHUKOVA'S EGOCENTRIC ASSOCIATIONS TEST FOR ELDERLY AND SENILE INDIVIDUALS

Lisichkina A.A.
Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

Keywords: egocentrism, projective techniques, elderly age, senile age, Egocentric Associations Test.

Проблема сопоставления индивидом собственной картины мира с представлениями о нем других людей приобретает значимость для раз-

личных областей психологической науки — общей, социальной, когнитивной и психологии развития, а также имеет онтогенетическое значение. Человек познает окружающую действительность через призму собственного опыта, системы представлений и актуального состояния. При этом, степень сфокусированности индивида на себе может влиять на восприятие и организацию взаимодействия в рамках социума.

Среди отечественных исследователей феномен эгоцентризма наиболее подробно изучен Т. И. Пашуковой. Татьяна Ивановна разграничивает два направления в изучении эгоцентризма — как характеристики познавательных психических процессов и как свойства и состояния личности, выражающего ее сфокусированность на себе. В рамках второго, рассматриваемого нами направления, эгоцентризм представляет собой сфокусированность на собственной позиции, мнении, переживаниях, затрудняющую учет позиции и намерений другого. Для измерения индекса эгоцентризма (величины и уровня сфокусированности на себе) Т. И. Пашуковой был разработан проективный тест эгоцентрических ассоциаций.

Первоначально методика была разработана для исследования эгоцентризма у подростков и старших школьников, однако, была использована применительно и к другим возрастным группам. Особый интерес представляет научная статья Т. И. Пашуковой, посвященная уровню эгоцентризма у пожилых людей. В исследовании принимали участие 53 человека, но тестирование было проведено с 16 испытуемыми в виду отказов респондентов от участия. Вместе с тем, современные исследования показывают, что нормирование выступает принципиальным условием при интерпретации тестовых баллов и указывает на необходимость принимать во внимание демографические характеристики и влияние возрастных изменений.

Таким образом, неоднозначность результатов и малое количество исследований в области эгоцентризма среди указанных возрастных групп и отсутствие психометрически обоснованных нормативных показателей теста эгоцентрических ассоциаций определило **цель** данного исследования: определить нормативные показатели и границы уровней эгоцентризма среди представителей пожилого и старческого возраста.

В исследовании приняли участие 326 человек пожилого и старческого возраста от 60 до 90 лет — 301 женщина и 25 мужчин. Исследование проводилось на базе центров Московского долголетия города Москвы на условиях письменно оформленного добровольного согласия. Для определения индекса эгоцентризма применялся проективный тест эгоцентрических ассоциаций Т. И. Пашуковой. Стимульный материал состоит из 40 неоконченных предложений. Каждое предложение,

содержащее указание в ориентации на личность испытуемого, оценивалось в 1 балл. Ответы испытуемых фиксировались письменно самими участниками.

На первом этапе осуществлялся анализ полноты данных и выявление протоколов, не соответствующих критериям включения. На втором этапе анализа данных осуществлялась проверка выборки на нормальность с применением критерия Колмогорова-Смирнова и применялись методы первичной описательной статистики. Для выявления тестовых норм опросника применялся метод расчета процентилей на всей исследуемой выборке.

В ходе проверки на нормальность распределения изучаемых показателей эгоцентрических ассоциаций было установлено, что распределение показателя методики «Уровень эгоцентрических ассоциаций» в исследуемой выборке отличается от нормального, что обуславливает дальнейший выбор метода нормирования данных, исходя из процентильных значений. Среднее значение индекса эгоцентризма составило 11,80 балла при стандартном отклонении 7,20 балла.

Результаты соответствия процентилей сырым баллам опросника позволили установить тестовые нормы уровня эгоцентрических ассоциаций для лиц пожилого и старческого возраста. Значению 20-го процентиля соответствовали 6 баллов, 40-го — 9 баллов, 60-го — 13 баллов, 80-го — 18 баллов. Таким образом, очень низкому уровню соответствовал диапазон 0–5 баллов, низкому — 6–8 баллов, среднему — 9–12 баллов, высокому — 13–17 баллов, очень высокому — 18–40 баллов.

Сопоставление полученных данных с данными Т. И. Пашуковой демонстрирует более низкий показатель среднего значения индекса эгоцентризма в пожилом и старческом возрасте по сравнению с соответствующим показателем в представленных выборках молодого возраста. Различие со средним показателем учеников выпускных классов составило 2,30, со студентами первого и третьего курса 3,10 и 2,50, соответственно. Вместе с тем, стандартное отклонение 7,20 балла является сопоставимым с показателями, полученными в исследовании Пашуковой Т. И., таким образом, при более низком среднем значении выборка пожилого и старческого возраста характеризуется не меньшей вариативностью индекса эгоцентризма.

Сопоставление нормативных границ устанавливает существенные различия по показателям первичных баллов в выборках молодого и более поздних возрастов. В системе интерпретации результатов, разработанной для студентов, средний уровень эгоцентризма охватывает диапазон от 8 до 20–22 баллов в зависимости от курса и пола студента. В нормативной системе, полученной для людей пожилого и старческого возраста, среднему уровню соответствует диапазон от 9 до

12 баллов. Граница высокого уровня в выборке студентов варьируется от 21–23 баллов, в то время как для выборки более позднего возраста высокий уровень начинается от 13 баллов. Очень высокий уровень для студентов начинается с 27–31 балла, для лиц пожилого и старческого возраста с 18 баллов.

Выявленные различия имеют непосредственное психодиагностическое значение, так как первичный результат от 13 до 17 баллов будет интерпретирован как средний уровень при применении студенческих норм, тогда как относительно распределения результатов для пожилого и старческого возраста он соответствует высокому уровню. Представленные выше результаты позволяют сделать вывод о том, что применение студенческих границ применительно к возрастным этапам пожилого и старческого возраста снижает дифференцирующую способность методики. Разработанные в настоящем исследовании процентильные границы позволяют преодолеть установленное ограничение и дифференцировать результаты, чтобы корректно соотнести индивидуальный показатель с характеристиками соответствующей возрастной группы.

Полученные результаты целесообразно сопоставить с данными Пашуковой Т. И., полученными в ходе обследования людей пожилого и старческого возраста [10]. Полностью тест эгоцентрических ассоциаций выполнили 16 участников. Среди них у 50% был установлен средний уровень эгоцентризма, у 43,75% — низкий и у одного человека высокий уровень 6,25%, очень высокий уровень отсутствовал. Вместе с тем увеличение объема выборки до 326 человек позволило перейти от описания отдельных результатов к установлению процентильных границ.

Таким образом, результаты исследования подтверждают, что применение нормативных ориентиров, полученных при исследовании старшеклассников, студентов ограничивает содержательную точность психодиагностической интерпретации результатов для людей пожилого и старческого возраста. Нормирование с применением процентильного подхода обеспечило дифференциацию результатов внутри выборки исследуемого возраста и сформировать интерпретационные критерии. Установленные границы значительно отличаются от представленных для студентов в первую очередь сужением диапазона баллов среднего уровня, а также более низкими баллами для высокого и очень высокого уровней. Таким образом одинаковый первичный балл может получать различную уровневую интерпретацию, из чего следует необходимость проведенного нормирования для исследованных возрастных групп для сохранения дифференцирующей способности методики.

ПРОЕКТИВНАЯ МЕТОДИКА ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОТНОШЕНИЯ К ТЕЛУ

Марамчина К. И.
ФГБОУ ВО ТГМУ МЗ РФ, Владивосток, Россия
kmaramchina00@mail.ru

Ключевые слова: проективная методика, отношение к телу, ассоциативный эксперимент, содержательная валидность, конструктная валидность.

PROJECTIVE TECHNIQUE FOR DIAGNOSING ATTITUDE TO THE BODY

Maramchina K. I.
Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia
kmaramchina00@mail.ru

Keywords: projective technique, attitude towards the body, associative experiment, content validity, construct validity.

Введение. Отношение к телу является актуальной темой современной психологии, что обусловлено тесной связью с физическим и психическим состоянием личности [1, 4]. В связи с этим возникает потребность в надежном психодиагностическом инструменте, способном выявлять не только осознаваемые, но и скрытые аспекты отношения к собственному телу. В настоящее время для изучения образа тела используются как стандартизированные опросники, так и проективные методики. Однако, несмотря на распространенность стандартизированных методов, именно проективные методики обладают рядом преимуществ, такие, как индивидуальный подход, снижение действия защитных механизмов и выявление скрытых, неосознаваемых компонентов. Вместе с тем проективных методик для диагностики образа тела разработано недостаточно. Поскольку отношение к телу понимается как целостная система, которая должна включать когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты [3], диагностический инструмент должен охватывать все три составляющие. Для решения данной задачи была разработана авторская проективная методика. Однако для ее практического применения необходимо выполнить психометрическую проверку.

Цель данного исследования — разработать проективную методику для диагностики отношения к телу и определить ее внутреннюю валидность.

Материал и методы. Для создания методики за основу была взята процедура разработки проективного экспресс-метода оценки личности Т. В. Капустиной [2]. В рамках исследования применялись методы прямого и обратного свободного ассоциативного эксперимента, метод те-

стирования, представленный методиками «Многокомпонентный опросник отношения к собственному телу» (MBSRQ) Т. Ф. Кэша, в адаптации Л. Т. Баранской и С. С. Татауровой, опросник «Оценка образа тела» Р. В. Кадырова и соавторов, опросник «Образ тела» К. Н. Белогай и И. С. Морозовой, методика «Мое тело» К. Н. Белогай. Для статистической обработки данных использовался метод контент-анализа и коэффициент ранговой корреляции Ч. Спирмена при уровне значимости менее 0,05. Общую выборку исследования составили 633 человека, 484 женщины и 149 мужчин соответственно в возрасте от 16 до 60 лет.

Результаты. На первом этапе респондентам предъявлялись слова-стимулы («мое тело», «отражение в зеркале», «внешний вид»), на которые они давали свободные ассоциации. Всего было получено 1690 ассоциаций, методом контент-анализа они были разбиты на категории и единицы. Наиболее часто встречающиеся категории легли в основу изображений проективной методики для диагностики образа тела. Были созданы 24 рисунка (12 мужских и 12 женских), имеющие положительный и отрицательный эмоциональный фон. На втором этапе (обратный ассоциативный эксперимент) исследуемым предъявлялись рисунки, на каждое изображение исследуемые давали по 3–5 ассоциаций. Общее количество ассоциаций, собранных в ходе обратного эксперимента, составило 3525 единиц. Полученные ассоциации были распределены по категориям и также проанализированы с помощью контент-анализа. Далее был проведено сопоставление результатов прямого и обратного ассоциативного эксперимента, которое подтвердило содержательную валидность методики. То есть на рисунках представлены изображения, характеризующие компоненты (когнитивный, эмоциональный, поведенческий) отношения к телу. Процедура проверки конструктной валидности заключалась в выявлении корреляционных связей между результатами разработанной проективной методики и результатами надежных и валидных методик для оценки образа тела и отношения к телу. Из предложенных 12 карт (в зависимости от пола респондента), исследуемые выбирали по три карты, которые наиболее или наименее характеризуют их отношение к телу. Рисунку, характеризующему отношение к телу, присуждался — (1) балл, рисунку, которые не соответствует — (–1) балл, невыбранные карты — 0 баллов. С помощью критерия ранговой корреляции Ч. Спирмена для каждого изображения были выявлены положительные и отрицательные корреляции, рассматривались статистически значимые и с уровнем корреляции более 0,3. Представим результаты на примере карты №4 из женской версии методики. На данной карте изображена девушка, которая стоит в маске для лица и в бигуди напротив зеркала, улыбаясь. Данная карта отражает поведенческий компонент отношения к своему телу, а именно заботу о своем теле. Для данной карты

были выявлены значимые корреляции со шкалами «Удовлетворенность параметрами тела», «Эстетический компонент», «Социальный компонент», «Эмоциональный компонент» (R = 0,3), «Активность» (R = 0,31), а также с утверждениями «Мне нравится смотреть свои фотографии или видео со своим участием» (R = 0,32), «Мое тело обаятельное», «Мое тело грациозное», «Мое тело сексуальное» (R = 0,31). По результатам корреляционного анализа, в женской версии методики осталось 10 из 12 карт, для двух карт не было выявлено значимых корреляционных связей, поэтому данные карты исключены из конечной версии методики. В мужской версии разработанной проективной методики для диагностики образа тела значимые корреляционные связи были выявлены для 9 карт из 12, которые и были включены в конечную версию методики.

Выводы. Содержательная валидность методики подтверждена как эмпирически (соответствием между замыслом карт-стимулов и ассоциациями респондентов), так и теоретически (концепция отношений В. Н. Мясищева). Конструктная валидность подтверждена наличием значимых корреляционных связей между выборами карт и шкалами стандартизированных опросников. Для каждой из 19 карт, подтвердивших свою валидность, были составлены психологические портреты. Проведенное исследование показало, что разработанная методика имеет высокий диагностический потенциал к исследованию отношения к телу, однако требует дальнейшей психометрической проверки.

Литература

1. Белогай, К. Н. Образ тела женщины: онтогенетические и социокультурные аспекты развития, возрастно-психологическая изменчивость : специальность 19.00.13 «Психология развития, акмеология» : диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук / Ксения Николаевна Белогай. — Кемерово, 2021. — 441 с.

2. Капустина, Т. В. Экспресс-диагностика типов личности: проективный метод : специальность 19.00.01 «Общая психология, психология личности, история психологии» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Татьяна Викторовна Капустина. — Владивосток, 2019. — 229 с.

3. Карпова, Э. Б. Психологическая концепция отношений В. Н. Мясищева: основы и содержание / Э. Б. Карпова, Г. Л. Исурина, А. Л. Журавлев // Психологический журнал. — 2020. — Т. 41, № 2. — С. 5–14. — DOI 10.31857/S020595920008488-2.

4. Якимова, Л. С. Психосоциальные и психологические факторы развития дисморфофобий у современных подростков / Л. С. Якимова, Н. А. Кравцова // Тихоокеанский медицинский журнал. — 2017. — № 3 (69). — С. 15–19. — DOI 10.17238/PmJ1609-1175.2017.3.15-19.

ЦИФРОВЫЕ И БУМАЖНЫЕ ТАБЛИЦЫ ШУЛЬТЕ: СОПОСТАВИМОСТЬ И ГРАНИЦЫ ПРИМЕНИМОСТИ

Машковцева Е. В.
НИИ цитохимии и молекулярной фармакологии, Москва, Россия
ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н. И. Пирогова» МЗ РФ, Москва, Россия
mashkovtseva@icmph.ru

Ключевые слова: таблицы Шульте, цифровая психодиагностика, сопоставимость форм, нормативы, минимальное выявляемое изменение.

DIGITAL AND PAPER SCHULTE TABLES: COMPARABILITY AND APPLICABILITY LIMITS

Mashkovtseva E. V.
Institute of Cytochemistry and Molecular Pharmacology, Moscow, Russia
Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
mashkovtseva@icmph.ru

Keywords: Schulte tables, digital assessment, form comparability, norms, minimal detectable change.

Введение. Таблицы Шульте более полувека остаются одной из наиболее употребительных проб отечественного патопсихологического практикума. Неизменность процедуры, описанной в методических руководствах [1], — пять бумажных таблиц, оценка времени прохождения и числа ошибок, наблюдение исследователя за поведением испытуемого — обеспечила накопление сопоставимого клинического опыта на протяжении десятилетий. Перенос пробы на экран происходит повсеместно, однако сопоставимость электронной формы с бумажной часто принимается по умолчанию, а накопленные нормативы переносятся на цифровой результат без проверки. При этом изменяется не только способ предъявления стимульного материала и регистрации результатов: при самостоятельном прохождении исчезает информация, получаемая в результате наблюдения, но добавляются новые измеряемые параметры. Возрастает и роль навыка обращения с устройством — в электронной форме требуется точное попадание указателем в клетку, тогда как на бумаге достаточно указать на число. Отдельный методический вопрос, существенный для повторных обследований, — собственная погрешность инструмента: какое изменение результата отличимо от измерительного шума. Заключение о взаимозаменяемости форм при этом не сводится к величине корреляции между ними.

Цель. Установить, измеряют ли бумажная, компьютерная и мобильная формы таблиц Шульте одну и ту же индивидуальную характеристи-

ку, сопоставимы ли их абсолютные значения, и определить величину изменения, различимого у одного человека.

Материал и методы. Обследованы 108 человек в возрасте 21–88 лет (медиана 45), из них 64 женщины; набор проводился по месту работы на промышленном предприятии (протокол ЛЭК № 5 от 20.07.2026). Каждый участник выполнял пробу в трёх формах — на компьютере с мышью, на смартфоне и на бумажном бланке — по пять таблиц 5×5 с числами от 1 до 25 [1] в каждой (3 в возрастающем порядке и 2 в убывающем). Стимульный материал состоял из пятнадцати фиксированных раскладок, разделённых на три блока по пять таблиц. Назначение блоков формам и порядок форм в визите уравновешены латинским квадратом; перед замером предъявлялась разминочная таблица. Электронная реализация выполнена на собственной платформе онлайн-тестирования [2].

Сопоставимость форм оценивалась разложением дисперсии логарифма времени с формой как отдельным фасетом плана в рамках теории обобщаемости [3], внутриклассовыми коэффициентами согласованности и абсолютного согласия [4] и корреляцией с поправкой на собственную ненадёжность форм с интервалами бутстрепа по участникам. Разрешающая способность вычислялась через стандартную ошибку измерения и наименьшее выявляемое изменение [5]. Сравнивались четыре модели пересчёта результата между формами с оценкой ошибки предсказания на участнике, не входившем в подгонку. Расчёты выполнены с использованием R 4.5.2 и Python 3.13.5.

Результаты. Устойчивые различия между людьми объясняют 65% дисперсии логарифма времени прохождения, форма предъявления — 9%, взаимодействие «человек — форма» — 5,1%, остальное приходится на различия между таблицами и случайную вариацию. Отношение дисперсии взаимодействия к межиндивидуальной составляет 0,079, то есть носитель даёт почти постоянный сдвиг, а не перестановку обследуемых. Согласованность рангов высокая: корреляции среднего времени таблицы составляют 0,88 между компьютером и смартфоном и 0,89 между компьютером и бумагой, а после поправки на ненадёжность форм — 0,92–0,95 (доверительный интервал 0,89–0,99). Коэффициент обобщаемости решения по одной форме из пяти таблиц превышает 0,87, по трём формам — 0,96, то есть для упорядочивания обследуемых одной формы достаточно.

Абсолютная шкала при этом различается существенно. Относительно компьютера бумажная форма быстрее на 19%, мобильная — на 5%, а медиана внутриндивидуальной разности между компьютером и бумагой составляет около 8 с при среднем времени таблицы около 48 с. Техническая задержка показа таблицы на экранных формах объясняет лишь 4% этого разрыва; основная его часть создана требованием точного попадания указателем в клетку, отсутствующим на бумаге. Разрыв про-

порционален уровню результата и растёт с возрастом: у младшей трети выборки экранная форма дольше бумажной на 12%, у старшей — на 27%. Грубая классификация «быстрый — средний — медленный» совпадает во всех трёх формах у 57 % участников при случайном ожидании около 11%. Вместе с тем наименьшее выявляемое изменение составляет 10,7 с на компьютере, 10,4 с на смартфоне и 9,7 с на бумаге — около четверти собственного времени обследуемого и практически одинаково на всех носителях: изменение времени менее десяти секунд по одному предъявлению неотличимо от погрешности измерения независимо от того, на чём проведено обследование.

Выводы. Три формы таблиц Шульте измеряют одну и ту же индивидуальную характеристику и взаимозаменяемы для ранжирования и сравнения групп при условии, что внутри одного сравнения все обследованы одной формой: при смешении носителей систематический сдвиг превратится в мнимое групповое различие. Нормативы бумажной пробы к результату, полученному на экране, напрямую неприменимы; пересчёт возможен с применением модели, учитывающей уровень результата и возраст. Для оценки динамики у отдельного человека одного предъявления любой формы недостаточно: цифровая регистрация повышает точность хронометража, но не меняет разрешающей способности самой пробы. Практическое следствие для повторных обследований — увеличивать число предъявляемых таблиц либо разносить измерения на несколько визитов; проверка второго варианта составляет продолжение настоящей работы.

Литература

1. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. — Москва : Эксмо-Пресс : Апрель Пресс, 1999. — 448 с. — (Мир психологии). — ISBN 5-04-003883-6.

2. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2025686309.

3. Cronbach, L. J. The Dependability of Behavioral Measurements: Theory of Generalizability for Scores and Profiles / L. J. Cronbach, G. C. Gleser, H. Nanda, N. Rajaratnam. — New York : Wiley, 1972. — xix, 410 p. — ISBN 0-471-18850-6.

4. Koo, T. K. A Guideline of Selecting and Reporting Intraclass Correlation Coefficients for Reliability Research / T. K. Koo, M. Y. Li // Journal of Chiropractic Medicine. — 2016. — Vol. 15, № 2. — P. 155–163. — DOI 10.1016/j.jcm.2016.02.012.

5. Weir, J. P. Quantifying Test-Retest Reliability Using the Intraclass Correlation Coefficient and the SEM / J. P. Weir // Journal of Strength and Conditioning Research. — 2005. — Vol. 19, № 1. — P. 231–240. — DOI 10.1519/15184.1.

ПРАКТИЧЕСКОЕ ПРИМЕНЕНИЕ ОПРОСНИКА УТРЕННЕГО–ВЕЧЕРНЕГО ХРОНОТИПА (MEQ) В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Мелёхин А. И.
Частная психотерапевтическая практика, Москва, Россия
clinmelehin@yandex.ru

Ключевые слова: хронтотип, депрессия, синдром ночной еды, хроническая бессонница, утренний хронотип, вечерний хронотип**.**

PRACTICAL APPLICATION OF THE MORNING–EVENING QUESTIONNAIRE (MEQ) IN CLINICAL PSYCHOLOGY

Melehin A. I.
Private psychotherapeutic practice, Moscow, Russia
clinmelehin@yandex.ru

Keywords: chronotype, depression, night eating syndrome, circadian insomnia, morning chronotype, evening chronotype.

Введение.

Цель исследования — выявить взаимосвязь между различными аспектами хронотипа с симптомами депрессии, бессонницы, проявлениями синдрома ночной еды, и склонностью к эмоциональному перееданию как способу эмоциональной регуляции.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 110 мужчин и женщин, 31,6±11,7 года (M = 26), а средний индекс массы тела — 26,9±4,9 кг/м² (M = 27). Большинство участников были женщинами (68%) и не состояли в браке (59%). Более половины участников имели образование не ниже 11 классов (59%), а значительная часть не страдала хроническими заболеваниями (83%). Критерии исключения: наличие физических, когнитивных или психологических ограничений, препятствующих эффективному общению или прохождению процесса сбора данных.

Методики исследования: Morningness−Eveningness Questionnaire (MEQ), Three-Factor Athens Insomnia Scale (AIS), Eating Questionnaire-R18, Night Eating Questionnaire (NEQ), Hamilton Depression Rating Scale (HDRS/Ham-D).

Результаты. Повышенная утренняя активность и предпочтение утренних часов были связаны с меньшим проявлением депрессивных симптомов (общий эффект $\beta = -0{,}37, -0{,}14, -0{,}21, -0{,}17$) и склонностью к эмоциональному перееданию, синдрому ночной еды (общий эффект $\beta = -0{,}22, -0{,}08$), в отличии от вечерней активности. Косвенный негативный эффект вечернего хронотипа наблюдался через депрессивные симптомы ($\beta = -0{,}12, -0{,}10, -0{,}15, -0{,}14$) на бессонницу, синдром ночной еды и эмоциональное перееда-

ние. Вечерний хронотип был значимо связан с более высокими показателями депрессии и бессонницей (r = −0,34, −0,54 p = 0,013; p = 0,019). Доля пациентов с вечерним хронотипом (64,5%) в нашем исследовании была выше.

Выводы. При психологической диагностике хронической бессонницы, депрессии, синдрома ночной еды следует применять шкалу MEQ, которая позволит определить предпочтительное время для сна, бодрствования, физической активности и умственной работы в течение дня. Люди с утренним хронотипом, как правило, наиболее активны и продуктивны в первой половине дня, а люди с вечерним хронотипом — во второй половине дня и ночью. Нестабильные ритмы сна и бодрствования, характерные для «сов», могут затруднять регуляцию аффективных состояний, повышая риск развития депрессии и других аффективных расстройств, в том числе и бессонницы, синдрома ночной еды. Таким образом, полученные результаты подчёркивают важность разделения различных аспектов хронотипа при изучении его взаимосвязи с психологическими факторами, такими как депрессивные симптомы, бессонницей, и склонностью к эмоциональному перееданию, синдромом ночной еды. Среди людей, страдающих от клинической депрессии, с хронической бессонницей, синдромом ночной еды в прошлом и в настоящем, больше тех, кто склонен к вечерней активности. Это позволяет предположить, что суточный ритм является одним из предрасполагающих или поддерживающих факторов данных расстройств.

ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ ДЛЯ АНАЛИЗА ОПЫТА СОЦИАЛЬНОЙ МАСКИРОВКИ У ВЗРОСЛЫХ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Миланич Ю. М., Вахрушева К. К.
ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия
y.milanich@spbu.ru

Ключевые слова: интервьюирование, социальная маскировка, расстройство аутистического спектра.

INTERVIEWING TO ANALYSE THE EXPERIENCE OF SOCIAL MASKING IN ADULTS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Milanich Yu. M., Vakhrusheva K. K.
St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
y.milanich@spbu.ru

Keywords: interviewing, social masking, autism spectrum disorder.

Введение. Несмотря на то, что диагностические подходы признают возможность постановки диагноза «расстройство аутистического спектра»

(РАС) во взрослом возрасте (МКБ-11), значительная часть людей продолжают получать диагноз несвоевременно. Это определяет накопление неблагоприятного психологического опыта, недостаточное понимание собственных особенностей, ограничения доступа к профессиональной помощи и социальной поддержке. Поздняя диагностика РАС может быть связана с формированием и использованием стратегий социальной маскировки (Lai, Baron-Cohen, 2015; Huang et al., 2020). Под социальной маскировкой (СМ) понимается использование лицами с РАС когнитивных и поведенческих стратегий для адаптации к миру неаутичных людей. Разнообразие стратегий СМ исследователи объединяют в три группы: 1) сокрытие аутистических черт в поведении, 2) компенсация (демонстрация неаутичного поведения, усвоенного в наблюдении за людьми без РАС), 3) ассимиляция (попытки справиться и скрыть дискомфорт в социальных ситуациях) (Cook et al., 2021). Исследования показывают, что СМ у лиц с РАС может способствовать социальной адаптации, однако одновременно ассоциируется со стигмой, эмоциональным истощением, тревогой, повышением уязвимости к другим проблемам психического здоровья (Khudiakova et al., 2024).

В литературе сохраняется неоднозначность в понимании структуры, механизмов и способов измерения СМ (Arnold et al., 2026). В отечественной психологии изучение феномена не проводилось. Опросник для оценки стратегий СМ CAT-Q пока не прошел адаптацию на российской выборке, что определяет актуальность качественных методов для изучения проблемы.

Цель — представить опыт интервьюирования, позволяющего понять, как люди с РАС описывают различные аспекты собственной маскировки.

Материал и методы. Разработано полуструктурированное интервью, направленное на выявление черт, которые подвергаются камуфлированию, описание используемых стратегий СМ, субъективной мотивации и ситуативного контекста СМ, самочувствия до и после общения с использованием стратегий, личной истории формирования СМ. Проведено пилотное интервьюирование с 12 взрослыми (ср. возраст 26 лет, большинство респондентов (75%) составили женщины). Половина участников имели установленный психиатром диагноз РАС (n = 6), вторая половина сообщали о наличии обоснованных подозрений на расстройство (n = 6): респонденты идентифицировали себя как люди с РАС и/или их диагноз подозревался со стороны профильных специалистов. Участники не имели нарушений интеллекта и функциональной речи. Для анализа развернутых ответов был использован качественный контент-анализ с элементами тематического кодирования.

Результаты. Были выделены следующие тематические блоки: объекты и стратегии СМ, личная история формирования СМ, интенсивность СМ в зависимости от ситуации социального взаимодействия, мотивы использования СМ, переживания во время и после использования СМ, долгосрочные психологические последствия использования СМ.

Выделены группы особенностей, состояний и реакций, которые участники стремились скрывать от окружающих и стратегии СМ: 1) трудности в социальном взаимодействии (n = 12), а именно трудности в поддержании беседы, потеря нити разговора, утомление от устной речи, непонимание социальных правил, ожиданий и юмора; 2) сенсорный дискомфорт, состояния перенапряжения и состояния истощения, в том числе с временной потерей речи (n = 7); 3) аутистические особенности поведения, при этом чаще всего маскировке подвергался стимминг через его подавление (n = 6); были также сообщения о контроле проявлений своих увлечений (n = 5).

Наиболее распространенными стратегиями СМ оказались наблюдение и копирование поведения окружающих (n = 7), контроль интонации, голоса, мимики и телесной экспрессии (n = 6), следование социальным сценариям (n = 6), репетиции перед общением и использование подготовленных речевых шаблонов (n = 6). Ряд стратегий был направлен на сокрытие стимминга (n = 6), сенсорной перегрузки, состояний перенапряжения и истощения (n = 7).

Описывая историю формирования СМ, респонденты чаще всего указывали на наблюдение за окружающими и копирование их поведения (n = 11), использование моделей социального поведения, взятых из фильмов и книг (n = 10), объяснения социальных норм со стороны родителей, педагогов или других людей (n = 6).

Наиболее интенсивно стратегии используются в контактах с незнакомыми и малознакомыми людьми (n = 5), а также в рабочих, учебных (n = 7) и иных формальных ситуациях (n = 5). Напротив, СМ снижается в общении с близкими людьми (n = 10), «нейроотличными» собеседниками (люди с РАС, СДВГ и другими психическими расстройствами) (n = 9). Наиболее частыми мотивами использования СМ были: страх осуждения, отвержения и непонимания со стороны окружающих (n = 6), потребность в безопасности (n = 5), стремление выглядеть «нормально» (n = 6), желание быть принятыми в группе (n = 4), успешно трудоустроиться и поддерживать рабочие отношения (n = 4). Использование СМ сопровождается ощущением большой затраты энергии, усталостью, опустошенностью (n = 10), а также деперсонализацией («не чувствую себя собой») (n = 4). В качестве долгосрочных последствий СМ также упоминались хроническая усталость (n = 10) и непонимание себя (n = 4).

Выводы. Данные пилотного интервьюирования представили СМ лиц с РАС как сложный процесс, включающий как адаптацию к социальным требованиям, так и сокрытие аутистических черт. Наиболее распространенными стратегиями СМ оказались наблюдение и копирование поведения окружающих, использование социальных сценариев и контроль невербальной экспрессии. Основными мотивами выступили стремление избежать отвержения и потребность в социальной принадлежности. При этом СМ сопровождается значительными психологическими издержками в виде состояния истощения и потери чувства аутентичности.

Литература

1. Arnold, W. M. Camouflaging and autism: conceptualisation and methodological issues / W. M. Arnold, V. Bitsika, C. F. Sharpley // Autism. — 2026. — Vol. 30, № 5. — P. 1131–1146. — DOI 10.1177/13623613261420085.

2. Cook, J. Camouflaging in autism: a systematic review / J. Cook, L. Hull, L. Crane, W. Mandy // Clinical Psychology Review. — 2021. — Vol. 89. — Article 102080. — DOI 10.1016/j.cpr.2021.102080.

3. Huang, Y. Diagnosis of autism in adulthood: a scoping review / Y. Huang, S. R. C. Arnold, K.-R. Foley, J. N. Trollor // Autism. — 2020. — Vol. 24, № 6. — P. 1311–1327. — DOI 10.1177/1362361320903128.

4. Khudiakova, V. A systematic review and meta-analysis of mental health outcomes associated with camouflaging in autistic people / V. Khudiakova, E. Russell, S. Sowden-Carvalho, A. D. R. Surtees // Research in Autism Spectrum Disorders. — 2024. — Vol. 118. — Article 102492. — DOI 10.1016/j.rasd.2024.102492.

5. Lai, M.-C. Identifying the lost generation of adults with autism spectrum conditions / M.-C. Lai, S. Baron-Cohen // The Lancet Psychiatry. — 2015. — Vol. 2, № 11. — P. 1013–1027. — DOI 10.1016/S2215-0366(15)00277-1.

НАРУШЕНИЕ ИЗБИРАТЕЛЬНОСТИ СЕМАНТИЧЕСКИХ СВЯЗЕЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ: К ВОПРОСУ О ДОПОЛНЕНИИ ТРАДИЦИОННОЙ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Миронова О. К., Молотова В. В.
ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет»,
Барнаул, Россия
mironovaolga131@gmail.com

Ключевые слова: патопсихология, нарушения мышления, шизофрения, семантические связи, патопсихологическая диагностика.

IMPAIRMENT OF SELECTIVITY OF SEMANTIC CONNECTIONS IN SCHIZOPHRENIA: ON THE TRADITIONAL PATHOPSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS

Mironova O. K., Molotova.V. V.
Altai State Medical University, Barnaul, Russia
mironovaolga131@gmail.com

Keywords: pathopsychology, thought disorders, schizophrenia, semantic associations, pathopsychological diagnostics.

Изучение нарушений мышления при шизофрении является одной из ключевых задач патопсихологии. Основные теоретико-методологи-

ческие подходы к диагностике нарушения мышления при шизофрении, используемые в отечественной традиции, сложились преимущественно в прошлом столетии. Вместе с тем, в диагностической практике все более востребованы современные подходы, которые не всегда согласуются друг с другом и с классической школой.

В отечественной традиции нарушения мышления при шизофрении описываются через концепцию Б. В. Зейгарник [2], разграничивающую «операциональный» и «личностный» компоненты мышления. Однако эта модель сталкивается с двумя трудностями. Во-первых, искажение обобщения одновременно трактуется и как операциональное, и как мотивационное, то есть личностное нарушение, что приводит к смешению понятий и ставит вопрос об истинном механизме патологии [1]. Во-вторых, модель не объясняет контрсимптоматику, на которую указывал Л. С. Выготский [3]. Шизофреническое мышление называют символическим, но понимание переносного смысла, в частности метафор, при этом страдает. Однонаправленная логика концепции Б. В. Зейгарник не охватывает это противоречие, тогда как подход Л. С. Выготского, рассматривающий значение слова как элемент системы связей, позволяет описать оба феномена в едином механизме.

На наш взгляд, стоит согласиться с позицией Л. С. Выготского [3], который дает объяснение нарушениям мышления при шизофрении через концепцию о системном и смысловом строении сознания, согласно которой значение слова понимается не как отдельный признак, а как элемент системы связей, определяющий характер мышления. Следуя логике Л. С. Выготского, при изменении системы связей меняется и то, какие связи становятся для человека ведущими.

Так, И. Д. Горнушенков и И. В. Плужников [1] обосновывают семантический подход Л. С. Выготского через нейролингвистические исследования больных с локальными поражениями мозга, что, представляется, не совсем корректным, поскольку при шизофрении речь идет о более сложном механизме нарушения (перенос данных, полученных на выборке пациентов с афазией на пациентов с шизофренией, не будет являться валидным, требуется проверка на больных одним расстройством).

Таким образом, наиболее обоснованным нам видится предположение о том, что искажение обобщений и трудности понимания метафор — это два проявления нарушения избирательности семантических связей при шизофрении.

Современные исследования подтверждают данную гипотезу. Данные фМРТ-исследований (G. R. Kuperberg и соавторов [5]) демонстрируют в височных и префронтальных областях испытуемых аномальное увеличение гемодинамической активности в ответ на предъявляемые ассоциации. Между тем поведенческие показатели групп не различались. Это означает, что при внешне одинаковом результате механизм обработки

семантических связей различается. В обработку слова включаются не только очевидные значения, но и отдаленные семантические связи.

Исследование обработки метафор (V. Bambini и соавторов [4]) показывает специфическое зрительное праймирование у пациентов с шизофренией, когда у здоровых проявилось преимущественно семантическое праймирование. Для полноценного понимания метафор в данном случае требуется переход к переносному смыслу, но у пациентов он затруднен. Авторы связывают это с дисбалансом между восходящими сенсорными сигналами и нисходящими контекстуальными механизмами регуляции. Исследование показывает, что трудности понимания метафор связаны не только с доступностью отдельных значений, но и со способностью переключаться между уровнями интерпретации.

Следовательно, сочетание повышенной доступности семантических связей и трудности перехода к переносному смыслу может рассматриваться с точки зрения принципа системности, на который указывал Л. С. Выготский [3]. Исходя из этого, внешне противоречивые данные могут описывать одно нарушение с разных сторон.

Таким образом, мы полагаем, что диагностика нарушений мышления при шизофрении должна учитывать не только количественные показатели, но и качественную организацию смысловой сферы пациента. Это означает, что патодиагностика не может ограничиваться вопросами «сохранна или нарушена» отдельная операция. Важно понять, как устроена система связей пациента и какие связи в ней будут являться ведущими.

При этом стоит отметить, что возвращение к семантической линии исследований не отменяет классификацию Б. В. Зейгарник [2]. Внешне схожие проявления болезни могут иметь различную психологическую структуру, поэтому необходимо совмещение двух уровней анализа. Подход Б. В. Зейгарник [2] описывает характер конкретной мыслительной задачи, подход Л. С. Выготского [3] ставит вопрос о нарушении механизма в целом.

На наш взгляд, противопоставление двух подходов контрпродуктивно, необходимо их совместное использование. Традиционные патопсихологические методы могут применяться вместе с экспериментальными задачами, направленными на исследование семантической структуры мышления [1, 3]. Предлагается комплексный подход к диагностике, включающий оценку организации семантической сети, анализ избирательности семантических связей и исследование механизмов переключения между уровнями значений у пациентов.

Литература

1. Горнушенков, И. Д. Патология мышления при шизофрении: нейролингвистический подход к изучению нарушения процесса обобщения / И. Д. Горнушенков, И. В. Плужников // Культурно-историческая психология. — 2020. — Т. 16, № 4. — С. 56–62. — DOI 10.17759/chp.2020160406.

2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учебник / Б. В. Зейгарник. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Московского университета, 1986. — 286, [1] с.

3. Хрестоматия по патопсихологии / сост. Б. В. Зейгарник, А. П. Корнилов, В. В. Николаева. — Москва : Издательство Московского университета, 1981. — 158 с.

4. Bambini, V. Visual overactivation during metaphor processing: a novel mechanistic account of concretism in schizophrenia / V. Bambini, F. Frau, C. Pompei [et al.] // medRxiv. — 2026. — Preprint. — DOI 10.64898/2026.08.07.26359933.

5. Kuperberg, G. R. Increased temporal and prefrontal activity in response to semantic associations in schizophrenia / G. R. Kuperberg, T. Deckersbach, D. J. Holt, D. Goff, W. C. West // Archives of General Psychiatry. — 2007. — Vol. 64, № 2. — P. 138–151. — DOI 10.1001/archpsyc.64.2.138.

ОСОБЕННОСТИ ОКУЛОМОТОРНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ГЛАЗОДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ ПРИ РАСПОЗНАВАНИИ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНЫХ СЮЖЕТНЫХ КАРТИНОК

Мухитова Ю. В., Исаева Е. Р., Дмитриев П. И., Кудряшова А. Д.
ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. ак. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия
che88@mail.ru

Ключевые слова: шизофрения, восприятие, мышление, окулография, ай-трекинг.

FEATURES OF OCULOMOTOR CHARACTERISTICS OF EYE MOVEMENT ACTIVITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA DURING THE RECOGNITION OF SEQUENTIAL STORY PICTURES

Mukhitova Yu. V., Isaeva E. R., Dmitriev P. I., Kudryashova A. D.
Pavlov First Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg, Russia
che88@mail.ru

Keywords: schizophrenia, perception, thinking process, oculography, eye tracking.

Введение. Нарушения познавательной деятельности при шизофрении прослеживаются на всех её уровнях, начиная с процессов чувственного отражения. Отечественная патопсихология рассматривает нарушение из-

бирательности познавательной деятельности как сквозную характеристику психики больных шизофренией: утрачивается способность ранжировать информацию по степени значимости на основе прошлого опыта [2]. У пациентов шизофренического спектра затруднено выделение фигуры из фона, нарушены целостность восприятия и переключаемость [4, 5].

Информативным способом объективизации восприятия является окулография: А. Л. Ярбус показал, что траектория движений глаз определяется не только свойствами изображения, но и задачей, поставленной перед испытуемым [1]. Глазодвигательные нарушения при шизофрении характеризуются дефицитом зрительного сканирования, снижением свободного зрительного исследования, повышением зрительной салиентности в точках фиксации, окулярным микротремором в сочетании с изменением контрастной чувствительности, связью позитивной симптоматики с числом фиксаций [3–6]. Окуломоторная активность рассматривается как показатель нарушения не только восприятия, но и программирования деятельности [3, 5]; а в проведённом нами ранее исследовании на материале методики «Исключение 4-го лишнего» больные шизофренией совершали достоверно большее число фиксаций и дольше рассматривали изображения, чем здоровые испытуемые [3].

Цель исследования — определение характеристик окуломоторной активности у больных шизофренией и у здоровых лиц при распознавании последовательных сюжетных картинок.

Материал и методы. Обследованы 45 пациентов психиатрического стационара: 25–45 лет, 26 мужчин (58%) и 19 женщин (42%), диагноз по МКБ-10 — шизофрения, параноидная форма (F20), получающие нейролептическую терапию. Пациенты с выраженным интеллектуальным снижением и в актуальном психотическом состоянии не включались, все подписали информированное согласие. Контрольная группа: здоровые, 59 человек, 17–43 лет, 15 мужчин (25%) и 44 женщины (75%). Регистрация проводилась аппаратно-программным комплексом бесконтактной регистрации окуломоторной активности (250 Гц, точность 0,3°, 850 нм NIR). Испытуемому предлагалось рассмотреть серию изображений и составить связный рассказ; ответы оценивались по критерию адекватности передачи сюжета. Анализировались частота фиксаций и траектория перемещения взгляда (сканпас), включая её видеозапись.

Результаты. В нормативной группе не возникает сложностей в определении значимых областей, траектория взгляда последовательна, нарушений процессов восприятия не обнаружено. Больные шизофренией демонстрируют хаотичность движения взгляда, частую фиксацию на информативно незначимых областях, повторно возвращаются к уже просмотренным областям, что свидетельствует о трудностях выделения значимых областей и установления причинно-следственных связей;

большая частота фиксаций указывает на нарушение целостного восприятия объектов.

По видеоматериалам нормативная группа первые 5–10 секунд демонстрирует хаотичность рассмотрения — ориентировка в условиях задачи; затем оформляется алгоритм с выделением информативно значимых областей — формирование программы и выбор средств решения; далее прослеживается возвращение к просмотренным зонам — стадия контроля результата (этапы мыслительной деятельности по А. Р. Лурия).

У пациентов с шизофренией выявлены: 1) сложность распознавания целостного объекта — большее число попыток и искажение восприятия изображений (ответы, не соответствующие изображениям: «змея хочет укусить обезьяну», «удав хотел съесть обезьяну»); 2) трудности выделения информативно значимых объектов — частые фиксации на незначимых областях и возвращение к просмотренным; 3) хаотичность рассмотрения до момента ответа; 4) трудности ориентировки в условиях задачи и формирования программы её решения.

Выводы. 1. У больных шизофренией выявлены сложности распознавания целостного объекта, трудности выделения информативно значимых объектов и хаотичность рассмотрения материала.

2. Больные шизофренией предпринимают большее число попыток при распознавании объектов и дольше их рассматривают, в ряде случаев дают ответы, не соответствующие изображениям, что свидетельствует о нарушении целостного восприятия.

3. Устойчивый алгоритм обследования стимула не формируется, что указывает на затруднения в ориентировке в условиях задачи и формировании программы её решения, то есть на нарушение процессов мышления.

Литература

1. Барабанщиков, В. А. Окуломоторные структуры восприятия / В. А. Барабанщиков ; Российская академия наук, Институт психологии. — Москва : Институт психологии РАН, 1997. — 383, [1] с. — ISBN 5-02-013318-3.

2. Критская, В. П. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание / В. П. Критская, Т. К. Мелешко, Ю. Ф. Поляков. — Москва : Издательство Московского университета, 1991. — 256 с. — ISBN 5-211-01492-8.

3. Исаева, Е. Р. Особенности окуломоторной активности (движения глаз) у больных шизофренией при распознавании существенных признаков на примере методики «Исключение 4-го лишнего» / Е. Р. Исаева, Ю. В. Мухитова, П. И. Дмитриев // Психология и психотехника. — 2024. — № 1. — С. 157–178. — DOI 10.7256/2454-0722.2024.1.69668.

4. Corum, E. N. Relationship between visual integration, social cognition, and symptoms in schizophrenia: an eye-tracking study / E. N. Corum, M. Corum, C. Tas // Turkish Journal of Psychiatry. — 2026. — Vol. 37. — P. 30–37. — DOI 10.5080/u27715.

5. Minassian, A. Visual scanning deficits in schizophrenia and their relationship to executive functioning impairment / A. Minassian, E. Granholm, S. Verney, W. Perry // Schizophrenia Research. — 2005. — Vol. 74, № 1. — P. 69–79. — DOI 10.1016/j.schres.2004.07.008.

6. Yoshida, M. Visual salience is affected in participants with schizophrenia during free-viewing / M. Yoshida, K. Miura, M. Fujimoto [et al.] // Scientific Reports. — 2024. — Vol. 14. — Article 4606. — DOI 10.1038/s41598-024-55359-0.

ДИАГНОСТИКА СТРУКТУРНЫХ И СОДЕРЖАТЕЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК Я-КОНЦЕПЦИИ У ВЗРОСЛЫХ 25–50 ЛЕТ: ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС И АВТОРСКАЯ СХЕМА КОНТЕНТ-АНАЛИЗА САМООПИСАНИЙ

Назаретян С. Г.
ФГАОУ ВО КФУ, Казань, Россия
syuzi.nazaretyan@yandex.ru

Ключевые слова: психодиагностика, ясность Я-концепции, диффузная идентичность, контент-анализ, «Двадцать утверждений о себе».

DIAGNOSTICS OF STRUCTURAL AND CONTENT CHARACTERISTICS OF THE SELF-CONCEPT IN ADULTS AGED 25–50: A PSYCHODIAGNOSTIC COMPLEX AND THE AUTHOR'S CONTENT-ANALYSIS SCHEME OF SELF-DESCRIPTIONS

Nazaretyan S. G.
Kazan Federal University, Kazan, Russia
syuzi.nazaretyan@yandex.ru

Keywords: psychodiagnostics, self-concept clarity, diffuse identity, content analysis, Twenty Statements Test.

Введение. Диффузность идентичности во взрослом возрасте операционализируется преимущественно через конструкт ясности Я-концепции (self-concept clarity; J. D. Campbell и др. [5]; русскоязычная адаптация С. А. Шебетенко [4]): низкая ясность отражает неопределённый, внутренне

противоречивый и нестабильный образ «Я». Опросные методики измеряют структурный аспект самоотношения, но не раскрывают содержательное наполнение Я-концепции — категории, которыми человек себя описывает. Сочетание структурного дефицита с преобладанием ролевых самоописаний известно как феномен «ролевого протезирования»: неясный образ «Я» замещается набором социальных позиций, что порождает неустойчивость самооценки и эмоционального состояния при утрате роли [2].

Цель. Обосновать психодиагностический комплекс для оценки структурных и содержательных характеристик Я-концепции у взрослых 25–50 лет и привести результаты его пилотного применения.

Материал и методы. Комплекс включает четыре методики. Шкала ясности Я-концепции (Self-Concept Clarity Scale, SCCS; адаптация С. А. Шебетенко и др., 12 пунктов) измеряет степень определённости, внутренней согласованности и стабильности представлений о себе [4]. Анкета оценки нервно-психической устойчивости «Прогноз-2» В. Ю. Рыбникова (84 утверждения, включая шкалу искренности из 11 пунктов) применяется как референтный показатель эмоциональной неустойчивости и риска дезадаптации [3]. Опросник эмоциональной регуляции (Emotion Regulation Questionnaire, ERQ; адаптация А. А. Панкратовой, Д. С. Корниенко) диагностирует предпочтение когнитивной переоценки или подавления экспрессии [1]. Методика «Двадцать утверждений о себе» (TST) М. Куна и Т. Макпартленда служит источником качественных данных о содержании Я-концепции. Для обработки TST разработана авторская схема контент-анализа: категориальный состав (семейно-ролевые, личностные качества, профессионально-статусные, этнико-гражданские, мировоззренческие, аутодеструктивные и прочие), валентность, темпоральная перспектива, а также индексы противоречивости (доля взаимно несовместимых утверждений) и рефлексивности (доля ответов о внутреннем мире).

Пилот проведён в онлайн-формате (Яндекс Формы). Получено 40 анкет; после фильтров (информированное согласие, отсутствие психиатрических диагнозов в самоотчёте, контрольный пункт, полнота блока методик) в анализ вошло 32 протокола (17 женщин, 15 мужчин; возраст $M \pm SD = 31{,}0 \pm 7{,}3$ года, 25–50 лет); протоколов TST — 31. Подсчёт — по официальным ключам; сравнение подгрупп — U-критерий Манна–Уитни с точными p.

Результаты. Показатели опросного блока: ясность Я-концепции $40{,}4 \pm 10{,}1$ (21–59); переоценка $25{,}8 \pm 7{,}5$ (6–42); подавление $17{,}4 \pm 6{,}5$ (4–28). Корреляции стратегий регуляции с ясностью (ρ Спирмена) не достигли значимости ($\rho = -0{,}21$, $p = 0{,}26$; $\rho = -0{,}05$, $p = 0{,}80$), однако направление связи подавления соответствует модели «двойной уязвимости». Значимое возрастное различие выявлено по шкале подавления экс-

прессии: подгруппа 36–50 лет (n = 8) значимо превышает подгруппу 25–35 лет (n = 24): 21,9 ± 6,3 против 15,9 ± 5,9 (U = 44,5; точное p = 0,025).

Качественные данные TST (332 утверждения, 31 протокол) показали, что ролевые идентификации составляют 54% всех самоописаний; наибольшие доли занимают семейно-ролевые (28,0%), личностные качества (22,3%) и профессионально-статусные (17,5%) категории. По доле ролевых идентификаций в первых пяти ответах на вопрос «Кто я?» подгруппы значимо различаются: 82% в подгруппе 36–50 лет против 56% в подгруппе 25–35 лет (U = 40,5; точное p = 0,016). С возрастом социальные позиции продвигаются на первые места самоописания, что согласуется с феноменом «ролевого протезирования».

Выводы. 1. Комплекс SCCS, «Прогноз-2», ERQ и TST обеспечивает взаимодополняющую диагностику структурных и содержательных характеристик Я-концепции у взрослых 25–50 лет и пригоден как для исследовательских задач, так и для прикладной оценки риска дезадаптации. 2. В средней взрослости выявлен согласованный возрастной сдвиг: рост подавления экспрессии (p = 0,025) при повышении ролевой приоритетности самоописаний (p = 0,016). 3. Ограничения (малая выборка, неравномерность подгрупп, онлайн-формат, авторская схема кодирования без внешней проверки) определяют план основного исследования (N = 300–500): уравнивание подгрупп, межэкспертное согласование кодирования, меры дистресса и качества отношений.

Литература

1. Панкратова, А. А. Русскоязычная адаптация опросника ERQ (Emotion Regulation Questionnaire) Дж. Гросса / А. А. Панкратова, Д. С. Корниенко // Вопросы психологии. — 2017. — № 5. — С. 139–149.

2. Румянцева, Т. В. Структура Я-концепции и психологические ресурсы личности / Т. В. Румянцева. — Казань : Отечество, 2014. — 216 с.

3. Рыбников, В. Ю. Экспресс-методика «Прогноз-2» для оценки нервно-психической устойчивости кандидатов на учебу в вуз / В. Ю. Рыбников // I Всеармейское совещание : тезисы докладов. — Москва : Воениздат, 1990. — С. 132–135.

4. «Я» в самопознании: русскоязычная версия Шкалы ясности Я-концепции / В. В. Вдовенко, С. А. Щебетенко, Е. Б. Старовойтенко // Психологические исследования. — 2021. — Т. 14, № 77. — Ст. 7. — DOI 10.54359/ps.v14i77.157.

5. Self-concept clarity: measurement, personality correlates, and cultural boundaries / J. D. Campbell, P. D. Trapnell, S. J. Heine [et al.] // Journal of Personality and Social Psychology. — 1996. — Vol. 70, no. 1. — P. 141–156. — DOI 10.1037/0022-3514.70.1.141.

УРОВЕНЬ САМОСОСТРАДАНИЯ КАК ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ МАРКЕР В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ И ПСИХИАТРИИ

Немкова С. Л.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
sofia.nemkova@yandex.ru

Ключевые слова: самосострадание, самоотношение, самокритика, диагностика.

THE LEVEL OF SELF-COMPASSION AS A DIAGNOSTIC MARKER IN CLINICAL PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

Nemkova S. L.
Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
sofia.nemkova@yandex.ru

Keywords: self-compassion, self-attitude, self-criticism, diagnostics.

Традиционная клинико-психологическая и психиатрическая диагностика долгое время строилась вокруг категориального описания феноменологии расстройств, фиксации симптоматики и ее группировки в нозологические единицы. Однако современный этап развития науки характеризуется отчетливым сдвигом в сторону трансдиагностического подхода. Этот подход ищет общие причины и механизмы, которые лежат в основе самых разных психических расстройств. В связи с этим вместо регистрации внешних симптомов на первый план выходит исследование устройства личности человека, его адаптационного потенциала, механизмов саморегуляции и специфики самоотношения.

Одним из наиболее перспективных и методологически обоснованных конструктов в этой области выступает самосострадание. Концепция Кристин Нефф описывает самосострадание как способность поддерживать себя при неудачах, осознавая, что проблемы и ошибки — это естественная часть жизни любого человека, и безоценочно принимая свои переживания [2]. В диагностическом контексте измерение уровня самосострадания и связанных с ним факторов (например, интрапсихической агрессии) дает клиницисту возможность оценить не просто текущую тяжесть состояния, а внутренние ресурсы пациента, его способность к эмоциональной регуляции и устойчивость к патогенным факторам [2].

Самокритика, стыд и самоотношение как мишени диагностики. В клинической практике диагностический поиск часто направлен на внешние проявления болезни. При этом особенности внутреннего диалога пациента часто остаются без внимания. Вместе с тем исследования показывают,

что интенсивная, жесткая самокритика, аутоагрессия, постоянное чувство вины и глубокий стыд часто служат сквозными механизмами, которые усиливают проявления самых разных психических расстройств [1].

В рамках концепции терапии, сфокусированной на сострадании, Пола Гилберта жесткая самокритика рассматривается как ситуация, когда эволюционная система защиты от угроз направляется человеком на самого себя [1]. Когда пациент постоянно ругает и обвиняет себя, его мозг воспринимает эти мысли как реальную внешнюю угрозу. В результате организм находится в состоянии постоянного стресса. Кроме того, стыд и самоосуждение усугубляют депрессивную симптоматику, провоцируют аутоагрессивное поведение, выступают барьером на пути формирования терапевтического альянса и снижают приверженность лечению [1].

Таким образом, измерение уровня самосострадания позволяет клиницисту оценить соотношение между системой успокоения и безопасности и системой защиты от угроз. Диагностика того, насколько пациент способен проявлять самоподдержку в противовес самобичеванию, дает специалисту ключ к пониманию глубинных причин его состояния, структуры его личности и ее адаптационного потенциала.

Диагностический потенциал шкалы «Сочувствие к себе» К. Нефф (адаптация в России). Для внедрения любого трансдиагностического конструкта в клиническую практику требуется наличие надежного психодиагностического инструментария. Внимания здесь заслуживает официальная российская адаптация шкалы «Сочувствие к себе» (Self-Compassion Scale, SCS) [3].

Разработанный К. Нефф и адаптированный на русскоязычной выборке опросник представляет собой не просто одномерный показатель, а многомерный диагностический профиль, включающий шесть взаимосвязанных субшкал, разделенных по трем биполярным векторам. «Доброта к себе» в противовес «Самокритике» диагностирует преобладающий тон внутреннего диалога: от теплой поддержки до жесткого самоосуждения. «Общность с человечеством» в противовес «Самоизоляции» выявляет когнитивные установки относительно собственного страдания (восприятие его как части общего человеческого опыта или как фактора отчуждения от мира). «Внимательность» в противовес «Чрезмерной идентификации» оценивает способность к метакогнитивному наблюдению за эмоциональной болью без слияния с ней или избегания [3].

Психодиагностическая ценность методики SCS заключается в том, что она может применяться для исследования качества жизни, оценки стратегий самоотношения депрессивных и суицидальных пациентов и пациентов с расстройствами личности, а также позволяет дифференцировать адаптивные ресурсы и здоровые психологические защиты от деструктивных механизмов и разрушительных реакций [3]. Как показывают исследования, низкие значения по позитивным субшкалам

опросника и высокие баллы по негативным субшкалам имеют прямую корреляционную связь с тяжестью депрессивных, тревожных и посттравматических расстройств [5]. Использование данной шкалы в рамках клинического обследования дает возможность составить точный профиль мишеней для дальнейшей психокоррекции.

Перспективы применения оценки самосострадания в клинической практике. Внедрение диагностики самосострадания в клиническую работу дает специалистам возможность оценивать несколько важных параметров психики.

1. Прогностическая диагностика и оценка суицидального риска. Уровень самосострадания выступает независимым буфером против суицидального риска. Пациенты с высоким уровнем самокритики и низким уровнем сочувствия к себе склонны рассматривать суицидальное поведение как единственный способ прекращения невыносимого стыда или избавления от страданий и чувства собственной дефектности. Измерение этого показателя позволяет вовремя выявлять группы риска, а также различать пациентов с самоповреждениями и без них, с суицидальными попытками и мыслями [3].

2. Оценка готовности к психотерапии и планирование интервенций. Диагностика уровня самосострадания на начальном этапе обследования помогает прогнозировать прочность терапевтического альянса и корректировать подход. Пациенты с низким баллом по шкале «Доброта к себе» часто демонстрируют специфический феномен — «страх сострадания», — воспринимая заботу и теплоту терапевта или самоподдержку как угрозу, что требует особой предварительной работы [4].

3. Мониторинг эффективности лечения и динамики выздоровления. Традиционное купирование симптоматики не всегда означает стойкую ремиссию. Если же в процессе лечения у пациента растет уровень сочувствия к себе, это означает глубокие внутренние изменения, которые снижают риск рецидивов при тревожных, аффективных и аддиктивных расстройствах [5].

Заключение. Трансформация диагностических парадигм в клинической психологии и психиатрии требует перехода от анализа симптомов к комплексной оценке механизмов саморегуляции и специфики самоотношения пациента. Самосострадание представляет собой понятный, эффективный и измеряемый показатель, который отражает психологическую устойчивость личности. Оценка уровня сочувствия к себе и интенсивности внутренней критики позволяет не только уточнить клиническую картину и суицидальный риск, но и прогнозировать ход терапевтического процесса и оценить реальные ресурсы пациента, необходимые для его выздоровления.

Литература

1. Гилберт, П. Терапия, сфокусированная на сострадании: отличительные особенности / П. Гилберт. — Санкт-Петербург : Диалектика, 2021. — 256 с. — ISBN 978-5-907365-62-9.

2. Нефф, К. Самосострадание. Шаг за шагом / К. Нефф, К. Гермер. — Санкт-Петербург : Питер, 2023. — 528 с. — ISBN 978-5-4461-2253-0.

3. Чистопольская, К. А. Концепт «Сочувствие к себе»: российская адаптация опросника Кристин Нефф / К. А. Чистопольская, Е. Н. Осин, С. Н. Ениколопов [и др.] // Культурно-историческая психология. — 2020. — Т. 16, № 4. — С. 35–48. — DOI 10.17759/chp.2020160404.

4. Янченко, А. А. Сострадание к себе как адаптивное свойство личности / А. А. Янченко, С. К. Нартова-Бочавер // Психологические исследования. — 2020. — Т. 13, № 71. — DOI 10.54359/ps.v13i71.192.

5. MacBeth, A. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology / A. MacBeth, A. Gumley // Clinical Psychology Review. — 2012. — Vol. 32, no. 6. — P. 545–552. — DOI 10.1016/j.cpr.2012.06.003.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ МЫШЛЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ И ПСЕВДОПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ В НОРМЕ: ТРЕХУРОВНЕВАЯ МОДЕЛЬ

Нечипоренко Е. Ю.[1], Цыганкова П. В.[2], Иванова Е. М.[1]
[1] ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
[2] ФГАОУ ВО РГГУ, Москва, Россия
katerinaurievna@mail.ru

Ключевые слова: патопсихологическая диагностика, шизофрения, псевдопатопсихологические феномены, метакогнитивная регуляция, коммуникативная направленность мышления.

DIFFERENTIATING THOUGHT DISORDERS IN SCHIZOPHRENIA FROM PSEUDO-PATHOPSYCHOLOGICAL PHENOMENA IN MENTAL HEALTH: A THREE-LEVEL ANALYSIS

Nechiporenko E. Yu.[1], Tsygankova P. V.[2], Ivanova E. M.[1]
[1] Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
[2] Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia
katerinaurievna@mail.ru

Keywords: pathopsychological assessment, schizophrenia, pseudo-pathopsychological phenomena, metacognitive regulation, communicative orientation of thinking.

Введение. Патопсихологическая диагностика шизофрении традиционно опирается на выявление характерных нарушений мышления — искаже-

ния процесса обобщения, разноплановости, резонёрства. Однако, по данным современных исследований, внешне сходные с ними феномены всё чаще фиксируются у психически здоровых людей. Псевдопатопсихологические феномены (ППФ) — нестандартные, но не связанные с патологическим процессом варианты выполнения классических патопсихологических проб. Их распространение связывают с социокультурной трансформацией познавательной и мотивационно-личностной сфер субъекта цифровой эпохи: ростом установки на самовыражение и оригинальность, виртуализацией знака, разрушением иерархической структуры значений. При ограничении диагностики оценкой операционального уровня мышления, без учёта отношения испытуемого к своим ошибкам, его способности гибко менять установку и познавательную позицию, повышается риск гипердиагностики шизофрении. Методологическим основанием для разрешения данной проблемы представляется возвращение от «фенотипической» диагностики к каузально-динамической, что в отношении шизофренического патопсихологического синдрома подразумевает фокус на механизмах нарушения смыслообразующей функции мотива, социальной опосредованности и коммуникативной направленности мышления [2, 3].

Цель исследования **—** посредством сравнения особенностей мышления на операциональном, метакогнитивном и социально-коммуникативном уровнях у больных шизофренией (в подостром состоянии и в ремиссии) и психически здоровых лиц апробировать трехуровневую модель диагностики мышления и оценить диагностическую значимость каждого из уровней для разграничения истинных нарушений мышления при шизофрении и ППФ в норме.

Материал и методы. В пилотажном исследовании приняли участие 27 человек 18–35 лет: психически здоровые лица (группа Н; n = 8), пациенты с параноидной шизофренией (F20.0) в подостром состоянии (группа П; n = 9) и в ремиссии от полугода (группа Р; n = 10). Использован комплекс из трёх классических патопсихологических методик [4] с модификацией инструкций и процедур: «Сравнение понятий» с конфронтацией с ошибками и дозированной подсказкой; классический и аналитический вариант «Исключения предметов», где испытуемым предлагалось оценить правильность готовых ответов, моделирующих типичные патопсихологические феномены; «Пиктограмма» с двойной инструкцией — создать образ, 1) понятный только себе, 2) понятный другому человеку. Статистическая обработка включала критерий χ^2 Пирсона.

Результаты. Доля нестандартных ответов в «Сравнении понятий» (Н — 14,1%, П — 40,6%, Р — 40,2%) значимо больше в клинических группах, чем в норме ($Н < П$; $Н < Р$; $p < 0,001$), тогда как в «Исключении предметов» межгрупповых различий не выявлено (Н — 30,1%, П — 29,0%, Р — 28,9%), что подтверждает недостаточность фиксации ненор-

мативных решений на операциональном уровне для диагностических выводов. Доля исправления собственных ошибочных ответов в «Сравнении понятий» после подсказки составила Н — 91,7%, П — 83,3%, Р — 52,6% (Н > Р; $p < 0,001$); доля верно распознанных чужих ошибок в аналитической серии «Исключения предметов» составила Н — 56,3%, Р — 47,5%, П — 33,3% (Н > П, $p < 0,001$; П < Р, $p = 0,005$). Таким образом, здоровые испытуемые демонстрируют более высокую сохранность метакогнитивной регуляции по сравнению с обеими клиническими группами, при этом пациенты группы Р хуже справляются с коррекцией собственных ошибок, а пациенты группы П — с распознаванием чужих. В «Пиктограмме» доля рисунков, понятных стороннему наблюдателю (задача «понятно для другого»), составила Н — 81,3%, Р — 50,0%, П — 29,7% (Н > Р; Н > П, $p < 0,001$; Р > П, $p = 0,014$); при обратной инструкции (понятно только для себя) различия менее выражены: Н — 73,4%, Р — 70,0%, П — 56,3% (Н > П, $p = 0,042$). Данные результаты подтверждают наличие характерного для больных шизофренией дефицита учёта познавательной позиции партнёра по общению.

Выводы. 1. Нестандартные варианты выполнения патопсихологических методик встречаются у психически здоровых лиц с частотой, сопоставимой с их частотой в группах больных шизофренией, что подтверждает недостаточность оценки операционального уровня мышления для решения диагностических задач. 2. Значимые различия между больными шизофренией и психически здоровыми лицами обнаруживаются преимущественно на метакогнитивном и социально-коммуникативном уровнях мышления: у больных шизофренией значимо чаще выявляются нарушения критичности к собственным и чужим ошибкам, а также нарушение учёта познавательной позиции партнёра по общению [1, 5]. 3. Предложенный трёхуровневый диагностический подход реализуется через модификацию инструкций классических методик, не требует создания нового стимульного материала и потому может быть относительно легко включён в практику патопсихологического обследования с целью повышения точности разграничения истинных нарушений мышления при шизофрении и псевдопатопсихологических феноменов в норме.

Литература

1. Алехин, А. Н. Особенности формирования мышления в условиях цифровой среды / А. Н. Алехин, А. А. Грекова // Клиническая и специальная психология. — 2019. — Т. 8, № 1. — С. 162–176. — DOI 10.17759/cpse.2019080110.

2. Зейгарник, Б. В. Патопсихология : учебник для вузов / Б. В. Зейгарник. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : Издательство Московского университета, 1986. — 287 с.

3. Критская, В. П. Патопсихологический синдром в системном исследовании патологии психической деятельности / В. П. Критская, Т. К. Мелешко // Психологический журнал. — 2004. — Т. 25, № 6. — С. 53–63.

4. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : практическое руководство / С. Я. Рубинштейн. — Москва : Апрель-Пресс : Психотерапия, 2010. — 224 с. — ISBN 978-5-903182-70-1.

5. Холмогорова, А. Б. Нарушения социального познания как новая парадигма в исследованиях психологического дефицита при шизофрении / А. Б. Холмогорова, О. В. Рычкова // Консультативная психология и психотерапия. — 2016. — Т. 24, № 4. — С. 8–28.

КРИЗИС ЧЕТВЕРТИ ЖИЗНИ (QUARTER-LIFE CRISIS): ГРАНИЦЫ МЕЖДУ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНЫМ КРИЗИСОМ, ДЕПРЕССИЕЙ И ФОРМИРУЮЩИМСЯ РАССТРОЙСТВОМ ЛИЧНОСТИ

Никульшина И. С., Родонич В. А.
ФГБОУ ВО Финансовый университет, Москва, Россия
239018@edu.fa.ru

Ключевые слова: кризис четверти жизни, формирующейся взрослость, дифференциальная диагностика, депрессия, расстройство личности.

QUARTER-LIFE CRISIS: BOUNDARIES BETWEEN EXISTENTIAL CRISIS, DEPRESSION, AND EMERGING PERSONALITY DISORDER

Nikulshina I. S., Rodonich V. A.
Financial University, Moscow, Russia
239018@edu.fa.ru

Keywords: quarter-life crisis, emerging adulthood, differential diagnosis, depression, personality disorder.

Формирующаяся взрослость есть динамичный этап развития личности. Переход от внешне заданных ролей к самостоятельному конструированию жизненного пути (профессиональная идентичность, отношения, финансовая автономия, образ «Я»). Современный контекст — удлинение образования, нестабильность рынка труда, изменение моделей партнёрства и семьи, конкуренция и социальное сравнение — усили-

вает неопределённость, тревогу и несоответствие ожидаемой и реальной взрослости. Для обозначения этого периода используется понятие «кризис четверти жизни» (QLC) — описательный и исследовательский конструкт, не самостоятельный психиатрический диагноз. Основная трудность заключается в различении нормативного и экзистенциального кризисов, депрессивных эпизодов и формирующееся расстройство личности. Сензитивны оба составляющие континуума: патологизация естественного кризиса и недооценка клинически значимой симптоматики.

Целью исследования определено описать дифференциально-диагностические ориентиры между QLC, экзистенциальным кризисом, депрессией и формирующимся расстройством личности; предложить алгоритм оценки.

Итак, QLC — гетерогенный комплекс переживаний при множественных жизненных переходах. Жёстких возрастных границ нет: он связан с задачами перехода к взрослости. Концепция emerging adulthood описывает период от конца подросткового возраста до второй половины двадцатых как этап вариативности траекторий. Для QLC характерны неопределённость, ощущение «отставания», сомнения в выборе, снижение удовлетворённости жизнью, потеря направления. Факторы: внутренние (цель, духовность, тревожность) и внешние (соцподдержка, возраст, пол) [5]. Варианты: locked-out (трудности вхождения во взрослую жизнь), locked-in (невозможность выйти из неподходящей траектории). DCQ-12: отчуждение/дистресс, отсутствие ясности/контроля, переживание перехода [2]. Экзистенциальный кризис может быть нормативным этапом переоценки смыслов, идентичности, свободы, ответственности, выбора. Ориентир — сохранение адаптации и функционирования. Если состояние меняется с обстоятельствами и возможна переоценка целей, речь скорее о кризисе развития. Риск патологизации: стойкость симптомов, выраженное снижение функционирования, отсутствие поддержки, суицидальные мысли.

Граница с депрессией не абсолютна. QLC может включать тревогу, депрессивные проявления, безнадёжность, дезориентацию. Но при депрессивном эпизоде значим устойчивый комплекс: сниженное настроение, ангедония, потеря мотивации, нарушения сна, когнитивные симптомы, суицидальные мысли, нарушение функционирования. Кризис может сочетаться с депрессией; важны выраженность, длительность, динамика, степень нарушения функционирования.

Граница с расстройством личности сложна. В ранней взрослости идентичность формируется, поэтому смена планов, колебания самооценки, эксперименты, нестабильность отношений сами по себе не патология. О расстройстве личности говорят при устойчивом, ригидном, повторяющемся паттерне в разных ситуациях, нарушающем функцио-

нирование. L. Grossmann показали, что патологические черты предсказывают особенности идентичности, особенно негативную аффективность и отстранённость [1]. Но не любой кризис идентичности является расстройством. Нужны динамика, повторяемость, межситуационная распространённость.

Диагностическая оценка: анамнез и динамика симптомов; функционирование; возрастной и социальный контекст; скрининг депрессии и тревоги; суицидальный риск; личностные особенности и межличностные паттерны; повторная оценка; междисциплинарный подход. Важно различать состояние, симптом и устойчивый паттерн. Ошибки: патологизация кризиса; объяснение депрессии только кризисом; диагноз расстройства личности по одному периоду; игнорирование анамнеза и динамики; недооценка суицидального риска.

Таким образом, QLC не самостоятельный психиатрический диагноз. Переживание кризиса не свидетельствует о психическом расстройстве. Диагностически значимы выраженность, длительность, динамика, нарушение функционирования, устойчивость патологических паттернов. Задача специалиста — не формальная граница «нормы» и «патологии» по одному признаку, а оценка в возрастном, личностном и социальном контексте с учётом динамики и повторной оценки.

Литература

1. Dacka, M. The quarter-life crisis — pilot reports / M. Dacka, A. Kulik, N. Mazur // Polish Psychological Bulletin. — 2025. — Vol. 56. — P. 76–86. — DOI 10.24425/ppb.2025.153982.

2. Hasyim, F. F. Factors contributing to quarter life crisis on early adulthood : a systematic literature review / F. F. Hasyim, H. Setyowibowo, F. D. Purba // Psychology Research and Behavior Management. — 2024. — Vol. 17. — P. 1–12. — DOI 10.2147/PRBM.S438866.

3. Petrov, N. The Developmental Crisis Questionnaire (DCQ-12) : psychometric development and validation / N. Petrov, O. C. Robinson, J. J. Arnett // Journal of Adult Development. — 2022. — Vol. 29, No. 4. — P. 265–278. — DOI 10.1007/s10804-022-09403-w.

4. Quarter-life crisis episodes in emerging adulthood : a mixed-methods analysis of data from eight countries / O. C. Robinson, N. Petrov, G. Vleioras [et al.] // Emerging Adulthood. — 2025. — Vol. 13, No. 6. — P. 1491–1506. — DOI 10.1177/21676968251380890.

5. The interplay between identity and personality pathology in emerging adults : a 7-year cross-lagged study / L. Grossmann, R. Van der Hallen, G. Smeets, P. Prinzie // Development and Psychopathology. — 2025. — Vol. 37, No. 4. — P. 2111–2125. — DOI 10.1017/S095457942400169X.

ОСОБЕННОСТИ ЦЕННОСТНО-МОТИВАЦИОННОЙ СФЕРЫ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА, ИСПОВЕДУЮЩИХ ПРАВОСЛАВИЕ

Нистратова М. А.[1], Зверева Н. В.[1, 2], Владимирова Т. В.[1],
Алексеева А. Г.[1], Кулешова Т. А.[2]
[1] ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
[2] ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
marina.zh@mail.ru

Ключевые слова: ценностно-мотивационная сфера, шизофренический спектр, религия.

FEATURES OF THE VALUE-MOTIVATIONAL SPHERE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS WHO PRACTICE ORTHODOX CHRISTIANITY

Nistratova M. A.1, Zvereva N. V.[1, 2], Vladimirova T. V.[1],
Alekseeva A. G.[1], Kuleshova T. A.[2]
[1] Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
[2] Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE),
Moscow, Russia
marina.zh@mail.ru

Keywords: value-motivational sphere, schizophrenia spectrum disorders, religion.

Введение. Внимание к различным аспектам психической деятельности пациентов с расстройствами шизофренического спектра (ШС) — это устойчивая тема в современной психологии и психиатрии. Существенное значение имеет изучение ценностно-мотивационной сферы (ЦМС) в контексте религиозной принадлежности. ЦМС пациентов ШС представляет особый интерес, т.к. именно она во многом определяет их социальную адаптацию и качество жизни [1, 3].

Известно, что у пациентов ШС наблюдается специфическая деформация ценностно-мотивационной сферы. Это проявляется в формировании отличных от здоровых людей ценностных ориентаций, что, в свою очередь, влияет на их социальное функционирование [1, 3, 4].

Актуальность исследования обусловлена необходимостью выяснения механизмов функционирования ЦМС у православных пациентов с ШС. Проведение комплексного анализа с использованием психодиагно-

стических методов позволит расширить существующие представления о характере деформаций ценностной сферы у таких пациентов. Кроме того, религиозный фактор играет существенную роль в формировании и поддержании ценностных ориентаций личности. Для пациентов с ШС, исповедующих православие, религиозная вера может выступать как важный компенсаторный механизм, влияющий на их социальную адаптацию и качество жизни [4].

Цель пилотного исследования — сравнение ЦМС у пациентов с ШС и их здоровых сверстников, исповедующих религиозное православное мировоззрение.

Материал и методы. Пилотное исследование проводилось на базе ФГБНУ РНЦПЗ. Использован комплекс психодиагностических методик, направленных на изучение ЦМС и религиозного копинга: «Шкала центральности религиозности (The Centrality of Religiosity Scale, CRS)», методика «Краткий опросник религиозного совладания (Brief Religious Coping Measure, B-RCOPE)», методика «Уровень соотношения «ценности» и «доступности» в различных жизненных сферах» (УСЦД) Е. Б. Фанталовой [1, 2].

Испытуемые: 2 группы по 10 человек в каждой, с равным количеством мужчин и женщин, сопоставимые по возрасту. Основная группа: пациенты с ШС, исповедующие православие с диагнозами F20-F29 по МКБ-10: шизофрения, шизотипические, бредовые расстройства (обследованы амбулаторно), в возрасте от 26 до 42 лет (средний возраст 35,5 лет) и контрольная группа (КГ) — здоровые православные испытуемые без диагноза из психиатрической и неврологической области в прошлом и настоящем времени, в возрасте от 22 до 39 лет (средний возраст 33,2 лет).

Результаты. В ходе проведённого исследования по шкале религиозности Хубера получено следующее: все испытуемые основной и КГ являются религиозными, среди пациентов с ШС религиозными являются 40%, высокорелигиозными — 60%. Среди испытуемых КГ высокорелигиозными являются 40%, остальные 60% испытуемых относятся к группе религиозных. Можно предполагать, что в группе ШС высокорелигиозных больше, но для достоверности этого вывода требуется дополнительное исследование большей выборки.

По опроснику религиозного совладания (B-RCOPE) выявлены такие данные. Все испытуемые в КГ обладают позитивным религиозным совладанием, а в группе ШС выявлен один участник с показателями негативного религиозного совладания. В группе ШС показатели по шкале «Позитивное религиозное совладание» немного превосходят показатели КГ, а по шкале «Негативное религиозное совладание» показатели группы ШС также выше, чем в КГ, хотя между

средними значениями сравниваемых групп по шкале «Позитивное религиозное совладание» нет статистически значимых различий. По шкале «Негативное религиозное совладание» распределение соответствует нормальному.

Сравнение групп по индексам расхождения ценностей и доступностей по методике УСЦД Фанталовой Е. Б. выявило следующее. В группе ШС наиболее ценными являются следующие сферы: «Свобода как независимость в поступках и действиях», «Здоровье», «Любовь», «Счастливая семейная жизнь». При этом доступность последних трех крайне ограничена по результатам исследования. Наименее же ценными для пациентов с ШС стали такие жизненные сферы, как «Красота природы и искусства»», «Материально-обеспеченная жизнь».

В КГ наибольшее значение имеют такие ценности как «Здоровье», «Любовь», «Счастливая семейная жизнь», однако их доступность при этом ниже. Наименее значимы для КГ оказались следующие сферы: «Красота природы и искусства», «Творчество». Однако данные зоны доступны для испытуемых больше, чем ценятся ими в жизни. Таким образом, для обеих групп испытуемых наиболее значимыми являются одни и те же жизненны ценности, а именно «Здоровье», «Любовь», «Счастливая семейная жизнь», это не различает группы, однако есть тенденция к различиям по доступности ценностей в сопоставляемых группах (по критерию Манна-Уитни).

Данные о том, что в группе ШС зафиксирован более высокий уровень религиозности, чем в КГ требуют дальнейшего рассмотрения на большей выборке. Возможно, такой уровень религиозности в группе ШС обусловлен тем, что религия выполняет компенсаторную функцию, помогая компенсировать психологические трудности и эмоциональную нестабильность, связанные с психическим заболеванием. Религиозная практика в данном случае выступает как механизм психологической защиты и способ совладания со стрессом. В сравнении с ними КГ демонстрирует более взвешенный и сбалансированный подход к религиозным практикам, одна из возможных причин — это то, что в отсутствие психических расстройств нет острой необходимости в использовании религии как компенсаторного механизма. Участники КГ проявляют более рациональный и умеренный подход к религиозной деятельности, что отражает их психологическую устойчивость и способность справляться со стрессом другими способами. По-видимому, уровень религиозности может быть связан с психологическим состоянием человека, а религия выступает как важный фактор адаптации, особенно в условиях психического заболевания.

Высокий показатель позитивного религиозного совладания в обеих исследуемых группах может свидетельствовать о зрелой религиозной адаптации, эффективном использовании религиозных ресурсов в совладании со стрессом, а также сформированной системе позитивных религиозных убеждений. Однако статистически значимые различия по шкале негативного религиозного совладания между группой ШС и КГ указывают на своеобразие религиозного опыта пациентов с ШС в сфере их религиозных переживаний. Пациенты с ШС демонстрируют более высокий уровень использования негативных религиозных стратегий совладания, что может проявляться в виде повышенной склонности к религиозным переживаниям, возможно, связанных с бредовыми идеями или галлюцинациями.

Выводы. Результаты пилотного исследования демонстрируют, что в целом обе группы показывают зрелый подход к религиозной практике, при этом пациенты ШС имеют свои особенности в использовании религиозных стратегий совладания, что, в свою очередь, может быть обусловлено их психическим статусом. Проведенное исследование позволило получить важные предварительные данные о специфике религиозного опыта, ценностных ориентациях и уровне дезинтеграции личности у пациентов с ШС, и, расширяя понимание особенностей психологического функционирования пациентов, создает прочную основу для дальнейшего исследования и разработки более эффективных подходов к их социальной адаптации в будущем.

Литература

1. Каледа, В. Г. Религия и психиатрия : проблема взаимоотношений в трудах отечественных психиатров / В. Г. Каледа, У. О. Попович, Н. В. Романенко // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2018. — Т. 118, № 6. — С. 102–110. — DOI 10.17116/jnevro201811861102.

2. Фанталова, Е. Б. Ценности и внутренние конфликты : теория, методология, диагностика : монография / Е. Б. Фанталова. — Москва ; Берлин : Директ-Медиа, 2015. — 142 с. — ISBN 978-5-4475-3624-4.

3. Шизофрения и расстройства шизофренического спектра (мультидисциплинарное исследование) : коллективная монография / под редакцией академика РАН А. Б. Смулевича. — Москва : Издательский дом «Городец», 2024. — 480 с. — ISBN 978-5-907762-45-9.

4. Ясин, М. И. Психологические исследования религиозной мотивации / М. И. Ясин // Государство, религия, церковь в России и за рубежом. — 2016. — Т. 34, № 4. — С. 51–67. — DOI 10.22394/2073-7203-2016-34-4-51-67.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ВЫГОРАНИЯ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО НЕБЛАГОПОЛУЧИЯ У ДИСПЕТЧЕРОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Пазенко Д. А., Абросимов И. Н.
НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа»,
Москва, Россия
dapazenko@gmail.com

Ключевые слова: профессиональное выгорание, диспетчеры СМП, диагностика выгорания.

DIAGNOSTICS OF BURNOUT AND PROFESSIONAL UNFULFILLMENT IN EMERGENCY MEDICAL DISPATCHERS

Pazenko D. A., Abrosimov I. N.
Moscow Institute of psychoanalysis, Moscow, Russia
dapazenko@gmail.com

Keywords: professional burnout, EMD dispatchers, diagnostics of burnout.

Введение. Профессиональное выгорание остается одним из наиболее описываемых психологических конструктов. В различных психологических моделях выгорания по-разному задаются его структура, диагностические признаки и связь с профессиональной деятельностью. Тем не менее, вопросы о развитии, функционировании и профилактики остаются открытыми [1].

В медицине эта неоднородность особенно выражена. Различия в диагностическом фокусе связаны с тем, что одни исследования оценивают эмоциональное истощение, другие — профессиональное качество жизни, вторичный травматический стресс, сон, тревогу или депрессию [2].

Диспетчеры скорой медицинской помощи (далее — СМП) входят в группу повышенного профессионального риска. Их деятельность сочетает дефицит времени, необходимость быстрой классификации вызова, координацию ресурсов и ответственность за решение при неполной информации. Диспетчер регулярно сталкивается с потенциально психотравмирующим содержанием вызовов.

Цель работы — сопоставить зарубежные и отечественные подходы к диагностике выгорания и профессионального неблагополучия у диспетчеров экстренных служб.

Зарубежный опыт диагностики. В зарубежных исследованиях наряду с компонентами выгорания оцениваются стресс, сон, тревога, депрессия, профессиональное качество жизни, организационные факторы [4].

Наиболее часто применяемыми инструментами оценки выгорания являются Maslach Burnout Inventory (MBI), Copenhagen Burnout Inventory, Oldenburg Burnout Inventory и Professional Quality of Life Scale-5. Последний помимо выраженности выгорания оценивает удовлетворенность оказанием помощи и вторичный травматический стресс, что позволяет учитывать, например, сосуществование истощения, вторичной травматизации и сохранного переживания профессиональной значимости.

Другая линия исследований связана с оценкой травматического стресса и кПТСР-симптоматики. Эти состояния измеряются специализированными шкалами: PCL-5, IES-R, шкалы острого стрессового расстройства, вторичного травматического стресса. Отдельно анализируются сон, тревога, депрессия и общее психическое здоровье с использованием Hospital Anxiety and Depression Scale, Patient Health Questionnaire, General Health Questionnaire, Perceived Stress Scale, Pittsburgh Sleep Quality Index, Epworth Sleepiness Scale и Insomnia Severity Index.

Самоотчет иногда дополняется физиологическими показателями, например, уровень кортизола в слюне, который отражает неспецифическую стрессовую реакцию.

Таким образом, зарубежный подход обеспечивает стандартизированную многодоменную оценку.

Отечественная традиция. Отечественные исследования также широко опираются на опросники. Наряду с международными шкалами, описанными выше, используются методики Н. Е. Водопьяновой и Е. С. Старченковой, В. В. Бойко. Например, последний опросник сочетался с показателями вариабельности сердечного ритма в исследовании врачей СМП.

Отдельный блок составляют методики копинга, жизнестойкости, субъективного контроля, самоэффективности, организационной поддержки, мотивации и саморегуляции. В исследованиях врачей СМП, например, применялись MBI и Фрайбургский личностный опросник для анализа связи выгорания с личностными характеристиками.

Исследования диспетчеров других служб обращают внимание на монотонию, гипокинезию, гиподинамию и организационные факторы работоспособности.

Итак, отечественная традиция во многом использует сходный набор опросников в рамках изучения близких к диспетчерам СМП профессиональных групп [2].

Выводы. В обеих традициях преобладают стандартизированные опросники и поперечные дизайны. Их результаты зависят от теоретической модели и особенностей шкал, поэтому показатели разных методик не всегда сопоставимы.

Главный дефицит состоит в разрыве между оценкой симптомов и анализом профессионального функционирования. Хотя зарубежные работы дают развитый инструментарий для оценки отдельных доменов, перечисление этих доменов само по себе не отвечает на вопрос о роли профессионального неблагополучия в диспетчерской деятельности. Следовательно, дальнейшая работа требует построения многоуровневой диагностической модели, которая могла бы обеспечить качественный анализ проявлений выгорания.

В качестве историко-методологического ориентира исследований в этом направлении мы отмечаем работу С. Я. Рубинштейн, посвященную психологической экспертизе и восстановлению трудоспособности после травм мозга [3]. Клинические результаты этой работы, опирающиеся на принцип перехода от симптома к анализу деятельности, могут быть релевантны и для поставленной диагностической задачи изучения выгорания.

Литература

1. Абросимов, И. Н. Современный взгляд на феномен профессионального выгорания в медицинской среде: обзор литературы / И. Н. Абросимов, З. О. Заоева, К. Н. Царанов, А. Г. Тарбастаев // Менеджер здравоохранения. — 2024. — № 2. — С. 83–92. — DOI 10.21045/1811-0185-2024-3-83-92.

2. Лобус, Н. В. Профессиональное выгорание: современные модели, факторы и стадии развития / Н. В. Лобус, И. Н. Тихонов, И. В. Карголь // Консультативная психология и психотерапия. — 2026. — Т. 34, № 1. — С. 30–49. — DOI 10.17759/cpp.2026340102.

3. Рубинштейн, С. Я. Экспертиза и восстановление трудоспособности после военных травм мозга / С. Я. Рубинштейн // Неврология военного времени / под редакцией Н. И. Гращенкова. — Москва : Издательство АМН СССР, 1949. — С. 294–308.

4. Mental Health and Occupational Stress in the Emergency Medical Services and 911 Workforces : systematic review / J. L. Jenkins, E. C. Roemer, E. B. Hsu [et al.]. — Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality, 2025. — Report No. 25-EHC003. — DOI 10.23970/AHRQEPCSR911.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ВЫГОРАНИЯ У ВРАЧЕЙ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ

Парфенов А. М.
АНО ВО Славяно-Греко-Латинская Академия, Москва, Россия
parfenov20176@gmail.com

Ключевые слова: синдром выгорания, врачи функциональной диагностики, эмоциональное истощение, деперсонализация, критерии диагностики.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CRITERIA FOR THE DIAGNOSTIC OF BURNOUT SYNDROME IN FUNCTIONAL DIAGNOSTIC PHYSICIANS

Parfenov A. M.
Slavic Greek Latin Academy, Moscow, Russia
parfenov20176@gmail.com

Keywords: burnout syndrome, functional diagnostic physicians, emotional exhaustion, depersonalization, diagnostic criteria.

Введение. Синдром профессионального выгорания представляет собой значимую проблему современной медицины, коррелируя с частотой врачебных ошибок и оттоком кадров из отрасли. Распространенность данного феномена среди врачей подтверждается данными многочисленных исследований [2]. Вместе с тем, остаются недостаточно изученными различия в формировании синдрома выгорания у представителей разных медицинских специальностей, что необходимо для разработки адресных профилактических мероприятий [1]. Функциональная диагностика как область медицины предъявляет особые требования к специалисту, что определяет специфику проявлений синдрома выгорания.

Цель работы — эмпирическое обоснование клинико-психологических критериев диагностики синдрома выгорания у врачей функциональной диагностики с учетом профессионально-специфических проявлений, не охватываемых стандартными диагностическими инструментами.

Материал и методы. Исследование проводилось в период с сентября 2025 года по февраль 2026 года на базе отделений функциональной диагностики многопрофильных стационаров и амбулаторно-поликлинических учреждений Москвы, Санкт-Петербурга, Тулы, Екатеринбурга и Новосибирска, а также частных диагностических

центров. Выборка составила 228 врачей функциональной диагностики (56,6% женщин, 43,4% мужчин) в возрасте от 26 до 68 лет со стажем работы по специальности не менее одного года. Диагностический комплекс включал: опросник Maslach Burnout Inventory (MBI) в адаптации Н. Е. Водопьяновой для оценки трех компонентов выгорания; авторскую анкету для оценки соматических и сенсорных симптомов (13 пунктов); опросник локуса контроля Дж. Роттера в адаптации Е. Ф. Бажина; шкалу алекситимии TAS-20; опросник эмоционального интеллекта ЭмИн Д. В. Люсина; опросник копинг-стратегий Р. Лазаруса и С. Фолкман в адаптации Т. Л. Крюковой. Для сравнительного анализа сформирована группа врачей-терапевтов ($n = 80$). Статистическая обработка выполнена с использованием пакетов SPSS Statistics 26.0 и JASP 0.16. Применялись: описательная статистика, t-критерий Стьюдента, U-критерий Манна-Уитни, однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), корреляционный анализ по Пирсону и Спирмену, множественный регрессионный анализ (пошаговый метод), факторный анализ (метод главных компонент с варимакс-вращением). Критический уровень значимости принят как $p < 0,05$.

Результаты. На основании проведенного исследования, охватившего 228 врачей функциональной диагностики с использованием комплекса стандартизированных и авторских методик, можно заключить, что классическая трехкомпонентная модель синдрома выгорания (эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция достижений) не отражает всей полноты клинической картины у данной профессиональной группы. Выявленная пятифакторная структура, включающая эмоционально-сенсорное истощение, мышечно-скелетный дистресс, техническую дегуманизацию, когнитивные нарушения и профессиональный фатализм, свидетельствует о том, что стандартные диагностические инструменты, в первую очередь опросник MBI, систематически занижают реальную распространенность выгорания, которая в обследованной выборке достигла 77,2%. Полученные данные требуют пересмотра не только диагностических подходов, но и теоретических представлений о природе выгорания применительно к специальностям с преобладанием сенсорно-когнитивной нагрузки и дефицитом межличностной обратной связи.

Исследования показывают, что признаки профессионального выгорания характерны для всех групп врачебных специальностей, при этом около 20% всех врачей имеют низкую степень данного синдрома. У врачей диагностического профиля уровень эмоционального истощения может не достигать высоких значений ввиду меньшей интенсивности труда, однако деперсонализация и редукция личных

достижений проявляются достаточно отчетливо. Специфика работы с аппаратурой и ограниченное общение с пациентами способствуют формированию эмоциональной дистанции и снижению чувства личной эффективности.

Выводы. Клинико-психологическая диагностика синдрома выгорания у врачей функциональной диагностики должна учитывать профессионально-обусловленные особенности проявления симптомов. В отличие от врачей терапевтического профиля, у которых выше показатели общего уровня выгорания, у специалистов функциональной диагностики доминирующим симптомом может выступать редукция личных достижений при относительно умеренном эмоциональном истощении [3]. Это требует дифференцированного подхода к оценке и интерпретации результатов психологической диагностики.

Выделение специфических клинико-психологических критериев синдрома выгорания у врачей функциональной диагностики позволяет повысить точность диагностики и эффективность профилактических мероприятий. Полученные данные свидетельствуют о необходимости дальнейшего изучения факторов формирования выгорания у представителей различных медицинских специальностей. Это создает основу для разработки индивидуализированных программ психологической поддержки и профилактики профессионального выгорания в системе здравоохранения.

Литература

1. Коротецкая, А. Я. Синдром эмоционального выгорания в профессиональной среде медицинских работников / А. Я. Коротецкая, В. В. Ванюков, Д. А. Голядинец, Н. С. Сединина // Рефлексия. — 2025. — № 1. — С. 41–46.

2. Синдром эмоционального выгорания у врачей-специалистов / С. А. Бабанов, М. В. Лысова, Л. А. Стрижаков [и др.] // Здоровье населения и среда обитания — ЗНиСО. — 2025. — Т. 33, № 12. — С. 43–51. — DOI 10.35627/2219-5238/2025-33-12-43-51.

3. Толмачев, Д. А. Оценка развития синдрома эмоционального выгорания у врачей функциональной диагностики / Д. А. Толмачев // Журнал научных статей «Здоровье и образование в XXI веке». — 2017. — Т. 19, № 10. — С. 267–269.

ПРОБА БУРДОНА: НОВОЕ ПРИМЕНЕНИЕ КЛАССИЧЕСКОЙ МЕТОДИКИ

Полонецкая Е. В., Первичко Е. И.
ФГБОУ ВО МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия
elena.polonetskaya@mail.ru

Ключевые слова: корректурная проба, патопсихологический эксперимент, мотивация.

BOURDON TEST: NEW APPLICATION OF THE CLASSICAL METHOD

Polonetskaya E. V., Pervichko E. I.
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
elena.polonetskaya@mail.ru

Keywords: cancellation test, pathopsychological experiment, motivation.

История психологических исследований знает немало экспериментов с незавершенными действиями и прерыванием выполнения задач, основа которых была заложена классическими экспериментами Б. В. Зейгарник [8] и М. А. Овсянкиной [5], выполненных под научным руководством К. Левина, фактически породившими исследовательскую «парадигму прерванных заданий» (“interrupted task paradigm”) [3]. Своего рода продолжением этих исследований можно также считать знаменитый эксперимент Э. Л. Деси с кубиком Сома [2], ставший фундаментом для разработки теории самодетерминации. В настоящее время все чаще прослеживается тенденция фокусировки интерпретации результатов таких экспериментов в связи с изучением особенностей мотивации [6], изучения эффекта незавершенных задач как стрессора [7], не прекращаются и исследования в отношении влияния незавершенных действий на перцепцию, внимание и воспроизведение [4].

В рамках исследования проявлений состояния истощения, вызванного профессиональной деятельностью, профессионального выгорания и их связей с особенностями познавательной деятельности авторами данного исследования была разработана вариация эксперимента с прерыванием выполнения задания на основе классической патопсихологической методики — корректурной пробы Бурдона в описании С. Я. Рубинштейн [1]. Такой подход экономичен с точки зрения длительности обследования и позволяет одновременно с проведением эксперимента собрать данные в отношении утомляемости и

колебаний внимания испытуемого, при этом также сохраняя общий контекст экспертизы и серьезное отношение обследуемого к экспериментальному заданию.

Описываемый эксперимент стал частью комплексного патопсихологического исследования, включающего в себя беседу, ряд иных классических патопсихологических методик и психологическое тестирование с использованием современных стандартизированных опросников. В соответствии с запланированным планом обследования, корректурная проба дается последней из батареи патопсихологических методик, непосредственно перед переходом к тестированию (то есть примерно в середине обследования). Для ее проведения используется бланк, приведенный в руководстве С. Я. Рубинштейн (вариант, принятый в лаборатории Института психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР) [1, с. 51]. В качестве первой части эксперимента респонденту дается стандартная инструкция, с выполнением пробы в течение 5 минут. После завершения первой части (истечения пяти минут), экспериментатор прерывает выполнение словами: «Спасибо, обязательная часть задания выполнена. Сейчас мне потребуется несколько минут, чтобы подготовить материалы для оставшейся части обследования. Если хотите, Вы можете доделать задание до конца, а я засеку время, которое вам на это потребуется». По возможности, экспериментатор фиксирует причины отказа от продолжения выполнения задания и иные спонтанные и полуспонтанные высказывания испытуемых в отношении экспериментального задания. В случае, если, опережая инструкцию для продолжения выполнения пробы, обследуемый сам просит дать ему возможность завершить задание, это тоже подлежит фиксации в протоколе.

Следует отметить, что респонденты выполнят задание с разной скоростью, но, на настоящий момент, ни один из испытуемых не успел проверить весь лист до конца в рамках первой (обязательной) части задания (5 минут). Полное завершение пробы занимает в среднем около 10 минут (с отклонениями от указанного времени в зависимости от возраста и общего состояния обследуемого). Авторы продолжают работу по сбору материалов и апробации предлагаемого исследовательского дизайна. В дальнейшем планируется проверить влияние соотношения проверенной и оставшейся части задания на принятие решения о продолжении выполнения задачи. Также, с учетом того, что эксперимент проводится в ситуации формального патопсихологического обследования, и экспериментатор не покидает помещение проведения эксперимента, можно предполагать, что при использования описанного подхода мотивация и авторитет экспериментатора оказывает большее влияние на респондентов, чем в классических экспериментах.

Авторы полагают, что получаемые данные могут быть потенциально полезны как с точки зрения вклада в общую методологию патопсихологических исследований, так и с точки зрения помощи практикам в интерпретации поведения испытуемых при проведении корректурной пробы Бурдона, если выполнение такого задания прерывается специалистом до полного завершения. Кроме того, в перспективе представляется важным использовать данный диагностический прием для оценки особенностей мотивационной сферы и её связи с эмоциональным состоянием участников исследования.

Литература

1. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : практическое руководство / С. Я. Рубинштейн. — Москва : Апрель-Пресс : Психотерапия, 2010. — 224 с. — ISBN 978-5-903182-70-1.

2. Deci, E. L. Effects of externally mediated rewards on intrinsic motivation / E. L. Deci // Journal of Personality and Social Psychology. — 1971. — Vol. 18, № 1. — P. 105–115. — DOI 10.1037/h0030644.

3. Ghibellini, R. Interruption, recall and resumption: a meta-analysis of the Zeigarnik and Ovsiankina effects / R. Ghibellini, B. Meier // Humanities and Social Sciences Communications. — 2025. — Vol. 12. — Article 962. — DOI 10.1057/s41599-025-05000-w.

4. Ongchoco, J. D. K. The spontaneous prioritization of “unfinishedness” in perception: a visual Zeigarnik effect / J. D. K. Ongchoco, K. W. Wong, B. J. Scholl // Journal of Experimental Psychology: General. — 2026. — Vol. 155, № 3. — P. 649–655. — DOI 10.1037/xge0001884.

5. Ovsiankina, M. Untersuchungen zur Handlungs- und Affektpsychologie. VI. Die Wiederaufnahme unterbrochener Handlungen / M. Ovsiankina // Psychologische Forschung. — 1928. — Bd. 11, № 3–4. — S. 302–379. — DOI 10.1007/BF00410261.

6. Syrek, C. J. Unfinished tasks foster rumination and impair sleeping — particularly if leaders have high performance expectations / C. J. Syrek, C. H. Antoni // Journal of Occupational Health Psychology. — 2014. — Vol. 19, № 4. — P. 490–499. — DOI 10.1037/a0037127.

7. Wendsche, J. Unfinished work tasks and work-related thoughts during off-job time: meta-analysis of the Zeigarnik effect in a work-recovery context / J. Wendsche, O. Weigelt, C. J. Syrek // Anxiety, Stress, & Coping. — 2026. — Vol. 39, № 4. — P. 385–407. — DOI 10.1080/10615806.2026.2616302.

8. Zeigarnik, B. V. Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen / B. V. Zeigarnik // Psychologische Forschung. — 1927. — Bd. 9. — S. 1–85.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ РИСКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Решетникова А. А., Туровская Н. Г.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ, Волгоград, Россия
ГБУЗ ВОДКПБ, Волгоград, Россия
turovskayanata@mail.ru

Ключевые слова: психологическая диагностика, профессиональное выгорание, медицинские работники.

THE USE OF PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS TO IDENTIFY THE RISK OF PROFESSIONAL BURNOUT AMONG MEDICAL WORKERS

Reshetnikova A. A., Turovskaya N. G.
Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
Volgograd Regional Children Clinical Psychiatric Hospital, Volgograd, Russia
turovskayanata@mail.ru

Keywords: psychological diagnostics, professional burnout, medical professionals.

Введение. Труд большинства медицинских работников характеризуется значительной интеллектуальной нагрузкой, сопровождается колоссальными физическими усилиями (многочасовые операции, контакт с инкурабельными пациентами и их родственниками). Особое значение имеет и совокупность личностных качеств медицинских работников всех звеньев, которые позволяют им в течение всего профессионального пути работать в контакте с больными (в том числе неизлечимо больными) людьми с сохранением необходимого уровня профессионализма и сострадания [1, 2].

В настоящий момент при изучении влияния психосоциальных факторов на здоровье трудоспособного человека особое внимание уделяется проблеме синдрома хронической усталости (chronic fatigue syndrome). Что касается медицинских работников, то многими зарубежными авторами синдром хронической усталости у них рассматривается как следствие стресса на работе и вплотную смыкается с понятием «синдрома профессионального выгорания» (burnout syndrome) [3]. Актуальность данной работы определяется высокой значимостью поиска путей своевременного выявления, профилактики и коррекции синдрома профессионального выгорания у медицинских работников учреждений онкологического профиля.

Целью настоящего исследования являлось выявление признаков эмоционального выгорания у медицинского персонала учреждений онкологического профиля для оказания им психологической помощи.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «Волгоградский областной клинический онкологический диспансер» (г. Волгоград). В исследовании участвовали 32 человека, из которых 18 мужчин и 14 женщин, средний возраст респондентов составил 48±15 лет.

Исследование проводилось с помощью методики диагностики профессионального выгорания П. И. Ильина. Достоверность исследования подтверждалась с помощью статистического критерия Манна-Уитни.

Результаты исследования показали, что только у 20% респондентов синдром «профессионального выгорания» не обнаружен, тогда как полностью сформированным или находящимся в стадии формирования он выявлен у 17% и у 63% респондентов соответственно.

Изучение симптомов эмоционального выгорания показало, что средний показатель в группе по шкале «Напряжение» составляет 39,7 балла. При этом 6,5% обследованных имеют несформированную фазу, а 54,5% — фазу напряжения в стадии формирования.

Средний балл в группе по симптому переживания психотравмирующих обстоятельств составляет 11,6 балла. При этом у 6,5% обследуемых не выявлен сложившийся симптом, у 61% респондентов отмечается его складывающийся характер, а у 32,5% респондентов имеют место быть признаки сложившегося симптома.

Средний балл в группе по симптому неудовлетворенности собой составляет 4,8 балла. При этом 13% обследованных не имеют сложившийся симптом, у 61,5% респондентов симптом носит складывающийся характер, а у 25,5% — симптом сложившийся.

Средний балл в группе по симптому «загнанности в клетку» составляет 7,4 балла.

Анализ симптомов эмоционального выгорания показал, что «резистенция» у медицинских работников онкологического профиля проявилась в среднем балле равном 43,3. Важно отметить, что 19,5% испытуемых имеют несформированную фазу симптома, тогда как 52% респондентов обнаруживают ее формирование, а 28,5% — имеют сформированную фазу резистенции.

Средний балл по симптому неадекватного избирательного эмоционального реагирования среди респондентов составляет 14,1 балла. Из них у 13% обследованных симптом отсутствует, у 45,5% — симптом носит складывающийся характер, а у 41,5% — симптом сложившийся.

Средний балл по симптому эмоционально-нравственной дезориентации составляет 9,6 балла. У 13% респондентов симптом отсутствует, у

45,5% опрошенных симптом носит складывающийся характер; у 41,5% обследованных — симптом сложившийся.

Средний балл в группе по симптому расширения сферы экономии эмоций составляет 6,8 балла. При этом 78% опрошенных не имеют сложившийся симптом, а у 13% — он является доминирующим.

Средний балл в группе по симптому редукции профессиональных обязанностей составляет 13,2 балла. 54,5% обследованных не имеют сложившийся симптом, у 32,5% опрошенных симптом носит складывающийся характер, а у 13% — симптом сложившийся.

Изучение симптомов эмоционального выгорания показало, что «истощение» у медицинских работников проявляется следующим образом: средний балл составляет 27,7 балла. При этом 61% обследованных имеет симптом в стадии формирования, а 26% респондентов имеет сформированную фазу.

Средний балл в группе обследованных по симптому эмоционального дефицита составляет 9,1 балла. 75% обследованных не имеют сложившийся симптом, у 25% — симптом носит складывающийся характер.

Средний балл по симптому психосоматических и психовегетативных нарушений составляет 5 баллов. При этом 45,5% респондентов не имеют сложившийся симптом, а у 54,5% симптом носит складывающийся характер.

Анализируя полученные данные, можно говорить о том, что подавляющее большинство медицинских работников, реализующих свою профессиональную деятельность в сфере онкологии, имеют высокий уровень эмоционального выгорания, поскольку две из трех фаз «выгорания» у большинства из них находятся в сформированном состоянии и у лишь у небольшого количества респондентов только начинают формироваться.

Выводы. Таким образом, можно сделать вывод о том, что проблема «эмоционального выгорания» в профессиональной деятельности медицинских работников учреждений онкологического профиля актуальна, т.к. у большинства опрошенных в сформированной стадии находятся те или иные симптомы «выгорания». Следовательно, существует необходимость своевременной и систематической психологической диагностики по выявлению риска профессионального выгорания у медицинских работников, его профилактики и психологической коррекции.

Литература

1. Воронин, А. Н. Психологическое исследование личности врача в отношении к профессиональной деятельности / А. Н. Воронин, Е. Л. Николаев // Вестник Чувашского университета. — 2013. — № 1. — С. 79–85.

2. Ларенцова, Л. И. Синдром эмоционального выгорания у врачей различных специальностей : психологические аспекты / Л. И. Ларенцова, Л. М. Барденштейн. — Москва : Медицинская книга, 2009. — 141, [1] с. — ISBN 978-5-86093-283-9.

3. Maslach, C. Job burnout / C. Maslach, W. B. Schaufeli, M. P. Leiter // Annual Review of Psychology. — 2001. — Vol. 52. — P. 397–422. — DOI 10.1146/annurev.psych.52.1.397.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ЗНАЧИМЫЕ ОБРАЗЫ В МЕТОДИКЕ «ПИКТОГРАММА» У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ, СОВЕРШИВШИХ ПОПЫТКУ СУИЦИДА

Руднева Е. П.[1], Борисоник Е. В.[1, 2], Фельдман Д. М.[2], Сахарова Е. А.[3]
[1] ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
[2] ГБУЗ «НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского», Москва, Россия
[3] Новороссийский филиал ГБУЗ НД, Новороссийск, Россия
bessi-12@mail.ru

Ключевые слова: суицидальный риск, диагностика суицидального риска, патопсихологическая диагностика, пиктограмма, смерть, одиночество.

PERSONALLY SIGNIFICANT IMAGES IN THE “PICTOGRAM” TECHNIQUE IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS WHO HAVE ATTEMPTED SUICIDE

Rudneva E. P.[1], Borisonik E. V.[1, 2], Feldman D. M.[2], Sakharova E. A.[3]
[1] Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
[2] Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russia
[3] Novorossiysk Branch of the State Budgetary Healthcare Institution “Narcological Dispensary” of the Ministry of Health of Krasnodar Krai, Novorossiysk, Russia
bessi-12@mail.ru

Keywords: suicide risk, suicide risk assessment, pathopsychological assessment, pictogram, death, loneliness.

Введение. Оценка суицидального риска традиционно проводится через опросниковые методы или клиническое интервью. Однако

исследования показывают: многие люди, совершившие суицид, до этого отрицали наличие таких мыслей, тогда как часть пациентов, сообщивших о них, не предпринимали попыток. Из-за трудностей в диагностике, сохраняется необходимость поиска подхода к оценке суицидального риска (Банников, Вихристюк, Галынкер, 2020). Ценность проективных методик заключается в возможности выявить скрытые переживания. Их применение в оценке суицидального риска изучено в меньшей степени.

Цель — выявить качественные характеристики репрезентации эмоционально значимых образов в пиктограммах пациентов с депрессивными расстройствами, совершивших суицидальную попытку.

Материал и методы. В рамках пилотного исследовании приняли участие 15 пациентов депрессивного профиля (F32, F43.20, F33.1, F60.313, F31.3, F41.2) соматопсихиатрического отделения для хирургических больных и отделения острых отравлений для психиатрических больных на базе НИИ им. Склифосовского после суицидальной попытки (возраст 23,5 ± 5,3 года (M ± SD)). Пациенты находились в раннем постсуицидальном периоде. Была набрана контрольная группа из 20 респондентов (возраст 24,6 ± 5 лет (M ± SD)) без суицидальных попыток в анамнезе и не имеющие клинических расстройств. Все участники дали информированное согласие на участие в исследовании.

Результаты. В модели «суицид как побег» Р. Баумейстера суицидальное поведение рассматривается как отчаянная форма стремления к исчезновению, к смерти, как бегству от страданий (Baumeister, 1990). В отечественном подходе А. Г. Амбрумова рассматривала изолированность как фактор суицидального риска (Амбрумова, 1981). Поэтому при анализе методики «Пиктограмма» мы сосредоточились именно на этих эмоционально-окрашенных понятиях: «страх», «отчаяние», «одиночество», «смерть» и «я». Для этих слов проводился качественный анализ содержания пиктограмм: характера образов, эмоциональной насыщенности и графических особенностей продукции. В каждом образе выделялись смысловые темы, направленные на выявление суицидального риска и отражающие антивитальные переживания.

Темы, отражающие суицидальную направленность переживаний, а именно темы пустоты, ощущения ловушки, смерти, безысходности появляются в пиктограммах именно у пациентов, совершивших суицидальную попытку. В то время как у контрольной группы такие темы отсутствуют. Можно предположить, что их появление в проективной продукции рассматривается как потенциальные маркеры суицидального риска.

В обеих группах слово «Одиночество» вызывает ассоциации с изоляцией. При этом у пациентов с суицидальной попыткой, образы на это слово оригинальные, носят эмоционально насыщенный и индивидуально значимый характер. Они сопровождаются признаками аффективного напряжения в виде штриховки, зачернения и усиления нажима (волк (одинокий как я), пустота). Напротив, в группе без суицидальных попыток характерны повторяющиеся нейтральные или метафоричные образы одиночества, не связанные с личным кризисом (человек в углу, человек среди толпы).

Трое пациентов на слово «отчаяние». изображали суицидальную попытку (петля, рука на рельсах, человек на крыше высотного здания). Другие ассоциировали это слово с бездной, темнотой, смертью. Однако у контрольной группы оно вызывало общие представления о страдании, безнадежности и кризисе (грустный смайлик, человек, держащий себя за голову).

Качественное исследование проективной продукции пиктограмм обеих групп показывает, что пациенты, совершившие суицидальную попытку, на слово-стимул «отчаяние» чаще изображают оригинальные, т.е. редкие, уникальные образы. А в контрольной группе преобладали повторяющиеся, неоригинальные образы.

Самое выраженное различие в репрезентации было обнаружено в слове-стимуле «я». Для пациентов с суицидальной попыткой образы «я» были схематичными, формальными и эмоционально обедненными. Использовались абстрактные символы, сюжеты опустошенности, замкнутости (крест, силуэт лица, круг, пустота). В группе без суицидальной попытки это слово ассоциировалось с самим респондентом, с его внешностью, с увлечениями и личностными особенностями. Образы отличались индивидуальной значимостью, детализированностью. Такой результат, вероятно, указывает на нарушение представлении о себе и на сниженное понимание своей целостности у пациентов, совершивших суицидальную попытку.

В некоторых случаях у пациентов слово «страх» связано с субъективным переживанием западни, безвыходности (одинокий человек, зачерненная пустота). В контрольной группе оно связано с распространенными фобиями (змеи, насекомые, самолет) или изображено в виде эмоции.

Слово-стимул «смерть» в обеих группах вызывало стереотипные культурные ассоциации (могила, череп, гроб). В группе пациентов, совершивших суицидальную попытку, проекция кризисных переживаний на «смерть» встречалась только в одном протоколе (таблетки). Образы, связанные со смертью, содержательно встречалась в пиктограммах пациентов, совершивших суицидальную попытку и на другие слова, что позволяет рассматривать ее изображения как отражающие кризисное

состояние. Прямое упоминание слова-стимула «смерть» для пациентов оказалось менее информативно.

Вместе с тем, при интерпретации методики «Пиктограмма» большее значение имеет не конкретное стимульное слово, а воспроизведение суицидально окрашенных тем по всей методике. В таком случае диагностическим маркером может быть устойчивое появление этих тем вне зависимости от содержания стимула. Наиболее специфичный показатель — прямое изображение суицидальной попытки. Оно встречалось у четырех пациентов и отсутствовало в контрольной группе.

Выводы. Результаты пилотного исследования показали, что в методике «Пиктограмма» проективная продукция пациентов, совершивших суицидальную попытку, отличается темами пустоты, безысходности, ощущения ловушки, а образ «Я» становится обедненным и схематичным. Эти результаты соотносятся с моделью «суицид как бегство» Р. Баумейстера. Наиболее чувствительными к проекции суицидальных переживаний оказались слова «отчаяние», «одиночество» и «я». Стимул «смерть», напротив, продемонстрировал низкую чувствительность и чаще вызывал стереотипные культурные ассоциации. Особую диагностическую ценность представляет прямое изображение суицидальной попытки. Ограничением исследования является малочисленная выборка.

Литература

1. Амбрумова, А. Г. Психология одиночества и суицид / А. Г. Амбрумова // Актуальные проблемы суицидологии / под редакцией В. В. Ковалева. — Москва : Московский научно-исследовательский институт психиатрии МЗ РСФСР, 1981. — С. 69–81. — (Труды Московского научно-исследовательского института психиатрии ; т. 92).

2. Банников, Г. С. Новый подход в диагностике суицидального поведения: обзор зарубежных источников / Г. С. Банников, О. В. Вихристюк, И. Галынкер // Консультативная психология и психотерапия. — 2020. — Т. 28, № 1. — С. 8–24. — DOI 10.17759/cpp.2020280102.

3. Baumeister, R. F. Suicide as escape from self / R. F. Baumeister // Psychological Review. — 1990. — Vol. 97, No. 1. — P. 90–113. — DOI 10.1037/0033-295X.97.1.90.

ОСОБЕННОСТИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ, ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ И СКЛОННОСТЬ К ОТКЛОНЯЮЩЕМУСЯ ПОВЕДЕНИЮ У ЮНОШЕЙ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ РАССТРОЙСТВ ЛИЧНОСТИ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

Савин А. Э.[1], Исаева Е. Р.[2]
[1] СПб ГКУЗ «ГПБ № 6», Санкт-Петербург, Россия
artem.savin00@gmail.com
[2] ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия
isajeva@yandex.ru

Ключевые слова: расстройство личности, жизнестойкость, способы совладающего поведения, склонность к отклоняющемуся поведению, волевой контроль эмоциональных реакций.

FEATURES OF COPING BEHAVIOR, RESILIENCE, AND TENDENCY TO DEVIANT BEHAVIOR IN YOUNG PEOPLE WITH VARIOUS TYPES OF PERSONALITY DISORDERS: A COMPARATIVE ANALYSIS

Savin A. E.[1], Isaeva E. R.[2]
[1] St. Petersburg State Budget Healthcare Institution “City Psychiatric Hospital No. 6”, Saint Petersburg, Russia
artem.savin00@gmail.com
[2] First St. Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlov, Saint Petersburg, Russia
isajeva@yandex.ru

Keywords: personality disorder, resilience, coping strategies, tendency toward deviant behavior, volitional control of emotional responses.

Введение. Юношеский возраст является одним из наиболее благоприятных и сензитивных периодов для развития стрессоустойчивости и жизнестойкости личности, для формирования конструктивных стратегий поведения в трудных жизненных ситуациях. Умение справляться со стрессом, сохранять самообладание и самостоятельно преодолевать трудности — одни из основных признаков зрелой, гармонично развитой личности. Жизнестойкость — это система убеждений о себе, мире и отношениях с ним, которые позволяют человеку выдерживать и эффективно преодолевать стрессовые ситуации (Леонтьев Д. А., Рассказова Е. И., 2006). По мнению некоторых авторов, склонность к девиантному поведению тесно связана с неразвитостью способов совладания со стрессом (Змановская Е. В., 2016). В ситуациях, когда

решение проблемы привычными способами поведения невозможно, лица с расстройством личности могут прибегнуть к формам отклоняющегося поведения, в частности самоповреждению, аддиктивному поведению, нарушению установленных норм и правил. Дефицит навыков совладания со стрессом может приводить к появлению неадаптивных способов совладания с трудностями (Змановская Е. В., 2016). В связи с этим актуальным является более глубокое изучение жизнестойкости и ее компонентов как системы убеждений личности о себе и мире, способов совладания в стрессовой ситуации и склонности к отклоняющемуся поведению у лиц с расстройствами личности. Развитие жизнестойкости, обучение навыкам конструктивного совладающего поведения в стрессовой ситуации может способствовать снижению риска формирования отклоняющегося поведения (агрессивное, делинквентное, самоповреждающее и т.д.)

Цель — выявить особенности совладающего поведения, жизнестойкости и склонности к отклоняющемуся поведению у юношей с расстройством личности по тормозимому и возбудимому типу.

Материал и методы. В представленном исследовании осуществлялся анализ медицинских карт больных, сбор и анализ анамнестических данных; использовались психодиагностические методы: «Тест жизнестойкости» С. Мадди (адаптация Леонтьева Д. А., Рассказовой Е. И.), опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса, «Методика диагностики склонности к отклоняющемуся поведению» (СОП) Орел А. Н. В исследовании также применялся непараметрический метод математической обработки данных критерий Краскела-Уоллиса. Обработка данных осуществлялась с помощью программ «Statistica 10». В исследовании приняли участие 158 респондентов. Группу сравнения составили 88 респондентов мужского пола, условно здоровые (далее УЗ) лица, в возрасте от 18 до 24 лет (средний возраст M = 21,18; SD = 2,1). Группу пациентов с расстройством личности (далее РЛ) составили 70 юношей мужского пола, наблюдавшихся и проходивших лечение в СПб ГКУЗ ГПБ №6 (диспансерное отделение). У всех пациентов был установлен диагноз «Расстройство личности» (МКБ-10: F60.1, F60.3, F60.5, F60.6, F60.7). Далее группа пациентов с РЛ была разделена на 2 подгруппы: группа 2 — возбудимый тип (n = 33; M = 21,39; SD = 2,3) и группа 3 — тормозимый тип (n = 37; M = 21,64; SD = 2,3). Группа юношей с РЛ по возбудимому типу (далее В) включала эмоционально-неустойчивое расстройство личности (n = 33). Группа юношей с РЛ по тормозимому типу (далее Т) включала: тревожное (n = 19), шизотипическое (n = 7), шизоидное (n = 6), зависимое (n = 2), ананкастное (n = 1), депрессивное (n = 1), смешанное (n = 1) расстройства. Все респонденты дали добровольное информи-

рованное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено Локальным Этическим Комитетом СПбГМУ им. ак. И. П. Павлова. Также каждый пациент дал добровольное информированное согласие на участие в психологическом исследовании.

Результаты. Полученные в результате проведенного исследования данные подвергались математико-статистическому анализу. Были получены средние арифметические показатели (M) шкал, стандартное отклонение (SD) выраженности склонности к отклоняющемуся поведению (далее СОП), жизнестойкости (далее ЖИЗ), копинг-стратегий (далее КП). С целью изучения различий между УЗ и группами юношей с РЛ(В), РЛ(Т) использовался критерий Краскела-Уоллиса.

Достоверные различия между тремя группами получены только по шкале «Волевой контроль эмоциональных реакций» (обратная шкала), другие шкалы методики статистически значимых различий не имели ($M(SD)_1 = 43(10)$, $M(SD)_2 = 46(10)$, $M(SD)_3 = 52(9)$, $p = 0{,}0012$). Т.е. юноши с РЛ(Т) и РЛ(В) обладают более слабым волевым контролем, хуже контролируют негативные эмоции, по сравнению с условно здоровыми юношами, что делает их более уязвимыми к стрессу и повышает вероятность социальной дезадаптации, при этом юноши с РЛ(Т) отличаются самым низким волевым контролем эмоциональных реакций.

Уровень ЖИЗ ($M(SD)_1 = 94(21)$, $M(SD)_2 = 87(23)$, $M(SD)_3 = 56(22)$, $p = 0{,}0000$) и всех её компонентов в группах РЛ(Т) и РЛ(В) достоверно ниже, чем у УЗ. Самые низкие показатели вовлечённости (недостаток сил и интереса для активной деятельной жизни и общения, недостаток инициативы, отстраненность от происходящих вокруг событий, отсутствие вовлеченности в жизненный процесс) и контроля (пассивность при столкновении с трудностями, они теряют интерес и легко отказываются от достижения целей («опускают руки»), чувствуют себя слабыми, беспомощными, предпочитают «плыть по течению») отмечаются при тормозимом типе; при возбудимом — они выше, чем при тормозимом, но ниже, чем у здоровых. Принятие риска при тормозимом типе ниже, чем в остальных группах, но в пределах нормы, что проявляется в склонности фиксироваться на неудачах, избегают ответственности за свою жизнь, не склонны к активным и решительным действиям.

Между группами выявлены значимые различия по КП «Конфронтация» ($M(SD)_1 = 52(10)$, $M(SD)_2 = 52(11)$, $M(SD)_3 = 45(11)$, $p = 0{,}0025$), «Самоконтроль» ($M(SD)_1 = 48(9)$, $M(SD)_2 = (40(10)$, $M(SD)_3 = 44(8)$, $p = 0{,}0009$), «Принятие ответственности» ($M(SD)_1 = 46(9)$, $M(SD)_2 = 43(9)$, $M(SD)_3 = 49(9)$, $p = 0{,}0271$), «Бегство — Избегание» ($M(SD)_1 = 52(10)$, $M(SD)_2 = 50(11)$, $M(SD)_3 = 57(11)$, $p = 0{,}0128$), «Пла-

нирование решения проблемы» ($M(SD)_1$ = 52(10), $M(SD)_2$ = 47(12), $M(SD)_3$ = 39(11), p = 0,0000), «Положительная переоценка» ($M(SD)_1$ = 51(9), $M(SD)_2$ = 44(11), $M(SD)_3$ = 40(11), p = 0,0000). У юношей с РЛ(Т) и РЛ(В) по сравнению со здоровыми ниже выраженность активных и конструктивных копингов, их КП более пассивное, бедное, репертуар недостаточно сформированный, что с одной стороны соответствует их возрастной норме. С другой стороны, в ситуациях фрустрации у юношей с РЛ может не хватать репертуара имеющихся стратегий совладания для противостояния трудностями. Самообладание и самоконтроль слабый, слабо развита способность к анализу и переосмыслению ситуации, планомерному решению проблемы. Выраженность «Принятия ответственности» значимо больше у юношей с РЛ(Т), чем УЗ и юношей с РЛ(В), т.е. при столкновении с трудностями пациенты с РЛ(Т) склонны чаще других уходить в самокритику и самообвинения, испытывать чувство вины и неудовлетворенность собой.

Таким образом, обе группы юношей с РЛ отличаются низким общим уровнем ЖИЗ, недостатком активных и конструктивных КП, что без сомнения может определять характер их реакции на стресс. Указанные особенности делают их более уязвимыми к стрессу и, в целом, влияют на их способность к социальной адаптации.

Выводы:

1. Юноши с расстройством личности по возбудимому и тормозимому типу отличаются низким общим уровнем жизнестойкости, недостатком активных и конструктивных копинг-стратегий, низким волевым контролем эмоциональных реакций, что делает их более уязвимыми к стрессу, повышая риск социальной дезадаптации.

2. Юноши с расстройством личности по возбудимому типу в совладании со стрессом чаще используют активные проблемно-ориентированные копинг-стратегии «Конфронтация» и «Планирование решения проблемы». Юноши с расстройством личности по тормозимому типу чаще прибегают к эмоционально-ориентированным копинг-стратегиям «Принятие ответственности» и «Бегство-избегание».

Литература

1. Исаева, Е. Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни : монография / Е. Р. Исаева. — Санкт-Петербург : Изд-во СПбГМУ, 2009. — 135 с. — ISBN 978-5-88999-069-7.

2. Исследование стратегий совладающего поведения у лиц, страдающих невротическими расстройствами / И. В. Белашева, А. В. Суворова, Э. М. Козлова, М. Л. Есаян // Вестник Северо-Кавказского федерального университета. — 2013. — № 1 (34). — С. 176–180.

3. Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями : пособие для врачей и медицинских психологов / Л. И. Вассерман, Б. В. Иовлев, Е. Р. Исаева [и др.] ; научный редактор Л. И. Вассерман. — Санкт-Петербург : НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 2009. — 38 с.

4. Рассказова, Е. И. Жизнестойкость как составляющая личностного потенциала / Е. И. Рассказова, Д. А. Леонтьев // Личностный потенциал : структура и диагностика / под редакцией Д. А. Леонтьева. — Москва : Смысл, 2011. — С. 178–209.

5. Сирота, Н. А. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Медицинская психология в России. — 2012. — № 2 (13). — URL: http://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer05.php (дата обращения: 03.05.2026). — Текст : электронный.

ПСИХОМЕТРИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ ОПРОСНИКА «ШКАЛА БАЗОВЫХ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ПОТРЕБНОСТЕЙ В ИСПОЛЬЗОВАНИИ ТЕХНОЛОГИЙ» L. MORADBAKHTI, B. LEICHTMANN, M. MARA: ITEM-АНАЛИЗ

Тихонова С. С.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
tihonovasofa@mail.ru

Ключевые слова: искусственный интеллект, валидизация, психометрика, чат-боты.

PSYCHOMETRIC ADAPTATION OF THE QUESTIONNAIRE «BASIC PSYCHOLOGICAL NEEDS SCALE FOR TECHNOLOGY USE» L. MORADBAKHTI, B. LEICHTMANN, M. MARA: ITEM ANALYSIS

Tikhonova S. S.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
tihonovasofa@mail.ru

Keywords: artificial intelligence, validation, psychometrics, chatbots.

Введение. Стремительное развитие информационных технологий, в частности систем искусственного интеллекта, становится неотъемлемой частью современного мира. Технологии искусственного интел-

лекта призваны помогать человеку решать сложные задачи, они всё активнее внедряются в его повседневную жизнедеятельность. Взаимодействие с ними становится широким психологическим феноменом, который необходимо не только феноменологически описывать, но и операционализировать, а значит создавать психометрически обоснованные инструменты, позволяющие измерять параметры этого взаимодействия [1].

Целью настоящей работы выступила первичная адаптация и проведение анализа пунктов теста BPN-TU (Basic Psychological Needs Scale for Technology Use) в переводе Шкала базовых психологических потребностей в использовании технологий, предложенного L. Moradbakhti, B. Leichtmann и M. Mara [2].

Данный опросник, состоящий из 12 пунктов, включает в себя четыре подшкалы: удовлетворенность потребностей в автономии, компетентности, социальной связанности и технологической связанности (по три вопроса на каждую шкалу). Психометрические характеристики методики были подтверждены на четырех выборках (N = 821) при использовании различных устройств (голосовые ассистенты, чат-боты, экзоскелеты, социальные роботы). Содержание пунктов направлено на определение степени субъективной удовлетворенности базисных нужд при эксплуатации технологических продуктов, а также на оценку субъективного восприятия их полезности или ограничивающего влияния. Процедура перевода осуществлялась методом прямого и обратного перевода, после чего формулировки подвергались экспертной оценке специалистами в области психологической диагностики.

Материал и методы. Эмпирическая база исследования охватила 271 респондента (возрастной диапазон 18–50 лет, среднее значение M = 20,5 при стандартном отклонении SD = 3,2), респондентами выступали студенты различных вузов. Гендерное распределение характеризовалось преобладанием женской выборки (n = 202; 75%) над мужской (n = 69; 25%). Анализ образовательной структуры выборки продемонстрировал, что доминирующую позицию занимают студенты, получающие психологическое образование (48,3%; n = 131); далее идут студенты, получающие техническое (8,9%; n = 24), юридическое (8,5%; n = 23) и экономико-управленческое образование (6,6%; n = 18), вес остальных направлений подготовки не превышает трети совокупной выборки. Сбор эмпирических данных производился асинхронно и анонимно с использованием платформы Yandex-формы, при этом материального стимулирования участников не предусматривалось. Перед заполнением опросника респондентам предъявлялась стандартная инструкция, предлагающая оценить утверждения по 5-балльной шкале Лайкерта (от «полностью не согласен» до «полностью согласен») на

основании личного опыта взаимодействия с искусственным интеллектом (ИИ). Участие в исследовании не поощрялось и не оплачивалось. Предъявлению опросника предшествовала инструкция: «Уважаемые участники, в этом опросе будут озвучены утверждения относительно технологий искусственного интеллекта. Выразите степень своего согласия с этими утверждениями в соответствии со своим мнением и опытом использования ИИ-технологий».

Результаты. Статистическая обработка выявила диапазон значений трудности пунктов, удовлетворяющий требованиям тестологии (от 0,25 до 0,82). В ходе анализа данных по показателю дискриминативности было установлено, что утверждения теста обладают дискриминативностью в диапазоне от 0,7 до 0,89. Для подтверждения совпадения структур адаптированного и оригинального опросников нами была построена структурная модель методики в программе SPSS AMOS v.23. Было выяснено, что все пункты опросника имели нагрузки на факторы, к которым они принадлежат согласно оригинальной структуре методики, больше 0,7, кроме пункта №11 «Я дружелюбно отношусь к чату GPT», поэтому было принято решение убрать его из окончательного варианта адаптации опросника. Полагаем считать возможным, что адаптируемая версия опросника «Basic Psychological Needs Scale for Technology Use» может проходить дальнейшие психометрические процедуры. В итоговой версии адаптированного опросника для русскоязычной выборки осталось 11 пунктов.

Выводы. На текущем этапе осуществлена первичная адаптация методики. Планируемые дальнейшие исследования предполагают оценку ретестовой надежности и надежности по однородности, а также анализ конвергентной и дискриминантной валидности методики. Завершенный адаптированный вариант методики может быть востребован как скрининговый инструмент для диагностики взаимодействия людей разных социальных групп с технологиями и их способов удовлетворения психологических потребностей посредством ИИ-технологий.

Литература

1. Скрыльникова, Н. И. Современные подходы к изучению психологических аспектов взаимодействия пользователя с генеративным искусственным интеллектом / Н. И. Скрыльникова, М. А. Холодная // Современная зарубежная психология. — 2026. — Т. 15, № 2. — С. 17–26. — DOI 10.17759/jmfp.2026150202.

2. Moradbakhti, L. Development and validation of a Basic Psychological Needs Scale for Technology Use / L. Moradbakhti, B. Leichtmann, M. Mara // Psychological Test Adaptation and Development. — 2024. — Vol. 5, no. 1. — P. 26–45. — DOI 10.1027/2698-1866/a000062.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ С ЦЕЛЬЮ ВЫЯВЛЕНИЯ КАРТИНЫ КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА (АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ)

Туровская Н. Г.
ФГБОУ ВО ВолгГМУ, Волгоград, Россия
ГБУЗ ВОДКПБ, Волгоград, Россия
turovskayanata@mail.ru

Ключевые слова: психологическое обследование, когнитивные функции, пожилой пациент.

USING PSYCHOLOGICAL RESEARCH TO IDENTIFY THE PATTERN OF COGNITIVE DECLINE IN AN ELDERLY PATIENT (ANALYSIS OF A CLINICAL CASE)

Turovskaya N. G.
Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia
Volgograd Regional Children Clinical Psychiatric Hospital, Volgograd, Russia
turovskayanata@mail.ru

Keywords: psychological assessment, cognitive functions, elderly patient.

Введение. В настоящий момент проведение психологического исследования приобретает особую актуальность в процессе уточнения степени и характера когнитивного снижения у пожилых пациентов. В частности, это становится необходимым с целью дифференциации состояний, наблюдающихся при болезни Альцгеймера, лобно-височной дегенерации, дисциркуляторной энцефалопатии [1]. Нередко картина нарушения когнитивных функций у таких пациентов носит мозаичный характер и обусловлена действием ряда факторов, как эндогенных, так и экзогенных. В таком случае нейропсихологическое исследование с применением патопсихологических проб может иметь как важное дифференциально-диагностическое значение, так и способствовать выявлению количественно-качественной специфики когнитивного снижения конкретного пациента.

Материал и методы. Исследование проводилось с пациентом женского пола 1958 года рождения. По данным МРТ у данного пациента была выявлена «МР картина выраженной смешанной заместительной гидроцефалии на фоне кортикальных атрофических изменений. Очаговые изменения вещества мозга дисциркуляторно-дистрофического характера. МР картина умеренной потери объема гиппокампов».

С пациентом проводилось комплексное нейропсихологическое и патопсихологическое исследование. Проведение исследования затруднялось наличием у пациента выраженного снижения зрения.

Результаты. Приводим заключение по результатам проведенного психологического исследования: «Контакт с испытуемой устанавливается быстро, продуктивность контакта снижена. Испытуемая доброжелательна, синтонна, стремится к достижению положительного результата при выполнении предлагаемых заданий, переживает ситуацию неуспеха, несколько тревожна, не уверена в себе по поводу возможности успешного выполнения задания. Помощь психолога принимает избирательно. В ряде случаев помощь оказывается полностью неэффективной. Дурашливость, склонность к накоплению аффекта в ходе исследования не выявляются. Отмечаются черты эмоциональной лабильности.

Пробу «реакция выбора» выполняет с незначительным количеством ошибок, даже в ситуации «конфликтной произвольной деятельности», но несколько замедленно. Ошибки возникают ближе к концу выполнения задания и связаны с кратковременной потерей задачи деятельности. Выполнение пробы «кулак-ребро-ладонь» оказывается малодоступной. Испытуемая с трудом запоминает последовательность движений. Опора на зрительную афферентацию не позволяет испытуемой четко понять положение руки психолога. После совместного выполнения (психолог сам придает ладони испытуемой нужные положения и последовательно их меняет) последовательность движений усваивается, но при самостоятельном выполнении отмечается расширение программы за счет поиска нужного положения руки и стойкая вертикальная ориентация кулака. Речевое опосредование улучшает выполнение задания. Выполнение задания в быстром темпе малодоступно. Латеральные различия при выполнении пробы не выявлены. Проба «реципрокная координация» после совместного выполнения с психологом выполняется с поочередной сменой положения рук. Испытуемая испытывает выраженные трудности при выполнении с опорой на зрительную афферентацию «пробы пальцев». При опоре только на проприоцептивные ощущения задание выполняется лучше, но все равно его выполнение значительно затруднено, в том числе во время переноса позы пальцев с одной руки на другую. Речевой анализ позы, который испытуемая использует по собственной инициативе, улучшает качество выполнения задания. Латеральные различия при выполнении пробы не выявлены. Символический праксис не нарушен. Выполнение «пробы Хэда» недоступно. Исследование зрительного гнозиса малодоступно. Испытуемая избирательно может опознать цветные реалистичные изображения,

используя при этом речевое опосредование. Узнавание черно-белых реалистичных, наложенных и перечеркнутых изображений недоступно. Не исключено, что трудности выполнения этой пробы связаны с выраженной функциональной недостаточностью периферического отдела зрительного анализатора. При этом избирательное игнорирование полей зрения в процессе исследования не обнаруживается. Несмотря на выраженные трудности узнавания предметных изображений испытуемая достаточно хорошо узнает буквы. Письмо сохранно. Фонематическое восприятие не нарушено. Воспроизведение и анализ ритмических структур сохранны.

Исследование понимания логико-грамматических конструкций с опорой на зрительные изображения недоступно. Понимание логико-грамматических конструкций на слух затруднено. Пробу «часы» испытуемая не выполняет (не может как их нарисовать, так и определить время по часам со стрелками и цифрами). Испытуемая не может нарисовать и срисовать стол в трехмерном изображении. Возможно, трудности выполнения данных заданий вызваны функциональной недостаточностью зрительного анализатора. При этом испытуемая частично в медленном темпе может выполнить ряд простых задания с «кубиками Кооса».

«Счет по Крепелину» практически недоступен. Испытуемая может с организующей помощью производить отсчет от 20 по 3. Кривая запоминания 10 слов: 3, 5, 7, 9, 9; ретенция — 4 слова (через 40 мин.). В процессе выполнения пробы «3 слова на 2» выявлено явление проактивного торможения. Выполнение пробы в полном объеме недоступно. Отсроченное воспроизведение слов полностью недоступно. «Исключение» (вербальный вариант) испытуемая выполняет с направляющей помощью, обобщение и конкретизация понятий доступны. Испытуемая хорошо понимает и поясняет смысл общеупотребительных метафор и пословиц.

Заключение. В ходе исследования выявляются выраженные нарушения кинестетического праксиса, умеренные нарушения динамического праксиса, пространственного праксиса и способности понимания логико-грамматических конструкций. Выявляются умеренные нарушения кратковременной памяти, умеренные ближе к выраженным нарушения долговременной памяти, предположительно, гиппокампального характера. Данные явления сопровождаются интеллектуальным снижением, степень которого необходимо отследить в динамике и повышенной истощаемостью психической деятельности. Таким образом, в ходе исследования выявляются признаки преимущественной недостаточности задних отделов коры больших полушарий головного мозга. Однако, в целом картина когнитивного снижения испытуемой носит смешанный характер».

ВОСПРОИЗВЕДЕНИЕ СТИМУЛЬНЫХ СЛОВ, ПРОИЗНЕСЕННЫХ МУЖСКИМ И ЖЕНСКИМ ГОЛОСОМ, ПРИ ДИХОТИЧЕСКОМ ПРОСЛУШИВАНИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПРОФИЛЯ ЛАТЕРАЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ИСПЫТУЕМОГО

Федорова А. Г., Луковцева З. В.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
arinafedorova60304@gmail.com

Ключевые слова: дихотическое прослушивание, функциональная асимметрия мозга.

REPRODUCTION OF STIMULUS WORDS, SPOKEN BY MALE AND FEMALE VOICES, IN DIHOTIC LISTENING, DEPENDING ON THE SUBJECT'S LATERAL ORGANISATION PROFILE

Fedorova A. G., Lukovtseva Z. V.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
arinafedorova60304@gmail.com

Keywords: dichotic listening, functional asymmetry.

Введение. Методика «Дихотическое прослушивание» (ДП), разработанная Д. Кимурой и адаптированная Б. С. Котик, благодаря надежности и простоте процедуры широко применяется для оценки межполушарного взаимодействия (МПВ) [1, 2]. Наше пилотажное исследование вносит вклад в прояснение характера малоизученной связи пола диктора и продуктивности воспроизведения стимульных слов [1, 5]; эта связь интерпретирована с учетом профилей латерализации испытуемых.

Целью исследования стала оценка продуктивности воспроизведения стимульных слов в рамках ДП, озвученных мужским и женским голосами, в зависимости от индивидуальных латеральных характеристик испытуемых. Проверялись гипотезы о связи пола и ПЛО с продуктивностью воспроизведения стимульного материала, а также о связи использования мужского голоса для озвучивания стимульного материала и более высокой продуктивности воспроизведения слов в методике «Дихотическое прослушивание».

Материал и методы. Выборку составили 20 мужчин и 20 женщин в возрасте 20–25 лет без нарушений слуха, черепно-мозговых травм и психоневрологических расстройств в анамнезе. С учетом половой принадлежности обследуемых и дикторов, голосами которых озвучивался стимульный материал ДП, в составе выборки было выделено 4 равных группы. Для определения особенностей латерализации испытуемых и их

МПВ использовались стандартные (луриевские) пробы, «Перенос позы пальцев», «Стереогнозис» и ДП [1, 2]. В качестве стимульного материала были использованы дорожки из 16 серий по 4 нейтральных односложных слова на каждое ухо. Перед ними использовалась тренировочная дорожка из 12 пар слов. Для статистической обработки данных, ввиду отсутствия нормального распределения (критерий Колмогорова-Смирнова), применялись непараметрические методы: U-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. У большинства испытуемых была выявлена смешанная латерализация с преобладанием «правшеских» черт; значимые половые различия отсутствовали. Что касается межполушарного взаимодействия, то высокий его уровень не был зафиксирован ни в одном случае; у женщин наблюдался более высокий уровень МПВ по сравнению с мужчинами.

Выявлены значимые различия продуктивности воспроизведения стимульных слов в ДП, озвученных мужским и женским голосами. Во всех группах показатели воспроизведения слов, озвученных мужским голосом, были выше как для правого ($p = 0,003$), так и для левого уха ($p = 0,01$), а также по общей сумме корректно воспроизведенных слов ($p = 0,01$).

Обнаружена значимая корреляция ($r = -,58^{**}$, $p = 0,007$) продуктивности воспроизведения слов в ДП, озвученных мужским голосом и предъявленных в левое ухо, со степенью выраженности «правополушарности». Кроме того, степень выраженности правосторонней мануальной асимметрии обнаружила связь (на уровне тенденции) с общей продуктивностью воспроизведения стимулов, озвученных мужчиной.

Для стимульного материала ДП, озвученного женщиной, значимых связей продуктивности воспроизведения прослушанных слов с латерализацией испытуемых обнаружено не было. Испытуемые женского пола продуктивнее воспроизводили материал, если он предъявлялся в левое ухо, а испытуемые мужского пола — в правое ($p = 0,021$, $p = 0,006$). Для стимульного материала, озвученного диктором-мужчиной, подобные различия не выявлены.

У испытуемых с низким уровнем МПВ, прослушавших женский голос, продуктивность воспроизведения слов, предъявленных в правое ухо, была выше, чем у испытуемых со средним уровнем МПВ.

В рамках обсуждения результатов следует сказать, что они частично подтвердили выдвинутые гипотезы. Факт большей продуктивности воспроизведения слов в ДП, озвученных мужчиной, согласуется с данными о меньшей интонационной выразительности мужских голосов, облегчающей левополушарную обработку воспринимаемой слушателем информации [3]. Связь мануальной асимметрии с продуктивностью вос-

произведения слов в ДП, озвученных мужчиной, следует трактовать в свете представлений о комплексном влиянии латерализации на слухоречевые процессы [5]. Половые различия в восприятии слов, озвученных женщиной, могут быть объяснены различным вкладом полушарий в обработку интонационной окрашенности (которая более выражена в женской речи), а также эволюционно обусловленной значимостью голосов противоположного пола [4, 6].

Выводы. Во-первых, продуктивность воспроизведения стимулов при ДП выше при использовании мужского голоса диктора по сравнению с женским. Во-вторых, профиль латеральной организации слушателя связан с продуктивностью воспроизведения стимулов, записанных диктором-мужчиной, что проявляется в тенденции к лучшим результатам у праворуких испытуемых. Наконец, воспроизведение слов, записанных диктором-женщиной, различается у слушателей разного пола, что проявляется в различной продуктивности воспроизведения при предъявлении стимульного материала в левое и правое ухо.

Полученные данные имеют практическую значимость для повышения точности нейропсихологической диагностики с помощью ДП, а также для разработки голосовых помощников и обучающих материалов.

Литература

1. Азарова, Е. А. Межполушарное взаимодействие у человека : учебное пособие / Е. А. Азарова, Б. С. Котик-Фридгут ; Южный федеральный университет. — Ростов-на-Дону ; Таганрог : Издательство Южного федерального университета, 2021. — 158 с. — ISBN 978-5-9275-3760-0.

2. Котик, Б. С. Исследование латерализации речевых функций методом дихотического прослушивания / Б. С. Котик // Психологические исследования. — Москва : Издательство Московского университета, 1974. — Вып. 6. — С. 69–76.

3. Перекрестная афазия / А. А. Михайленко, И. В. Литвиненко, Е. А. Аношина [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2015. — № 4 (52). — С. 228–235. — DOI 10.17816/brmma712426.

4. Стаценко, Ф. А. Профиль латеральной организации и его роль в процессе обучения / Ф. А. Стаценко ; научный руководитель К. Г. Языков // Актуальные проблемы науки и образования в условиях современных вызовов : сборник материалов XX Международной научно-практической конференции, Москва, 21 апреля 2023 г. — Москва : Печатный цех, 2023. — С. 156–162.

5. Suire, A. Human vocal behavior within competitive and courtship contexts and its relation to mating success / A. Suire, M. Raymond, M. Barkat-Defradas // Evolution and Human Behavior. — 2018. — Vol. 39, no. 6. — P. 684–691. — DOI 10.1016/j.evolhumbehav.2018.07.001.

ЭКСПРЕСС-ОЦЕНКА ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНОЙ СИМПТОМАТИКИ У СТУДЕНТОВ ПЕРВОГО КУРСА: ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОДЕРЖАНИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКАЯ ЦЕННОСТЬ

Хавыло А. В., Белинская Т. В.
ФГБОУ ВО «КГУ им. К. Э. Циолковского», Калуга, Россия
khavyloav@tksu.ru
belinskayatv@tksu.ru

Ключевые слова: скрининг психического здоровья, тревожно-депрессивная симптоматика, студенты первого курса, открытые самоописания, прогностическая валидность.

EXPRESS ASSESSMENT OF ANXIETY AND DEPRESSIVE SYMPTOMS IN FIRST-YEAR UNIVERSITY STUDENTS: PSYCHOLOGICAL CONTENT AND PREDICTIVE VALUE

Khavylo A. V., Belinskaya T. V.
Kaluga State University named after K. E. Tsiolkovsky, Kaluga, Russia
khavyloav@tksu.ru
belinskayatv@tksu.ru

Keywords: mental health screening, anxiety and depressive symptoms, first-year students, open-ended self-descriptions, predictive validity.

Введение. По данным систематического обзора и метаанализа, депрессивные симптомы выявляются у 33,6 % студентов, тревожные — у 39,0 % [5], что делает необходимыми краткие инструменты раннего выявления. Опыт применения PHQ-4 подтверждает информативность ультракратких шкал [3], однако сокращение числа пунктов повышает содержательную неопределённость итогового показателя, и его интерпретация требует ответа на два вопроса: какое психологическое содержание сопряжено с высокой оценкой и как она связана с последующей выраженностью симптоматики. Клинико-психологическая традиция С. Я. Рубинштейн предполагает рассмотрение количественных результатов в единстве с качественными особенностями ответов испытуемого [2], а теория отношений В. Н. Мясищева позволяет анализировать состояние через способы описания себя, окружающих и значимых социальных отношений [1]. Эти положения определили логику работы: содержание экспресс-оценки изучалось по открытым самоописаниям и отношениям с вузом, прогностическая ценность — по состоянию через семь месяцев.

Цель исследования — установить содержательные корреляты двухпунктовой экспресс-оценки тревожно-депрессивной симптома-

тики у первокурсников и её связь с состоянием в конце первого года обучения.

Материал и методы. Работа опирается на два этапа мониторинга первокурсников КГУ им. К. Э. Циолковского: в 2021 году обследованы 798 студентов девяти институтов (75% девушек), в 2025/26 учебном году — первокурсники Института психологии (осенью 88, в мае 71), продольную панель составили 62 студента, среди них 59 девушек. Экспресс-оценка на обоих этапах рассчитывалась как сумма ответов на два пункта — «тревога, беспокойство, напряжение без причин» и «в последнее время нахожусь в подавленном состоянии» — по шкале от «никогда» до «всегда» (от 2 до 8 баллов, рабочий порог 6 баллов). Анкета 2021 года включала открытые вопросы («Я человек, который…», «Люди вокруг меня…» и другие), ответы на которые кодировались по категориям агентности, общности, уязвимости, враждебности и уклонения от ответа, а отношения с преподавателями и директором института описывались выбором характеристик из заданного списка. В мае 2026 года участники заполнили PHQ-9, GAD-7, шкалу удовлетворённости и фрустрации базовых психологических потребностей [4], шкалу энергетического ресурса и опросник академической адаптации. Применялись корреляционный критерий Спирмена с поправками Бенджамини–Хохберга и Холма, ROC-анализ и бутстреп-оценка 95% доверительных интервалов AUC.

Результаты. В 2021 году рабочему порогу экспресс-оценки соответствовали результаты 18,8% первокурсников. Наиболее выраженная связь обнаружена с распространенностью в открытых ответах текстовых референтов, указывающих на собственную уязвимость ($\rho = 0{,}28$): при отсутствии текстовых референтов категории «собственная уязвимость» порогового значения достигали результаты 13,7 % студентов, при её наличии в одном ответе — 27,8 %, в двух и более ответах — 55,8 %. Поддерживающий образ окружающих был связан с более низкой экспресс-оценкой тревожно-депрессивной симптоматики ($\rho = -0{,}23$), а враждебный, отстранённый или амбивалентный образ — с более высокой ($\rho = 0{,}22$). С ростом экспресс-оценки тревожно-депрессивной симптоматики отношения с преподавателями реже характеризовались как душевные, отношения с директором — как доверительные или заинтересованные; чаще встречались формальные и напряжённые характеристики ($|\rho|$ от 0,13 до 0,16). Оценка деловых характеристик отношений с преподавателями не обнаружила существенной связи с экспресс-оценкой тревожно-депрессивной симптоматики ($\rho = -0{,}04$; $q = 0{,}33$).

В продольной панели экспресс-оценка, полученная в начале обучения, была тесно связана с выраженностью тревожно-депрессивной симптоматики через семь месяцев: коэффициент корреляции Спирмена с PHQ-9 составил 0,67, с GAD-7 — 0,68. Точность ранжирования от-

носительно PHQ-9 ≥ 10 достигла AUC = 0,87 (95% ДИ 0,78–0,95), относительно GAD-7 ≥ 10 — AUC = 0,81 (95% ДИ 0,70–0,91). Рабочий порог 6 баллов выделил 24 из 62 студентов; для объединённого критерия PHQ-9 или GAD-7 ≥ 10 его чувствительность составила 0,69, специфичность — 0,83, положительная прогностическая ценность — 0,75. Более высокая экспресс-оценка тревожно-депрессивной симптоматики осенью была связана с меньшей удовлетворённостью потребностей в автономии ($\rho = -0{,}53$) и принадлежности ($\rho = -0{,}48$), а также с меньшим энергетическим ресурсом ($\rho = -0{,}40$) в конце года (все значимы после поправки Холма). Связь с академической адаптацией была слабой и после поправки не достигала статистической значимости ($\rho = -0{,}26$; $p_{Holm} = 0{,}103$); точность относительно низкой академической адаптации составила AUC = 0,61.

Выводы. Двухпунктовая экспресс-оценка тревожно-депрессивной симптоматики обнаружила слабые и умеренные содержательные связи с темой собственной уязвимости, образом социального окружения и характеристиками отношений с образовательной средой. Продольный этап показал высокую связь исходной экспресс-оценки тревожно-депрессивной симптоматики с выраженностью тревожной и депрессивной симптоматики через семь месяцев, а также с удовлетворённостью базовых психологических потребностей и энергетическим ресурсом, тогда как академическая адаптация остаётся более самостоятельным аспектом состояния. Результаты обосновывают перспективность двухпунктовой оценки как первого этапа вузовского мониторинга с последующим углублённым обследованием студентов, достигших рабочего порога. Ограничения связаны с малой продольной выборкой из студенток одного института и отсутствием осенних PHQ-9 и GAD-7, из-за чего вклад устойчивости состояния остаётся неопределённым.

Литература

1. Мясищев, В. Н. Личность и неврозы / В. Н. Мясищев. — Ленинград : Изд-во Ленинградского университета, 1960. — 427 с.

2. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : практическое руководство / С. Я. Рубинштейн. — Москва : Медицина, 1970. — 214, [1] с.

3. An ultra-brief screening scale for anxiety and depression : the PHQ-4 / K. Kroenke, R. L. Spitzer, J. B. W. Williams, B. Löwe // Psychosomatics. — 2009. — Vol. 50, No. 6. — P. 613–621. — DOI 10.1176/appi.psy.50.6.613.

4. Basic psychological need satisfaction, need frustration, and need strength across four cultures / B. Chen, M. Vansteenkiste, W. Beyers [et al.] // Motivation and Emotion. — 2015. — Vol. 39, No. 2. — P. 216–236. — DOI 10.1007/s11031-014-9450-1.

5. Prevalence and associated factors of depression and anxiety symptoms among college students : a systematic review and meta-analysis / W. Li, Z. Zhao, D. Chen [et al.] // Journal of Child Psychology and Psychiatry. — 2022. — Vol. 63, No. 11. — P. 1222–1230. — DOI 10.1111/jcpp.13606.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ КАК ИНСТРУМЕНТ КРОСС-КУЛЬТУРНОЙ ДИАГНОСТИКИ ЭКОНОМИЧЕСКОГО САМООПРЕДЕЛЕНИЯ: РАЗВИТИЕ ИДЕЙ С. Я. РУБИНШТЕЙН

Хохлова Н. И.
БУ ВО СурГУ, ИПО КНЮ, Сургут, Россия
Hohlova-ni@yandex.ru

Ключевые слова: коренные малочисленные народы (КМНС), ситуационные задачи, экономическое самоопределение.

SITUATIONAL PROBLEMS AS A TOOL FOR CROSS-CULTURAL DIAGNOSIS OF ECONOMIC SELF-IDENTIFICATION: DEVELOPMENT OF S. Y. RUBINSTEIN'S IDEAS

Khokhlova N. I.
University of Surgut, IPO University of Surgut, Surgut, Russia
Hohlova-ni@yandex.ru

Keywords: indigenous peoples, situational tasks, economic self-determination.

Современная психологическая наука, несмотря на значительный прогресс в области диагностики, продолжает сталкиваться с фундаментальным противоречием между стремлением к универсализации и объективации результатов, с одной стороны, и необходимостью учета уникального субъектного опыта испытуемого — с другой. Если середина XX века ознаменовалась активной критикой тестового подхода, то сегодня мы наблюдаем его возрождение, обусловленный формализацией образовательных стандартов и регламентацией деятельности. В этих условиях особую значимость приобретают качественные диагностические инструменты, позволяющие выйти за рамки формализованных шкал. В продолжение идеи С. Я. Рубинштейн, предлагаем рассмотреть ситуационные задачи как действенный инструмент кросс-культурной диагностики экономического самоопределения, способный сочетать рефлексивную глубину анализа с требованием научной объективности.

А. Л. Журавлев, А. Б. Купрейченко определяют самоопределение как «поиск субъектом своего способа жизнедеятельности в мире на основе воспринимаемых, принимаемых или формируемых (создаваемых) им во временной перспективе базовых отношений к миру, другим людям, человеческому сообществу в целом и самому себе, а также на основе собственной системы жизненных смыслов и принципов, ценностей и идеалов, возможностей и способностей, ожиданий и притязаний» [2, с. 40]. А экономическое самоопределение (ЭС) рассматривается как «…личностное самоопределение в экономической среде, направленное на достижение оптимальной позиции в системе экономических отношений (трудовых, обменных, имущественных, распределительных) на основе отношения к социально-экономическим условиям, жизненных принципов, ценностных ориентаций и притязаний» [1, с. 8]. Обращение к проблеме ЭС в условиях кросс-культурного контекста ставит перед исследователями не только содержательные, но и процедурные вопросы. При проведении стандартизированных методик, у школьников из числа КМНС фиксируется высокий процент отклоняемых ответов, обусловленный, в частности, сверхкратким временем заполнения бланков, а также наличие устойчивых формальных действий (например, циклическое повторение 1–2–3–1–2–3), что, по нашему мнению, свидетельствует о сниженном уровне мотивации, ситуативной включенности в процедуру диагностики и, как следствие, о низкой валидности количественных показателей [5]. Данная ситуация потребовала пересмотра стратегии диагностического взаимодействия. В ходе проведенных экспедиций [5] было установлено, что качественное изменение вовлеченности респондентов наступает при переходе от абстрактных опросных шкал к обсуждению реальных, значимых жизненных ситуаций, характерные повседневному опыту учащихся из числа КМНС. Содержательное наполнение диагностических ситуаций и вариативность возможных решений были сформулированы на основе полуструктурированных интервью со школьниками, педагогами и представителями родительского сообщества.

В пилотажном исследовании было использовано пять ситуаций, каждая из которых имела четыре варианта ответа, соответствующим определенным уровням ЭС. Структура каждой ситуации была построена по принципу дихотомии, обоснованной в работах Шибаевой Л. В. и ее учеников [4]: «кратковременность — долговременность планов на покупки; прагматичность — идеализм при планировании покупок; эгоизм — альтруизм при выборе покупок и планировании расходов; самостоятельность — зависимость при планировании покупок и планировании расходов; импульсивность — произвольность в покупках и расходах» [4, с. 47]. Бинарная оппозиция выступает как эффективный катализатор рефлексивного процесса и одновременно как инструмент для проведения экспериментальной пробы.

Пример задачи: «Твоя семья занимается рыбалкой и продает рыбу. К концу сезона у тебя накопилась личная сумма от продажи улова.

У тебя нет срочных нужд. Что ты будешь делать с этими деньгами? Варианты ответов: 1. Куплю себе модную куртку, о которой давно мечтал, и новый аксессуар для телефона. Остальное потрачу на угощения для друзей. 2. Вложу почти все в покупку качественной, теплой и непромокаемой экипировки для следующего рыболовного сезона — чтобы было комфортнее и можно было дольше находиться на воде. 3. Отложу 70% денег на будущее — возможно, на курсы. Оставшуюся часть потрачу на небольшой подарок семье. 4. Часть коплю на будущую профессию, часть вкладываю в то, что принесёт больше дохода в следующем сезоне, а часть трачу на семью, потому что мы — одно целое».

На данный момент диагностика проходит валидизацию. Наблюдения за детьми в процессе выполнения заданий показали высокую степень вовлеченности: они активно дописывали варианты ответов, фиксировали свои возвращения к предыдущим формулировкам и вносили исправления. Таким образом, ситуационные задачи в диагностике можно рассматривать хорошей альтернативой моделирования ситуации, «воспроизводит реальный пласт жизни, отношений, позволяющий воспроизводить реальные жизненные ситуации в общении…» [3], что соответствует идеям С. Я. Рубинштейн. Замена содержательных элементов на основе кросскультурных исследований позволяет адаптировать ситуационные задачи для различных культурных условий.

Ситуационные задачи в кросс-культурной диагностике представляют собой комплексный диагностический инструмент, методологически обоснованный в традициях С. Я. Рубинштейн. Они позволяют анализировать реальные экономические или профессиональные дилеммы, включая способы их решения, аргументацию, типы ошибок и отношение к выбору. Ситуационные задачи актуализируют ценностные ориентации и культурные установки, выявляя скрытые ресурсы. Это сочетание количественной оценки и качественного анализа процесса принятия решений делает их особенно эффективным при работе с представителями различных культур, где универсальные диагностические средства могут быть менее эффективны.

Литература

1. Ефимова, Н. Ю. Особенности экономического самоопределения предпринимателей с различным уровнем деловой активности / Н. Ю. Ефимова, В. П. Позняков // Экономическая психология: актуальные теоретические и прикладные проблемы : материалы X юбилейной международной научно-практической конференции / под общ. ред. А. Д. Карнышева. — Иркутск : Изд-во БГУЭП, 2009.

2. Журавлев, А. Л. Экономическое самоопределение : теория и эмпирические исследования / А. Л. Журавлев, А. Б. Купрейченко. — Москва : Институт психологии РАН, 2007. — 480 с. — ISBN 978-5-9270-0106-4.

3. Николаева, В. В. С. Я. Рубинштейн: о вкладе развития патопсихологии / В. В. Николаева // Клиническая и специальная психология. — 2012. — Т. 1, № 1. — Статья 12. — URL: https://psyjournals.ru/journals/cpse/archive/2012_n1/49977 (дата обращения: 12.08.2026).

4. Сандлер, Т. С. Задачный подход в исследовании развития экономического и нравственно-этического самоопределения юношества / Т. С. Сандлер, Л. В. Шибаева // Научный диалог. — 2012. — № 1. — С. 46–62.

5. Хохлова, Н. И. Психолого-педагогическое сопровождение самоопределения на этапе выбора профессии обучающимися из числа малочисленных коренных народов ХМАО-Югры / Н. И. Хохлова, О. Ю. Муллер // Психология образования в поликультурном пространстве. — 2026. — № 1 (73). — С. 27–37. — DOI 10.24888/2073-8439-2026-73-1-27-37.

ФАКТОР УСЛОЖНЕНИЯ ПЕРЦЕПТИВНОГО ПОЛЯ В ПРОДУКТИВНОСТИ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ ЛИЧНОСТИ

Чепелюк А. А.[1], Виноградова М. Г.[2]
[1] «Международный институт психосоматического здоровья», Москва, Россия
staysha@yandex.ru
2 МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия

Ключевые слова: шизотипическое расстройство личности, шизотипическое расстройство, решение зрительных перцептивных задач, когнитивные процессы.

THE ROLE OF PERCEPTUAL FIELD COMPLEXITY IN THE EFFICIENCY OF COGNITIVE PROCESSES IN SCHIZOTYPAL PERSONALITY DISORDER

Chepeliuk A. A.[1], Vinogradova M. G.[2]
[1] International Institute of Psychosomatic Health, Moscow, Russia
staysha@yandex.ru
[2] Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

Keywords: schizotypal personality disorder, schizotypal disorder, performance of visual perceptual tasks, cognitive processes.

Введение. Когнитивный дефицит является одной из широко обсуждаемых тем при шизотипическом расстройстве. Однако выявляемые различия в степени выраженности его проявлений требуют дальнейшего изучения с уточнением параметров анализа. Нарушения зрительного вос-

приятия рассматриваются в числе центральных при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра. Шизотипическое расстройство личности занимает промежуточное положение на континууме между расстройствами личности и шизофренией, позволяя изучать на его модели поврежденные и сохранные звенья в решении различных перцептивных задач для лучшего понимания особенностей и нарушений когнитивных процессов, характерных для шизотипического расстройства.

Цель. Проанализировать продуктивность решения зрительных перцептивных задач при шизотипическом расстройстве.

Материал и методы. В исследовании были включены 203 участника, из них 113 здоровых респондентов (средний возраст: 30,30±8,86 лет), 90 пациентов с шизотипическим расстройством (ШР) F21 по МКБ-10 (55 пациентов с диагнозом «Шизотипическое расстройство личности», ШРЛ, F21.8 по МКБ-10, средний возраст: 29,0±8,5 лет; 35 пациентов с диагнозом «Псевдоневротическая шизофрения», ПШ, F21.3 по МКБ-10, средний возраст: 30,8±8,7лет). Проводились две серии методики решения зрительных перцептивных задач, в которых предлагались 24 сложные фигуры и 8 простых эталонных фигур к ним [1]. В серии 1 к каждой из основных 12 сложных фигур последовательно предъявлялись 8 эталонных простых (всего 96 стимульных ситуаций). В каждой стимульной ситуации в предъявляемой сложной фигуре только одна из эталонных фигур являлась верной (ключевой), а остальные семь — неключевыми. В серии 2 демонстрировались 6 пар сложных фигур, к каждой из которых последовательно предъявлялись 8 эталонных простых фигур (из них каждый раз 2 были ключевыми, а остальные 6 — неключевыми, всего 96 стимульных ситуаций). Анализировались показатели верных узнаваний ключевых фигур, ложных узнаваний (ошибочные узнавания ключевых фигур или узнавания неключевых, то есть отсутствующих на самом деле, фигур), верных отвержений, ложных отвержений (ответ об отсутствии ключевой фигуры там, где она на самом деле есть).

Результаты. Пациенты с ШРЛ и ПШ по сравнению со здоровыми респондентами при выполнении серии 1 методики решения зрительных перцептивных задач характеризовались снижением числа верных узнаваний ($p < 0.001$) и верных отвержений ($p < 0.001$), а также увеличением числа ложных узнаваний ($p < 0.001$). Однако, при выполнении серии 2 пациенты с ШРЛ не отличались от контрольной группы по показателю верных узнаваний и обнаруживали лишь увеличение числа ложных узнаваний ($p < 0.001$) наряду с уменьшением верных отвержений ($p < 0.001$). В то время как при ПШ, помимо увеличения числа ложных узнаваний ($p < 0.001$) и снижения числа верных отвержений ($p < 0.001$) было установлено также уменьшение числа верных узнаваний ($p < 0.05$) в сопоставлении с контрольной группой. При этом между собой пациенты с ШР статистически значимых различий не обнаруживали.

Внутригрупповой анализ изменений параметров ответов при переходе от серии 1 к серии 2 обнаружил уменьшение верных ($p < 0.001$) и ложных узнаваний ($p < 0.001$) при увеличении верных ($p < 0.001$) и ложных ($p < 0.001$) отвержений в серии 2 по сравнению с выполнением серии 1 здоровыми респондентами. У пациентов с ШРЛ установлена аналогичная контрольной группе динамика, в то время как у пациентов с ПШ статистически значимых изменений в типах ответов при переходе от серии 1 к серии 2 установлено не было.

Выводы. Варьирование условий выполнения экспериментальных задач позволяет дифференцировать особенности когнитивных процессов у пациентов с различными клиническими вариантами ШР. При усложнении условий выполнения (за счет повышении зрительной перцептивной нагрузки в серии 2) у пациентов с ШРЛ обнаруживается доступность достижения нормативных показателей по отдельным центральным параметрам (верных узнаваний), в то время как у пациентов с ПШ подобных изменений продуктивности не установлено. Кроме того, усложнение условий выполнения приводит в контрольной группе и при ШРЛ к уменьшению числа как верных, так и ложных гипотез и увеличению числа отвержений (как верных, так и неверных). У пациентов с ПШ не обнаруживается изменений в стратегиях ответов при переходе к более сложным условиям выполнения, иными словами, паттерны их ответов не меняются, несмотря на изменение внешних условий.

Повышение точности отвержений при решении зрительных перцептивных задач в контрольной группе может рассматриваться как ответ на увеличение зрительной перцептивной нагрузки (возрастание сложности заданных условий выполнения). Аналогичные нормативным изменения наблюдаются у пациентов с ШРЛ, несмотря на все же сохраняющееся большее количество ложных узнаваний по сравнению с нормой, но не у пациентов с ПШ, у которых не меняются стратегии.

Таким образом, можно рассматривать в качестве протектора рисков появления психотической декомпенсации с ухудшением продуктивности когнитивного функционирования способность сохранять направленность на большие точность и избирательность выборов различных признаков из перцептивного поля при ШРЛ.

Литература

1. Виноградова, М. Г. Методика экспериментального патопсихологического исследования процесса решения зрительных-перцептивных задач / М. Г. Виноградова, А. А. Чепелюк // Клинико-психологические исследования в современной практике / под ред. А. Ш. Тхостова. — Москва : Типография «Арбат», 2020.

РОЛЬ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ И СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ДИАГНОСТИКЕ СТРЕССОВЫХ И КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Шабаева А. А.
ФГБОУ ВО БГПУ им. М. Акмуллы, Уфа, Россия
89649549205ava@gmail.com

Ключевые слова: пожилой возраст, стресс, кризис, копинг-стратегии, субъективный возраст, диагностика.

DIAGNOSIS OF STRESS AND CRISIS STATES IN OLDER ADULTS: THE ROLE OF COPING STRATEGIES AND SUBJECTIVE AGE

Shabaeva A. A.
Akumulla Bashkir State Pedagogical University, Ufa, Russia
89649549205ava@gmail.com

Keywords: elderly age, stress, crisis, coping strategies, subjective age, diagnosis.

Пожилой возраст сопровождается комплексом специфических стрессоров: выход на пенсию, сужение социальных контактов, утрата близких, ухудшение соматического здоровья. Совокупность этих факторов создает предпосылки для формирования кризисных и стрессовых состояний, требующих своевременной клинико-психологической диагностики [5].

В отечественной психологии выход на пенсию рассматривается как кризисный период, связанный с резким изменением образа жизни. К типичным стрессорам позднего возраста относят отсутствие четкого жизненного ритма, сужение сферы общения, уход от активной трудовой деятельности, синдром «опустевшего гнезда», одиночество [5]. Эти факторы запускают необходимость адаптационной перестройки личности, эффективность которой во многом определяется используемыми копинг-стратегиями.

Исследования показывают, что пожилые люди в стрессовых ситуациях чаще прибегают к когнитивным (38%) и эмоциональным (29%) копинг-стратегиям, тогда как ориентация на решение задачи характерна для 45% респондентов, эмоционально-ориентированная стратегия — для 32%, а избегание — для 23% [1]. При этом высокий уровень посттравматического стресса коррелирует с усилением эмоционально-ориентированного копинга и нарастанием психопато-

логической симптоматики, тогда как низкий уровень стресса связан с повышением как проблемно-ориентированного, так и эмоционально-ориентированного копинга [4].

Важным диагностическим маркером психологического благополучия в позднем возрасте выступает субъективный возраст. Его оценка в рамках комплексного гериатрического обследования позволяет выявить взаимосвязи с полиморбидностью, качеством жизни, когнитивным статусом, симптомами депрессии и субъективным чувством одиночества [3]. Таким образом, диагностика стрессовых состояний у пожилых не может ограничиваться оценкой актуального эмоционального статуса — она требует учета субъективных представлений человека о собственном возрасте и ресурсных возможностей совладания.

Диагностика стрессовых и кризисных состояний в пожилом возрасте должна носить комплексный характер, включая оценку копинг-стратегий, уровня посттравматического стресса и субъективного возраста. Такой подход позволяет определить мишени для психокоррекционной и профилактической работы, направленной на формирование стресс-компетентности и поддержание психологического здоровья людей третьего возраста [2].

Литература

1. Бабакова, Л. В. Копинг-стратегии пожилых людей в Болгарии и России / Л. В. Бабакова, О. Ю. Стрижицкая // Мир науки. — 2017. — Т. 5, № 1. — С. 1–13.

2. Калмыкова, О. Ю. Формирование стресскомпетентности как метод совершенствования социального взаимодействия людей третьего возраста / О. Ю. Калмыкова, Г. П. Гагаринская, Ю. Н. Горбунова // Интернет-журнал «Науковедение». — 2015. — Т. 7, № 2 (27). — DOI 10.15862/105PVN215.

3. Мелёхин, А. И. Оценка субъективного возраста в комплексном гериатрическом обследовании / А. И. Мелёхин // Клиническая геронтология. — 2016. — Т. 22, № 9–10. — С. 49–50.

4. Харламенкова, Н. Е. Посттравматический стресс и совладающее поведение в пожилом возрасте / Н. Е. Харламенкова, Ю. В. Быховец, А. А. Евдокимова // Научный диалог. — 2014. — № 3 (27). — С. 92–105.

5. Шакурова, Л. В. Проблема психологической адаптации личности в период выхода на пенсию / Л. В. Шакурова, Р. Р. Халфина, М. В. Нухова // Проблемы современного педагогического образования. — 2018. — № 61-4. — С. 325–327.

О НЕКОТОРЫХ ПСИХОДИНАМИЧЕСКИХ ПРЕДИКТОРАХ АНТИСОЦИАЛЬНОЙ КРЕАТИВНОСТИ СОТРУДНИКОВ ОРГАНОВ ВНУТРЕННИХ ДЕЛ

Шаповал В. А., Демушкина Э. Д.
ФГКОУ ВО «СПбУ МВД России», Санкт-Петербург, Россия
Vash23@mail.ru

Ключевые слова: антисоциальная креативность, центральные гуманфункции личности, психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО) «Ресурс-П».

ON SOME PSYCHODYNAMIC PREDICTORS OF ANTISOCIAL CREATIVITY IN LAW ENFORCEMENT OFFICERS

Shapoval V. A., Demushkina E. D.
St. Petersburg University of the Ministry of Internal Affairs of Russia,
St. Petersburg, Russia
Vash23@mail.ru

Keywords: antisocial creativity, central human functions of personality, Psychodynamically oriented personality questionnaire (POPQ) “Resource-P”.

Введение. Антисоциальная креативность (АК) — креативность, направленная на намеренное причинение вреда людям или объектам [5], — выступает маркером риска должностных правонарушений сотрудников органов внутренних дел (ОВД), дискредитирующих правоохранительную систему. Особую значимость проблема приобретает в отношении молодых сотрудников (22–29 лет) при стаже службы до 5 лет [3], что определяет важность изучения у них психологических предикторов АК.

Теоретическая новизна. Впервые феномен АК рассматривается с позиций психодинамического гуманструктурологического подхода Г. Аммона [2]. Центральные Я-функции (агрессия, страх, внешнее и внутреннее Я-отграничение, нарциссизм, сексуальность, интегрируемые Я-идентичностью) понимаются как неосознаваемые образования, которые могут быть сформированы конструктивно, деструктивно или дефицитарно. Креативность также относится Г. Аммоном к центральным Я-функциям, что позволяет гипотетически связать её антисоциальный вариант с деструктивно-дефицитарными состояниями других гуманфункций.

Цель — установление взаимосвязи АК у сотрудников ОВД с центральными гуманфункциями их личности.

Материал и методы. Выборку составили 284 сотрудника ОВД (M = 22,42 года; SD = 3,9; 48,6% женщины), проходящих первоначальную профессиональную подготовку.

Использовались психодинамически ориентированный личностный опросник (ПОЛО) «Ресурс-П» (В. А. Шаповал) [4] и методика «Поведенческие особенности асоциальной креативности» (ПОАК) (адаптация Н. В. Мешковой и др.) [1]. Статистика: корреляция Спирмена, U-критерий Манна–Уитни, пошаговый регрессионный анализ.

Результаты. Корреляционный анализ. Интегральная шкала АК положительно коррелирует с деструктивной агрессией, дефицитарным страхом, деструктивной Я-идентичностью и общей дезадаптацией, отрицательно с конструктивным нарциссизмом. Шкалы «нанесение вреда», «ложь» и «злые шутки» демонстрируют сходные паттерны связи с деструктивно-дефицитарными функциями и отрицательные — с конструктивными (агрессия, страх, нарциссизм).

Сравнительный анализ полярных групп. Лица с высокой АК (≥ 16 баллов, n = 93) в отличие от лиц с низкой АК (≤ 7 баллов, n = 114) имеют более высокие ранги по всем деструктивным и дефицитарным Я-функциям, деструктивной и дефицитарной идентичности, общей дезадаптации и более низкие — по конструктивному страху, внешнему Я-отграничению, Я-идентичности и ресурсу психологического здоровья. Выраженный эффект различий зафиксирован по всем шести деструктивно-дефицитарным гуманфункциям, идентичности, дезадаптации и ресурсу здоровья.

Составленный психологический профиль субъекта асоциального креативного действия характеризуется конструктивным дефицитом всех основных Я-функций, проявляющимся либо деструктивным (конфронтация, жестокость, обесценивание других, тревожность, импульсивность, непереносимость критики, демонстрация превосходства, активно-манипулятивное поведение), либо дефицитарным (пассивность, виктимность, зависимость, внушаемость, низкая самооценка, пассивно-манипулятивное поведение) паттерном. Преобладает деструктивно-дефицитарная Я-идентичность, высокая социопсихосоматическая дезадаптация сочетается с низким ресурсом психологического здоровья.

Регрессионный анализ с финальной моделью, объясняющей 33,6% дисперсии АК ($R^2 = 0{,}336$; $p < 0{,}001$) позволил выявить наиболее сильный её психодинамический предиктор — дефицитарный страх ($\beta = 0{,}467$; $p < 0{,}001$). При этом конструктивный нарциссизм выступает психодинамическим протектором ($\beta = -0{,}158$, $p = 0{,}008$) АК. Вклад деструктивной агрессии оказался незначимым ($\beta = 0{,}162$, $p = 0{,}126$), что интерпретируется как влияние, опосредованное дефицитарным страхом.

Выводы. Установлена положительная взаимосвязь АК с деструктивно-дефицитарными и отрицательная — с конструктивными проявлениями

всех центральных Я-функций личности сотрудников ОВД. Дефицитарный страх — наиболее значимый предиктор АК, а конструктивный нарциссизм — протектор, препятствующий её поведенческой реализации. Психологический профиль субъекта асоциального креативного действия включает конструктивный дефицит всех основных Я-функций, социопсихосоматическую дезадаптацию и низкий ресурс психологического здоровья.

Полученные данные смещают фокус внимания с аффективной насыщенности агрессии на когнитивно-дефицитарные механизмы регуляции. Деструктивная агрессия выполняет инструментальную функцию, активируясь не столько внутренним напряжением, сколько отсутствием адаптивных сигналов опасности. Дефицитарный страх, как неспособность адекватно воспринимать угрозу, нарушает «внутреннюю сигнализацию» опасности и парадоксально предрасполагает к рискованному поведению. Именно «слепота» к угрозе, а не гипертрофированный страх, создаёт почву для вредоносных креативных замыслов. Конструктивный нарциссизм (здоровая самодостаточность, адекватная самооценка) выполняет роль психологического буфера, дополняя ранее выявленные протекторы: черту «сотрудничество», эмоциональный интеллект, моральную идентичность.

Результаты применимы для превентивной психодиагностики, психокоррекции и психопрофилактики АК у курсантов и сотрудников ОВД. Психокоррекция должна быть направлена не столько на подавление агрессии, сколько на проработку дефицитарного страха и укрепление здоровых нарциссических структур. Перспектива — разработка триады шкал для оценки гуманфункции креативности (конструктивной, деструктивной, дефицитарной) в составе ПОЛО «Ресурс-П» и их валидизация. Проверка гипотезы о медиации опосредованного влияния агрессии через дефицитарный страх требуется дополнительный анализ.

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) (Проект № 25-18-00486 «Эффекты влияния асоциальной креативности на формирование информационно-смыслового поля в условиях проблемности социальной ситуации развития современного человека (2025—2027)»).

Литература

1. Адаптация опросника «Поведенческие особенности антисоциальной креативности» / Н. В. Мешкова, С. Н. Ениколопов, О. В. Митина, И. А. Мешков // Психологическая наука и образование. — 2018. — Т. 23, № 6. — С. 25–40. — DOI 10.17759/pse.2018230603.

2. Аммон, Г. Динамическая психиатрия / Г. Аммон ; перевод и научная редакция В. Д. Вида ; Санкт-Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева. — Санкт-Петербург : Психоневрологический институт им. В. М. Бехтерева, 1995. — 198 с.

3. Баландин, А. Л. Понятие профессиональных преступлений, совершаемых сотрудниками органов внутренних дел / А. Л. Баландин // Вестник Омского университета. Серия «Право». — 2020. — Т. 17, № 2. — С. 91–99. — DOI 10.24147/1990-5173.2020.17(2).91-99.

4. Кулинченко, А. В. Взаимосвязь самооценки и психологического здоровья у воспитанников суворовского военного училища МВД России / А. В. Кулинченко, В. А. Шаповал // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. — 2021. — № 1 (89). — С. 225–233. — DOI 10.35750/2071-8284-2021-1-225-233.

5. Мешкова, Н. В. Креативность и девиантность : связь и взаимодействие / Н. В. Мешкова, С. Н. Ениколопов // Психология. Журнал Высшей школы экономики. — 2018. — Т. 15, № 2. — С. 279–290. — DOI 10.17323/1813-8918-2018-2-279-290.

АКТУАЛЬНОСТЬ ДИАГНОСТИКИ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ НА РАБОЧЕМ МЕСТЕ: ОБЗОР МЕТОДИК

Шарапова А. В.
НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия
alena.v.sharapova@yandex.ru

Ключевые слова: тревога на рабочем месте, психодиагностика, шкала тревоги на рабочем месте (JAS), шкала фобии рабочего места (WPS), MINI WAY, психическое здоровье.

THE RELEVANCE OF DIAGNOSING ANXIETY IN THE WORKPLACE: A REVIEW OF ASSESSMENT METHODS

Sharapova A. V.
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia
alena.v.sharapova@yandex.ru

Keywords: workplace anxiety, psychodiagnostics, Job Anxiety Scale (JAS), Workplace Phobia Scale (WPS), MINI WAY, mental health.

Актуальность. Психическое здоровье в процессе труда является одной из приоритетных тем современных исследований. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что распространенность тревожных расстройств, связанных с работой, в общей популяции трудоспособного возраста составляет от 3 до 7% [4]. В клинических выборках эти показатели значительно выше: среди пациентов первичной медицинской помощи — около 10%, а в стационарных условиях — до 17% [4]. Пандемия

COVID-19 усугубила ситуацию: глобальный рост распространенности депрессивных и тревожных расстройств в 2020 г. составил 25% [4]. Тревога на рабочем месте часто остается нераспознанной, маскируясь под общими терминами «стресс», «профессиональное выгорание» или «неудовлетворенность работой», что затрудняет своевременную профилактику и психотерапевтическую помощь [4].

Тревожные состояния на рабочем месте представляют собой гетерогенную группу состояний, возникающих, поддерживаемых и проявляющихся в условиях трудовой деятельности. Согласно клинико-ориентированному подходу М. Линдена и Б. Мушаллы, они включают: связанное с работой посттравматическое стрессовое расстройство, расстройство адаптации с аффектом тревоги, специфическую и неспецифическую социальную фобию на рабочем месте, ситуационную и ипохондрическую тревогу, тревогу неэффективности, генерализованную тревожность, а также фобию рабочего места [5]. Несмотря на сходство симптоматики с традиционными диагностическими категориями DSM и МКБ, ключевой особенностью этих состояний является их контекстуальная обусловленность: они оказывают выраженное влияние на продуктивность и вовлечённость в работу, а также требуют специализированных диагностических и психотерапевтических подходов [2, 4].Тревога на рабочем месте связана с выраженными нарушениями трудового участия: увеличением длительности больничных листов, ростом безработицы, снижением субъективной способности справляться с рабочими задачами. Согласно репрезентативному исследованию B. Muschalla (2025), лица с тревогой на рабочем месте имеют более длительные периоды нетрудоспособности (1,6–7,0 недель за последние 12 месяцев против 1,2–4,8 недель у лиц без тревоги) и чаще сталкиваются с безработицей (8–20% против 3–10%) [4]. В российской выборке специалистов разных профессий (N = 410) у 17,4% респондентов показатели тревоги на рабочем месте соответствовали клиническому диапазону, что сопровождалось повышенной потребностью в психологической помощи, частыми обращениями к врачу и абсентеизмом [2]. Среди молодых врачей-ординаторов и интернов (N = 231) 14% демонстрировали субклинический или клинический уровень тревоги на рабочем месте [1]. Таким образом, тревожные состояния на рабочем месте представляют собой самостоятельный клинический феномен, требующий дифференцированной диагностики и целенаправленных интервенций.

Инструменты диагностики. Для оценки тревожных состояний, связанных с работой, в международной практике разработан ряд стандартизированных инструментов, прошедших психометрическую проверку.

1. Шкала тревоги на рабочем месте (Job Anxiety Scale, JAS) — это 70-пунктный самоопросник, разработанный B. Muschalla и M. Linden (2008). JAS основана на дифференцированном клиническом подходе и

позволяет оценить различные формы тревоги: связанную со стимулами и фобическим избеганием, социальную тревожность, тревогу за здоровье, когниции о неэффективности, беспокойство о сохранении рабочего места и будущем. Русскоязычная версия JAS апробирована на выборке 410 специалистов; выделена пятифакторная структура: 1) «Дискомфорт, напряжение и беспокойство на работе при убежденности в ее вредности»; 2) «Социальная тревожность и избегающее поведение на рабочем месте»; 3) «Переживание несправедливости и эксплуатации на рабочем месте»; 4) «Беспокойство за сохранение рабочего места и будущее»; 5) «Когниции на тему собственной неэффективности».

2. Шкала фобии рабочего места (Workplace Phobia Scale, WPS) — 13-пунктный самоопросник, направленный на выявление специфической рабочей фобии, включающей панические реакции при мыслях о работе и избегающее поведение. Психометрические свойства WPS оценивались на выборке пациентов психосоматического стационара. Валидность подтверждена с помощью структурированных диагностических интервью [3, 4].

3. MINI WAY (Mini International Neuropsychiatric Interview for Work Anxiety) — структурированное клиническое интервью, разработанное B. Muschalla на основе критериев МКБ-10 и DSM для диагностики тревожных расстройств, связанных с работой. MINI WAY позволяет дифференцировать различные феноменологические варианты рабочей тревоги (ситуационная, социальная, ипохондрическая, генерализованное беспокойство, фобия рабочего места) и оценить коморбидные психические расстройства.

Заключение. Тревожные состояния на рабочем месте являются распространенной и социально значимой проблемой, оказывающей негативное влияние на трудовую активность, качество жизни и психическое здоровье работников. Своевременная диагностика с использованием комплекса инструментов (JAS, WPS, MINI WAY) позволяет выявлять различные формы рабочей тревоги, оценивать их выраженность и определять мишени для профилактических и психотерапевтических программ. Представленные инструменты обладают достаточной надежностью и валидностью, включая русскоязычную версию JAS, и могут быть рекомендованы для использования в клинической психологии, психотерапии и организационном консультировании.

Литература

1. Гаранян, Н. Г. Тревога на рабочем месте : роль стратегий социального сравнения / Н. Г. Гаранян, А. В. Шарапова // Консультативная психология и психотерапия. — 2022. — Т. 30, № 4. — С. 124–142. — DOI 10.17759/cpp.2022300407.

2. Перевод, апробация и первичная психометрическая оценка опросника тревоги на рабочем месте Б. Мушалла и М. Линдена (JAS) /

Н. Г. Гаранян, А. В. Шарапова, М. Г. Сорокова [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. — 2020. — Т. 28, № 4. — С. 9–34. — DOI 10.17759/cpp.2020280402.

3. Muschalla, B. Die Arbeitsplatzphobieskala : Ein Screening-Instrument für die medizinische Rehabilitation / B. Muschalla, M. Linden // Ärztliche Psychotherapie. — 2008. — Jg. 3, Nr. 4. — S. 258–262.

4. Muschalla, B. Who panics when they think of work? / B. Muschalla // International Journal of Environmental Research and Public Health. — 2025. — Vol. 22, No. 2. — Art. 160. — DOI 10.3390/ijerph22020160.

5. Muschalla, B. Workplace-related anxieties and workplace phobia : a concept of domain-specific mental disorders : doctoral thesis / B. Muschalla ; University of Potsdam. — Potsdam, 2008. — 252 p. — URL: https://d-nb.info/990370526/34 (дата обращения: 12.09.2026). — Текст : электронный.

ЯРКОСТЬ ОБРАЗОВ ВООБРАЖЕНИЯ У ЛИЦ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМИ ЧЕРТАМИ ЛИЧНОСТИ

Шахов М. В.[1], Нехаева Ю. В.[1], Титова Д. П.1, Иванова Е. М.[1, 2]
[1] ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия
[2] ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
markshakhov03@yandex.ru

Ключевые слова: яркость образов, шизотипия, шизотипические черты личности, воображение.

IMAGERY VIVIDNESS IN INDIBIDUALS WITH SCHIZOTYPAL PERSONALITY TRAITS

Shakhov M. V.[1], Nekhaeva I. V.[1], Titova D. P.[1], Ivanova E. M.[1, 2]
[1] Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
[2] Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
markshakhov03@yandex.ru

Keywords: imagery vividness, schizotypy, schizotypal personality traits, imagination.

Введение. Существуют данные о специфических особенностях воображения у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС) [5], в том числе на начальных этапах заболевания, однако эта область остается недостаточно изученной. В настоящее время яркость является наиболее исследованным параметром образов воображения. Яркость образов определяют как характеристику, сочетающую в себе ясность, отчетливость, различимость образа и его деталей, а также «жи-

вость» образа как близость ощущений, вызываемых образом, к ощущениям во время восприятия [3]. В исследовании V. Oertel с соавторами [4] отмечается, что повышенная яркость образов характерна для всего спектра шизофренических расстройств и для психически здоровых испытуемых с выраженными шизотипическими чертами личности (ШЧЛ), хотя данные исследований остаются противоречивыми [5].

Шизотипия рассматривается как личностная уязвимость к развитию психопатологической симптоматики, в частности РШС [1]. Предполагается, что шизотипия и РШС имеют общие этиологические, генетические и феноменологические механизмы и образуют континуум проявлений [2], поэтому шизотипия может служить моделью для изучения особенностей РШС.

Таким образом, **цель** настоящей работы — исследовать яркость образов воображения у лиц с шизотипическими чертами личности.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 105 человек: 41 мужчина (средний возраст 22,1 ± 3,14 лет) и 64 женщины (средний возраст 21,05 ± 2,86). Были исключены лица с установленной инвалидностью вследствие нарушений зрения, слуха или функций опорно-двигательного аппарата, а также имеющие диагностированные психические и/или неврологические заболевания. Для достижения цели исследования были использованы методики: «Опросник шизотипических черт личности (SPQ-74)» (автор A. Raine, 1991; адаптация А. Г. Ефремова и С. Н. Ениколопова, 2001); «Плимутский опросник сенсорных образов (PSI-Q)» (автор J. Andrade с соавторами, 2014; адаптация А. Ю. Разваляевой, 2024). Также были использованы методы математической обработки данных: описательные статистики, критерий Н-Краскала-Уоллиса, коэффициент ранговой корреляции Спирмена с поправкой Бенджамини-Хохберга.

Результаты. В настоящем исследовании средние значения общего показателя ШЧЛ были следующие: 19,05 ± 11,39 для мужчин, 18,61 ± 10,5 для женщин. По результатам исследования М. В. Алфимовой с соавторами [1] средненормативные значения общего показателя ШЧЛ составляют: 14 ± 11,4 для мужчин и 16,9 ± 11,99 для женщин до 31 года. Однако, в работе не было предусмотрено деление на различные уровни выраженности ШЧЛ, а диапазон значений ниже нормативных слишком узок для формирования группы на основе этих данных. В связи с этим, по общему показателю ШЧЛ выборка была разделена на терцили и были сформированы следующие группы, эквивалентные по полу и количеству испытуемых: низкий уровень выраженности ШЧЛ (0–12 баллов), средний ШЧЛ (13–22 балла), высокий уровень выраженности ШЧЛ (от 23 баллов).

Сравнительный анализ групп с применением критерия Н-Краскала-Уоллиса не выявил различий между группами ни по одному параметру яркости образов. Однако с помощью коэффициента ранговой корреля-

ции Спирмена в общей выборке были выявлены значимые ($p < 0,05$) слабые корреляционные взаимосвязи между шкалами: «Идеи отношения» и общим уровнем яркости образов ($r = 0,21$); «Идеи отношения» и «Обоняние» ($r = 0,24$); «Идеи отношения» и «Прикосновения» ($r = 0,21$); «Ограниченный аффект» и «Эмоции» ($r = -0,2$). Однако после применения поправки Бенджамини-Хохберга ни одна из выявленных корреляций не сохранила статистическую значимость при $p < 0,05$. В связи с этим обнаруженные взаимосвязи следует рассматривать как требующие подтверждения в последующих исследованиях.

Особый интерес представляет отсутствие значимых корреляций шкалы «Необычные ощущения и восприятие» с какими-либо шкалами PSI-Q, в то время как шкала «Идеи отношения» в общей выборке показала значимые корреляции как с отдельными шкалами, так и с общим баллом PSI-Q. Предположительно, это может свидетельствовать об особой роли изменений деятельности воображения при развитии сверхценных идей, но не галлюцинаций.

Выводы. Результаты свидетельствуют об отсутствии взаимосвязи общей выраженности ШЧЛ и яркости образов. Неоднозначные результаты корреляционного анализа позволяют предположить наличие опосредованной взаимосвязи между отдельными шизотипическими чертами и яркостью образов различных модальностей.

Литература

1. Алфимова, М. В. Структура шизотипических черт в российской популяции / М. В. Алфимова, Т. В. Лежейко, Н. В. Сергеев [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2020. — Т. 120, № 7. — С. 94–101. — DOI 10.17116/jnevro202012007194.

2. Kwapil, T. R. Schizotypy: looking back and moving forward / T. R. Kwapil, N. Barrantes-Vidal // Schizophrenia Bulletin. — 2015. — Vol. 41, Suppl. 2. — P. S366–S373. — DOI 10.1093/schbul/sbu186.

3. Marks, D. F. Individual differences in the vividness of visual imagery and their effect on function / D. F. Marks // The Function and Nature of Imagery / ed. by P. W. Sheehan. — New York : Academic Press, 1972. — P. 83–108.

4. Oertel, V. Mental imagery vividness as a trait marker across the schizophrenia spectrum / V. Oertel, A. Rotarska-Jagiela, V. van de Ven [et al.] // Psychiatry Research. — 2009. — Vol. 167, № 1–2. — P. 1–11. — DOI 10.1016/j.psychres.2007.12.008.

5. Rasmussen, A. R. Anomalies of Imagination, Self-Disorders, and Schizophrenia Spectrum Psychopathology: A Network Analysis / A. R. Rasmussen, A. Raballo, A. Preti [et al.] // Frontiers in Psychiatry. — 2022. — Vol. 12. — Article 808009. — DOI 10.3389/fpsyt.2021.808009.

КОГНИТИВНЫЙ ПРОФИЛЬ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПЕДАГОГОВ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА: РЕЗУЛЬТАТЫ СКРИНИНГОВОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ

Шведовская А. А., Федоров В. В., Муллагалиева Ю. И.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
anna.shvedovskaya@mgppu.ru

Ключевые слова: профессиональное долголетие, педагоги, старший возраст, когнитивное функционирование, когнитивный скрининг, качество жизни, MMSE, MoCA, SF-36.

COGNITIVE PROFILE AND QUALITY OF LIFE IN OLDER TEACHERS: RESULTS OF A SCREENING ASSESSMENT

Shvedovskaya A. A., Fedorov V. V., Mullagalieva Yu. I.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
anna.shvedovskaya@mgppu.ru

Keywords: professional longevity, teachers, older age, cognitive functioning, cognitive screening, quality of life, MMSE, MoCA, SF-36.

Введение. Увеличение продолжительности профессиональной деятельности педагогов делает актуальным изучение когнитивных ресурсов, поддерживающих работоспособность и профессиональное долголетие в старшем возрасте [1]. В исследовании “The HUNT4 70+ Study” более высокие когнитивные требования профессиональной деятельности были связаны с меньшим риском умеренных когнитивных нарушений и деменции после 70 лет; преподавание относилось к наиболее когнитивно насыщенным видам труда [2]. При этом результаты кратких скрининговых методик могут отражать разные стороны когнитивного функционирования [3].

Цель. Описать когнитивный профиль педагогов старшего возраста, сопоставить результаты MMSE и MoCA, оценить связи когнитивных показателей с возрастом, продолжительностью педагогического стажа, физическим и психологическим компонентами качества жизни, а также установить, различаются ли эти показатели у участников с субъективными когнитивными жалобами и без них.

Материал и методы. В поперечном исследовании приняли участие 55 педагогов в возрасте от 65 до 85 лет (M = 70,45; SD = 4,76), проживающих в разных регионах России. Высшее образование имели 50 человек (90,9%). Средний педагогический стаж составил 43,73 года (SD = 7,53; n = 49). Наиболее широко в выборке были представлены Республика Коми — 12 человек (21,8%), Ростовская область — 5 (9,1%), а также Ре-

спублика Хакасия, Курская, Свердловская и Ульяновская области — по 4 человека (по 7,3%). Участники проживали преимущественно в городах. Выборка включала как продолжающих профессиональную деятельность педагогов, так и завершивших работу после выхода на пенсию. О наличии супруга или партнёра сообщили 31 человек (56,4%), о наличии внуков — 47 (85,5%). Соматические заболевания отметили 35 участников (63,6%), субъективные затруднения в когнитивной сфере — 20 (36,4%).

Когнитивное состояние оценивалось с помощью методик MMSE (Mini-Mental State Examination — Краткая шкала оценки психического статуса, диапазон от 0 до 30 баллов) и MoCA (Montreal Cognitive Assessment — Монреальская шкала оценки когнитивных функций, диапазон от 0 до 30 баллов), а качество жизни оценивалось с помощью SF-36 (36-Item Short Form Health Survey — Краткий опросник оценки здоровья, состоящий из 36 пунктов). После контроля полноты и корректности данных в анализ вошли 54 протокола каждой методики. Рассчитывались средние значения, стандартные отклонения, медианы, межквартильные интервалы и доли выполненных заданий от максимально возможного балла. Связи между показателями оценивались с помощью коэффициента корреляции Спирмена, различия в зависимости от наличия субъективных жалоб на когнитивную сферу — критерия Манна–Уитни.

Результаты. Средний результат по MMSE составил 27,89 балла (SD = 2,72; Me = 29), по MoCA — 25,52 балла (SD = 2,83; Me = 26). Среди участников с валидными результатами обеих методик (n = 51) результат на уровне или выше принятого порогового значения получили 33 человека (64,7%) по MMSE — 28–30 баллов — и 26 человек (51,0%) по MoCA — 26 баллов и выше. Совпадение классификаций по двум методикам составило 62,7%; различие между долями статистически значимым не было (точный критерий Мак-Немара, p = 0,167).

Наиболее высокие показатели выполнения отмечались в заданиях на ориентировку, называние предметов, непосредственное воспроизведение и выполнение инструкций. Относительно наиболее трудными оказались задания MoCA на фонематическую речевую беглость — в среднем 58,2% от максимально возможного результата, отсроченное воспроизведение — 65,8% и повторение предложений — 66,4%. В MMSE относительно более низким было выполнение задания на внимание и серийный счёт — 77,0% от максимального результата.

Итоговые показатели MMSE и MoCA были положительно связаны между собой (r = 0,388; p = 0,004; n = 53). Вместе с тем умеренная сила связи и различия в профилях выполнения показывают, что результаты двух методик совпадали лишь частично. Статистически значимых связей показателей MMSE и MoCA с возрастом и продолжительностью педагогического стажа не выявлено ($p \geq 0,204$).

Средний показатель физического компонента здоровья SF-36 составил 45,37 Т-балла (SD = 9,19; Me = 48,20), психологического компонента — 48,83 Т-балла (SD = 8,93; Me = 51,37). Среди отдельных шкал SF-36 наиболее высокими были средние показатели социального функционирования (M = 75,06; SD = 21,89), физического функционирования (M = 73,02; SD = 25,61) и ролевого функционирования, обусловленного эмоциональным состоянием (M = 71,68; SD = 35,51). Относительно более низкие значения отмечались по шкалам ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием (M = 60,66; SD = 38,84), жизненной активности (M = 64,34; SD = 17,51) и общего состояния здоровья (M = 64,81; SD = 16,87).

После применения поправки Бенджамини—Хохберга на множественные взаимосвязи результат MMSE сохранял положительную связь с физическим компонентом здоровья SF-36 ($r = 0,396$; $p = 0,004$; $q = 0,036$; $n = 52$) и ролевым функционированием, обусловленным физическим состоянием ($r = 0,428$; $p = 0,002$; $q = 0,031$; $n = 52$). Показатель MoCA был положительно связан с физическим компонентом здоровья до поправки на множественные сравнения ($r = 0,287$; $p = 0,039$; $n = 52$), однако после её применения связь не достигала принятого уровня статистической значимости ($q = 0,197$). Статистически значимых связей результатов MMSE и MoCA с психологическим компонентом здоровья не выявлено.

Жалобы на когнитивную сферу отмечали 20 участников (36,4%). При этом результаты MMSE и MoCA у участников с жалобами и без них статистически значимо не различались ($p = 0,408$ и $p = 0,476$ соответственно). Следовательно, наличие субъективных жалоб в обследованной выборке не соответствовало более низким результатам когнитивного скрининга.

Выводы. В обследованной выборке когнитивные показатели не были связаны с возрастом и продолжительностью педагогического стажа. Более высокие результаты MMSE сочетались с меньшими ограничениями ролевого функционирования, обусловленными физическим состоянием, то есть с большей сохранностью способности выполнять работу и другие повседневные обязанности. Кроме того, более высокие показатели MMSE были связаны с более благоприятной общей оценкой физического компонента качества жизни. Связей когнитивных показателей с психологическим компонентом качества жизни не выявлено. Наличие субъективных когнитивных жалоб также не сопровождалось статистически значимым снижением результатов MMSE и MoCA. Полученные данные обосновывают применение комплексной оценки, объединяющей несколько скрининговых инструментов, анализ отдельных когнитивных функций и сведения о повседневном функционировании. Результаты имеют предварительный характер вследствие небольшого объёма выборки, преобладания участников с высшим образованием, отсутствия контрольной группы и клинической диагностики.

Литература

1. Шведовская, А. А. Ключевые детерминанты профессионального долголетия педагогов в системе образования: интегративный обзор исследований / А. А. Шведовская, Ю. И. Муллагалиева // Психолого-педагогические исследования. — 2026. — Т. 18, № 2. — С. 3–23. — DOI: 10.17759/psyedu.2026180201.

2. Trajectories of occupational cognitive demands and risk of mild cognitive impairment and dementia in later life: The HUNT4 70+ Study / T. H. Edwin, A. K. Håberg, E. Zotcheva [et al.] // Neurology. — 2024. — Vol. 102, no. 9. — Art. e209353. — DOI: 10.1212/WNL.0000000000209353.

3. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment / Z. S. Nasreddine, N. A. Phillips, V. Bédirian [et al.] // Journal of the American Geriatrics Society. — 2005. — Vol. 53, no. 4. — P. 695–699. — DOI: 10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x.

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ КОРРЕЛЯТЫ СОМНЕНИЙ КАК КОМПОНЕНТА МАТЕРИНСКОЙ АМБИВАЛЕНТНОСТИ У ЖЕНЩИН С РАЗНЫМ КОЛИЧЕСТВОМ ДЕТЕЙ

Швец Д. В.[1, 2], Коргожа М. А.[1]
[1] ФГБОУ ВО СПбГПМУ, Перинатальный центр,
Санкт-Петербург, Россия
[2] ГБУЗ «Александровская больница», Санкт-Петербург, Россия
maternal.research@yandex.ru

Ключевые слова: материнская амбивалентность, сомнения, удовлетворенность материнством, родительский стресс, количество детей.

PSYCHOSOCIAL CORRELATES OF DOUBTS AS A COMPONENT OF MATERNAL AMBIVALENCE IN WOMEN WITH DIFFERENT NUMBERS OF CHILDREN

Shvets D. V.[1, 2], Korgozha M. A.[1]
[1] Saint Petersburg State Pediatric Medical University, Perinatal Center,
Saint Petersburg, Russia
[2] Alexandrovskaya Hospital, Saint Petersburg, Russia
maternal.research@yandex.ru

Keywords: maternal ambivalence, doubts, satisfaction with motherhood, parental stress, the number of children.

Введение. Материнство предполагает не только переживание позитивных эмоций, но и возможность одновременного возникновения

разнонаправленных чувств, оценок и желаний. Материнская амбивалентность (МА) является частью нормативного материнского опыта, а осознание и принятие противоречивых переживаний может способствовать снижению собственно амбивалентных чувств среди матерей [2]. Однако, высокая выраженность отдельных компонентов МА и их сочетание с эмоциональным неблагополучием могут иметь значение для психологической адаптации женщины к материнству и характера взаимодействия в диаде мать-ребенок.

При рассмотрении феномена МА можно выделить 3 компонента материнской амбивалентности, оцениваемых с помощью Шкалы материнской амбивалентности (Maternal Ambivalence Scale, MAS): «Сомнения», «Неприятие», «Сокрытие». Первостепенным фокусом данного исследования является компонент сомнения, отражающий противоречивость переживаний женщины относительно собственного желания быть матерью, уверенности в принятии и исполнении материнской роли [1]. В отличие от общего эмоционального и психологического неблагополучия в целом, сомнения непосредственно затрагивают субъективное отношение женщины к собственному материнству и перспективе формирования родительской позиции. Данное положение делает актуальным изучение психосоциальных характеристик и их связи с выраженностью сомнений как компонента МА.

Результаты проведённой ранее русскоязычной адаптации MAS показали наличие связей компонентов МА с показателями эмоционального неблагополучия, родительского стресса и удовлетворенности различными аспектами материнства [1]. Это позволяет предположить, что выраженность сомнений может определяться не одной лишь характеристикой материнского опыта, а сочетанием психосоциальных факторов, в частности более высокий уровень родительского стресса может быть связан с большей выраженностью сомнений, при этом удовлетворенность успешностью реализации материнских функций — с меньшей их выраженностью.

Одной из характеристик накопленного опыта материнства является количество детей в семье. Наличие опыта воспитания более, чем одного ребенка, потенциально может быть связано с большей освоенностью материнской роли, при этом само по себе не позволяет однозначно объяснять психологические различия между женщинами. Поэтому представляет интерес оценка самостоятельной связи количества детей в семье с выраженностью сомнений в материнстве при одновременном учете показателей родительского стресса, удовлетворенности материнством и других психосоциальных характеристик.

Цель исследования — определить вклад родительского стресса, удовлетворенности материнством и количества детей в вариативность компонента материнской амбивалентности сомнения.

Материал и методы. Для реализации цели исследования были использованы следующие методики: авторская анкета, Шкала материнской амбивалентности, MAS (M. Martin-Sanchez и др., 2022, в адаптации Коргожи М. А., Швец Д. В., 2025), включающая субшкалы: «Сомнения», «Неприятие», «Сокрытие»; Шкала депрессии, тревоги и стресса — «Depression Anxiety and Stress Scale — DASS-21» (S. Lovibond, P. Lovibond, 1995, в адаптации Руженковой В. В., Руженкова В. А. и Хамской И. С., 2019), Опросник «Шкала родительского стресса» — «Parental Stress Scale — PSS» (J. D. Berry, W. H. Jones, в адаптации Мисиюк Ю. В., Тихоновой И. В., 2022), Опросник удовлетворенности материнством (Захарова Е. И., Калачева Н. Ю., 2012) и Шкала дифференциальных эмоций (C. Izard, 1997, в адаптации Леоновой А. В., Капицы М. С., 2007). Клинико-психологический анамнез был оценен с помощью авторской анкеты. Для обработки и анализа эмпирических данных использовались следующие методы математической статистики: критерий Манна-Уитни, регрессионный анализ. Все расчеты проводились в программе SPSS Statistics 26.

В исследовании приняли участие 400 женщин. Первая группа — 200 условно здоровых женщин (M = 28,7; SD = 4), имеющих одного условно здорового ребенка в возрасте от 1 до 35 месяцев. Группа сравнения — 200 условно здоровых женщин (M = 34,1; SD = 4,1), имеющих 2 и более детей, возраст хотя бы одного из которых на момент исследования не превышал 35 месяцев. У всех респонденток беременности наступили без применения вспомогательных репродуктивных технологий. В связи с наблюдаемыми различиями в среднем возрасте женщин, показатель «Возраст матери» был дополнительно включен в регрессионную модель. В качестве зависимой переменной в регрессионной модели использовался показатель субшкалы MAS «Сомнения».

Результаты. На предварительном этапе проводилось сравнение групп с помощью U-критерия Манна-Уитни. При межгрупповом сравнении показатель шкалы MAS «Сомнения» ($p < 0,05$) был статистически значимо ниже у женщин с двумя и более детьми по сравнению с женщинами, имеющими одного ребенка. По остальным компонентам материнской амбивалентности статистически значимых межгрупповых различий обнаружено не было ($p > 0,05$). Различия между группами также были выявлены по отдельным аспектам удовлетворенности материнством, однако основной дальнейший анализ был направлен на определение независимых коррелятов компонента сомнения.

Для определения независимых статистических коррелятов показателя субшкалы MAS «Сомнения» была построена множественная линейная регрессионная модель методом Enter. Регрессионная модель включала 21 предиктор: возраст матери, количество детей, семейное положение

(4 статуса), уровень образование (5 вариантов), шкалы DASS-21: депрессия, тревога, стресс, индекс позитивных эмоций, индекс тревожно-депрессивных эмоций, индекс острых негативных эмоций, удовлетворенность материнством (5 субшкал), общий балл по шкале родительского стресса.

Множественная регрессионная модель оказалась статистически значимой ($F(21,378) = 28,23$; $p < 0,001$) и объясняла 61,1% дисперсии зависимой переменной ($R^2 = 0,611$; скорректированный $R^2 = 0,590$). Наиболее выраженный независимый вклад был установлен для родительского стресса ($\beta = 0,428$; $p < 0,001$): более высокий уровень родительского стресса был связан с большей выраженностью сомнений в материнстве. Удовлетворенность успешностью реализации материнских функций была отрицательно связана с показателем «Сомнения» ($\beta = –0,257$; $p < 0,001$). Количество детей также сохраняло независимую отрицательную связь с выраженностью сомнений в материнстве ($\beta = –0,086$; $p = 0,033$). Однако, величина стандартизированного коэффициента была существенно меньше, чем у других психологических характеристик. Диагностика остатков и показателей VIF не выявила существенных нарушений предпосылок модели. Остальные включенные в модель переменные статистически значимого вклада не показали, в том числе уровень образования, семейный статус и возраст матерей.

Выводы. Согласно результатам, более высокая выраженность сомнений в материнстве была прежде всего связана с более высоким уровнем родительского стресса. Большая удовлетворенность успешностью реализации материнских функций независимо ассоциировалась с меньшей выраженностью сомнений. Количество детей как переменная сохраняло отрицательную статистическую связь с сомнениями в материнства после учета включенных в модель психологических и социально-демографических характеристик, однако величина данной связи была небольшой. Полученные результаты указывают, что при интерпретации высоких показателей субшкалы MAS «Сомнения» целесообразно не только учитывать характеристики материнского опыта, но, прежде всего, актуальный уровень родительского стресса и субъективную оценку успешности реализации материнской роли. Перспективным направлением является изучение устойчивости выявленных связей в клинических группах и лонгитюдное исследование динамики сомнений и изменение уровня родительского стресса на разных этапах материнства.

Литература

1. Коргожа, М. А. Шкала материнской амбивалентности (MAS): русскоязычная адаптация и валидизация / М. А. Коргожа, Д. В. Швец // Консультативная психология и психотерапия. — 2025. — Т. 33, № 2. — С. 124–146. — DOI 10.17759/cpp.2025330206.

2. Chapman, E. An exploration of the ways in which feelings of “maternal ambivalence” affect some women / E. Chapman, P. M. Gubi // Illness, Crisis & Loss. — 2022. — Vol. 30, № 2. — P. 92–106. — DOI 10.1177/1054137319870289.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ИМПЛИЦИТНЫХ СТИГМАТИЗИРУЮЩИХ АССОЦИАЦИЙ С ДИСТРЕССОМ: ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Шурипа А. С.
ФГБОУ ВО РАНХиГС, Москва, Россия
shuripasasha@gmail.com

Ключевые слова: имплицитные ассоциации, стигма, депрессия, дистресс.

THE RELATIONSHIP BETWEEN IMPLICIT STIGMATIZING ASSOCIATIONS AND DISTRESS: A PILOT STUDY

Shuripa A. S.
Russian Presidential Academy of National Economy and Public Administration, Moscow, Russia
shuripasasha@gmail.com

Keywords: implicit associations, stigma, depression, distress.

Введение. Актуальность исследования темы имплицитных стигматизирующих убеждений продиктована существенным влиянием стигматизации на психическое благополучие людей с выраженным дистрессом. В сфере ментального здоровья стигматизация представляет собой значительную проблему: стигма может усиливать дистресс, так как страдающие психическими расстройствами люди сталкиваются с дискриминацией, а также усваивают негативные общественные представления о болезни, испытывая самостигматизацию [3]. Процесс интернализации стигмы происходит часто на неосознаваемом, автоматическом уровне, что ставит вопрос о методе изучения стигматизирующих убеждений. Прямые методы исследования, такие как опросник или анкетирование, позволяют выявить часть явных установок, но могут приводить к недооценке масштабов стигматизирующих убеждений, так как не учитывают имплицитные установки, которые, судя по всему, точнее предсказывают поведение [2]. Автоматические процессы лучше оцениваются неявными способами, такими как тест имплицитных ассоциаций [5]. Именно

имплицитные предубеждения могут лежать в основе устойчивости стигмы и ее связи с дистрессом. При этом, связь имплицитных ассоциаций с дистрессом неравномерная: например, на основе прямых методов обнаружено, что интернализация стигмы связана с дистрессом только у тех людей, для кого стигматизированная идентичность высоко значима [4]. Это дает основание предположить, что тяжесть дистресса может быть нелинейно связана с уровнем имплицитной самостигматизации. Кроме того, существующие данные получены преимущественно на клинических выборках, поэтому остается неявным, воспроизводится ли эта связь в общей популяции, где выраженность дистресса варьируется, но не задана диагнозом.

Целью данного исследования является изучение характера связи имплицитных убеждений о психическом здоровье с уровнем дистресса.

Материал и методы. Исследование было опубликовано в сообществе факультета психологии РАНХиГС, доступ к исследованию был открытым. Итоговая выборка составила 50 человек (от 18 до 39 лет, средний возраст 23,14 ± 4,6 лет, медиана — 23 года).

Онлайн-исследование представляло собой батарею заданий, среди прочего содержащих модифицированную версию теста имплицитных ассоциаций и опросника DASS-21.

Тест имплицитных ассоциаций (IAT) измеряет силу связи между понятиями через разницу в скорости реакции в совместимом и несовместимом блоках, которая отражает выраженность и направление имплицитной установки [5]. Результаты теста имплицитных ассоциаций (D-score) считались с помощью Microsoft Excel. Категории содержали оценки позитивное/негативное и психическое/физическое, где совместимой категорией было психическое + негативное. Более высокий D-score свидетельствовал о сильной связи психического с негативным, а более низкий — о связи психического с позитивным).

DASS-21 — валидный инструмент оценки депрессии, тревоги и стресса (21 утверждение, 4 варианта ответа) [1]. Опросник предъявлялся после теста имплицитных ассоциаций с целью минимизации влияния явных установок на выполнение имплицитной меры.

Результаты. Для проверки характера связи IAT-эффекта с показателями дистресса были построены квадратичные регрессионные модели для показателей депрессии, тревоги и стресса. Статистический анализ проводился в программе IBM SPSS Statistics (версия 26). Квадратичный компонент оказался значимым для депрессии ($p = 0{,}009$; $R^2 = 0{,}164$) и сохранял значимость при контроле пола, возраста и процента ошибок в критических блоках IAT ($p = 0{,}008$). Для тревоги квадратичный эффект терял значимость при контроле процента ошибок ($p = 0{,}120$). Для стресса значимых эффектов не обнаружено ($p > 0{,}3$).

Выводы. Полученная U-образная связь свидетельствует о том, что уровень депрессии выше не только у участников с выраженной негативной ассоциацией психических расстройств, но и у участников с выраженной позитивной ассоциацией. Таким образом, для депрессивной симптоматики оказывается уязвимой любая эмоционально нагруженная ассоциация, а не только стигматизирующая установка. Если один полюс связи может объясняться самостигматизацией, то другой полюс может быть связан с личной значимостью темы психического здоровья, которая, по данным других исследований, усиливает уровень дистресса независимо от направленности убеждения [4]. Избирательность эффекта для депрессии может быть обоснована более тесной, по сравнению с тревогой и стрессом, связью депрессивной симптоматики с Я-концепцией человека. Результаты ограничены пилотным характером исследования, дизайном, не позволяющим установить направление причинности и ограничениями используемых методик.

Литература

1. Золотарева, А. А. Систематический обзор психометрических свойств шкалы депрессии, тревоги и стресса (DASS-21) / А. А. Золотарева // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. — 2020. — № 2. — С. 26–37. — DOI 10.31363/2313-7053-2020-2-26-37.

2. A systematic review and meta-analysis of implicit stigma toward people with mental illness among different groups : measurement, extent, and correlates / Y. Ren, S. Wang, X. Fu, X. Shi // Psychology Research and Behavior Management. — 2025. — Vol. 18. — P. 851–875. — DOI 10.2147/PRBM.S503942.

3. Brief implicit association tests of stigmatizing attitudes, awareness of mental distress and label-avoidance : a study in people with depressive symptoms / S. Freitag, S. Stolzenburg, G. Schomerus, S. Schmidt // Community Mental Health Journal. — 2019. — Vol. 55, No. 3. — P. 507–518. — DOI 10.1007/s10597-019-00372-1.

4. Examining effects of anticipated stigma, centrality, salience, internalization, and outness on psychological distress for people with concealable stigmatized identities / D. M. Quinn, M. K. Williams, F. Quintana [et al.] // PLOS ONE. — 2014. — Vol. 9, No. 5. — Art. e96977. — DOI 10.1371/journal.pone.0096977.

5. Greenwald, A. G. Measuring individual differences in implicit cognition : the implicit association test / A. G. Greenwald, D. E. McGhee, J. L. K. Schwartz // Journal of Personality and Social Psychology. — 1998. — Vol. 74, No. 6. — P. 1464–1480. — DOI 10.1037/0022-3514.74.6.1464.

ИССЛЕДОВАНИЕ САМОВОСПРИЯТИЯ И ОЦЕНКА ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ У ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Щербакова А. М., Виноградова Е. С.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
shcherbakova.a.m@yandex.ru

Ключевые слоыва: люди с инвалидностью, образ Я, самовосприятие, жизнестойкость, трудоустройство.

A STUDY OF SELF-PERCEPTION AND HARDINESS IN PERSONS WITH DISABILITIES WHO HAVE WORK EXPERIENCE

Shcherbakova A. M., Vinogradova E. S.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
shcherbakova.a.m@yandex.ru

Keywords: people with disabilities, self-perception, self-esteem, hardiness, employment.

Введение. Одним из определяющих показателей психологического благополучия людей с инвалидностью является их включенность в профессиональную деятельность. Профессиональная самореализация как важнейший аспект личностного развития свидетельствует об успешной социализации. Сложности, с которыми сталкиваются люди с инвалидностью при профессиональной самореализации, обусловлены множеством внешних и внутренних факторов, включая не только существующие стереотипы в обществе, но и особенности самовосприятия людей с инвалидностью, их уровень жизнестойкости, а также ожидания от отношений с коллегами [3].

Цель исследования — изучить особенности образа Я (Я-реальное, Я-идеальное, Я-зеркальное) у людей с инвалидностью, включённых в профессиональную деятельность, и проанализировать их связь с показателями жизнестойкости. Мы исходили из предположения, что у людей с инвалидностью позитивный образ «Я» будет связан с более высокими показателями жизнестойкости.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 42 респондента с инвалидностью, имеющие опыт работы. Большинство участников имеют инвалидность вследствие нарушений слуха (62%), вторая по численности группа — лица с нарушениями опорно-двигательного аппарата (33%). Средний возраст участников составил 30 лет. Использо-

вались проективная методика «Дерево» (Тест «Бесформенных человечков» П. Уилсон [4], в адаптации А. М. Щербаковой) — для исследования компонентов образа Я и тест жизнестойкости (С. Мадди, адаптация Д. А. Леонтьева, Е. И. Рассказовой) [1]. Проективные методы диагностики и коррекции, используемые для оценки социально-психологической адаптации испытуемого, выявления отношения к собственной инвалидности и внутренней позиции личности успешно проявили себя в работах А. М. Щербаковой и др. [2] Методика «Дерево» дает возможность выявить представление о самовосприятии человека с инвалидностью и о том как он воспринимает отношение к нему окружающих людей как на вербальном, так и на невербальном уровне.

Результаты. Мы выявили характеристики образа Я (Я-реальное, Я-идеальное, Я-зеркальное), сравнили группы с различным вектором отношения к себе по показателям жизнестойкости, а также сопоставили среднегрупповые профили жизнестойкости с нормативными данными. У большинства участников (71%) Я-реальное описывается как позитивный, ресурсный и автономный. Чуть более половины участников (52%) в Я-идеальном ориентированы на профессиональную и личностную самореализацию; остальные выбирают более нейтральный образ, с фокусом на социальную включённость. Данные по Я-зеркальному свидетельствуют о преимущественно позитивном восприятии отношения коллег без инвалидности и отсутствии ожиданий стигматизации. Феноменологический анализ выявил различия в содержании образа Я-зеркального у участников с негативным и позитивным образом Я-реального. В группе с негативным образом Я-реального были представлены темы социальной включённости (44,4% участников) и социальной изоляции (44,4% участников). Темы оказания помощи другим, стремления к развитию, самореализации в данной группе не были выявлены. В группе с позитивным образом Я-реального тема социальной изоляции в содержании Я-зеркального встречалась лишь у 6,1% участников. Тема социальной включённости — у 36,4% участников. Она дополнялась темами оказания помощи другим — у 18,2%, автономии и устойчивости — у 15,2%, а также стремления к развитию — у 15,2% участников и самореализации — 3,0%. Выявлена тенденция к взаимосвязи между позитивным восприятием отношения коллег и позитивным образом Я. Среднегрупповой уровень жизнестойкости в выборке соответствует нормативным данным, за исключением шкалы «Принятие риска», где зафиксировано значимое превышение нормы. Это превышение обусловлено группой с позитивным образом Я: у них среднее значение по шкале «Принятие риска» превышает норму ($M = 16,21$; нормативное $M = 13,91$; $t(32) = 4,27$, $p < 0,001$), тогда как в группе с негативным образом Я различия с нормативными показателями по всем шкалам не достигают статистической

значимости. Выявлены статистически значимые различия в параметрах жизнестойкости у респондентов с разным вектором самоотношения. Участники с позитивным образом Я характеризуются более высоким уровнем общей жизнестойкости и, в частности, уровнем «Контроля». При анализе социально-демографических факторов, а также характера нарушений здоровья значимых связей обнаружено не было.

Выводы. У людей с инвалидностью, имеющих опыт работы, позитивный образ «Я» сочетается с нормативным или повышенным уровнем жизнестойкости. Также позитивный образ «Я» сопряжён с более высоким уровнем контроля, и с повышенным принятием риска по сравнению с нормой. Жизнестойкость и позитивный образ «Я» могут рассматриваться как одни из ресурсов успешной профессиональной самореализации. Поддержка позитивного образа «Я» может включать не только укрепление чувства компетентности и признания, но и создание безопасной инклюзивной среды, в условиях которой будет возможно более уверенное освоение новых задач. Кроме того, психологическая поддержка участников с негативным образом «Я» может быть направлена на преодоление социальной изоляции. Например, включение в небольшие проектные команды позволит им участвовать в принятии решений. Методика «Дерево» продемонстрировала применимость для решения задач настоящего исследования и может рассматриваться как дополнительный качественный инструмент изучения особенностей образа «Я» у людей с инвалидностью.

Литература

1. Леонтьев, Д. А. Тест жизнестойкости / Д. А. Леонтьев, Е. И. Рассказова. — Москва : Смысл, 2006. — 63 с. — (Психодиагностические монографии ; вып. 7). — ISBN 5-89357-228-9.

2. Федорова, А. И. Сравнительное исследование отношения к различным группам людей с ограниченными возможностями здоровья в России и Израиле / А. И. Федорова, А. М. Щербакова // Аутизм и нарушения развития. — 2020. — Т. 18, № 1. — С. 4–13. — DOI 10.17759/autdd.2020180101.

3. Park, J.-Y. Factors affecting the acquisition and retention of employment among individuals with intellectual disabilities / J.-Y. Park, E.-Y. Park // International Journal of Developmental Disabilities. — 2021. — Vol. 67, № 3. — P. 188–201. — DOI 10.1080/20473869.2019.1633166.

4. Wilson, P. What Are the Blobs? A Feelosophy / P. Wilson, I. Long // Blob Tree : official website. — URL: https://www.blobtree.com/pages/frontpage (date of access: 08.09.2026).

Раздел 4. ДИАГНОСТИКА В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

ОЦЕНКА АФФЕКТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И УМСТВЕННОЙ ОТСТАЛОСТЬЮ В УСЛОВИЯХ ГРУППОВЫХ ЗАНЯТИЙ ЙОГА-ТЕРАПИЕЙ

Адельшина Р. Р.
ФГБОУ ВО МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия
9706655a@gmail.com

Ключевые слова: РАС, интеллектуальные нарушения, адаптивная физическая культура, аффективно-поведенческие комплексы, коррекционная работа.

ASSESSMENT OF THE AFFECTIVE-BEHAVIORAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND INTELLECTUAL DISABILITIES DURING GROUP YOGA THERAPY SESSIONS

Adelshina R. R.
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
9706655a@gmail.com

Keywords: ASD, intellectual disabilities, adaptive physical education, affective-behavioral complexes, correctional work.

Введение. Проблема аффективно-поведенческого развития детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) и умственной отсталостью остаётся одной из центральных в современной специальной психологии, коррекционной педагогике и адаптивной физической культуре.

Йога-терапия, рассматриваемая в настоящем исследовании как адаптированная форма групповых спортивных занятий, ориентированная на развитие телесной осознанности, регуляции возбуждения, координации, ритмичности действий, способности следовать инструкции и вступать в совместную деятельность. Особую актуальность изучению данного направления придает тот факт, что в Российской Федерации Спортивная йога официально признана видом спорта в и включена во Всероссийский реестр видов спорта (Приказ Министерства спорта Российской

Федерации от 16.03.2017 № 183). Это расширяет основания для ее рассмотрения в рамках адаптивной физической культуры. Эффективная терапия должна стимулировать развитие игровых, привязанных и образно-символических комплексов. Йога-терапия может быть мощным терапевтическим воздействием для детей с РАС.

Цель исследования — оценить аффективно-поведенческое развитие детей с расстройствами аутистического спектра и умственной отсталостью в условиях групповых занятий спортом на основе адаптированной программы йога-терапии, а также определить терапевтический эффект йога-терапии при работе с такими детьми.

Материал и методы. Теоретико-методологическую основу исследования составили:

— научные представления об аффективно-поведенческих комплексах при аутизме (по работам М. К. Бардышевской, 2022);

— современные представления о телесно-ориентированных практиках и регуляторном эффекте двигательной активности (Benson et al., 1975).

Дополнительно методологическое значение имели исследования, посвященные адаптивной физической активности и занятиям спортом у детей с аутизмом.

Использовалась методика, основанная на авторской модели М. К. Бардышевской для оценки развития аффективно-поведенческих комплексов (АПК). Метод АПК заключается в диагностике и коррекции эмоциональных и поведенческих нарушений у детей через оценку и восстановление естественных возрастных этапов эмоционального взаимодействия. (Бардышевская, 2022). Аффективно-поведенческие комплексы (АПК) — это целостные устойчивые образования, которые возникают по мере развития ребёнка. Фиксировались параметры:

Главная задача АПК психофизиологического выживания — самосохранение, избегание любых болезненных впечатлений. При активации данного АПК наблюдаются поведенческие реакции, такие как замирание, избегание. АПК симбиотический направлен на приспособление путем «прилипания», «приклеивания» к типичным повторяющимся элементам жизненных ситуаций. Эмоционально состояние, поведение, контакт с другим человеком и символическая активность почти слиты. АПК экспансии внедряет активность, самоутверждение, усиление Я, преодоление себя в «расширяющихся» условиях жизни. АПК игровой-диалогической и привязанности направлен на развитие социальных взаимодействий, общения. Эта стратегическая задача включает развитие социальных форм любого поведения, расширение репертуара эмоциональных состояний и невербального контакта, которые облегчают человеку взаимодействие с людьми, прежде всего с близкими. Главная задача образно-ролевой АПК — обобщение

своего индивидуального эмоционального опыта, создание целостной картины своего внутреннего мира кака для себя, так и для других. (Бардышевская, 2022).

Ведущий АПК — это АПК, наиболее активно развивающийся у ребенка в условиях оптимального взаимодействия с взрослым. Доминирующий АПК — наиболее энергоемкий, подавляющий другие в период свободной одиночной активности. (Бардышевская, 2022).

Проективная методика «Как я вижу себя на йоге?» (Адельшина Р. Р.) не является апробированной, использовалась в исследовании исключительно как вспомогательное средство и как дополнительный инструмент для оценки образно-ролевого АПК. Включенное наблюдение использовалось вместе с качественным и количественным анализом на всех этапах исследования. Также применялись видеозапись и контент-анализ видеоматериалов. В ходе исследования было проведено наблюдение за 20 занятиями йогой с 8 детьми.

Результаты. Полученные результаты в целом подтверждают выдвинутую гипотезу о том, что занятия по йога-терапии у детей с расстройствами аутистического спектра и умственной отсталостью могут сопровождаться положительной динамикой аффективно-поведенческих комплексов. Приведем примеры наиболее отчетливой динамики у детей. А., 11 лет. Диагноз — РАС. У А. после первого занятие тип развития — искажение в сторону повреждения (2,50), доминирующий и ведущий АПК — симбиотический; после последнего занятия — задержка в сторону повреждения (3,20), доминирующий и ведущий АПК — симбиотический. Ведущий АПК — АПК экспансии (изображает себя в горизонтальной позе, напоминающей упражнение йоги, также в рисунке есть действие, ребенок изображает себя не пассивно, а в процессе выполнения упражнения. Ребенок демонстрирует действие и попытку освоения пространства, но экспансия сопровождается напряжением и недостаточной телесной интеграцией). Изменения в поведении А.: у ребенка уменьшилась тревога, чаще стала воспринимать взрослого как опору, эмоциональный фон стал менее напряженным, уменьшились стереотипии.

М., 12 лет. Диагноз — РАС. У М. после первого занятие тип развития — искажение в сторону повреждения (2,50), доминирующий АПК — психофизиологического выживания и ведущий АПК — симбиотический; после последнего занятия — искажение в сторону повреждения (2,50), доминирующий АПК — симбиотический и ведущий АПК — симбиотический. Результат по проективной методике: ведущий АПК — АПК Симбиотический (основной смысл рисунка — потребность в принятии и контакте при недостаточной устойчивости телесного и эмоционального «Я».) Изменения в поведении М.: снижение реакций

выживания, уменьшение настороженности, смягчение реакций на других детей, выросло доверие к тренеру, эмоциональные вспышки становились короче и реже.

М., 12 лет. Диагноз — РАС. У М. после первого занятия тип развития — искажение в сторону повреждения (2.50), доминирующий и ведущий АПК — игровой-диалогический и привязанности; после завершающего — задержка в сторону повреждения (3.20), доминирующий и ведущий АПК — игровой-диалогический и привязанности. Результат по проективной методике: ведущий АПК — игровой-диалогический (рисунок говорит не о прямом телесном действии, а о проблеме контакта, дистанции и символического проживания ситуации). Изменения в поведении М.: двигательная расторможенность сменилась в организованное участие, эмоциональный фон становился более стабильным, а игровое взаимодействие — более целенаправленным, стал отзываться на имя, в начале занятий боялся помогать убирать коврики, после 3 занятий сказал тренеру, что это его любимое дело.

У детей с интеллектуальными нарушениями чаще наблюдалась более быстрая поведенческая включаемость, однако и у них эффективность зависела от эмоциональной поддержки, уважения к темпу ребенка и постоянству ритуала.

Выводы. Гипотеза о положительной динамике аффективно-поведенческих комплексов в условиях йога-терапии в целом подтвердилась. Важным результатом исследования является методический подход к оценке динамики аффективно-поведенческих комплексов в процессе занятий йогой. Для оценки использовалось комплексное качественное наблюдение за поведением детей во время занятий и проективная методика, что позволило проследить изменения аффективной организации ребенка и выявить динамику АПК. Такой подход дает возможность фиксировать не только конечный результат, но и процесс изменений, которые проходили в ходе коррекционной работы. Полученные результаты позволяют рассматривать йогу, как средство терапевтического воздействия на разные АПК и вектора нарушений, отдельные элементы занятий могут способствовать развитию эмоционального контакта, формированию регуляции и игрового взаимодействия. Полученные результаты имеют предварительный характер и требуют дальнейшей проверки на более широкой выборке. Практический потенциал метода достаточно высок.

Литература

1. Ахметзянова, А. И. Особенности социального познания при расстройствах аутистического спектра / А. И. Ахметзянова // Современные проблемы науки и образования. — 2020. — № 4. — С. 45–52.

2. Бардышевская, М. К. Аффективно-поведенческие комплексы. Наблюдение, оценка и развитие / М. К. Бардышевская. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Московского университета, 2022. — 575 с. — ISBN 978-5-19-011783-7.

3. Baron-Cohen, S. Theory of mind and autism: a review / S. Baron-Cohen // International Review of Research in Mental Retardation. — 2000. — Vol. 23. — P. 169–184. — DOI 10.1016/S0074-7750(00)80010-5.

4. Benson, H. The relaxation response / H. Benson, J. F. Beary, M. P. Carol // Psychiatry. — 1974. — Vol. 37, № 1. — P. 37–46. — DOI 10.1080/00332747.1974.11023785.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОБРАЗА ТЕЛА У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ

Антонова К. Э.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
karina.antonova.2001@mail.ru

Ключевые слова: образ тела, шизотипическое расстройство, подростковый возраст, телесная самоидентификация.

PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BODY IMAGE IN TEENAGERS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER

Antonova K. E.
Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
karina.antonova.2001@mail.ru

Keywords: body image, schizotypal disorder, teenage years, body self-identity.

Введение. Актуальность выбранной нами темы исследования обусловлена высокой распространённостью шизотипического расстройства (ШТР) в детско-подростковой популяции, а также трудностью описания и дифференциации особенностей образа тела в возрастном аспекте у подростков с ШТР [2-4].

Целью работы является изучение психологических характеристик образа тела и определение его структурных компонентов в подростковом возрасте при шизотипическом расстройстве.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 22 девочки-подростка в возрасте от 11 лет до 17 лет: 11 здоровых девочек-подростков и 11 девочек-подростков с клиническим диагнозом

«Шизотипическое расстройство» (F21 по МКБ-10). Испытуемые экспериментальной группы проходили стационарное лечение в отделении №7 Института детской психиатрии ФГБНУ РНЦПЗ. Обследование здоровых испытуемых проводилось на базе ГБОУ Школы №827 г. Москвы после проведения основной учебной деятельности. Использовались следующие методики: опросник образа собственного тела (ООСТ) и шкала оценки уровня удовлетворенности собственным телом (ШУСТ) О. А. Скугаревского и С. В. Сивухи, проективные методики «Самооценка внешности» Дембо-Рубинштейн (модификация методики с оценкой реального и идеального образа «Я»), «Рисунок себя» (Автопортрет); Самоописание в ответах на вопросы («Кто Я? Какая Я?») [4]. В качестве дополнительных методов использовался метод наблюдения и метод клинико-психологической беседы. Статистическая обработка полученных данных осуществлялась с помощью программы SPSS Statistica 26.0. Для определения значимости различий использовался однофакторный дисперсионный анализ и непараметрический U-критерий Манна-Уитни.

Результаты. Выявлены выраженные различия в структуре образа тела у подростков с ШТР по сравнению со здоровыми сверстниками [2]. По данным опросника образа собственного тела (ООСТ) и шкалы уровня удовлетворенности образом тела (ШУСТ) у подростков с ШТР отмечалась выраженная неудовлетворённость собственным телом, отражающая оценочный и перцептивный компоненты отношения к телу ($p < 0,05$). По результатам шкалы самооценки Дембо-Рубинштейн у подростков с ШТР выявлялась заниженная самооценка по параметру «Красота», «Уверенность в себе», а также сниженный уровень притязаний в отношении собственной внешности. Анализ проективной методики «Рисунок себя» (Автопортрет) показал наличие признаков отчуждения телесного образа (зачернения, смещения относительно вертикали, бедность детализации), фрагментарности восприятия (дихотомичность и разноплановость расположения), искажение или игнорировании основных частей тела с преобладанием отказов от изображения себя. По результатам самоописания в ответах на вопросы («Кто Я? Какая Я?») у подростков с ШТР преобладали негативные характеристики «телесного Я», а также трудности вербализации телесного опыта с преобладанием проблемного и рефлексивного «Я».

Выводы. Образ тела у подростков с шизотипическим расстройством характеризуется выраженной неудовлетворённостью собственным телом, низким уровнем самооценки, фрагментарностью образа тела, трудностями вербализации «телесного Я» и прогрессирующей потерей самоощущения, связанной с атипичными переживаниями телесности [5]. Трудности самоидентификации, эмоциональной регуляции и рефлексии

характеризуют преобладание негативного самоотношения и отчуждения «телесного Я» в группе подростков с ШТР. Позитивная телесная самоидентификация способствует развитию структур самосознания, тогда как негативное представление о собственном теле может приводить к снижению уровня социальной адаптации. Дисморфофобические переживания выявлялись у большинства девушек-подростков с ШТР, с преобладанием негативной самоатрибуции в сочетании с деперсонализационно-дереализационными нарушениями, когнитивными нарушениями и астенией, являясь прогностически неблагоприятным фактором, требующим подробного изучения [1, 4]. Полученные данные могут быть использованы с целью дальнейшего исследования половозрастных, когнитивных и эмоциональных особенностей феномена образа тела для разработки психокоррекционных программ, направленных на формирование позитивной телесной самоидентификации у лиц подросткового возраста с ШТР.

Литература

1. Балакирева, Е. Е. Аффективные нарушения при шизотипическом расстройстве с ведущими в клинической картине расстройствами пищевого поведения / Е. Е. Балакирева, С. Г. Никитина, А. В. Куликов [и др.] // Психиатрия. — 2024. — Т. 22, № 3. — С. 24–33.

2. Глухих, С. И. Подростковые комплексы, связанные с внешностью: профилактика и коррекция / С. И. Глугих // Социальная педагогика. — 2011. — № 4. — С. 60–66.

3. Горюнов, А. В. Шизотипическое расстройство в детском и подростковом возрасте (психопатологические, катамнестические, патогенетические аспекты) : дис. … д-ра мед. наук : 3.1.17 / А. В. Горюнов ; ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». — Москва, 2023. — 388 с.

4. Зверева, Н. В. Самооценка у подростков при шизофрении и в норме развития / Н. В. Зверева // На пороге взросления : сборник научных статей / ред. Л. Ф. Обухова, И. А. Корепанова. — Москва : Московский городской психолого-педагогический университет, 2011. — С. 209–221.

5. Fotia, F. Body structural representation in schizotypy / F. Fotia, L. Van Dam, J. J. Sykes [et al.] // Schizophrenia Research. — 2022. — Vol. 239. — P. 1–10. — DOI 10.1016/j.schres.2021.11.002.

САМООЩУЩЕНИЕ ПРИЕМНЫХ ДЕТЕЙ В ЗАМЕЩАЮЩЕЙ СЕМЬЕ ДО И ПОСЛЕ СОПРОВОЖДЕНИЯ

Асламазова Л. А.
ФГБОУ ВО «Адыгейский государственный университет»,
Майкоп, Россия
lilyanima@mail.ru

Ключевые слова: приемные дети, замещающая семья, самоощущение, сопровождение.

SELF-PERCEPTION OF FOSTER CHILDREN IN A SUBSTITUTE FAMILY BEFORE AND AFTER THE INTERVENTION

Aslamazova L. A.
Adyghe State University, Maykop, Russia
lilyanima@mail.ru

Keywords: foster children, substitute family, self-perception, intervention.

Введение. К моменту размещения в замещающей семье дети, как правило, переживают широкий спектр неблагополучия, связанного с отсутствием безопасных близких отношений, сначала в своей биологической семье, а затем — в системе институционального воспитания. Исследования различных лет красноречиво показывают всю тяжесть последствий такой осложненной истории развития, что существенно мешает им формировать отношения с заботящимися взрослыми в новой семье [1–3].

Цель данной работы — изучить особенности самоощущения приемных детей в замещающей семье до и после участия их семей в программе сопровождения, направленной на формирование отношений и поддержку взаимодействия между ребенком и близким взрослым.

Материал и методы. Выборка: 112 детей с опытом институционализации, принятых на воспитание в замещающие семьи Республики Адыгея. Из них 51 ребенок с нормотипичным развитием (НТР) (28 мальчиков, 23 девочки), 61 — с задержанным психическим развитием (ЗПР) (27 мальчиков, 34 девочки) в возрасте 7–14 лет. На момент поступления в замещающую семью нормотипичные дети провели в системе институционального воспитания 39.1±26.9 мес., дети с задержанным развитием — 51.1±27.0 мес. Исследование проводилось с помощью методики «Анкета приемного ребенка», представляющей собой самоотчет, охватывающий шесть областей жизни в замещаю-

щей семье: соматический комфорт, отношения с членами новой семьи, эмоциональный комфорт, устойчивость эмоционального состояния и поведения, желание рассказать о себе, наличие мыслей о возвращении в интернат. Диагностика осуществлялась дважды: до начала программы сопровождения и после ее окончания. Вмешательство проводилось в течение 1 года и было нацелено на поддержку взаимодействия между приемным ребенком и замещающим родителем (прежде всего, матерью). Семьи были объединены в подгруппы в зависимости от интенсивности их участия в мероприятиях сопровождения, где 1 — минимальное участие, 3 — максимальное. Для анализа данных использовались одномерный (ANCOVA) и смешанный двухфакторный (Mixed ANCOVA) ковариационный анализ с исключением влияния возраста детей на момент обследования.

Результаты. Анализ результатов исследования показал статистически значимое взаимодействие факторов времени обследования и степени участия замещающей семьи в предложенной программе сопровождения для ряда показателей методики, таких как: «соматический комфорт» (для детей с НТР ($F(2, 47) = 4.224$, $p = 0.021$, $\eta^2 = 0.152$)); «отношения в семье» (для детей с НТР ($F(2, 47) = 3.642$, $p = 0.034$, $\eta^2 = 0.134$); для детей с ЗПР ($F(2, 57) = 4.004$, $p = 0.024$, $\eta^2 = 0.123$)); «устойчивость эмоционального состояния и поведения» (для детей с НТР ($F(2, 47) = 4.299$, $p = 0.019$, $\eta^2 = 0.155$); для детей с ЗПР ($F(2, 57) = 4.815$, $p = 0.012$, $\eta^2 = 0.145$)); «желание рассказывать о себе» (для детей с НТР ($F(2, 47) = 10.723$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.313$); для детей с ЗПР ($F(2, 57) = 8.099$, $p = 0.001$, $\eta^2 = 0.221$)); «отсутствие мыслей вернуться в интернат» (для детей с ЗПР ($F(2, 57) = 3.918$, $p = 0.025$, $\eta^2 = 0.121$)).

Анализ показателей анкеты у детей в I и II обследовании при различной интенсивности сопровождения обнаружил следующие значимые изменения. Так, при минимальном посещении мероприятий вмешательства у детей с ЗПР отмечалось ухудшение соматического ($p = 0.014$) и эмоционального ($p = 0.095$) комфорта, отношений в замещающей семье ($p = 0.035$), уменьшение желания рассказывать о себе ($p = 0.043$), а также появление мыслей о возвращении в интернат ($p = 0.012$). Значимых различий в группе нормотипичных детей при минимальном сопровождении обнаружено не было.

Вместе с тем, в случае участия замещающих семей в предложенной программе сопровождения на среднем и максимальном уровне наблюдалось статистически значимое улучшение соматического комфорта (для среднего участия (у детей с НТР $p = 0.008$, у детей с ЗПР $p = 0.013$); для максимального участия (у детей с НТР $p = 0.001$, у детей с ЗПР ОВЗ $p < 0.001$)); отношений в семье (для среднего (у детей с ЗПР $p = 0.069$) и максимального (у детей с НТР $p = 0.011$) участия); эмоционального

комфорта (для среднего (у детей с НТР $p = 0.013$) и максимального (у детей с НТР $p = 0.047$) участия); устойчивости эмоционального состояния и поведения (для среднего (у детей с НТР $p = 0.053$, у детей с ЗПР $p < 0.001$) и максимального (у детей с НТР $p < 0.001$, у детей с ЗПР $p = 0.002$) участия); повышение желания рассказывать о себе (для среднего (у детей с ЗПР $p = 0.028$) и максимального (у детей с НТР и ЗПР $p < 0.001$) участия).

Выводы. Проведенное исследование позволяет сформулировать несколько выводов. Программа сопровождения, ориентированная на формирование отношений и поддержку взаимодействия между ребенком и близким взрослым, положительно влияет на самоощущение приемных детей (как с типичным развитием, так и с задержанным) в замещающей семье, при этом интенсивность сопровождения играет весомую роль. При участии семей в мероприятиях вмешательства на среднем и максимальном уровне обнаруживается улучшение соматического и эмоционального комфорта, отношений в замещающей семье, устойчивости эмоционального состояния и поведения, а также желания рассказывать о себе как у нормотипичных детей, так и у детей с задержанным развитием. При этом дети с нарушениями в развитии особенно уязвимы при отсутствии сопровождения — при минимальном участии у них отмечается ухудшение соматического и эмоционального комфорта, отношений в замещающей семье, снижение желания рассказывать о себе, появление мыслей о возвращении в интернат, где они проживали до размещения в новой семье.

Литература

1. Чернего, Д. И. Влияние раннего опыта институционализации на развитие ребенка: биологические показатели, физиологические механизмы, поведенческие характеристики / Д. И. Чернего, М. Ю. Васильева, Р. Ж. Мухамедрахимов // Социальная психология и общество. — 2023. — Т. 14, № 2. — С. 9–27. — DOI 10.17759/sps.2023140202.

2. Humphreys, K. L. Psychiatric outcomes following severe deprivation in early childhood: follow-up of a randomized controlled trial at age 16 / K. L. Humphreys, K. L. Guyon-Harris, F. Tibu, M. Wade, C. A. Nelson, N. A. Fox, C. H. Zeanah // Journal of Consulting and Clinical Psychology. — 2020. — Vol. 88, no. 12. — P. 1079–1090. — DOI 10.1037/ccp0000613.

3. Van IJzendoorn, M. H. Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae / M. H. Van IJzendoorn, C. Schuengel, M. J. Bakermans-Kranenburg // Development and Psychopathology. — 1999. — Vol. 11, no. 2. — P. 225–250. — DOI 10.1017/S0954579499002035.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОРИЕНТАЦИИ НА УЧЕТ БУДУЩИХ ПОСЛЕДСТВИЙ И КАЧЕСТВА ПРИВЯЗАННОСТИ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ

Беликова А. А.
ФГБУ НМИЦ ПН им. В. П. Сербского, Москва, Россия
belikova.a@serbsky.ru

Ключевые слова: образ будущего, ориентация на учет будущих последствий, привязанность матери к ребенку.

THE RELATIONSHIP BETWEEN ORIENTATION TOWARDS CONSEQUENCES AND THE QUALITY OF MOTHER-CHILD ATTACHMENT

Belikova A. A.
Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
belikova.a@serbsky.ru

Keywords: image of the future, focus on taking future consequences into account, mother-child attachment.

Введение. Ориентация на учёт будущих последствий определяется как выраженность готовности человека принимать во внимание результаты своего сегодняшнего поведения и то, насколько эти результаты скажутся на нём самом [1]. Исследования неоднократно подтверждали, что учёт будущих последствий играет важную роль в регуляции поведения [3], что позволяет рассматривать данный феномен в послеродовом периоде как предиктор качества привязанности матери к ребенку. Было выявлено, что ориентация на будущее в восприятии времени связана с развитием материнского поведения [4]. Кроме того, ориентация на учёт отдалённых последствий у родителей ассоциируется с более позитивными воспитательными практиками и меньшим стрессом [2]. Вместе с тем, связь ориентации на учет будущих последствий с качеством материнской привязанности к ребенку не являлась самостоятельным предметом изучения, что определило актуальность настоящего исследования.

Цель. Выявить взаимосвязь ориентации на учет будущих последствий и привязанности матери к ребенку до 1 года.

Материал и методы. Выборку настоящего исследования составили 30 женщин условной нормы в возрасте от 21 до 43 лет (средний возраст — 26 лет) со сроком после родов до 1 года. Из них 28 участниц состоят в браке, а 2 — в отношениях. По уровню образования выборка распределилась следующим образом: большинство женщин имеют

высшее образование — 18; среднее специальное образование — 5; незаконченное высшее — 4; среднее (9–11 классов) — 2; учёная степень –1. В методический комплекс вошли: Шкала «Ориентация на учет будущих последствий» (краткая версия, CFC-6) (Strathman et al., 1994; Joireman et al., 2012; в адаптации Нестик Т. А., 2020) и Тест-опросник, оценивающий отношение матери к ребенку первых двух лет жизни (Верещагина Н. В., Николаева Е. И., 2009). Статистические методы: критерий Шапиро-Уилка для проверки на нормальность распределения, коэффициент ранговой корреляции Спирмена для оценки направления и тесноты корреляционной связи.

Результаты. Проведенный корреляционный анализ между ориентацией на учет будущих последствий и уровнем привязанности матери к ребенку показал следующее. Выявлены статистически значимые прямая умеренная взаимосвязь между общим баллом шкалы привязанности матери к ребенку и субшкалой «Ориентация на учет последствий отдаленного будущего» ($r = 0{,}378$; $p = 0{,}040$), а также прямая заметная связь между субшкалами «Принятие — отвержение» и «Ориентация на учет последствий отдаленного будущего» ($r = 0{,}516$; $p = 0{,}004$). Таким образом, чем больше матери учитывают отдалённые последствия собственного поведения, тем выше уровень их привязанности к ребёнку, что проявляется в чувствительности к его потребностям, принятии без ориентации на социально принятые представления о развитии, быстром отклике на сигналы и поддержке инициатив. Кроме того, ориентация на отдалённые последствия взаимосвязана с более выраженным принятием ребёнка: матери, склонные прогнозировать последствия своих действий, принимают ребёнка в большей степени, учитывают его индивидуальные особенности и воспринимают его как значимого.

Выводы. Таким образом, полученные результаты указывают на важность учета ориентации на будущие последствия при разработке психологических программ, направленных на улучшение качества взаимодействия в диаде «мать — дитя», а также при оказании квалифицированной психологической помощи женщинам данной категории.

Литература

1. Нестик, Т. А. Ориентация на учет будущих последствий: результаты апробации методики CFC-14 на русскоязычной выборке / Т. А. Нестик // Институт психологии Российской академии наук. Организационная психология и психология труда. — 2020. — Т. 5, № 3. — С. 55–88. — DOI 10.38098/ipran.opwp.2020.16.3.003.

2. Felton, J. W. Parental future orientation and parenting outcomes: development and validation of an adapted measure of parental decision making / J. W. Felton, L. E. Oddo, M. Cinader [et al.] // Personality and Individ-

ual Differences. — 2023. — Vol. 208. — Article 112181. — DOI 10.1016/j.paid.2023.112181.

3. Schacter, D. L. Episodic Future Thinking: Mechanisms and Functions / D. L. Schacter, R. G. Benoit, K. K. Szpunar // Current Opinion in Behavioral Sciences. — 2017. — Vol. 17. — P. 41–50. — DOI 10.1016/j.cobeha.2017.06.002.

4. Yamamoto, A. Time perception, maternal tasks, and maternal role behavior among pregnant Japanese women / A. Yamamoto // Kango Kenkyu. — 1996. — Vol. 29, № 2. — P. 94–109. — DOI 10.11477/mf.1681900335. — PMID 9281989.

СТРУКТУРА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У ПОДРОСТКОВ С АНТИ-NMDA-РЕЦЕПТОРНЫМ ЭНЦЕФАЛИТОМ: ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Бурлакова Н. С., Бембеева Р. Ц., Поторочина У. И.
МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия
naburlakova@yandex.ru

Ключевые слова: аутоиммунные энцефалиты, патопсихологическая диагностика, психическая деятельность, психическое развитие подростков.

STRUCTURE OF MENTAL DISTURBANCES IN ADOLESCENTS WITH ANTI-NMDA RECEPTOR ENCEPHALITIS: PRELIMINARY RESULTS OF A PATHOPSYCHOLOGICAL STUDY

Burlakova N. S., Bembeeva R. T., Potorochina U. I.
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
naburlakova@yandex.ru

Keywords: autoimmune encephalitis, pathopsychological assessment, mental activity, mental development of adolescents.

Введение. Фундаментальные работы Московской школы патопсихологии (Зейгарник Б. В., Рубинштейн С. Я., Поляков Ю. Ф.) выполнены в рамках изучения эндогенных расстройств, прежде всего шизофрении. Изучение структуры патопсихологического дефекта было представлено также в группах пациентов с органическими заболеваниями головного мозга (травмы, сосудистые поражения), с эпилепсией, алкоголизмом и некоторыми формами пограничной психической патологии. Традиция

Московской школы патопсихологии позволяет не только фиксировать отдельные когнитивные нарушения, но и анализировать их соотношение, механизмы и изменение на разных этапах заболевания.

Расширение диагностических возможностей и накопление данных об аутоиммунных поражениях нервной системы наиболее представлено в отношении наиболее изученного анти-NMDA-энцефалита, имеющего симптоматическую схожесть в остро протекающем начале (повышенная возбудимость, галлюцинации, кататония, бред и др.) с симптомами шизофрении. Изучение этого заболевания требует междисциплинарного подхода на стыке неврологии, психиатрии и патопсихологии. Заболевание в ряде случаев ошибочно принимаемое за острый первый эпизод психоза имеет иную природу и требует скорейшего назначения иммуносупрессивного лечения (качество прогноза определяется ранним до 30 дней началом патогенетической иммуносупрессивной терапии), ведь анти-NMDA-энцефалит ассоциирован с непереносимостью нейролептической терапии [1]. Различная этиология заболеваний позволяет предположить, что за сходными клиническими проявлениями могут стоять неодинаковые механизмы и различная патопсихологическая структура нарушений психической деятельности, сподвигает к поиску признаков, значимых для дифференциальной диагностики.

Представляется целесообразным включение клинических психологов в междисциплинарную команду специалистов и в рамках диагностики, и последующей реабилитации пациентов с возможностью отслеживания восстановления их психического функционирования. Дополнительную сложность в спецификации структуры дефекта создает известная предрасположенность лиц детского, подросткового и юношеского возраста к данному заболеванию [1, 2], что требует также учета закономерностей нормального и аномального психического развития (В. В. Лебединский) в рамках реализации диагностических и реабилитационных задач.

Цель. Выявить патопсихологическую структуру нарушений психической деятельности и когнитивных функций у подростков с анти-NMDA-рецепторным энцефалитом в остром и восстановительном периодах заболевания.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе РДКБ им. Н. И. Пирогова при научном консультировании проф., д.м.н. Бембеевой Р. Ц. На данный момент в исследовании приняли участие 14 пациентов подросткового возраста (средний возраст — 15,2±2 лет) с клинически и лабораторно подтверждённым диагнозом анти-NMDA-рецепторного энцефалита (в соответствии с МКБ-10 G04.8 или G04.9).

Применялись клинико-психологическая беседа, патопсихологическое диагностическое обследование с традиционными и модифицированными методиками, направленное на оценку психической деятель-

ности и психических функций внимания, памяти, мышления и речи (С. Я. Рубинштейн, Б. В. Зейгарник и др.). Дополнительно анализировались анамнестические данные и результаты неврологических обследований. Часть пациентов обследовалась в остром и восстановительном периодах, часть — только в восстановительном периоде (до 6 месяцев от начала заболевания).

Результаты. В остром периоде (в течение 1–3 недели) возможности патопсихологического обследования существенно ограничиваются нарушениями понимания обращенной речи и недоступности продуктивному контакту с психологом на фоне выраженных психотических, кататонических и аффективно-поведенческих проявлений заболевания.

В восстановительный период (от 3 до 6 месяцев) у пациентов, обследованных повторно, наблюдалось постепенное улучшение контакта с членами семьи и психологом; пациенты не сохраняют воспоминаний о событиях острого периода.

В восстановительном периоде центральное место в патопсихологической картине занимали как нарушения произвольной регуляции психической деятельности, проявлявшиеся в зависимости от постоянного ободрительного сопровождения (без него проявляются реакции растерянности либо заторможенности), потребности в пошаговой программе, организуемой извне, без которой могла происходить потеря цели задания и его самостоятельное выполнение, так и отчетливые нарушения распределения и устойчивости внимания; снижения объема непосредственного слухоречевого запоминания; трудности анализа и обработки информации. Понимание обращенной речи на этом этапе доступно в полном объеме, однако, возможности ответа в русле заданного вопроса ограничены в связи с наличием мнестических лакун, в отдельных случаях — мутизма. Речь часто ограничивалась простыми фразами, страдали интонация и речевая плавность; у отдельных пациентов наблюдались фонематические замены и инертные застревания. Аффективные нарушения проявлялись либо раздражительностью, негативизмом и тревогой, либо лабильным, эйфоричным аффектом и регрессивными изменениями мотивационной сферы с преобладанием игровой мотивации.

Выводы. Полученные предварительные данные показывают, что в восстановительном периоде анти-NMDA-рецепторного энцефалита центральное место в патопсихологической картине занимают нарушения произвольной регуляции психической деятельности, сочетающиеся с дефицитом внимания, слухоречевой памяти, переработки информации и речевой продукции. Сопоставление результатов обследования в остром и восстановительном периодах, а также данные повторного обследования части пациентов позволяют предположить неравномерность восстановления психических функций: улучшение доступности контак-

ту и понимания обращенной речи может происходить при сохранении выраженных регуляторных, когнитивно-мнестических и речевых нарушений. Результаты обосновывают необходимость повторного патопсихологического обследования на разных этапах заболевания и участия клинического психолога в разработке индивидуальных программ реабилитации. Вместе с тем небольшой объем выборки, различия в сроках и количестве обследований позволяют рассматривать выявленные особенности как предварительные.

Литература

1. Азизова, У. М. Анти-NMDA-рецепторный энцефалит / У. М. Азизова, Р. Ц. Бембеева, А. А. Козырева, Н. Н. Заваденко // Неврологический журнал имени Л. О. Бадаляна. — 2021. — Т. 2, № 3. — С. 137–145. — DOI: 10.46563/2686-8997-2021-2-3-137-145.

2. Мурашко, А. А. Распространенность и клинические особенности психотических состояний, ассоциированных с антителами к NMDA-рецепторам / А. А. Мурашко, К. А. Павлов, О. В. Павлова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2022. — № 2.

ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ ТИПОМ АУТОАГРЕССИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

Буртакова Я. Я.
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия
yanajana.bu@yandex.ru

Ключевые слова: аутоагрессия, суицидальное поведение, несуицидальное самоповреждение, подростковый возраст, импульсивность.

INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENTS WITH DIFFERENT TYPES OF AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR

Burtakova I. I.
Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
yanajana.bu@yandex.ru

Keywords: autoaggression, suicidal behavior, nonsuicidal self-injury, adolescence, impulsivity.

Введение. Аутоагрессивное поведение (АП) в подростковом возрасте является одной из наиболее острых проблем современной клиниче-

ской психологии и психиатрии. Согласно данным ВОЗ, наблюдается устойчивая тенденция к росту распространенности как суицидальных, так и несуицидальных форм самоповреждающего поведения среди подростков [3]. Несмотря на признание неоднородности феномена, в научной литературе сохраняется дефицит сравнительных исследований, выполненных в едином методологическом ключе, которые позволили бы выявить качественные различия в индивидуально-психологических профилях подростков с разными типами АП [1]. Существующая практика часто опирается на усредненные модели профилактики, что снижает их эффективность [2].

Целью настоящего исследования явился сравнительный анализ индивидуально-психологических особенностей подростков с несуицидальным и суицидальным типами аутоагрессивного поведения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 61 подросток в возрасте от 13 до 17 лет, находящихся на лечении в ГБУЗ МО «ЦКПБ им. Ф. А. Усольцева». Выборка была разделена на две группы. Группу С (суицидальный тип) составил 31 подросток (4 юноши, 27 девушек, средний возраст 15 лет), имеющий в анамнезе зафиксированные суицидальные попытки. Группу Н (несуицидальный тип) составили 30 подростков (9 юношей, 21 девушка, средний возраст 14,5 лет) с зафиксированными актами самоповреждения без суицидальных попыток. Использовались следующие методики: «Шкала безнадежности для детей» (A. Kazdin и др., адаптация Е. С. Каган); юношеская форма опросника Айзенка JEPI (адаптация А. Ю. Панасюк); опросник «Антивитальность и жизнестойкость» (О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев); диагностический опросник «Одиночество» (С. Г. Корчагина). Статистическая обработка данных проводилась с помощью U-критерия Манна-Уитни, коэффициента ранговой корреляции Спирмена и факторного анализа (метод главных компонент, вращение Varimax) в программе IBM SPSS Statistics 22.

Результаты. Сравнительный анализ выявил статистически значимые различия между группами по показателю импульсивности ($p < 0,05$). В группе С средний ранг импульсивности составил 35,39, в то время как в группе Н — 26,47. Корреляционный анализ внутри группы С показал наличие значимой положительной связи между уровнем импульсивности и количеством совершенных суицидальных попыток ($\rho = 0,414$; $p < 0,05$). Факторный анализ обнаружил качественно разные структуры психологического пространства. В группе С первый по значимости фактор был интерпретирован как «Социальная тревожность и генерализованная уязвимость», отражающий страх отвержения и изоляцию. В группе Н доминирующим стал «Аффективно-суицидальный дистресс» — монолитный фактор, объединяющий антивитальные

переживания, эмоциональную дезинтеграцию и негативную самооценку. При этом в группе Н актуальные суицидальные мысли оказались вытеснены в отдельный фактор, связанный с социальным недоверием и отчуждением. В группе С суицидальный анамнез (попытки) и опыт самоповреждений образовали отдельный фактор, тесно связанный с семейной дисфункцией.

Выводы. Полученные данные подтверждают гипотезу о качественных различиях в психологических механизмах, лежащих в основе разных типов аутоагрессивного поведения. Для подростков с суицидальным типом поведения характерна структурированная картина дистресса, где импульсивность выступает системообразующим фактором, напрямую связанным с суицидальной идеацией и переходом к действию. Для подростков с несуицидальным типом характерна диффузная, хаотичная структура аффективной сферы, где самоповреждение выполняет функцию неспецифической регуляции напряжения, а суицидальные мысли могут быть психологически «отщеплены». Выявленные различия обосновывают необходимость дифференцированного подхода в диагностике и профилактике: для группы С критически важна коррекция импульсивности и работа с семейным контекстом, для группы Н — развитие навыков эмоциональной дифференциации и работа с изолированной сферой когнитивного отчаяния.

Литература

1. Польская, Н. А. Феноменология и функции самоповреждающего поведения при нормативном и нарушенном психическом развитии : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : диссертация на соискание ученой степени доктора психологических наук / Наталия Анатольевна Польская. — Москва, 2017. — 423 с.

2. Muehlenkamp, J. J. An investigation of differences between self-injurious behavior and suicide attempts in a sample of adolescents / J. J. Muehlenkamp, P. M. Gutierrez // Suicide and Life-Threatening Behavior. — 2004. — Vol. 34, no. 1. — P. 12–23. — DOI 10.1521/suli.34.1.12.27769.

3. Suicide worldwide in 2019: global health estimates / World Health Organization. — Geneva : World Health Organization, 2021. — 35 p. — ISBN 978-92-4-002664-3.

ОСОБЕННОСТИ ЧУВСТВА ЮМОРА У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Корсак А. А., Иванова Е. М.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
a.a.korsak97@gmail.com

Ключевые слова: юмор, детский юмор, развитие чувства юмора, нарушения психического развития, дизонтогенез.

CHARACTERISTICS OF THE SENSE OF HUMOR IN CHILDREN WITH MENTAL DISORDERS

Korsak A. A., Ivanova E. M.
Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
a.a.korsak97@gmail.com

Keywords: humor, child humor, development of a sense of humor, mental development disorders, dysontogenesis.

Согласно имеющимся данным, трудности понимания юмора у детей с нарушениями психического развития проявляются уже в раннем возрасте [10, 11]. Поскольку юмор выполняет важную коммуникативную функцию и способствует повышению качества жизни [10], его дефицит у таких детей может усиливать социальную изоляцию. В связи с этим предпринимаются шаги к целенаправленному обучению детей с различными типами дизонтогенеза приёмам понимания и использования юмора [5, 11]. Тем не менее, несмотря на устойчивый рост исследовательского интереса к проблеме чувства юмора при психических расстройствах, количество работ в данной области остаётся ограниченным [11].

Цель — анализ и систематизация данных об особенностях чувства юмора у детей с нарушениями психического развития.

Мы предприняли попытку проанализировать особенности чувства юмора в рамках типологии психического дизонтогенеза В. В. Лебединского [4]. Так, при недоразвитии в раннем детстве дети с синдромом Дауна смеются чаще, чем дети с другими формами умственной отсталости (УО), реагируя на физический юмор и комичные гримасы, что соответствует нормативной траектории развития [10, 11]. Задержка понимания юмора отражает уровень их когнитивного развития и усиливается с возрастом [11]: дети 7-11 лет с лёгкой и умеренной УО хуже понимают вербальный юмор, если он не сопровождается жестикуляцией [5], подростки 15-16 лет смеются в ситуациях, требующих

сочувствия — при падении, плаче, болезни [3], при этом самостоятельно придумывать смешные истории они не способны [1]. При задержке психического развития, как и при легкой УО, такие дети воспринимают юмор по внешним признакам (улыбка персонажа, игровая ситуация), без учёта скрытых противоречий [2], однако с возрастом дефицит в этой сфере может компенсироваться по мере приближения общего развития к норме. При повреждённом развитии у подростков с черепно-мозговой травмой отмечается не столько общее снижение чувства юмора, сколько специфическое ухудшение понимания морфологического, семантического и синтаксического юмора, особенно при интерпретации переносного смысла (например, «Мой кот — настоящий охотник: вчера поймал целых три солнечных зайчика») [6]. При дефицитарном развитии юмор приближен к нормотипичному: дети с нарушением зрения успешно отличают вербальные шутки от нейтральных рассказов [12], а дети с нарушением слуха, как и слышащие сверстники, отдают предпочтение визуальному юмору, хотя в отличие от них значительно реже считают смешными скатологические шутки (о дефекации, газах, отрыжке) [7]. При искажённом развитии у детей с аутизмом в 3-5 лет реже возникает совместный смех, встречается смех в одиночестве, слабая реакция на смешные лица и социально неуместные действия [10, 11]. В 8-10 лет они используют однотипный «смех в голос», не осваивая «беззвучный смех», характерный для нейротипичных детей, при этом хорошо реагируют на слэпстик-юмор и немые комичные сцены [13], но с трудом понимают вербальный юмор, не могут объяснить скрытый смысл каламбуров и не улыбаются даже при прямом указании на шутку [9]. Данных по детям с дисгармоническим развитием практически нет, но исследования взрослых позволяют предположить, что эти особенности формируются в детстве: такие люди кажутся остроумными, предпочитают агрессивный, насмешливый юмор и склонны к катагеластицизму — навязчивому стремлению высмеивать окружающих [8].

Таким образом, при различных типах дизонтогенеза чувство юмора развивается по специфическим траекториям, заметным уже в раннем детстве, и может как компенсировать дефициты, так и усугублять трудности социального взаимодействия, что следует учитывать при разработке коррекционных программ.

Литература

1. Артемьева Т. В., Латыпова Д. Р. Представления о комическом у детей с отклонениями в развитии // Современные проблемы науки и образования. 2015. № 2-1. URL: https://science-education.ru/ru/article/view?id=21061 (дата обращения: 26.09.2026).

2. Бороденко М. В. Два лица Януса-смеха : учебное пособие. Ростов-на-Дону : Цветная печать, 1995. 86 с.

3. Иванова Н. В., Посохова С. Т. Юмор и адаптивный потенциал подростков с проблемами в развитии // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2009. № 1-1. С. 99–107.

4. Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте : учебное пособие. Москва : Академия, 2003. 144 с. ISBN 5-7695-1033-1.

5. Degabriele J., Walsh I. P. Humour appreciation and comprehension in children with intellectual disability // Journal of Intellectual Disability Research. 2010. Vol. 54, no. 6. P. 525–537. DOI: 10.1111/j.1365-2788.2010.01277.x.

6. Docking K., Murdoch B. E., Jordan F. M. Interpretation and comprehension of linguistic humour by adolescents with head injury: a group analysis // Brain Injury. 2000. Vol. 14, no. 1. P. 89–108. DOI: 10.1080/026990500120952.

7. Nwokah E. E., Burnette S. E., Graves K. N. Joke telling, humor creation, and humor recall in children with and without hearing loss // Humor. 2013. Vol. 26, no. 1. P. 69–96. DOI: 10.1515/humor-2013-0005.

8. Proyer R. T., Flisch R., Tschupp S., Platt T., Ruch W. How does psychopathy relate to humor and laughter? Dispositions toward ridicule and being laughed at, the sense of humor, and psychopathic personality traits // International Journal of Law and Psychiatry. 2012. Vol. 35, no. 4. P. 263–268. DOI: 10.1016/j.ijlp.2012.04.007.

9. Purser H. R. M., Van Herwegen J., Ranzato E., Thomas M. S. C. The role of context in verbal humor processing in autism // Journal of Experimental Child Psychology. 2021. Vol. 209. Art. 105166. DOI: 10.1016/j.jecp.2021.105166.

10. Reddy V., Williams E., Vaughan A. Sharing humour and laughter in autism and Down's syndrome // British Journal of Psychology. 2002. Vol. 93, pt. 2. P. 219–242. DOI: 10.1348/000712602162553.

11. Semrud-Clikeman M., Glass K. The relation of humor and child development: social, adaptive, and emotional aspects // Journal of Child Neurology. 2010. Vol. 25, no. 10. P. 1248–1260. DOI: 10.1177/0883073810373144.

12. Tait P. E., Ward M. B. The comprehension of verbal humor by visually impaired children // Journal of Visual Impairment & Blindness. 1982. Vol. 76, no. 4. P. 144–147. DOI: 10.1177/0145482X8207600404.

13. Weiss E. M., Gschaidbauer B. C., Samson A. C., Steinbäcker K., Fink A., Papousek I. From Ice Age to Madagascar: appreciation of slapstick humor in children with Asperger's syndrome // Humor. 2013. Vol. 26, no. 3. P. 423–440. DOI: 10.1515/humor-2013-0029.

ДИАГНОСТИКА АДАПТАЦИОННЫХ РЕСУРСОВ ПОДРОСТКОВ С ОСОБЫМИ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМИ ПОТРЕБНОСТЯМИ В УСЛОВИЯХ ИНКЛЮЗИИ: ВОЛЕВАЯ РЕГУЛЯЦИЯ, ФРУСТРАЦИОННАЯ ТОЛЕРАНТНОСТЬ И МЕХАНИЗМЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЫ

Григорян З. В., Авагимян Г. Р.
ВГУ им. О. Туманяна, Ванадзор, Республика Армения
zaravgrigoryan@gmail.com

Ключевые слова: компенсаторное развитие, нарушения речи, гендерные различия, ценностный профиль, эмоциональная саморегуляция.

DIAGNOSTICS OF ADAPTATION RESOURCES IN ADOLESCENTS WITH SPECIAL EDUCATIONAL NEEDS IN INCLUSIVE SETTINGS: VOLITIONAL REGULATION, FRUSTRATION TOLERANCE AND PSYCHOLOGICAL DEFENCE MECHANISMS

Grigoryan Z. V., Avagimyan H. R.
VSU after H. Tumanyan, Vanadzor, Republic of Armenia
zaravgrigoryan@gmail.com

Keywords: compensatory development, speech disorders, gender differences, value profile, emotional self-regulation.

Введение. Переход к инклюзивным формам образования обострил запрос клинической психологии: вместо диагностики симптомов нарушения всё отчётливее встаёт задача оценки ресурсного потенциала личности. Настоящая работа сосредоточена на трёх параметрах, которые, согласно концепции компенсаторного развития Л. С. Выготского и А. Адлера [1], структурируют адаптационный ресурс подростка в условиях дефицита: фрустрационная толерантность, волевая регуляция и профиль психологических защит. В отношении диагностического инструментария такая постановка задачи вписывается в традицию С. Я. Рубинштейн, в которой патопсихологическое обследование рассматривается как исследование механизмов компенсации и структуры деятельности [3], а не фиксация симптомологического профиля.

Цель — провести комплексную клинико-психологическую диагностику адаптационных ресурсов (волевая регуляция, фрустрационная толерантность, механизмы психологической защиты) у подростков с ООП в условиях инклюзивного образования и выявить диагностически значимые предикторы адаптации.

Материал и методы. Исследование выполнено в два этапа на базе общеобразовательных школ г. Ванадзора (РА) в 2024–2025 учебном году. Серия 1 (n = 124; 13–16 лет): группа с ООП (n = 58) и нормотипичного развития (n = 66); применялись тест фрустрации Розенцвейга [2], шкала адаптации Роджерса–Даймонд, опросник тревожности Спилбергера–Ханина. Серия 2 (N = 84): подростки с нарушениями речи (n = 42) и без (n = 42), M = 14.3 лет (SD = 1.1); применялись ACS-90 Куля [4] (волевая регуляция), PVQ Шварца [5] (ценностный профиль), DSQ-40 (профиль психологических защит). Статистическая обработка: t-критерий, U-критерий Манна–Уитни, ρ Спирмена, ANOVA, множественный регрессионный анализ (SPSS 26.0); размер эффекта — d Коэна и η.

Результаты. 1. Фрустрационная толерантность. Интегральный показатель КГК (коэффициент групповой комформности) в группе с ООП составил M = 42.18 (SD = 9.73), что статистически значимо ниже, чем в группе нормотипичного развития (M = 57.64; SD = 8.21; t = 9.58; $p < 0.001$). Профиль реакций подростков с ООП характеризуется явным преобладанием реакций с фиксацией на самозащите (ED; M = 44.67) и экстрапунитивных реакций (E; M = 51.34; SD = 9.12; U = 892.5; $p < 0.001$ при сравнении с нормой: M = 38.72; SD = 8.46), тогда как конструктивные реакции (NP) представлены минимально (M = 16.81 против M = 32.96 в норме). Дисперсионный анализ по уровням КГК (низкий/средний/высокий) выявил значимое влияние фрустрационной толерантности на интегральную адаптивность ($F(2;55) = 18.42$; $p < 0.001$; $\eta^2 = 0.401$), что соответствует большому размеру эффекта. Корреляционный анализ Спирмена зафиксировал положительные связи КГК с интегральной адаптивностью ($\rho = 0.612$; $p < 0.001$), принятием себя ($\rho = 0.548$; $p < 0.001$) и эмоциональным комфортом ($\rho = 0.524$; $p < 0.001$), а также отрицательную связь с дезадаптивностью ($\rho = -0.489$; $p < 0.001$).

Гендерный анализ внутри группы с ООП показал, что у мальчиков фрустрационная толерантность критически снижена (M = 39.84 против M = 45.27 у девочек; t = 2.18; p = 0.034; d = 0.58) при выраженном преобладании экстрапунитивных и самозащитных реакций. У девочек доминируют интропунитивные реакции (M = 33.52 против M = 25.84 у мальчиков; d = 1.14) и конструктивные ответы (NP; M = 19.33 против M = 14.89; d = 0.87) при более высоком уровне тревожности. Этот гендерный паттерн воспроизводится и в нормотипичной группе, однако в группе с ООП его выраженность значительно острее: пол выступает самостоятельной диагностической переменной при работе с данной категорией.

2. Волевая регуляция и ценностный профиль. Подростки с нарушениями речи демонстрируют значимо более низкие показатели ориентации на действие и самоконтроля (ACS-90; d = 0.84–0.97 — большой размер эффекта) по сравнению со сверстниками без нарушений. В ценностном

профиле у них преобладают ценности безопасности и конформизма, тогда как самостоятельность и стимуляция выражены значимо слабее. Данная ценностная конфигурация свидетельствует о психологической ориентации на защиту и избегании ситуаций социальной оценки — что согласуется с моделью Куля, описывающей ориентацию на состояние как форму волевой дисрегуляции.

3. Механизмы психологической защиты. Подростки с нарушениями речи значимо чаще прибегают к незрелым защитным механизмам (отрицание, проекция, избегание; $d > 0.80$), тогда как в контрольной группе преобладают зрелые формы защиты (юмор, подавление, сублимация). Различия по невротическим защитам статистически незначимы. Множественный регрессионный анализ показал, что ориентация на действие, самоконтроль и ценность самостоятельности объясняют 36% дисперсии уровня зрелых защитных механизмов ($R^2 = 0.36$; $F = 11.48$; $p < 0.001$). Ориентация на действие (ACS-90) является наиболее сильным предиктором зрелых защит; ценность безопасности выступает отрицательным предиктором.

Выводы. 1. Фрустрационная толерантность, ориентация на действие и профиль психологических защит образуют единый диагностический профиль адаптационного ресурса, объясняющий 36% его вариативности ($R^2 = 0.36$). 2. Подростки с ООП характеризуются сниженным КГК, преобладанием экстрапунитивных и самозащитных реакций, дефицитом волевой регуляции и доминированием незрелых защитных механизмов — при внешне сохранном интеллектуальном функционировании. 3. Мальчики с ООП образуют группу наивысшего адаптационного риска: гендер является самостоятельной диагностической переменной. 4. Предложенный комплексный подход переориентирует диагностику с фиксации симптома на выявление механизмов компенсации — в соответствии с традицией С. Я. Рубинштейн, трактовавшей патопсихологическое обследование как анализ структуры и способов деятельности.

Литература

1. Выготский, Л. С. Собрание сочинений : в 6 т. Т. 5 : Основы дефектологии / Л. С. Выготский ; сост. Т. А. Власова. — Москва : Педагогика, 1983. — 369 с.

2. Розенцвейг, С. Рисуночный тест фрустрации / С. Розенцвейг ; адаптация Н. В. Тарабриной. — Москва : Когито-Центр, 2000.

3. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике : практическое руководство / С. Я. Рубинштейн. — Москва : Апрель-Пресс : Издательство Института Психотерапии, 2004. — 221 с. — ISBN 5-89939-114-6.

4. Kuhl, J. A functional-design approach to motivation and self-regulation: the dynamics of personality systems interactions / J. Kuhl // Handbook of Self-Regu-

lation / ed. by M. Boekaerts, P. R. Pintrich, M. Zeidner. — San Diego : Academic Press, 2000. — P. 111–169. — DOI 10.1016/B978-012109890-2/50034-2.

5. Schwartz, S. H. An overview of the Schwartz theory of basic values / S. H. Schwartz // Online Readings in Psychology and Culture. — 2012. — Vol. 2, no. 1. — P. 1–20. — DOI 10.9707/2307-0919.1116.

ЧЕК-ЛИСТ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО КОНТАКТА: РАЗРАБОТКА И ПЕРВАЯ АПРОБАЦИЯ КРАТКОГО ИНСТРУМЕНТА НАБЛЮДЕНИЯ В ПРАКТИКЕ ИГРОВОЙ ПЕДАГОГИКИ

Захарова И. Ю., Моржина Е. В.
РБОО «Центр лечебной педагогики», Москва, Россия
ima.zahar@gmail.com

Ключевые слова: эмоциональный контакт, игровая педагогика, чек-лист, психометрическая апробация, родители.

EMOTIONAL CONTACT CHECKLIST: DEVELOPMENT AND INITIAL VALIDATION OF A BRIEF OBSERVATION TOOL IN PLAY PEDAGOGY PRACTICE

Zakharova I. Yu., Morzhina E. V.
Centre for Curative Pedagogics, Moscow, Russia
ima.zahar@gmail.com

Keywords: emotional contact, play pedagogy, checklist, psychometric validation, parents.

Введение. Практика игровой педагогики строится на последовательных этапах установления эмоционального контакта ребенка и взрослого [1]. Занятия дают результат, когда взрослый замечает изменения в поведении ребенка — в темпе, в направлении взгляда, в изменении эмоционального фона — и сонастраивается с ними. По нашему опыту обучать этому родителей труднее, чем начинающих педагогов. Часть трудностей связана с тем, что родители не знакомы с профессиональными моделями взаимодействия, и дело не только в непонимании терминологии, но и в том, что у них нет «ориентировочной основы действия», которую эти модели дают специалистам.

Поэтому есть потребность в инструментах для обсуждения с родителями динамики развития эмоционального контакта у их ребенка, которые содержали бы в себе такую модель и служили для родителей опорой. Существующие стандартизированные инструменты не впол-

не подходят. Часть из них, включая Шкалу оценки ступеней функционально-эмоционального развития (FEAS) [3], опирается на конструкты, которые специалист уже обучен выделять: коммуникативный цикл, «треугольный взгляд», модуляция темпа и уровня активности. Переформулировкой на «простом языке» задача не решается, т.к. для выделений этих аспектов взаимодействия требуется специальная подготовка. Авторы поставили задачу разработать короткий перечень наблюдаемых признаков, которым родитель сможет пользоваться сам и обсуждать результаты с педагогом.

Цель. Описать опыт разработки Чек-листа эмоционального контакта и результаты его первой апробации: чувствительность к изменениям, согласованность с внешним критерием, внутреннюю согласованность пунктов.

Материал и методы. Чек-лист разработан И. Ю. Захаровой и Е. В. Моржиной на основе таблицы развития игровой педагогики [1]: 32 пункта в 9 разделах по этапам установления контакта, трехбалльная оценка каждого пункта. Формулировки описывают наблюдаемое поведение без профессиональных терминов («смотрит в лицо взрослому», «ждет своей очереди»). В мае 2025 г. проведено пилотное исследование с 5 детьми с последующим уточнением формулировок. Основное исследование — два замера, февраль и май 2026 г. Участвовали 16 детей в первом замере и 15 в обоих, возраст от 4,0 до 6,11 лет (среднее — 5,2 г.); преобладали расстройства аутистического спектра и общие расстройства психологического развития (F84 по МКБ-10). Внешним критерием динамики служила шкала FEAS, часть «Ребенок» [3]. Применялись критерий Уилкоксона, ранговая корреляция Спирмена, альфа Кронбаха и средняя межпунктовая корреляция.

Результаты. Оба инструмента показали значимый прирост общего балла: Чек-лист +4,27 балла, FEAS +4,00 балла ($p < 0,001$), стандартизованная величина эффекта в обоих случаях 0,33. Прирост невелик, но систематичен: все 15 детей изменились в сторону роста. Значимые изменения получены по разделам «Интерес к мимике, эмоциям, жестам и словам взрослого» ($p = 0,002$), «Сравнение своих идей, эмоций и другого» ($p = 0,016$), «Совместная творческая игра» и «Очередность в игре со значимым взрослым» ($p = 0,031$).

Корреляция общего балла Чек-листа с общим баллом FEAS составила 0,875 в первом замере и 0,898 во втором ($p < 0,001$): инструменты одинаково упорядочивают детей по уровню развития контакта. Корреляция индивидуальных приростов при этом отсутствует (–0,139): в том, у кого прирост больше, инструменты расходятся, что при 15 наблюдениях ожидаемо. Альфа Кронбаха составила 0,962 и 0,954; поскольку значение выше 0,90 чаще указывает на избыточную длину шкалы, чем на ее качество, мы пере-

считали результат в среднюю межпунктовую корреляцию, не зависящую от числа пунктов: 0,44 и 0,39 — рекомендуемый диапазон 0,15–0,50 [2].

Апробация выявила и слабые места. Раздел «Проявление инициативы в контакте с привычным взрослым» представлен единственным пунктом, по которому почти все дети получили максимум уже в первом замере, поэтому сравнить замеры не удалось. Во втором замере на максимуме оказались еще пять пунктов — они исчерпали измерительный диапазон. Два пункта первого раздела во втором замере дали отрицательную связь с остальной шкалой при приемлемых значениях в первом; вероятнее всего это сочетание потолочного эффекта с малой выборкой, и они требуют повторной проверки, а не исключения. Еще два пункта из разных разделов получили совпадающие оценки у всех детей, что ставит вопрос об их содержательном разграничении.

Выводы. Чек-лист чувствителен к изменениям, происходящим с детьми в ходе занятий, и согласован с валидированным внешним критерием на уровне ранжирования детей, при этом построен на описаниях наблюдаемого поведения и не требует владения профессиональными конструктами. Дизайн исследования не позволяет отделить вклад занятий от других факторов, поэтому корректнее говорить о чувствительности инструмента, чем об эффективности практики; другие ограничения — малая выборка, отсутствие оценки межэкспертной согласованности и ретестовой надежности.

В дальнейшем планируется решить, измеряет ли инструмент одно свойство или имеет кумулятивную структуру этапов возрастающей сложности (используя анализ по Мокену или модель Раша); детализировать пункты с потолочным эффектом; оценить межэкспертную и ретестовую надежность; продолжить апробацию на выборке порядка 150 детей. Также на следующем этапе планируется собрать обратную связь от родителей об опыте использования Чек-листа и сопоставить родительские и педагогические оценки.

Литература

1. Захарова, И. Ю. Игровая педагогика: таблица развития, подбор и описание игр / И. Ю. Захарова, Е. В. Моржина. — Москва : Теревинф, 2018. — 152 с. — ISBN 978-5-4212-0497-8.

2. Clark, L. A. Constructing validity: basic issues in objective scale development / L. A. Clark, D. Watson // Psychological Assessment. — 1995. — Vol. 7, № 3. — P. 309–319. — DOI 10.1037/1040-3590.7.3.309.

3. Greenspan, S. I. The Functional Emotional Assessment Scale (FEAS) for Infancy and Early Childhood: Clinical and Research Applications / S. I. Greenspan, G. A. DeGangi, S. Wieder. — Bethesda, MD : Interdisciplinary Council on Developmental and Learning Disorders, 2001. — 427 p. — ISBN 978-0-9728925-1-3.

МЕТОДИКА «РАСПОЗНАВАНИЕ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ВЫРАЗИТЕЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ (ПОЗ И ЖЕСТОВ)» — НОВЫЙ ЭТАП АДАПТАЦИИ НА ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВОЙ ВЫБОРКЕ

Зверева Н. В.[1, 2], Антонова Е. А.[1], Зверева М. В.[3], Хромов А. И.[1, 2]
[1] ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
[2] ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
[3] Психолог, Москва, Россия
nwzvereva@mail.ru

Ключевые слова: распознавание поз и жестов, дети и подростки, дизонтогенез/онтогенез.

"RECOGNITION OF EMOTIONALLY EXPRESSIVE MOVEMENTS (POSTURES AND GESTURES)" METHODOLOGY: A NEW STAGE OF ADAPTATION FOR A CHILD AND ADOLESCENT SAMPLE

Zvereva N. V.[1, 2], Antonova E. A.[1], Zvereva M. V.[3], Khromov A. I.[1, 2]
[1] Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
[2] Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
[3] Psychologist, Moscow, Russia
nwzvereva@mail.ru

Keywords: pose and gesture recognition, children and adolescents, ontogenesis, dysontogenesis.

Введение. Методика «Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)», рабочее название «Жесты» [4] — разработка лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР (ныне ФГБНУ РНЦПЗ) — представляет один из типичных образцов экспериментальных методик отечественной патопсихологии, в которых сочетается качественный анализ с существенными элементами количественной оценки. Ее разработка и первоначальное назначение были связаны с анализом эмоциональной сферы у детей и подростков при шизофрении [4, 5]. Методика направлена на диагностику эмоциональной сферы как здоровых, так и психически больных детей и подростков. При ее создании использован классический прием школы Ю. Ф. Полякова — «глухая» инструкция, дающая открытый выбор ответа на простой вопрос «Что изображено?» самому испытуемому. У нормативных детей и подростков она чаще трансформировалась в распознавание эмоционального состояния, значение позы или действия на основании предложенных контурных изображений поз и жестов.

Весь набор (всего 24 карточки) разделен на символические (7) и экспрессивные (17) жесты. Опыт применения методики в версии разработчиков показал, что необходима определенная коррекция процедуры оценки, поиск соотношения успешности распознавания и когнитивных умений, учета функционирования модели психического и т.д. Также в распознавании по позному и жестовому выражению, без мимики, значимым оказалась оценка динамики узнавания символических жестов, социально-перцептивных установок, восприятия эмоциональной экспрессии. Наряду с этим высветилась оценка пола персонажей и особенностей построения высказывания [2, 3].

Отметим широкий контекст использования методики в клинике в настоящее время. Данное диагностическое средство позволяет изучать у детей особенности когнитивного и проективного компонента общения, других показателей состояния и динамики эмоциональной сферы у детей при разных типах отклоняющегося развития. В 2023 был предложен дополнительный вариант оценки результатов с применением т.наз. «жестового профиля» (рабочее название). Речь идет об оценке узнавания значения жестов, описании моторики, наличии действующего персонажа, его пола, эмоциональной экспрессии и др. [1]

Цель. Показать возможности модификации применения методики «Жесты» в возрастном, процедурном, содержательном и клиническом (иллюстрация) аспектах.

Материал и методы. Возрастные рамки использования методики были сдвинуты по сравнению с работой А. Е. Назаренко в границы от 5 лет до 18. Выборка из нормотипичных детей и подростков — 535 испытуемых 4–17 лет (275 мальчиков и 260 девочек), которые были разделены на 5 возрастных групп, сопоставимых по количественному и половому делению. Клиническая выборка для иллюстрации особенностей применения методики составила 54 подростка от 12 до 16 лет (18 мальчиков и 32 девочки) с диагнозами: шизотипическое расстройство (ШГ), нарушения пищевого поведения (НПП), аффективная патология с самоповреждениями в анамнезе (АП).

Применялась методика «Жесты» с оценкой по жестовому профилю — совокупность показателей по 7-ми факторам (есть или нет этот фактор: запись 1-0), в каждом суммированы баллы по всем ответам испытуемого. Узнавание — сформированность восприятия эмоциональной экспрессии, способности испытуемого верно распознавать и называть содержание экспрессивных и символических жестов. Эмоции — присутствие эмоциональной оценки (позитивной, негативной) при описании состояния персонажа или самого испытуемого по отношению к изображенным действиям. Агентированность — выделение субъекта (агента) действия. Моторика — описание движения в

ответе. Агрессия — склонность испытуемого приписывать агрессивные намерения поведению персонажей. Аутоагрессия — склонность испытуемого приписывать аутоагрессивные намерения поведению персонажей. Пол — использует в ответах характеристики, связанные с полом персонажа.

Результаты. В нормативной выборке сопоставление показателя надежности шкалы (согласованность карточек) выявляет очень хорошую согласованность по «Агентированности» (α-Кронбаха 0,900) и «Полу» (α-Кронбаха 0,899), приемлемую надежность по параметрам «Узнавание» (α-Кронбаха 0,725) и «Моторика» (α-Кронбаха 0,773), остальные остаются менее надежными. Узнавание символических и экспрессивных жестов различалось, символические узнавали легче во всех возрастах. Связь жестовых факторов с возрастом оказалась неодинаковой для разных факторов. Явная корреляционная линейная связь отмечается по фактору «Узнавание» (0.571, p=0.0000) и по фактору «Эмоции» (0.247, p=0.0000). Остальные факторы показывают небольшую по коэффициенту, хотя и значимую связь. С возрастом успешность узнавания стимулов растет вне зависимости от половой принадлежности испытуемых. Значимые половые различия были получены по факторам «Узнавание», «Агентированность» и «Аутоагрессия». Девочки достоверно чаще правильно определяют смысл, заложенный в карточках, чаще обозначают действующее лицо и реже упоминают аутоагрессивные мотивы персонажей.

По клинической выборке**.** Обнаружены достоверные различия по параметрам жестового профиля между подростками клинических групп: узнавание различалось во всех группах (средние показатели: ШГ 13,5, НПП — 20,4, АП 18,5, $p \leq 0.01$ по критерию Манна-Уитни), моторика (средние показатели: ШГ 10,2, НПП — 10,1, АП 6,8, $p \leq 0.01$ по критерию Манна-Уитни), пол (средние показатели: ШГ 7,8, НПП — 7,2, АП 3,9, $p \leq 0.01$ по критерию Манна-Уитни). По остальным параметрам достоверных различий не обнаружено. Жестовый профиль подростков АП по ряду показателей самый низкий по сравнению с НПП и ШГ [3]. Испытуемые ШГ достоверно чаще своих нормотипичных сверстников опираются на формальное описание изображенного жеста и не используют оценку эмоционального состояния персонажей (некоторые пациенты не фиксировали эмоциональное состояние персонажей ни в одной из карточек).

Выводы

1. Показана адекватность новой процедуры оценки ответов детей и подростков по методике «Жесты», в нормативной выборке она имеет достаточно высокую согласованность ответов по выделенным факторам; обнаруживается возрастная динамика независимо от пола, своеобразие

отчетов девочек по сравнению с мальчиками по некоторым параметрам жестового профиля.

2. В клинической группе методика в новой версии обработки показывает различия между нозологическими группами подростков по параметрам «Узнавание», «Моторика», «Пол», обнаружено качественное своеобразие ответов детей каждой нозологической группы, а дети и подростки с ШГ, имея принципиальную возможность к узнаванию эмоционального состояния другого человека на уровне, близком нормотипичным сверстникам, в ситуации «глухой» (ненаправленной) инструкции не пользуются этим параметром в связи с патологическими личностными изменениями.

Литература

1. Зверева, Н. В. Методика «Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)» : опыт описания жестового профиля / Н. В. Зверева, М. В. Зверева, Е. А. Антонова // Герценовские чтения : психологические исследования в образовании : материалы VII Международной научно-практической конференции (Санкт-Петербург, 30–31 октября 2024 г.). — Санкт-Петербург, 2024. — Вып. 7. — С. 674–681. — DOI 10.33910/herzenpsyconf-2024-7-92.

2. Зверева, Н. В. Клинические и возрастные особенности применения методики «Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)» у детей и подростков (по материалам доклада на конференции в 2020) / Н. В. Зверева, М. В. Зверева // Медицинская психология в России. — 2022. — Т. 14, № 5 (76). — URL: https://medpsy.ru/mprj/archiv_global/2022_5_76/nomer06.php (дата обращения: 20.09.2026). — Текст : электронный.

3. Зверева, Н. В. Особенности когнитивного и проективного аспектов эмоциональной сферы у младших подростков в норме и при шизофрении / Н. В. Зверева, А. Е. Назаренко // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2008. — Т. 8, № 1. — С. 41–48.

4. Назаренко, А. Е. Распознавание эмоционально-выразительных движений детьми, больными шизофренией : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Назаренко Анна Евгеньевна ; Московский государственный университет им. М. В. Ломоносова. — Москва, 1990. — 24 с.

5. Поляков, Ю. Ф. Распознавание эмоционально-выразительных движений детьми, больными шизофренией / Ю. Ф. Поляков, А. Е. Жирнова // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. — 1988. — № 2. — С. 48–54.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ, ПРОФИЛАКТИКЕ И ТЕРАПИИ СОСТОЯНИЙ РИСКА ЭНДОГЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Калинина М. А., Куликов А. В., Марголина И. А.,
Шимонова Г. Н.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
marina-k-13@yandex.ru

Ключевые слова: психическое здоровье, дети, высокий риск шизофрении, аутизм.

THEORETICAL AND PRACTICAL APPROACHES TO THE DIAGNOSIS, PREVENTION, AND TREATMENT OF AT-RISK STATES FOR ENDOGENOUS MENTAL DISORDERS IN CHILDHOOD

Kalinina M. A., Kulikov A. V., Margolina I. A., Shimonova G. N.
Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
marina-k-13@yandex.ru

Keywords: mental health, children, high risk of schizophrenia, autism.

Проблема психического здоровья приобретает первостепенное значение для современного общества, поскольку имеет не только актуальное медицинское, но и социальное значение. По заключению ВОЗ, в позитивном смысле психическое здоровье является основой благополучия человека и эффективного функционирования всего человеческого сообщества.

В каждый момент времени уровень психического здоровья человека определяется многочисленными социальными, психологическими и биологическими факторами, включая показатели нищеты и уровня образования. С раннего детского возраста окружающая среда предъявляет все возрастающие требования к психическому здоровью человека, начиная с раннего возраста, а, как известно, истоки большинства психических заболеваний лежат в детском возрасте, когда закладываются основы личности и здоровья.

Многочисленные эпидемиологические исследования показывают, что в настоящее время состояние психического здоровья населения многих стран мира неблагополучно. По данным ВОЗ, на настоящий момент количество тяжело психически больных составляет 70–100 на 10000 населения, а состояния риска психических нарушений (или предболезни) достигают 30% в популяции. Распространённость психической болезненности раннего детского возраста не уступает таковой в населении старших возрастов, колеблясь от 15 до 17% в мире, и до 19% в Европе. Долгосрочные

прогнозы психической заболеваемости детей также показывают неблагоприятные тенденции — увеличение ее на 20% в ближайшие годы.

В НЦПЗ РАМН с 1983 года (в настоящее время ФГБГУ РНЦПЗ) по инициативе ведущих отечественных психиатров развивается новое направление по изучению психической патологии раннего детского возраста, в отечественной терминологии «микропсихиатрия». Популярности данного научного направления способствовало внедрение в России с 2000 годов адаптированной программы ВОЗ «Улучшение охраны здоровья (в т.ч. психического) матери и ребенка в РФ», в рамках которой предусматривалось расширение амбулаторной помощи по улучшению и укреплению здоровья подрастающего поколения, консультирование и активное вовлечение родителей в процесс лечения и профилактики в амбулаторных условиях, начиная с первых лет жизни ребенка.

За прошедшие 30 лет в данном направлении возрастной психиатрии были достигнуты значительные успехи. Были созданы оригинальные диагностические шкалы, опросники (ГНОМ, Протокол клинического наблюдения и др.). На основе отечественных и зарубежных аналогов разработаны основные формы ранней клинической феноменологии (дизонтогенетические симптомы, доклинические предикторы психических расстройств, депривационные нарушения, ранние депрессии, психозы). Разработаны принципы ранней психопрофилактики, лечения, коррекции и т.п.

При обследовании детской популяции на базах Научного центра психического здоровья ФГБНУ в 1985–1995 гг. из 10000 обследованных проспективно в течение 10 лет и катамнестически до 15–20 лет были прослежены дети с высоким риском по шизофрении, имеющие функциональные расстройства эндогенного спектра в виде специфического симптомокомплекса нарушений. В составе собранной когорты оказались дети с различной степенью стигматизации, впоследствии страдающие шизотипическим расстройством и аутизмом.

Катамнестическое наблюдение детей этой группы показало, что спустя 20-25 лет наблюдения большинство пациентов исследуемой когорты по психическому состоянию укладывались в практическую норму, или имели относительно легкие процессуальные нарушения в виде шизотипического расстройства. В группе пациентов с тяжелым течением шизофрении оказались дети, имевшие на первом году жизни форпост-симптомы психоза в виде вегетативно-инстинктивных нарушений, дефицитарности эмоциональных реакций, мерцающих регрессивно-кататонических феноменов.

Среди детей с аутизмом, начиная с возраста 1–1,5 лет жизни, были представлены как непсихотические, так и психотические формы аутизма (типичный инфантильный и атипичный психоз). Психическое состояние пациентов претерпевало со временем разной степени положительную динамику, что привело к разбросу случаев по тяжести психического состояния в катамнезе. Результаты катамнестического наблюдения этой

когорты в отдаленном периоде демонстрируют более тяжелый прогноз в сравнении с группой высокого риска по эндогенной патологии в целом.

В коррекции психических нарушений у детей раннего и дошкольного возраста важную роль играла психопрофилактическая и коррекционная работа, проводившаяся с опорой на базовые психологические потребности ребенка, стимуляцию и развитие психической, речевой активности, эмоционального резонанса, привязанности, любознательности и коммуникабельности, поощрение успехов ребенка, привлечение различных методов игровой терапии.

В психотерапевтическую систему помощи также входила активная работа с семьей ребенка, что улучшало взаимодействие между матерью и больным ребенком, а также ближайшими родственниками, помогало адекватно воспринимать больного ребенка, его реальные и потенциальные возможности, более эффективно сотрудничать со специалистами — врачом, психологом, дефектологом — при выполнении рекомендаций по лечению и созданию оптимальной социальной среды. На протяжении периода наблюдения детям оказывалась также лечебная медикаментозная помощь в виде назначения нейропротекторов, седативных средств, психотропных препаратов по клиническим и возрастным показаниям.

Таким образом, раннее выявление специфической эндогенной симптоматики имеет важное значение для проведения профилактических мероприятий у лиц, относящихся к группе высокого риска по эндогенной патологии. Такие дети требуют внимательного, щадящего обращения, нуждаются в избегании стрессов, в том числе и биологических. Своевременное и адекватное применение медикаментозных средств при появлении патологической симптоматики положительно влияет на исход и прогноз психических нарушений в детском возрасте.

Литература

1. Ануфриев, А. К. Избранные труды по психиатрии / А. К. Ануфриев. — Москва : Логос, 2013. — 350 с. — ISBN 978-5-8163-0102-2.

2. Психические нарушения в детском возрасте. Психическая депривация : коллективная монография / Г. В. Козловская, И. А. Марголина, М. В. Иванов [и др.] ; под редакцией Г. В. Козловской. — Москва ; Тверь : Триада, 2020. — 205 с. : ил. — ISBN 978-5-94789-932-0.

3. Скрининг риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста (данные по 9 регионам России в 2017–2019 гг.) / Н. В. Симашкова, М. В. Иванов, Е. В. Макушкин [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2020. — Т. 120, № 11. — С. 79–86. — DOI 10.17116/jnevro202012011179.

4. Fish, B. Infant predictors of the longitudinal course of schizophrenic development / B. Fish // Schizophrenia Bulletin. — 1987. — Vol. 13, no. 3. — P. 395–409. — DOI 10.1093/schbul/13.3.395.

МОДАЛЬНО-СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ВИДЫ ПАМЯТИ ДОШКОЛЬНИКОВ И МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Каримулина Е. Г., Адамян А. Г.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
karimulina@list.ru
ag.adamyan2019@gmail.com

Ключевые слова: слуховая, зрительная и тактильная память, последовательность запоминания, дети с расстройством аутистического спектра.

MODALITY-SPECIFIC TYPES OF MEMORY IN PRESCHOOLERS AND PRIMARY SCHOOL CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Karimulina E. G., Adamyan A. G.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
karimulina@list.ru
ag.adamyan2019@gmail.com

Keywords: auditory, visual and tactile memory, memory retention patterns, children with autism spectrum disorders.

Введение. Вопрос о характере мнестических процессов у детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) остается в поле внимания исследователей в течение многих десятилетий. Изучаются различные параметры и виды памяти: оперативная и долговременная, отсроченная и непосредственная, эпизодическая и семантически организованная. В большинстве исследований получены результаты о гетерогенности нарушений памяти при аутизме, обусловленные особенностями структурной организации когнитивных функций. Существует точка зрения, что память при аутизме нарушена, но при этом лежащие в их основе базовые перцептивные процессы, остаются неповрежденными или даже усиленными [4, 5]. Можно предполагать, что одной из причин гетерогенности нарушений памяти является их связь с особенностями обработки и соответствующего запоминания материала в определенных анализаторных системах: визуальной, слуховой и тактильной. В отечественной клинической психологии Н. В. Зверева [1] положила начало исследованию когнитивных особенностей при различных вариантах дизонтогенеза в направлении изучения их модальной специфичности. Последнее позволит говорить, например, об особой гетерогенности мнестической функции при РАС: с одной стороны, у ребенка с РАС может склады-

ваться свой неповторимый профиль диссоциаций, с другой — этот профиль для детей с РАС может иметь уникальный характер по сравнению с другими нозологиями или нормотипичными сверстниками. В данной работе предпринята попытка сопоставления особенностей запоминания стимулов, относящихся к различным модальностям: слуховой, тактильной и зрительной, что позволит подтвердить данное предположение.

Новизна работы — в попытке системного сопоставления нескольких модально-специфических видов (зрительный, слуховой, тактильный) памяти одновременно на одной выборке детей. Традиционно память оценивается по объему запоминания стимульного материала, в то время как параметр последовательности (порядка) воспроизведения стимулов остается менее изученным. Способность запоминать последовательность стимулов может определяться работой правого полушария, на что указывала Е. Д. Хомская [3].

Цель исследования — изучение параметров произвольного запоминания детьми с РАС дошкольного и младшего школьного возраста. Задачами данного исследования являлись:

1. Сопоставление показателей зрительного запоминания детьми с РАС и нормотипичными детьми в зависимости от стимульного материала (предметные изображения, цифры, геометрические фигуры).

2. Проведение сравнительного исследования запоминания последовательности стимулов в разных модальностях: слуховой, тактильной (стереогностической) и зрительной в двух группах детей: дошкольники-младшие школьники, дети с РАС-нормотипичные сверстники.

Опираясь на предшествующие исследования в данном направлении, предполагалось, что:

1. Тактильная память, как наиболее незадействованная в процессе жизнедеятельности детей, наименее сформирована в обеих группах испытуемых (группа нормотипичных детей и детей с РАС).

2. Ожидания по продуктивности слухового и зрительного запоминания были разнонаправленны по причине имеющихся данных об особенностях слухового (словесного) запоминания и зрительного (предметного и символического). С одной стороны, есть указания на большую продуктивность слухоречевой памяти [2], с другой — большинство исследователей считают, что у детей с РАС развита преимущественно зрительная память. Гипотеза: слуховое запоминание имеет больший объем по сравнению со зрительным (как предметным, так и символическим).

3. Сопоставление памяти в обеих группах по параметрам объема и последовательности также имеет гетерогенный характер у детей с РАС по сравнению с нормотипичными детьми. Сравнение памяти по продуктивности/объему и запоминанию последовательности в группе детей с РАС характеризуется нестабильностью и большим разбросом данных.

Материал и методы. В представленном исследовании приняли участие 10 детей, обучающихся по программе дошкольного образования (6 лет — 7 лет 3 мес.), 10 детей, обучающихся по основной образовательной программе начального общего образования (8 лет 2 мес. — 10 лет 3 мес.), 10 детей с РАС дошкольного (5 лет 9 мес. — 7 лет 4 мес.; АООП 8.1-8.3) и 10 детей младшего школьного возраста с РАС (8 лет 7 мес. — 10 лет; АООП 8.1-8.2), таким образом всего 40 испытуемых. Из них 14 девочек и 26 мальчиков (сравнение по гендерному признаку не проводилось). Группа нормотипичных детей обследовалась в ГБОУ города Москвы «Школа № 1811 «Восточное Измайлово», а дети с РАС (АООП 8.1-8.3) — в ФДРЦ РДКБ «Кораблик» и ФРЦ МГППУ.

В исследовании испытуемым предлагалось 5 методик, направленных на изучение особенностей зрительной, слуховой и тактильной (стереогностической) памяти. I. Три методики для определения особенностей зрительной памяти: 1. Запоминание последовательности из 6 предметных изображений; 2. Запоминание последовательности из 6 геометрических фигур; 3. Запоминание последовательности из 6 цифр. Оценивалось количество необходимых предъявлений для правильного воспроизведения порядка стимульных изображений. II. Использовалась одна методика для изучения слухоречевой памяти. Ребенку предъявлялись 4 серии слов, объем которых составлял 6–5–4–3 соответственно. Ему требовалось воспроизвести не только как можно больше слов, но и их порядок. Оценивался объем запоминания и то, с какой пробы доступен правильный порядок. III. Использовалась одна методика для изучения тактильной памяти. Запоминание последовательности из 6 предметов на ощупь. Перед ребенком выкладывались 6 предметов. Его задачей являлось запоминание порядка этих предметов без зрительного контроля. Оценивалось количество предъявлений для правильного воспроизведения порядка стимулов.

Обработка результатов проводилась с помощью статистической программы IBM SPSS Statistics 22 с использованием непараметрического критерия Манна-Уитни для двух независимых групп. Критерий статистической значимости составил $\leq 0{,}05$.

Результаты. Для детей с РАС и нормотипичных детей дошкольного возраста не выявлено значимых различий при запоминании и воспроизведении последовательности из геометрических фигур. Различия обнаружились в запоминании последовательности цифр и последовательности предметных изображений, в запоминании и воспроизведении последовательности и объема слов на слух (слуховая память), а также в запоминании и воспроизведении последовательности предметов, данных на ощупь (тактильная память).

Для детей с РАС и нормотипичных детей младшего школьного возраста не выявлено различий в запоминании предметных изображений, геометрических фигур, а также при запоминании и воспроизведении последователь-

ности и объема предъявляемых на слух слов. Различия выявлены в запоминании и воспроизведении цифр, а также предметных стимулов на ощупь.

Применение теста ранговой корреляции Спирмена выявило наличие значимой связи в группе детей с РАС дошкольного возраста между показателями зрительного предметного запоминания и слуховой памятью (а именно объемом воспроизведения слов). Также отмечается сильная связь между показателями слуховой памяти (объема) и тактильной памяти. В группе нормотипичных детей этого же возраста выявлена значимая положительная связь между запоминанием предметных изображений и объемом воспроизведения в слуховой серии. Чем лучше развито зрительное запоминание последовательности изображений, тем лучше объем воспроизведения слухоречевой памяти. У этой же группы детей выявлена связь по показателям запоминания слов на слух и тактильной памятью.

Существует значимая положительная связь в группе детей с РАС младшего школьного возраста между показателями воспроизведения изображений и объемом воспроизведения слов. Чем лучше у ребенка развито зрительное запоминание последовательности изображений, тем лучше объем воспроизведения слухоречевой памяти. В группе нормотипичных детей младшего школьного возраста выявлена значимая положительная связь между запоминанием геометрических фигур и запоминанием цифр. Чем лучше развито зрительное запоминание последовательности геометрических фигур, тем лучше запоминается последовательность цифр. У этой же группы детей выявлена связь по показателям запоминания слов на слух (объем запоминания) и тактильной памятью.

Самые низкие результаты при тактильном запоминании у детей с РАС и нормотипичными детьми показали, что тактильное запоминание является самым трудным для обеих групп испытуемых. Это отражает «невключенность» в когнитивное развитие тактильных задач. Для данной выборки испытуемых оказалось, что зрительное запоминание геометрических фигур является наиболее приближенным к нормотипичной группе (Ben Shalom — 2009 о трехуровневой модели когнитивного функционирования при аутизме). Не выявлено существенных различий в запоминании последовательности слов (слуховая память), предметных изображений (зрительная память). Для данной выборки запоминание цифр оказалось самым сложным для детей с РАС (зрительная память). Таким образом, гетерогенность мнестических процессов при РАС проявляется неравномерностью запоминания стимулов внутри одной модальности, что отражает значимость содержательных характеристик стимулов в процессе запоминания.

Литература

1. Зверева, Н. В. Нарушения произвольной памяти в структуре когнитивного дизонтогенеза у детей с разными видами отклоняющегося раз-

вития / Н. В. Зверева // Культурно-историческая психология. — 2008. — Т. 4, № 3. — С. 79–85.

2. Манелис, Н. Г. Ранний аутизм. Психологические и нейропсихологические механизмы / Н. Г. Манелис // Школа здоровья. — 1999. — № 2. — С. 6–22.

3. Хомская, Е. Д. Нейропсихология : учебник / Е. Д. Хомская. — 4-е изд., испр. — Санкт-Петербург : Питер, 2005. — 496 с. : ил. — (Классический университетский учебник). — ISBN 5-469-00620-4.

4. Enhanced perceptual functioning in autism : an update, and eight principles of autistic perception / L. Mottron, M. Dawson, I. Soulières [et al.] // Journal of Autism and Developmental Disorders. — 2006. — Vol. 36, No. 1. — P. 27–43. — DOI 10.1007/s10803-005-0040-7.

5. Jeste, S. S. Child neurology : autism as a model : considerations for advanced training in behavioral child neurology / S. S. Jeste, S. L. Friedman, D. K. Urion // Neurology. — 2009. — Vol. 73, No. 9. — P. 733–735. — DOI 10.1212/WNL.0b013e3181b59a45.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СЕМЕЙНОЙ И ЛИЧНОЙ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ С ПРИВЕРЖЕННОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЮ У ПОДРОСТКОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Каурова А. М.
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия
ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия
alkwa@yandex.ru

Ключевые слова: депрессия, жизнестойкость семьи, приверженность лечению, подростки.

THE RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY AND PERSONAL RESILIENCE AND ADHERENCE TO TREATMENT IN ADOLESCENTS WITH DEPRESSIVE DISORDERS

Kaurova A. M.
Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia
Sukhareva SPC for Child and Adolescent Mental Health, Moscow, Russia
alkwa@yandex.ru

Keywords: depression, family resilience, adherence to treatment, adolescents.

Введение. Депрессивные расстройства у подростков представляют значимую проблему здравоохранения в связи с их распространённо-

стью, негативным влиянием на качество жизни и риском неблагоприятных последствий [2]. Важным условием эффективности лечения является приверженность подростка медицинским рекомендациям. Согласно систематическому обзору, показатели неприверженности психотропной терапии среди подростков варьируют от 6 до 62 % [3]. Соблюдение лечебных рекомендаций подростками связано не только с индивидуальными, но и с семейными факторами. Систематический обзор 23 исследований (77 188 детей и подростков) показал взаимосвязи приверженности с функционированием семьи, качеством отношений, отношением родителей к лечению и родительской поддержкой [4]. В этом контексте особый интерес представляет семейная жизнестойкость (жизнеспособность семьи, family resilience) — совокупность семейных ресурсов и процессов, способствующих адаптации в неблагоприятных обстоятельствах [6]. В публикации Hysaj et al. отмечается потенциальная роль семейной поддержки, родительской привязанности и вовлечённости в жизнь подростка как защитных факторов при депрессии [5]. Кроме того, метаанализ 2026 года выявил отрицательную связь воспринимаемой семейной жизнестойкости с выраженностью депрессивной и тревожной симптоматики [1].

Имеющиеся данные подчёркивают значимость семейного контекста как для психического состояния подростков, так и для их приверженности лечению. Однако взаимосвязь семейной жизнестойкости с приверженностью лечению подростков с депрессивными расстройствами остаётся недостаточно изученной, что определяет актуальность настоящего исследования.

Цель исследования — выявить взаимосвязь семейной и личной жизнестойкости с приверженностью лечению у подростков с депрессивными расстройствами.

Гипотезы исследования:

1. Более высокие показатели семейной жизнестойкости связаны с более высокой приверженностью лечению и его компонентами.

2. Более высокие показатели личной жизнестойкости связаны с более высокой приверженностью лечению и его компонентами.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 71 подросток (70 девушек и 1 юноша) в возрасте 10–15 лет (M = 12,51; SD = 1,08), проходивших стационарное лечение в НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой. Исследование проводилось с 26.01.2026 по 30.08.2026.

Для оценки приверженности лечению использовался Российский универсальный опросник количественной оценки приверженности лечению КОП-25 (Н. А. Николаев, Ю. П. Скирденко, 2018; версии В1 и Г1), семейной жизнестойкости — Шкала оценки жизнеспособности семьи FRAS-RII (J. Sixbey, 2005) в адаптации Е. С. Гусаровой с соавт., личной жизнестойкости подростков — Тест жизнестойкости С. Мадди в адапта-

ции Д. А. Леонтьева и Е. И. Рассказовой. Статистическая обработка выполнена с применением рангового коэффициента корреляции Спирмена и линейного регрессионного анализа.

Результаты. При проверке первой гипотезы выявлены статистически значимые положительные корреляции семейной жизнестойкости с общей приверженностью лечению ($\rho = 0{,}475$; $p < 0{,}001$) и всеми её компонентами: приверженностью медицинскому сопровождению ($\rho = 0{,}510$; $p < 0{,}001$), модификации образа жизни ($\rho = 0{,}501$; $p < 0{,}001$) и лекарственной терапии ($\rho = 0{,}364$; $p = 0{,}002$). Связи с общей приверженностью характеризуются умеренной силой. Наиболее выраженные из них обнаружены для позитивного прогноза и решения проблем ($\rho = 0{,}471$; $p < 0{,}001$), семейной коммуникации и связности ($\rho = 0{,}448$; $p < 0{,}001$), духовности семьи ($\rho = 0{,}411$; $p < 0{,}001$) и принятия и гибкости ($\rho = 0{,}400$; $p < 0{,}001$). Наиболее слабой оказалась связь с социальными ресурсами ($\rho = 0{,}267$; $p = 0{,}024$).

При проверке второй гипотезы обнаружены статистически значимые положительные корреляции умеренной и слабой силы между личной жизнестойкостью и общей приверженностью лечению ($\rho = 0{,}330$; $p = 0{,}005$), а также её отдельными компонентами: приверженностью лекарственной терапии ($\rho = 0{,}264$; $p = 0{,}026$), медицинскому сопровождению ($\rho = 0{,}260$; $p = 0{,}029$) и модификации образа жизни ($\rho = 0{,}317$; $p = 0{,}007$). При рассмотрении отдельных компонентов личной жизнестойкости выявлены положительные взаимосвязи вовлечённости и контроля с общей приверженностью лечению ($\rho = 0{,}339$; $p = 0{,}004$ и $\rho = 0{,}329$; $p = 0{,}005$ соответственно). Показатель принятия риска статистически значимой взаимосвязи с общей приверженностью не продемонстрировал ($\rho = 0{,}139$; $p = 0{,}246$).

Таким образом, более высокие показатели семейной и личной жизнестойкости связаны с более высокой приверженностью лечению. Наиболее выраженные связи выявлены для семейных характеристик, отражающих коммуникацию, позитивный взгляд на ситуацию и совместное решение проблем, а также для индивидуальной вовлечённости и контроля.

Для оценки вклада семейной и личной жизнестойкости в вариативность приверженности лечению был проведён регрессионный анализ. В раздельных однофакторных моделях семейная жизнестойкость объясняет 21,7 % дисперсии приверженности лечению ($\beta = 0{,}466$; $F(1; 69) = 19{,}12$; $p < 0{,}001$), личная жизнестойкость подростка — 9,8 % ($\beta = 0{,}313$; $F(1; 69) = 7{,}51$; $p = 0{,}008$). В совместной модели оба предиктора объясняют 25,5 % дисперсии ($F(2; 68) = 11{,}65$; $p < 0{,}001$), при этом самостоятельный вклад сохраняет семейная жизнестойкость ($\beta = 0{,}411$; $p < 0{,}001$), тогда как вклад личной жизнестойкости не достигает уровня значимости ($\beta = 0{,}203$; $p = 0{,}066$).

Полученные результаты указывают на ведущую роль семейной жизнестойкости в объяснении вариативности приверженности лечению, что подчёркивает необходимость учёта семейного контекста в процессе реабилитации подростков с депрессивными расстройствами.

Выводы. Выявлены положительные взаимосвязи семейной и личной жизнестойкости с приверженностью лечению подростков с депрессивными расстройствами. Результаты регрессионного анализа показывают, что ведущий вклад в объяснение вариативности приверженности вносит семейная жизнестойкость. Одномоментный дизайн исследования и участие преимущественно пациенток женского пола не позволяют делать выводы о причинно-следственных отношениях и ограничивают обобщение результатов.

Практическая значимость исследования заключается в возможности учитывать показатели семейной и личной жизнестойкости при разработке программ психологического сопровождения подростков с депрессивными расстройствами, включающих работу как с индивидуальными, так и с семейными ресурсами.

Литература

1. Anxiety, depression and family resilience: a three-level meta-analysis / R. Li, Y. Li, C. S. Henry [et al.] // Journal of Affective Disorders. — 2026. — Vol. 392. — Art. 120163. — DOI 10.1016/j.jad.2025.120163.

2. Lu, B. Global burden of depression or depressive symptoms in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis / B. Lu, L. Lin, X. Su // Journal of Affective Disorders. — 2024. — Vol. 354. — P. 553–562. — DOI 10.1016/j.jad.2024.03.074.

3. Non-adherence to psychotropic medication among adolescents — a systematic review of the literature / A. Häge, L. Weymann, L. Bliznak [et al.] // Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. — 2018. — Vol. 46, no. 1. — P. 69–78. — DOI 10.1024/1422-4917/a000505.

4. Parental factors associated with child or adolescent medication adherence: a systematic review / C. R. Kalaman, N. Ibrahim, V. Shaker [et al.] // Healthcare. — 2023. — Vol. 11, no. 4. — Art. 501. — DOI 10.3390/healthcare11040501.

5. Social factors that promote resilience in adolescents with depression: a systematic review / M. Hysaj, M. R. Crone, J. C. Kiefte, R. R. J. M. Vermeiren // European Journal of Public Health. — 2024. — Vol. 34, suppl. 3. — Art. ckae144.2238. — DOI 10.1093/eurpub/ckae144.2238.

6. Walsh, F. Family resilience: a framework for clinical practice / F. Walsh // Family Process. — 2003. — Vol. 42, no. 1. — P. 1–18. — DOI 10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x.

ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: МАРКЕРЫ СТАБИЛЬНОСТИ И ЗОНЫ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ

Коваль-Зайцев А. А., Бритова В. С.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
koval-zaitsev@mail.ru
vsbritova@gmail.com

Ключевые слова: патопсихологические паттерны, расстройства шизофренического спектра, инвариантные нарушения, дифференциальная диагностика, мишени реабилитации, детско-подростковый возраст.

PATHOPSYCHOLOGICAL PATTERNS IN SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS: MARKERS OF STABILITY AND DOMAINS OF VARIABILITY

Koval-Zaitsev A. A., Britova V. S.
Mental Health Research Center, Moscow, Russia
koval-zaitsev@mail.ru
vsbritova@gmail.com

Keywords: pathopsychological patterns, schizophrenia spectrum disorders, invariant impairments, differential diagnosis, rehabilitation targets, children and adolescents.

Введение. В повседневной клинической и экспертной практике дифференциальная диагностика внутри спектра шизофренических расстройств, особенно в детском и подростковом возрасте, часто представляет значительную сложность из-за полиморфизма симптоматики [1, 2]. Существует потребность в более чётких патопсихологических критериях, которые могли бы дополнить клиническую картину [3, 4]. Анализ обширного материала (155 случаев) за последние два года позволяет актуализировать и систематизировать эти критерии на современной клинической выборке.

Целью исследования было выявление устойчивых (инвариантных) паттернов нарушений психической деятельности и факторов, определяющих их вариативность.

Материал и методы. В работе представлены результаты комплексного патопсихологического анализа 155 клинических случаев детей и подростков с расстройствами шизофренического спектра (F20.0 — 5, F20.3 — 9, F20.8 — 17, F21.3 — 15, F21.4 — 68, F21.8 — 30, F25 — 11), обследованных в условиях стационара Института детской психиатрии ФГБНУ РНЦПЗ (директор — д.м.н. Ю. А. Чайка).

Методы включали патопсихологическое обследование с качественным анализом нарушений в сферах мышления, произвольной регуляции, эмоционально-личностных особенностей и коммуникации, а также последующую интеграцию с данными из историй болезни и психиатрических заключений.

Результаты. Выделены инвариантные паттерны нарушений («маркеры стабильности») для каждой нозологической группы. Установлено, что для всех рассмотренных нозологий характерны нарушения в одних и тех же базовых сферах, однако их качественное наполнение существенно различается. Так, нарушения мышления варьируют от грубого дефицита базовых операций при F20.8 — через диссоциативность и искажение при F20.0 и F20.3 — к личностно-обусловленным искажениям и резонёрству при F21.8, паралогичности в связи со сферой влечений при F21.4, аффективно-обусловленной дезорганизации при F21.3 — и, наконец, к аффективно-детерминированной дезорганизации как ядру нарушений при F25. Аналогичные градиенты выявлены для произвольной регуляции, эмоционально-личностной сферы, коммуникативной и речевой сфер. Также определены ключевые факторы вариабельности, модифицирующие проявление этих нарушений в конкретном случае: стадия и давность процесса, возраст дебюта и ведущий синдром. Установлено, что каждый из этих факторов оказывает разное по силе влияние в рамках каждого диагноза, а также обуславливает вариативность клинических проявлений. На основе проведённого сравнения продемонстрировано, как выявленные паттерны определяют дифференциально-диагностические ориентиры и приоритетные мишени психокоррекции. Для каждого типа нарушений предложены соответствующие мишени и методы вмешательства.

Инвариантные патопсихологические паттерны в спектре расстройств (F20–F21–F25) характеризуются следующими особенностями.

F20.8. Основной вектор нарушений — «недоразвитие/распад» формирующейся деятельности; тотальный дефицит как патопсихологическое ядро: тотальный дефицит произвольности; дефицитарный вид когнитивного дизонтогенеза с регрессом; инфантильно-аутистическая личность.

F20.0. Основной вектор нарушений — «искажение» сформировавшейся деятельности; диссоциация как стержень. Патопсихологическое ядро: диссоциация мышления; дефицит произвольной регуляции; аффективно-личностное своеобразие.

F20.3. Основной вектор нарушений — «полиморфная диссоциация» с элементами искажения и дефицитарности; аффективная насыщенность. Патопсихологическое ядро: дефицит произвольности; диссоциация мышления; аффективно-личностное своеобразие.

F21.8. Основной вектор нарушений — глубокая личностная дисгармония с процессуальными искажениями; структурное изменение личности. Патопсихологическое ядро: диссоциация и дефицит произвольности; аффективно-личностное своеобразие (инфантилизм, аутизация); коммуникативные нарушения.

F21.4. Основной вектор нарушений — «дисрегуляция» поведения и влечений на фоне процессуального ядра; поведение как основной симптом. Патопсихологическое ядро: дефицит произвольности и импульсивность; психопатоподобное поведение и эмоциональная диссоциация; специфические искажения мышления.

F21.3. Основной вектор нарушений — «аффективная дезорганизация» формально сохранных структур; тревога как организующий фактор нарушений. Патопсихологическое ядро: эмоциональная диссоциация и аффективно-обусловленная дезорганизация; аффективно-личностное своеобразие; нарушения коммуникации.

F25. Основной вектор нарушений — «аффективно-процессуальный симбиоз»; аффект как проводник и модификатор процессуальных нарушений. Патопсихологическое ядро: аффективно-обусловленная дезорганизация; симбиоз аффективных и продуктивных переживаний в самосознании; «диссоциативный инфантилизм» эмоционально-личностного профиля.

Выводы. Полученные данные показывают, что патопсихологический анализ позволяет перейти от синдромальной диагностики к функциональной оценке нарушений, что является основой для построения индивидуализированных программ помощи в рамках всего спектра расстройств.

Литература

1. Зверева, Н. В. Дифференциальная диагностика когнитивного дизонтогенеза у детей и подростков при шизофрении: диагноз и ведущий синдром / Н. В. Зверева, Е. Е. Балакирева // Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований : материалы международной научно-практической конференции, Москва, 18–19 ноября 2020 г. / под ред. А. Б. Холмогоровой, О. Д. Пуговкиной, Н. В. Зверевой [и др.]. — Москва, 2020. — С. 429–432.

2. Зверева, Н. В. Психологическая диагностика когнитивного дизонтогенеза / Н. В. Зверева, А. А. Коваль-Зайцев, А. И. Хромов // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2018. — Т. 118, № 5–2. — С. 3–11. — DOI 10.17116/jnevro2018118523.

3. Строгова, С. Е. Сопоставление психометрического и патопсихологического подходов в оценке интеллектуальной деятельности у детей и

подростков с прогредиентными формами шизофрении / С. Е. Строгова, Н. В. Зверева, А. И. Хромов, Н. В. Симашкова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2023. — Т. 123, № 2. — С. 120–125. — DOI 10.17116/jnevro2023123021120.

4. Хромов, А. И. Динамика показателей произвольной слухоречевой памяти детей и подростков с эндогенной психической патологией на фоне лечения / А. И. Хромов, Н. В. Зверева, А. А. Сергиенко, С. Е. Строгова // Психиатрия. — 2021. — Т. 19, № 1. — С. 63–73. — DOI 10.30629/2618-6667-2021-19-1-63-73.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА СИНДРОМА ДЕФИЦИТА ВНИМАНИЯ И ЦИФРОВОЙ РАССЕЯННОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Коростелева А. А., Смирнова Ю. А.
РЭУ им. Г. В. Плеханова, Москва, Россия
alina.korosteleva06@mail.ru

Ключевые слова: СДВГ, цифровая рассеянность, дифференциальная диагностика, младшие школьники, клиповое мышление.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF ATTENTION DEFICIT SYNDROME AND DIGITAL DISTRACTION IN PRIMARY SCHOOL CHILDREN

Korosteleva A. A., Smirnova Yu. A.
Plekhanov Russian University of Economics, Moscow, Russia
alina.korosteleva06@mail.ru

Keywords: ADHD, digital distraction, differential diagnosis, primary school children, clip thinking.

Введение. В последние годы в клинико-психологической практике участились обращения родителей с жалобами на невнимательность, импульсивность и неусидчивость детей, начавших обучение в школе. Традиционно данный симптомокомплекс рассматривается как синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ). Следует отметить, что тотальная цифровизация досуга и раннее вовлечение детей в потребление короткого видеоконтента порождают феномен, который ряд авторов обозначает как «цифровую рассеян-

ность» или «синдром клипового мышления» [1]. Внешне эти состояния могут выглядеть идентично, однако их этиология, динамика и стратегии коррекции существенно различаются. Чрезмерное экранное время в раннем детстве имеет отсроченные последствия для поведения, имитирующие нейроонтогенетические расстройства, но не тождественные им [3].

Цель работы заключалась в анализе клинико-психологических критериев разграничения СДВГ как нейроонтогенетического расстройства и приобретенной цифровой рассеянности у детей 7–9 лет.

Материал и методы. Проведен теоретический анализ современных диагностических протоколов и исследовательских данных, сопоставляющих нейропсихологические профили детей с подтвержденным СДВГ и детей с чрезмерным экранным временем (более 3 часов в сутки), но без отягощенного перинатального анамнеза. Особый акцент сделан на методиках, направленных на оценку управляющих функций. Методологической опорой послужили принципы нейропсихологической диагностики, разработанные в отечественной школе и адаптированные для младшего школьного возраста [2].

Результаты. Сравнительный анализ выявил несколько опорных точек для дифференциации рассматриваемых состояний. Первое — это характер ошибок. При истинном СДВГ страдает избирательность внимания, тогда как объем внимания может оставаться относительно сохранным. Ошибки носят импульсивный характер и проявляются во всех сферах деятельности, включая игру. При цифровой рассеянности ребенок демонстрирует выраженную флуктуацию продуктивности: высокие показатели при выполнении интерактивных, игровых или ярко стимулированных заданий и резкое падение эффективности при столкновении с классно-урочной деятельностью, что отчетливо прослеживается при анализе кривых истощаемости в нейропсихологических пробах [2].

Вторым значимым критерием является реакция на внешнюю мотивацию. Результаты выполнения нейропсихологической пробы на динамический праксис и корректурной пробы показывают, что введение игрового контекста или соревновательного компонента у ребенка с цифровой рассеянностью способно практически полностью нормализовать темп и точность выполнения заданий. У детей с СДВГ истощаемость и флуктуация внимания сохраняются независимо от характера подкрепления. Данный дифференциальный признак обладает высокой диагностической ценностью именно в младшем школьном возрасте, когда пластичность управляющих функций остается достаточно высокой [1].

Третьим важным диагностическим критерием являются анамнестические сведения. Ретроспективный анализ показывает, что родители

детей с СДВГ отмечают трудности регуляции поведения уже в раннем возрасте, включая нарушения сна и повышенную возбудимость. В случае цифровой рассеянности ребенок, как правило, развивается без существенных отклонений, а проблемы внимания появляются после значительного увеличения времени использования цифровых устройств. Связь между продолжительностью экранного времени и выраженностью поведенческих нарушений становится клинически значимой при превышении 2–3 часов ежедневного пассивного потребления цифрового контента [3].

Выводы. Проведенный анализ свидетельствует, что сходство внешних проявлений СДВГ и цифровой рассеянности требует обязательного проведения комплексного нейропсихологического обследования, позволяющего избежать диагностических ошибок и необоснованного назначения медикаментозной терапии. Наиболее информативными критериями дифференциальной диагностики являются особенности реакции ребенка на игровую стимуляцию, данные раннего анамнеза, а также характер ошибок при выполнении нейропсихологических проб. Полученные результаты подтверждают необходимость включения оценки цифровой гигиены, структуры экранного времени и особенностей использования цифровых устройств в стандартный протокол клинико-психологического обследования детей младшего школьного возраста, поскольку данные факторы оказывают существенное влияние на формирование внимания и исполнительных функций.

Литература

1. Войскунский, А. Е. Киберпсихология: современное состояние и перспективы / А. Е. Войскунский // Вопросы психологии. — 2023. — № 5. — С. 3–17.

2. Глозман, Ж. М. Нейропсихологическая диагностика детей школьного возраста / Ж. М. Глозман, А. Е. Соболева. — Москва : Смысл, 2023. — 186 с.

3. Radesky, J. S. Increased screen time: implications for early childhood development and behavior / J. S. Radesky, D. A. Christakis // Pediatric Clinics of North America. — 2016. — Vol. 63, no. 5. — P. 827–839. — DOI 10.1016/j.pcl.2016.06.006.

РОДИТЕЛЬСКОЕ ВЫГОРАНИЕ МАТЕРЕЙ, ВОСПИТЫВАЮЩИХ РЕБЕНКА С РАС, В КОНТЕКСТЕ СУПРУЖЕСКОЙ И ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКОЙ ПОДСИСТЕМ

Кузьмина А. С.[1], Стоянова И. Я.[2], Кривошей К. О.[3]
[1] ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», Барнаул, Россия
[2] ФГБОУ ВО НИ ТГУ, Томск, Россия
[3] ФГБНУ «Томский НИМЦ», Томск, Россия
annakuz87@yandex.ru

Ключевые слова: родительское выгорание, детско-родительские отношения, супружеские отношения, дети с РАС.

PARENTAL BURNOUT AMONG MOTHERS RAISING A CHILD WITH ASD IN THE CONTEXT OF THE MARITAL AND CHILD-PARENT SUBSYSTEMS

Kuzmina A. S.[1], Stoyanova I. Ya.[2], Krivoshey K. O.[3]
[1] Altai State University, Barnaul, Russia
[2] National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia
[3] Tomsk Research Medical Center of the Russian Academy of Sciences, Tomsk, Russia
annakuz87@yandex.ru

Keywords: parental burnout, child-parent relationships, marital relationships, children with ASD.

Введение. Особенности развития ребенка с расстройством аутистического спектра создают уникальный набор психологических неблагоприятных проявлений для материнства. Симптомы родительского выгорания носят серьезный характер, сравниваемый с тяжелой формой депрессии. Более 80% матерей отмечают у себя деструктивные изменения, которые выражаются в хронической тревожности, повышенной раздражительности и страхе перед будущим [1].

Фактором, который усугубляет состояние матери, является взаимоотношения с супругом. Результаты опрошенных 80 женщин, воспитывающие ребенка с РАС, показали, что 30 %, не удовлетворены отношениями с партнером. Родители не сходятся в воспитательных мерах и выдвигают друг другу обвинения, последствия которых отражаются на ребенке [4]. Частой проблемой во взаимоотношениях является распределение обязанностей между супругами. Наблюдается тенденция к тому, что матери на себя берут бытовые функции, уход за ребенком, не работают, что приводит к недовольству матерей.

Особенности клинической картины РАС, такие как отстраненность близкого контакта, отсутствие зрительного контакта затрудняют отношение матери к ребенку и формируют неблагоприятное отношение к болезни. Так же отсутствие навыков выстраивания эффективного взаимодействия, навыков применения абилитации и отсутствием достаточной информации по заболеванию ребенка препятствует построению гармоничных детско-родительских отношений [3].

Взаимосвязь подсистем напрямую влияет на благополучие ребенка с РАС и его абилитацию. Проблемы в супружеской подсистеме, подрывают благоприятные детско-родительские отношения, из-за стрессового фона, в котором находится семья [2, 5]. Нарушение в двух подсистемах увеличивает риск развития симптомов родительского выгорания.

В связи с вышеперечисленным, **целью** настоящего исследования стало изучение взаимосвязи родительского выгорания матерей с особенностями супружеской и детско-родительской подсистем.

Материал и методы. Исследование проведено: «КГБУ «Алтайский краевой центр психолого-педагогической и медико-социальной помощи». Выборка: 80 женщин, воспитывающих ребенка с РАС. Дети: 5–8 лет. Возраст матерей от 32 до 40 лет. Методики: Тест-опросник удовлетворенности браком (ОУБ), В. В. Столина, Т. А. Романовой, Г. П. Бутенко, Опросник «Родительское выгорание» И. Н. Ефимовой, «Опросник детско-родительского эмоционального взаимодействия» Е. И. Захаровой. Обработка результатов: корреляционный анализ Спирмена для выявления взаимосвязей между удовлетворенностью супружескими отношениями выраженностью симптомов родительского выгорания, и линейный регрессионный анализ применен для выявления связи детско-родительских отношений и симптомов родительского выгорания.

Результаты. Получены отрицательные взаимосвязи удовлетворенности супружескими отношениями с эмоциональным истощением ($r = 0{,}477$; $p = 0{,}03$), деперсонализацией ($r = 0{,}539$; $p = 0{,}05$). Женщины, удовлетворенные супружескими отношениями менее подвержены развитию симптомов родительского выгорания.

С помощью линейного регрессионного анализа получены 3 регрессионные модели, предсказывающие развитие симптомов родительского выгорания с особенностями детско-родительских отношений.

Предикторы эмоционального истощения: а) негативные чувства, возникающие при взаимодействии с ребенком ($\beta = 0{,}299$; $p = 0{,}012$); б) непринятие ребенка ($\beta = 0{,}317$; $p = 0{,}05$); и в) ограниченность телесного контакта ($\beta = 0{,}235$; $p = 0{,}04$). Предикторы деперсонализации:

а) негативные чувства, возникающие при взаимодействии с ребенком (β = 0,369; p = 0,05); б) отсутствие эмоциональной поддержки (β = 0,564; p = 0,05). Предикторы редукции родительских достижений: а) негативные чувства, возникающие при взаимодействии с ребенком (β = –0,628; p = 0,05); б) отсутствие эмоциональной поддержки (β = –0,446; p = 0,01); в) непринятие ребенка (β = –0,561; p = 0,005).

Выводы. Полученные взаимосвязи свидетельствуют о том, что родительское выгорание матерей, воспитывающих ребенка с РАС, затрагивает не только психологическое здоровье матери, но всю семью в целом. Кроме того, особенности удовлетворенности качеством супружеских отношений затрагивают и эмоциональную сферу матери [3]. Удовлетворенность браком повышает толерантность к стрессовым факторам и снижает частоту проявления у матерей эмоционального истощения [5]. Стабильность супружеских отношений, уверенность в партнере, является ресурсом и восполняет фрустрированные потребности в детско-родительских отношениях.

В системе детско-родительских отношений наблюдается противоречивая ситуация, связанная с тем, что несмотря на дефициты ребенка, вызванные особенностями его заболевания, матери продолжают ориентироваться на состояние ребенка при построении взаимодействия. С другой стороны, наблюдается непонимания причин, вызвавших заболевание ребенка и изменяющих его состояние. В тоже время теплые взаимоотношения с ребенком, безусловное принятие его и его особенностей позволяют сохранять устойчивость к стрессогенным факторам. Полученные результаты могу быть использованы при комплексном сопровождении семьи с РАС.

Литература

1. Богачева, О. И. Особенности материнского отношения к болезни детей с расстройствами аутистического спектра / О. И. Богачева, М. В. Иванов // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2019. — Т. 19, № 3. — С. 21–29.

2. Конева, И. А. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра, и их коррекция / И. А. Конева, Е. Н. Краснова // Проблемы современного педагогического образования. — 2019. — № 63-4. — С. 113–116.

3. Первушина, О. Н. Эмоциональное состояние родителей детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) / О. Н. Первушина, О. В. Киселева, Т. А. Мурашова, Е. А. Дорошева // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — 2021. — Т. 21, № 1. — С. 14–23.

4. Ткаченко, Н. С. Стиль семейного воспитания родителей, воспитывающих детей с РАС в зависимости от типа эмоционального реагирования родителей на болезненное состояние ребенка / Н. С. Ткаченко, А. А. Бабаева // Заметки ученого. — 2022. — № 1. — С. 188–194.

5. Фадеева, Т. Ю. Психологические факторы родительского выгорания отцов и матерей / Т. Ю. Фадеева // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Акмеология образования. Психология развития. — 2021. — Т. 10, вып. 4 (40). — С. 334–343. — DOI 10.18500/2304-9790-2021-10-4-334-343.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ЦИФРОВЫХ ИНСТРУМЕНТОВ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ НЕРЕЧЕВОГО СЛУХОВОГО ВОСПРИЯТИЯ У ДЕТЕЙ

Курлапова А. Д.
ФГБО ВО УГМУ, Екатеринбург, Россия
aldushina-ad@mail.ru

Ключевые слова: нейропсихологическая диагностика, онлайн-тест, нейропсихологические пробы, неречевое слуховое восприятие.

USING DIGITAL TOOLS TO DIAGNOSE NON-VERBAL HEARING IN CHILDREN

Kurlapova A. D.
Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia
aldushina-ad@mail.ru

Keywords: neuropsychological diagnostics, online test, neuropsychological tests, non-verbal auditory perception.

Способность анализировать неречевые звуки и их характеристики (ритмы, шумы, интонации, высота и длительность звучания) лежит в основе целого ряда когнитивных процессов [3]. Взаимосвязь слухового гнозиса с другими когнитивными функциями детально раскрыта в работах Н. К. Корсаковой, Ю. В. Микадзе и Е. Ю. Балашовой [2]. Способность воспринимать и анализировать неречевые звуки обеспечивает развитие пространственной ориентации, так как умение определять направление и удаленность источника звука помогает ребенку ориентироваться в окружающей среде. Анализ звуковых паттернов способствует развитию абстрактного мышления и невербального интеллекта. А восприятие ритмов и ритмических последовательностей связано с формированием элементарных математических представлений. Кроме

того, распознавание интонаций и эмоциональных оттенков в голосе является важной составляющей коммуникативных навыков, а идентификация бытовых шумов необходима для освоения повседневных навыков и понимания происходящего вокруг. Наконец, адекватное восприятие слуховых стимулов важно для учебной деятельности: оно влияет на способность усваивать инструкции и различать схожие звуки на уроках. Для детей с интеллектуальными нарушениями эта способность имеет особое значение, поскольку выступает одним из ключевых механизмов адаптации к окружающей среде и освоения образовательных программ. В связи с этим разработка и внедрение эффективных, стандартизированных и одновременно бережных по отношению к ребенку диагностических инструментов является актуальным. В работах Л. С. Цветковой [4], Т. В. Ахутиной и Н. М. Пылаевой [1] обоснован мультисенсорный подход, предполагающий одновременное задействование слуховых, зрительных и тактильных каналов восприятия для диагностики и коррекции.

Для комплексной оценки неречевого слухового восприятия у детей с интеллектуальными нарушениями целесообразно использовать набор нейропсихологических проб, позволяющих изучить различные аспекты слухового гнозиса. Дополнительно можно использовать онлайн тест, который будет способствовать повышению мотивации детей к обследованию. Для прохождения онлайн диагностики необходимо простое и доступное оборудование: ноутбук, планшет или смартфон. Тестовые задания оцениваются автоматически (за каждый верный ответ ребенок получает 1 балл). Диагностику ребенок проходит в сопровождении специалиста, который после каждой пробы оценивает требовалась ли ребенку организующая помощь и подсказки при выполнении.

Проба 1: идентификация бытовых шумов. Ребенку предъявляются аудиозаписи бытовых звуков (шагов, льющейся воды, открывания дверей ключом, клаксона автомобиля) и предлагается выбрать соответствующую картинку.

Проба 2: различение музыкальных инструментов. Задание предполагает использование звуков шумовых инструментов, знакомых ребенку (бубен, колокольчик, маракас, барабан). Ребенок должен выбрать картинку, на которой представлен звучавший инструмент.

Проба 3: распознавание ритмических рисунков. Данная проба включает простые и сложные ритмы. Ребенок сначала слушает ритмический рисунок — последовательность длинных и коротких длительностей. Затем он выбирает изображение, которое визуально отображает этот ритм.

Проба 4: определение удаленности звука. В ней ребенку предлагается определить, близко или далеко находится источник звука, на основе изменения громкости. Данная проба оценивает восприятие интенсив-

ности звука как пространственного признака. Для большей наглядности и улучшения восприятия, к каждому ответу прилагаются картинки, где объекты находятся близко или далеко.

Проба 5: сопоставление звуков по высоте. ребенок прослушивает два отдельных звука подряд и определяет, какой из них звучит выше по высоте. Ему нужно выбрать ответ: «первый» или «второй». Для большей наглядности и улучшения восприятия, к каждому ответу прилагаются картинки с двумя птичками, сидящими на ветке: в первом случае птичка с цифрой «1» сидит на ветке сверху, а с цифрой «2» — снизу, и наоборот.

Проба 6: сравнение длительности звуков. Данное задание предполагает предъявление длинных и коротких звуков, после чего ребенок должен выбрать изображение паровозика с вагонами (длинный или короткий). В этой пробе оценивается восприятие временных характеристик звука.

Проба 7: распознавание эмоций в невербальных вокализациях. В ней ребенку предлагают выбрать картинку с эмоциональным выражением лица, которая подходит к звуку (смех, плач, вздох, крик, зевок). Оценивается способность воспринимать эмоциональные сигналы без опоры на речь.

Внедрение онлайн теста для диагностики неречевого слухового восприятия в практику нейропсихологической диагностики возможно в качестве дополнительного инструмента, который позволит повысить мотивацию детей к проведению обследования. Предложенный набор онлайн проб позволяет комплексно оценить разные аспекты слухового гнозиса и получить данные, которые можно использовать для создания коррекционной программы.

Литература

1. Ахутина, Т. В. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход / Т. В. Ахутина, Н. М. Пылаева. — Санкт-Петербург : Питер, 2008. — 320 с. — ISBN 978-5-91180-958-4.

2. Корсакова, Н. К. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников / Н. К. Корсакова, Ю. В. Микадзе, Е. Ю. Балашова. — Москва : Педагогическое общество России, 2001. — 160 с.

3. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. — 3-е изд. — Москва : Академический проект, 2000. — 512 с. — ISBN 5-8291-0079-7.4.

4. Цветкова, Л. С. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте / Л. С. Цветкова. — Москва : Академия, 2000. — 144 с.

ДИАГНОСТИКА СЕНСОРНОГО ПРОФИЛЯ У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХОРЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АКУСТИЧЕСКОЙ СТИМУЛЯЦИИ

Лебедева А. С.[1], Стоянова И. Я.[2]
[1] ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, Томск, Россия
[2] ФГАОУ ВО ТГУ, Томск, Россия
bakvtomske@mail.ru

Ключевые слова: задержка психоречевого развития, сенсорный профиль, акустическая стимуляция, дети дошкольного возраста.

ASSESSMENT OF THE SENSORY PROFILE IN CHILDREN WITH DELAYED PSYCHO-SPEECH DEVELOPMENT UNDERGOING ACOUSTIC STIMULATION

Lebedeva A. S.[1], Stoyanova I. Ya.[2]
[1] Siberian State Medical University, Tomsk, Russia
[2] Tomsk State University, Tomsk, Russia
bakvtomske@mail.ru

Keywords: delayed psycho-speech development, sensory profile, acoustic stimulation, preschool children.

Введение. Задержка психоречевого развития (ЗПРР) представляет собой один из наиболее распространенных вариантов дизонтогенеза в детском возрасте, характеризующийся замедлением темпов формирования познавательных и речевых функций при сохранении потенциальной способности к компенсации [2]. Наряду с когнитивными и речевыми нарушениями у детей с ЗПРР часто выявляются расстройства сенсорной обработки, которые значительно осложняют их повседневное функционирование, социальную адаптацию и обучение [1].

Сенсорные нарушения при ЗПРР проявляются в виде гипер- или гипочувствительности к различным стимулам, трудностей модуляции сенсорных сигналов, нарушений проприоцептивной и вестибулярной обработки [5]. Согласно теоретической модели сенсорной обработки W. Dunn, индивидуальные особенности реагирования на сенсорные стимулы определяются сочетанием неврологического порога (высокого или низкого) и стратегии саморегуляции (активной или пассивной), что формирует четыре сенсорных профиля: «чувствительный», «избегающий», «низко регистрирующий» и «ищущий ощущения» [9].

В настоящее время отмечается рост числа детей с задержкой психоречевого развития (ЗПРР), что обусловливает необходимость поиска эффективных немедикаментозных методов коррекции когнитивных и сенсорных нарушений. Одним из перспективных направлений является

метод акустической стимуляции, согласованной с параметрами электроэнцефалограммы (АС-ЭЭГ), основанный на принципах биологической обратной связи.

Цель — оценить динамику сенсорного профиля у детей 3–7 лет с ЗПРР после курса АС-ЭЭГ на основе анализа групповых данных.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе Детского реабилитационного центра «ReaKid's» (г. Томск) в период с декабря 2025 по июнь 2026 года. Исследование считаем проспективным, рандомизированным, контролируемым.

В исследовании приняли участие 25 детей в возрасте от 3 до 7 лет (средний возраст 4,4±1,4 года) с установленным диагнозом «задержка психоречевого развития» (ЗПРР). Распределение по полу: 13 мальчиков (52%) и 12 девочек (48%). Критерии включения: возраст 3–7 лет, наличие диагноза ЗПРР, первичное назначение процедуры АС-ЭЭГ, письменное согласие законных представителей. Критерии исключения: эпилепсия, тяжелые генетические синдромы, грубые двигательные нарушения, отказ от участия.

Рандомизация проводилась методом жеребьевки: основная группа ($n = 20$) и группа контроля ($n = 5$). Группы были сопоставимы по возрасту ($U = 42,5$, $p = 0,629$), полу ($\chi^2 = 1,34$, $p = 0,247$) и исходным нейрофизиологическим показателям ($p > 0,05$).

Проводился 10–12-сеансовый курс АС-ЭЭГ. Оценка сенсорного профиля осуществлялась с помощью опросника «Сенсорный профиль» (Short Sensory Profile, SSP) — родительский стандартизированный опросник (Dunn W., 1999), содержащий 125 пунктов, оценивающих поведенческие реакции ребенка в различных сенсорных модальностях: слуховой, зрительной, тактильной, вестибулярной, орально-вкусовой и проприоцептивной [9]. Ответы фиксировались по бинарной шкале (0 — симптом отсутствует, 1 — симптом присутствует). Оценка проводилась до начала курса и через месяц после его завершения.

Статистическая обработка выполнена в программе JASP 0.96. Для сравнения долей использовался точный критерий Фишера. Для анализа динамики внутри групп — критерий Вилкоксона и парный t-критерий Стьюдента. Уровень значимости принят $\alpha = 0,05$.

Результаты. Исходно группы были сопоставимы по доле детей с сенсорными нарушениями по всем шести модальностям ($p > 0,05$ по точному критерию Фишера), что подтверждает корректность рандомизации (табл. 1).

В основной группе зафиксировано статистически значимое снижение доли детей с сенсорными нарушениями по всем шести доменам SSP ($p < 0,05$), наиболее выраженное в слуховой ($p = 0,001$) и тактиль-

ной (p = 0,002) сферах. В контрольной группе значимой динамики не выявлено.

Таблица 1

Сравнение исходной доли детей с сенсорными нарушениями между основной группой и группой контроля (точный критерий Фишера) на основе опросника сенсорного профиля (Short Sensory Profile, SSP)

Сенсорная модальность	Основная группа (n = 20), %	Группа контроля (n = 5), %	p (Фишер)
Вестибулярная/ проприоцептивная	58,4	56,0	0,862
Тактильная	52,5	51,0	0,781
Двигательная	55,6	53,8	0,825
Орально-вкусовая	48,3	46,0	0,723
Слуховая	54,2	52,0	0,698
Зрительная	47,8	45,0	0,654

В основной группе после курса АС-ЭЭГ зафиксировано статистически значимое снижение доли детей с сенсорными нарушениями по всем шести модальностям (табл. 2).

Таблица 2

Сенсорная модальность	До курса (%)	После курса (%)	p (Фишер)	Эффект
Вестибулярная/ проприоцептивная	58,4	42,1	0,006*	Высокозначимый
Тактильная	52,5	35,8	0,002*	Высокозначимый
Двигательная	55,6	40,4	0,004*	Высокозначимый
Орально-вкусовая	48,3	32,5	0,009*	Значимый
Слуховая	54,2	36,9	0,001*	Очень высокозначимый
Зрительная	47,8	34,2	0,015*	Значимый

Наиболее выраженная динамика отмечена в слуховой сфере (снижение с 54,2% до 36,9%, p = 0,001) и тактильной сфере (с 52,5% до 35,8%, p = 0,002).

В контрольной группе статистически значимых изменений не выявлено (p > 0,05 по всем модальностям), что подтверждает специфичность терапевтического эффекта.

Диагностическая методика Опросник «Сенсорный профиль» (Short Sensory Profile, SSP) показала, что курс акустической стимуляции, со-

гласованной с параметрами ЭЭГ, приводит к статистически значимому снижению сенсорных нарушений у детей с задержкой психоречевого развития. Наиболее выраженный эффект зафиксирован в слуховой и тактильной модальностях, что готоворит о чувствительности диагностического инструментария и поддтверждаем механизм действия метода, основанного на акустической стимуляции и его влиянии на афферентные системы.

Полученные результаты согласуются с данными литературы о влиянии БОС-терапии на сенсорную обработку. В исследованиях R. Coben и соавторов показано, что нейробиоуправление у детей с РАС приводит к снижению сенсорной гиперчувствительности и улучшению коммуникативных навыков [8].

Ограничениями исследования являются небольшой объем выборки, особенно в группе контроля, и отсутствие долгосрочного катамнеза (более 3 месяцев). Требуются дальнейшие исследования с большим объёмом выборки дифференциация результатов по половому и возрастному признаку, а также пролонгированным наблюдением для подтверждения устойчивости полученных эффектов.

Выводы:

1. Метод акустической стимуляции, согласованной с параметрами ЭЭГ, приводит к статистически значимому снижению сенсорных нарушений у детей 3–7 лет с задержкой психоречевого развития по всем шести сенсорным доменам ($p < 0,05$). Наиболее выраженный эффект зафиксирован в слуховой ($p = 0,001$) и тактильной ($p = 0,002$) сферах.

2. В контрольной группе статистически значимых изменений не выявлено, что подтверждает специфичность терапевтического эффекта, не сводимого к фактору времени или ожидания.

Литература

1. Бочкина, Е. В. Особенности детей с задержкой психического развития (ЗПР) в период дошкольного детства / Е. В. Бочкина // Эпоха науки. — 2022. — № 32. — С. 188–194. — DOI 10.24412/2409-3203-2022-32-188-194.

2. Егорова, Т. В. Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии / Т. В. Егорова. — Москва : Педагогика, 1973. — 150 с. : ил.

3. Колчева, Ю. А. Применение метода биоакустической коррекции в нейропедиатрии : методическое пособие / Ю. А. Колчева, К. В. Константинов, А. П. Скоромец, Е. В. Беникова. — Санкт-Петербург, 2018. — 88 с.

4. Суворов, Н. Б. Биологическая обратная связь и биоакустическая коррекция в Институте экспериментальной медицины : монография /

Н. Б. Суворов, К. В. Константинов, О. Н. Вовк ; под редакцией Н. Б. Суворова. — Санкт-Петербург : Политех-Пресс : Санкт-Петербургский политехнический университет Петра Великого, 2026. — 226, [2] с. : ил., табл. — ISBN 978-5-7422-9353-8.

5. Ayres, A. J. Sensory integration and the child: understanding hidden sensory challenges / A. J. Ayres ; with assistance from J. Robbins. — 25th anniversary ed., rev. and updated. — Los Angeles, CA : Western Psychological Services, 2005. — XI, 211 p. — ISBN 978-0-87424-437-3.

6. Bayley, N. Bayley Scales of Infant and Toddler Development. Fourth Edition : technical manual / N. Bayley, G. P. Aylward. — 4th ed. — San Antonio, TX : NCS Pearson, 2019.

7. Cabeza, R. Hemispheric asymmetry reduction in older adults: the HAROLD model / R. Cabeza // Psychology and Aging. — 2002. — Vol. 17, no. 1. — P. 85–100. — DOI 10.1037/0882-7974.17.1.85.

8. Coben, R. Neurofeedback for autistic spectrum disorder: a review of the literature / R. Coben, M. Linden, T. E. Myers // Applied Psychophysiology and Biofeedback. — 2010. — Vol. 35, no. 1. — P. 83–105. — DOI 10.1007/s10484-009-9117-y.

9. Dunn, W. Sensory Profile: user's manual / W. Dunn. — San Antonio, TX : Psychological Corporation, 1999. — 146 p. — ISBN 978-0-7616-3801-8.

10. Goh, J. O. Neuroplasticity and cognitive aging: the scaffolding theory of aging and cognition / J. O. Goh, D. C. Park // Restorative Neurology and Neuroscience. — 2009. — Vol. 27, no. 5. — P. 391–403. — DOI 10.3233/RNN-2009-0493.

11. Korkman, M. NEPSY-II: clinical and interpretive manual / M. Korkman, U. Kirk, S. Kemp. — 2nd ed. — San Antonio, TX : Harcourt Assessment, PsychCorp, 2007. — 290 p. — ISBN 0-15-823433-2.

12. Leiter International Performance Scale. Third Edition (Leiter-3) / G. H. Roid, L. J. Miller, M. Pomplun, C. Koch. — 3rd ed. — Wood Dale, IL : Stoelting Co., 2013.

13. Park, D. C. The aging mind: neuroplasticity in response to cognitive training / D. C. Park, G. N. Bischof // Dialogues in Clinical Neuroscience. — 2013. — Vol. 15, no. 1. — P. 109–119. — DOI 10.31887/DCNS.2013.15.1/dpark.

14. Piaget, J. La psychologie de l'intelligence / J. Piaget. — Paris : Armand Colin, 1947. — 212 p. — (Collection Armand Colin ; 249).

15. Stern, Y. What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept / Y. Stern // Journal of the International Neuropsychological Society. — 2002. — Vol. 8, no. 3. — P. 448–460. — DOI 10.1017/S1355617702813248.

ПРОБЛЕМА УЧЕТА РОЛИ ОТЦА В ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Маркушина М. В., Иванов М. В.
НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
mariamarkusina@gmail.com

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра, отцовская вовлеченность, ранняя помощь, семейная динамика, модель монада-диада-триада.

THE PROBLEM OF TAKING INTO ACCOUNT THE FATHER'S ROLE IN ORGANIZING EARLY INTERVENTION FOR YOUNG CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS

Markushina M. V., Ivanov M. V.
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia
Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
mariamarkusina@gmail.com

Keywords: fatherhood, early intervention, autism spectrum disorders, family dynamics, triadic family systems perspective.

В настоящее время большое внимание уделяется проблемам детей с нарушениями психического развития, в том числе с расстройствами аутистического спектра (РАС) [1]. Разрабатываются подходы к скринингу, ранней клинической диагностике и комплексной помощи. Увеличение числа выявляемых и клинически верифицированных случаев РАС («Общих расстройств психологического (психического) развития» (подрубрика F84) по МКБ-10) ставит перед специалистами новые задачи по организации подходов к ранней помощи, поскольку первые годы жизни являются сенситивным периодом в социальном развитии человека.

Несмотря на признание семейной системы как ключевого ресурса при организации ранней помощи, на протяжении многих лет исследовательский фокус оставался в ракурсе диады «мать-дитя», тогда как отцы если и попадали в поле зрения, то, скорее, как фигуры второстепенные. При этом роль отца специфична и в ряде аспектов не менее значима [2]. Однако большинство программ ранней помощи по-прежнему ориентированы на роль матери.

Ранняя помощь детям с РАС не может быть признана полноценной без учета структурных и динамических характеристик семейной систе-

мы, включая родительскую подсистему в целом. В планируемой работе планируется предпринять попытку систематизации теоретических оснований для включения отцов в комплексную помощь детям раннего возраста с РАС. Для этого предлагается обратиться к модели эволюции семейной системы, выделяющей три последовательные стадии: монада, диада и триада [5]. Эта модель позволяет увидеть, как семейная динамика влияет на эффективность ранней помощи и почему исключение отца из реабилитационного процесса снижает эффективность ранней помощи в долгосрочной перспективе.

В норме переход от диады к триаде происходит естественно, однако в семьях детей с нарушениями развития, в т.ч. с РАС, он может нарушаться. Причинами могут быть сниженная отзывчивость ребенка, трудности с установлением зрительного контакта и вовлечением в совместную деятельность. Мать становится основным «экспертом» по ребенку, а отец, не находя своего места, отодвигается на периферию. Система застревает в диаде «мать-дитя», что представляет собой структурную дисфункцию. Ребенок не получает опыта триадного взаимодействия, мать перегружена, отец теряет связь с семьей.

В исследованиях подтверждается, что отцы детей с РАС не являются пассивными наблюдателями, так Келлер, Рамайш и Кэролан (2014) выделены семь ключевых тем отцовства при РАС, среди которых особое место занимает изоляция отца, как устойчивый феномен, воспроизводящийся в системе ранней помощи. Кроме того, отцы переживают специфический комплекс чувств: вину, безысходность, социальную изоляцию, конфликт между реальным опытом и социальными ожиданиями. Е. Д. Красильникова (2012, 2013) [4] описала этот психологический профиль и ввела понятие «конструктивной активности родителей». Однако конструктивная активность отцов часто остается невостребованной, поскольку программы ранней помощи не предусматривают их участия.

Сравнительные исследования фиксируют различия в эмоциональном фоне матерей и отцов. Французская когорта ELENA показала, что у матерей на момент постановки диагноза выше уровень стресса, однако стресс отцов остается стабильно повышенным на протяжении многих лет. Ранкин с соавторами (2019) пришли к выводу: отцы редко включаются в исследования, однако их участие способно улучшить семейную систему. Недавний систематический обзор Донохью и Тинана (2025) показал, что из 94 родительских диад были представлены только 2 отца, при этом авторы отмечают, что коучинг с участием отцов может быть успешно реализован.

В рамках предлагаемой модели отношения отцов рассматриваются как трехкомпонентная система. Первый компонент — отношение отца к ребенку, включающее родительскую позицию, стиль взаимодействия

и степень вовлеченности. Отцы детей с РАС испытывают трудности в установлении эмоционального контакта, однако сохраняют направленность на его достижение. Данный компонент поддается коррекции через обучение конкретным техникам общения. Второй компонент — отношение отца к болезни ребенка (нозогнозия). У отцов часто встречается гипонозогнозия или гипернозогнозия. Как показано в исследованиях М.В. Иванова и О.И. Богачевой (2016) [3], дефицит информации и отношение к болезни ребенка с РАС напрямую влияет на вовлеченность в реабилитацию. Исследования М.В. Иванова с соавторами (2023) подтверждают эффективность психообразовательных программ для формирования адекватных стратегий совладания, связанных с болезнью ребенка. Третий компонент — супружеские отношения. Согласованная супружеская позиция выступает ресурсом, обеспечивающим сохранение вовлеченности отца. Дезинтеграция супружеской подсистемы ведет к его выпадению из семейной системы.

Предложенная модель имеет, как диагностический, так и абилитационный потенциал. Она позволяет выделить прогностические маркеры риска нарушения перехода к триаде, такие как низкая вовлеченность отца, неудовлетворенность супружескими отношениями, искаженное восприятие тяжести состояния ребенка. Каждый из трех компонентов может быть оценен с помощью существующих методик, однако ключевое значение имеет их сочетание. На основе выделенных компонентов определяются мишени психологической поддержки отцов: работа с родительской позицией, работа с отношением к болезни, работа с супружеской подсистемой. Мишени должны быть конкретными: не «быть хорошим отцом», а «научиться играть с ребенком», «обсуждать с женой ежедневные задачи», «понимать, что происходит на занятиях у специалистов».

Модель нуждается в эмпирической верификации. Дальнейшие исследования будут направлены на разработку диагностического комплекса, сравнительное изучение семей с РАС, лонгитюдное исследование динамики структуру отцовского отношения, а также экспериментальную проверку эффективности программ психологической поддержки отцов.

Таким образом, учет роли отца в комплексной помощи детям раннего возраста с РАС требует не только теоретического осмысления, так и практических решений. Предложенная модель задает направление перехода от диады к триаде. Включение отцов в систему ранней помощи как полноценных субъектов реабилитации — это перспективное направление, и предлагаемая модель может стать одним из шагов в этом направлении.

Литература

1. Богачева, О. И. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра / О. И. Богачева, М. В. Иванов,

Н. В. Симашкова // Аутизм и нарушения развития. — 2019. — Т. 17, № 4 (65). — С. 3–11. — DOI 10.17759/autdd.2019170401.

2. Добряков, И. В. Перинатальная психология : монография / И. В. Добряков. — Санкт-Петербург : Питер, 2010. — 271 с. : ил., табл. — (Мастера психологии). — ISBN 978-5-49807-191-6.

3. Иванов, М. В. Исследование особенностей родительского отношения к болезни ребенка (на примере расстройств аутистического спектра) / М. В. Иванов, О. И. Богачева // Психиатрия. — 2016. — № 3 (71). — С. 58–59.

4. Красильникова, Е. Д. Функционирование семей, воспитывающих детей с различными вариантами нарушения психического развития : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Красильникова Елена Дмитриевна ; Российский государственный педагогический университет им. А. И. Герцена. — Санкт-Петербург, 2013. — 244 с. : ил.

5. Minuchin, S. Families & family therapy / S. Minuchin. — Cambridge, Mass. : Harvard University Press, 1974. — VIII, 268 p. — ISBN 0-674-29236-7.

ПРИМЕНЕНИЕ ТЕСТА WISC В ДИАГНОСТИКЕ ИНТЕЛЛЕКТА ДЕТЕЙ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

Оралова А., Беломестнова Н. В.
ГАОУ ВО ЛО «ЛГУ им. А. С. Пушкина», Санкт-Петербург, Россия
aiym.oralovaa@gmail.com

Ключевые слова: общее недоразвитие речи, диагностика интеллекта, WISC.

APPLICATION OF THE WISC TEST IN DIAGNOSING THE INTELLIGENCE OF CHILDREN WITH GENERAL SPEECH UNDERDEVELOPMENT

Oralova A., Belomestnova N. V.
Leningrad State University named after A. S. Pushkin,
Saint-Petersburg, Russia
aiym.oralovaa@gmail.com

Keywords: developmental language disorder, intelligence diagnosis, WISC.

Введение. Наиболее часто используемым инструментом диагностики интеллекта является тест Д. Векслера WISC. Однако при обследовании детей с речевыми нарушениями результаты по вербальным субтестам могут не соответствовать реальному уровню интеллекта в силу

речевого дефицита. Зарубежные исследования [4] свидетельствуют, что у данной категории детей показатели вербального интеллекта статистически значимо ниже невербального, что обусловлено не интеллектуальной недостаточностью, а ограничениями языковой обработки. Аналогичные данные приводятся и в отечественной литературе [3]. Ошибки интерпретации могут приводить к неверной оценке интеллекта и неправильному построению коррекционной программы.

В исследованиях Н. В. Нольда [2] и E. Ottem [4] показано, что у детей с общим недоразвитием речи (далее — ОНР) структура интеллекта отличается неравномерностью: вербальные показатели статистически значимо ниже, чем у детей без речевых нарушений, тогда как невербальные компоненты не имеют достоверных различий с нормой. При этом, по данным Н. В. Беломестновой [1], общий IQ детей с ОНР соответствовал нормативным параметрам.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе ООО «Корпорация детства» и ГБДОУ детский сад №89 Красносельского района Санкт-Петербурга «Бригантина». Было обследовано 29 детей 6–7 лет (n = 29, 12 мальчиков и 17 девочек), из них 11 с диагнозом ОНР 3 и 4 уровней и 18 с нормотипичным развитием. Работа с каждым ребенком проводилась индивидуально.

Следует отметить, что при патопсихологическом обследовании в непосредственном общении речевая продукция детей с ОНР слабо отличалась от речи нормотипичных сверстников: наблюдались отдельные задержки при ответах и перестановки звуков местами, однако это не влияло на правильность самих ответов.

Результаты. Сравнительный анализ выявил статистически значимые различия по вербальному интеллекту (VIQ): 133 балла ± 3,28 у детей с ОНР против 119 баллов ± 4,17 у нормотипичных ($U = 48,5$; $p = 0,024$*). По невербальному интеллекту (PIQ) различий не обнаружено (125 б. против 121 б.; $p = 0,431$). По общему показателю (FSIQ) выявлена тенденция, не достигающая степени достоверности (132 б. против 122 б.; $p = 0,059$). Достоверность различий считалась по критерию U-Манна-Уитни.

Вербальный интеллект детей с ОНР не продемонстрировал снижения: его показатели оказались статистически значимо выше, чем у нормотипичных сверстников ($p = 0,024$*). Анализ результатов вербальных субтестов WISC показал, что по 2 субтестам — «Понятливость» и «Словарный» — показатели у детей с ОНР выше, чем у нормотипичных детей. Достоверность различий находится на уровне тенденции ($p = 0,068$ и $p = 0,077$ соответственно). Другие значимые различия выявлены не были.

Этот результат может быть объяснен тем, что степень речевого нарушения у детей данной группы очень легкая и не отразилась на содержании речевой продукции. Дефекты речевой организации задели не

вербальное мышление, а только экспрессивную речь, то есть это действительно локальные нарушения речи, не задевающие общие когнитивные функции. Кроме того, следует учесть, что эти дети находились в группах, где систематически проводится коррекционная работа, которая может стимулировать развитие когнитивных функций, а также давать эффекты усвоенных речевых штампов.

Невербальный интеллект по тесту WISC не выявил достоверных различий между группами, что подтверждает его сохранность при ОНР. Статистически значимых различий между результатами субтестов, отражающих невербальный компонент интеллекта, не выявлено. Обе группы успешно справляются с заданиями.

Выводы. Проведённое исследование показало, что дети 6–7 лет с ОНР не уступают нормотипичным сверстникам по невербальному интеллекту, более того, в данном исследовании по вербальному интеллекту они превосходят их по вербальному интеллекту. Показатели IQ теста WISC — как вербальные, так и невербальные — соответствуют реальным интеллектуальным способностям детей с речевыми нарушениями, по крайней мере у детей исследованной группы.

Литература

1. Беломестнова, Н. В. К вопросу об эффективности диагностики интеллектуального развития ребёнка по рисуночным тестам / Н. В. Беломестнова // Рождение и жизнь : материалы международной конференции по клинической психологии детства, 15–16 октября 2010 г., Санкт-Петербург / под общ. ред. В. А. Аверина, А. Н. Корнева. — Санкт-Петербург : Изд-во СПбГПМА, 2010. — С. 64–66.

2. Особенности структуры интеллектуального развития детей дошкольного и младшего школьного возраста с общим недоразвитием речи / Н. В. Нольд, Р. В. Скочилов, Т. Н. Березина, М. Н. Ильина // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. — 2020. — Т. 10, № 4. — С. 428–441. — DOI 10.21638/spbu16.2020.404.

3. Шаргородская, Л. В. Особенности применения теста Векслера (WISC) для детей с расстройствами аутистического спектра / Л. В. Шаргородская // Альманах Института коррекционной педагогики. — 2025. — № 58. — DOI 10.66435/almanac.ise.58.02. — URL: https://alldef.ru/ru/articles/almanac-no-58/features-of-the-wechsler-test-%28wisc%29-for-children-with-autism-spectrum-disorders (дата обращения: 10.10.2026). — Текст : электронный.

4. Ottem, E. Do the Wechsler scales underestimate the difference between verbal and performance abilities in children with language-related disorders? / E. Ottem // Scandinavian Journal of Psychology. — 2002. — Vol. 43, № 4. — P. 291–298. — DOI 10.1111/1467-9450.00297.

ПОЛОВЫЕ РАЗЛИЧИЯ В РАСПОЗНАВАНИИ ЭМОЦИЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ У ПОДРОСТКОВ В НОРМЕ И ПРИ ШИЗОТИПИЧЕСКОМ РАССТРОЙСТВЕ

Орлова Е. А., Зверева Н. В.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
orlovae151@gmail.com

Ключевые слова: распознавание эмоций, социальная тревожность, шизотипическое расстройство, подростковый возраст.

SEX DIFFERENCES IN EMOTION RECOGNITION AND SOCIAL ANXIETY IN TYPICALLY DEVELOPING ADOLESCENTS AND ADOLESCENTS WITH SCHIZOTYPAL DISORDER

Orlova E. A., Zvereva N. V.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
orlovae151@gmail.com

Keywords: emotion recognition, social anxiety, schizotypal disorder, adolescence.

Введение. Распознавание эмоций является одним из компонентов социального познания и представляет собой процесс определения эмоционального состояния другого человека по его экспрессивным проявлениям, в том числе мимике, жестам и позам [4]. Социальная тревожность описывается как переживание напряжения в ситуациях межличностного взаимодействия, опосредованное страхом негативной оценки со стороны окружающих [2].

В систематическом обзоре C. Zouraraki и соавторов [5] отмечаются трудности распознавания эмоций у лиц с выраженными шизотипическими чертами и пациентов с шизотипическим расстройством личности. Изучение данных феноменов прежде всего актуально в подростковом возрасте, когда общение со сверстниками приобретает особое значение, а понимание эмоциональных состояний других людей становится важным условием межличностного взаимодействия. Описываемое в научной литературе своеобразие эмоциональной и социальной сфер при шизотипическом расстройстве обосновывает интерес исследования половых различий в распознавании эмоций и социальной тревожности, что позволит более дифференцированно описать эти особенности у рассматриваемой группы подростков.

Цель. Выявить половые различия в распознавании и интерпретации невербальных эмоциональных стимулов и уровне социальной тревож-

ности у подростков условно нормативной группы и подростков с шизотипическим расстройством.

Материал и методы. Общая выборка составила 177 подростков 14–17 лет (15,78 ± 0,83 года): 117 учащихся общеобразовательной школы (66 юношей, 51 девушка) и 60 подростков с шизотипическим расстройством (F21; 30 юношей, 30 девушек), диагностированным врачом-психиатром.

Использовались краткая шкала страха негативной оценки (BFNE; адаптация И. В. Григорьевой и С. Н. Ениколопова) [2], методика «Оценка степени опасности с опорой на фотографии» М. И. Вещиковой [1], методика «Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)» А. Е. Назаренко в модификации Н. В. Зверевой и М. В. Зверевой [3] и первый блок методики «Диагностика способности к адекватной интерпретации невербального поведения» В. А. Лабунской [4]. Индекс социальной тревожности рассчитывался как среднее стандартизированных показателей страха негативной оценки и восприятия социогенной опасности; индекс восприятия угрозы определялся как доля интерпретаций, содержащих указания на страх, его синонимы или восприятие ситуации как угрожающей, от общего числа ответов участника. Половые различия оценивались отдельно в каждой группе с помощью U-критерия Манна-Уитни.

Результаты. В условно нормативной группе девушки имели более высокие показатели по фактору «Узнавание», отражающему точность распознавания смыслового содержания жестов и поз (Me = 21 против 19 у юношей; U = 1033,5; p = 0,04). Также у девушек были выше показатели по фактору «Агрессия» (Me = 2 против 1; U = 890; p = 0,003): их ответы чаще содержали указания на агрессивные намерения или действия, направленные на персонажа или других людей.

В клинической группе девушки также превосходили юношей по факторам «Узнавание» (Me = 21 против 20; U = 316; p = 0,04) и «Агрессия» (Me = 2 против 1; U = 237; p = 0,001). У юношей были выше показатели по фактору «Агентность» (Me = 14 против 6 у девушек; U = 275; p = 0,01), характеризующему выделение субъекта действия при интерпретациях. Индекс социальной тревожности был выше у девушек (Me = 0,23 против -0,25 у юношей; U = 306,5; p = 0,03).

Исследование различий среди мужской выборки показало, что у юношей с ШТР наблюдались более высокие показатели по факторам «Агентность» (Me = 14 против 5; U = 530; p = 0,001) и «Моторика» (Me = 9 против 4; U = 443; p < 0,001) по сравнению с условно здоровыми.

В ходе сравнительного анализа результатов девушек условно нормативной и клинической групп установлено, что при ШТР были статистически значимо выше значения по факторам «Моторика» (Me = 9 против

4; U = 308,5; p < 0,001), «Позы» (Me = 12 против 10; U = 465; p = 0,006), «Мимика-жесты» (Me = 8 против 7; U = 520; p = 0,025) и «Мимика» (Me = 26 против 24; U = 413,5; p = 0,001). Кроме того, в клинической группе у девушек отмечались более высокие показатели страха негативной оценки (Me = 37 против 32; U = 531; p = 0,022).

У подростков с ШТР обоих полов, по сравнению с условной нормой, был выявлен более низкий индекс угрозы (Me = 0,04 против 0,06; девушки: U = 391,5; p = 0,001; юноши: U = 676; p = 0,039).

Выводы. Как показали результаты исследования, девушки в обеих группах точнее распознавали смысловое содержание жестов и поз и чаще включали агрессивное содержание в интерпретации.

Подростки с ШТР обоих полов чаще ориентировались на двигательный компонент в содержании стимулов и меньше оценивали угрозу в социальных ситуациях по сравнению с группой условной нормы. У девушек с ШТР различия дополнительно затрагивали интерпретацию поз, мимики и сочетаний мимики и жестов, а также страх негативной оценки; у юношей — выделение действующего субъекта. В целом результаты указывают на своеобразие анализа невербальной социальной информации при ШТР и различный характер его проявлений у девушек и юношей.

Таким образом, учет фактора пола позволяет более точно дифференцировать особенности социального познания и тревожности как внутри исследуемых групп, так и между группами нормы и патологии, что требует дальнейшего изучения в рамках рассматриваемой проблемы.

Литература

1. Вещикова, М. И. Методика «Оценка степени опасности с опорой на фотографии» («Фото-тест») : методические рекомендации / М. И. Вещикова ; ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». — Москва : Сам Полиграфист, 2020. — 24 с. : табл., цв. ил. — ISBN 978-5-00166-210-5.

2. Григорьева, И. В. Апробация опросников «Шкала социальной тревожности Либовица» и «Шкала страха негативной оценки (краткая версия)» / И. В. Григорьева, С. Н. Ениколопов // Национальный психологический журнал. — 2016. — № 1 (21). — С. 31–44. — DOI 10.11621/npj.2016.0105.

3. Зверева, Н. В. Клинические и возрастные особенности применения методики «Распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)» у детей и подростков (по материалам доклада на конференции в 2020) / Н. В. Зверева, М. В. Зверева // Медицинская психология в России. — 2022. — Т. 14, № 5 (76). — Ст. e3.

4. Лабунская, В. А. Теоретико-эмпирические основания создания методики «Диагностика уровня развития способности к адекватной интерпретации невербального поведения» / В. А. Лабунская // Российский психологический журнал. — 2008. — Т. 5, № 4. — С. 35–48. — DOI 10.21702/rpj.2008.4.3.

5. Zouraraki, C. Facial emotion recognition and schizotypal traits: a systematic review of behavioural studies / C. Zouraraki, P. Karamaouna, S. G. Giakoumaki // Early Intervention in Psychiatry. — 2023. — Vol. 17, no. 2. — P. 121–140. — DOI 10.1111/eip.13328.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ДЕПРЕССИВНЫХ И ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ У СОВРЕМЕННЫХ ПОДРОСТКОВ В УСЛОВИЯХ ШКОЛЬНОЙ ДЕЗАДАПТАЦИИ

Палева Е. С.
ОЧУВО «Международный инновационный университет»,
Сочи, Россия
elenaanatoliy16@gmail.com

Ключевые слова: депрессия, тревожность, подростки, коморбидность.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF DEPRESSIVE AND ANXIETY STATES IN MODERN ADOLESCENTS UNDER CONDITIONS OF SCHOOL MALADAPTATION

Paleva E. S.
International Innovation University, Sochi, Russia
elenaanatoliy16@gmail.com

Keywords: depression, anxiety, adolescents, comorbidity.

Введение. Актуальность исследования определяется существенным увеличением распространенности депрессивных и тревожных расстройств среди подростковой категории населения, а также устойчивой тенденцией роста числа суицидальных инцидентов в молодежной среде. На протяжении длительного периода в отечественной психолого-педагогической и медицинской практике эмоционально-аффективные нарушения подростков преимущественно интерпретировались как ситуативные проявления возрастного кризиса, связанные с особенностями пубертатного развития. Однако современные

достижения клинической психологии, психиатрии и возрастной психопатологии свидетельствуют о том, что депрессивные синдромы у несовершеннолетних сопоставимы по уровню клинической выраженности с аналогичными состояниями взрослого возраста, хотя обладают специфической феноменологией, обусловленной особенностями когнитивного, эмоционального и социального становления личности характеризуется повышенной уязвимостью эмоционально-регуляторных механизмов, вследствие чего коморбидные тревожно-депрессивные состояния наиболее отчетливо проявляются в ситуации нарушения школьной адаптации, где образовательное пространство выступает центральным институтом социализации и формирования личностной идентичности подростка.

Цель исследования — теоретико-методологический анализ клинико-психологических характеристик депрессивных и тревожных проявлений у современных подростков, протекающих на фоне деструкции учебной и социальной адаптации.

Материал и методы. Теоретико-аналитическую основу работы составили современные отечественные и зарубежные клинические руководства, психиатрические классификационные системы, а также научные исследования в области аффективной патологии детского и подросткового возраста, представленные специалистами «Национального медицинского исследовательского центра психиатрии и неврологии имени В. М. Бехтерева». В процессе исследования применялись системный подход, позволяющий рассматривать депрессивно-тревожные нарушения как многоуровневый психобиосоциальный феномен, дескриптивный метод анализа психопатологических проявлений, а также сравнительно-исторический метод изучения динамики представлений о подростковых аффективных расстройствах.

Результаты. Современная клиническая практика рассматривает эмоционально-аффективные нарушения подросткового возраста, возникающие под воздействием хронического учебного и социально-психологического напряжения, преимущественно в рамках расстройств адаптации (F43.20, F43.21, F43.22 согласно МКБ-10) либо депрессивных эпизодов различной степени тяжести. Особое диагностическое значение имеет депрессивное расстройство поведения (F92.0), при котором выраженные нарушения социального функционирования, агрессивные реакции и диссоциальные формы поведения могут выступать своеобразным поведенческим «экраном», скрывающим внутреннюю эмоциональную дезорганизацию [2], переживание психологической боли, тревожность и чувство безысходности.

Эпидемиологические исследования демонстрируют выраженное увеличение частоты депрессивных состояний в период раннего пубертата:

если в препубертатном возрасте распространенность депрессии составляет около 0,1%, то в подростковом периоде показатели достигают 1–2% ежегодной заболеваемости [1]. При этом к завершению периода полового созревания отмечается значительное увеличение количества случаев среди лиц женского пола, что связывается с комплексом биологических, гормональных и психосоциальных факторов.

Тревожная симптоматика является одним из наиболее значимых коморбидных компонентов депрессивных расстройств подросткового возраста. В условиях образовательной среды тревога приобретает специфическую социально ориентированную форму и проявляется в виде устойчивых страхов, связанных с публичными ответами, оценочной ситуацией, экзаменационными испытаниями, межличностным взаимодействием со сверстниками и ожиданием негативного социального реагирования. Высокий уровень тревожности существенно осложняет процесс клинической диагностики, поскольку внешние проявления эмоционального напряжения могут включать двигательное беспокойство, повышенную отвлекаемость и снижение концентрации внимания, что требует проведения дифференциальной диагностики с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ).

Наличие выраженного тревожного компонента значительно повышает уровень суицидальной опасности подростков, поскольку сочетание эмоциональной импульсивности, повышенного внутреннего напряжения, чувства беспомощности и депрессивной безнадежности может способствовать возникновению острых кризисных реакций даже при воздействии относительно локальных психотравмирующих факторов микросоциального окружения.

Организация помощи подросткам с тревожно-депрессивными состояниями определяется степенью выраженности нарушений адаптационного потенциала личности. При умеренных формах эмоциональной дезадаптации целесообразным является амбулаторное наблюдение с применением методов психологической коррекции и психотерапевтического сопровождения. В случаях выраженной тревожной симптоматики, тяжелого нарушения социальной адаптации, наличия самоповреждающего поведения либо высокого суицидального риска требуется специализированная медицинская помощь в условиях стационара с последующим переходом на режим дневного стационара, обеспечивающий возможность постепенного возвращения подростка к образовательной деятельности в условиях сниженной психоэмоциональной нагрузки.

Современная модель комплексной терапии включает сочетание фармакологических и психотерапевтических методов воздействия. Медикаментозная поддержка может включать применение антидепрессантов

группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина (СИОЗС), назначаемых исключительно под контролем специалистов и при обязательном участии родителей или законных представителей, учитывая вероятность кратковременного усиления тревожной симптоматики в начальный период терапии [3].

Ключевыми направлениями психологической помощи являются когнитивно-поведенческая терапия, ориентированная на выявление и коррекцию деструктивных автоматических мыслительных моделей, связанных с негативным восприятием себя, образовательной среды и будущего, а также использование техник поведенческой активации. Значимую роль играет межличностная терапия, направленная на развитие навыков конструктивного взаимодействия, разрешения конфликтных ситуаций и восстановления социальных связей со сверстниками [3]. Дополнительным направлением выступает семейное консультирование, основной задачей которого является снижение уровня внутрисемейного напряжения, оптимизация родительских ожиданий и уменьшение чрезмерного академического давления.

Выводы. Депрессивные и тревожные состояния у современных подростков, возникающие в контексте школьной дезадаптации, представляют собой сложный многофакторный психопатологический комплекс, в структуре которого эмоциональные нарушения нередко маскируются поведенческими отклонениями, когнитивными трудностями и снижением учебной мотивации. Эффективное преодоление последствий школьной дезадаптации возможно исключительно при реализации междисциплинарной модели сопровождения, объединяющей раннюю диагностику тревожно-депрессивных проявлений, психотерапевтические технологии, семейное консультирование и индивидуально ориентированные методы психологической коррекции, прежде всего когнитивно-поведенческого направления.

Литература

1. Детская психиатрия : учебник / под редакцией Э. Г. Эйдемиллера. — Санкт-Петербург : Питер, 2005. — 1120 с. — (Национальная медицинская библиотека). — ISBN 5-94723-523-4.

2. Личко, А. Е. Подростковая психиатрия : руководство для врачей / А. Е. Личко. — 2-е изд., доп. и перераб. — Ленинград : Медицина, Ленинградское отделение, 1985. — 416 с.

3. Попов, Ю. В. Особенности клиники и терапии расстройств аффективного спектра в детском и подростковом возрасте / Ю. В. Попов, А. А. Пичиков // Психиатрия : национальное руководство / под редакцией Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. — С. 805–821.

МАТЕРИНСКОЕ РЕФЛЕКСИВНОЕ ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ КАК МИШЕНЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РЕБЕНКА С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Петров Е. Д., Иванов М. В.
НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
petrov.ed01@list.ru

Ключевые слова: материнское рефлексивное функционирование, расстройства аутистического спектра, психообразование, конструктивная активность, родительское выгорание.

MATERNAL REFLECTIVE FUNCTIONING AS A TARGET FOR PSYCHOLOGICAL INTERVENTION IN CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER

Petrov E. D., Ivanov M. V.
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia
Russian Mental Health Research Centre, Moscow, Russia
petrov.ed01@list.ru

Keywords: parental reflective functioning, autism spectrum disorder, psychoeducation, constructive engagement, parental burnout

Воспитание ребенка с расстройством аутистического спектра (РАС) является вызовом, требующим больших усилий, принятия ответственности и терпения. В отечественной системе помощи долгое время преобладал подход, ориентированный исключительно на ребенка, где родители играли второстепенную роль, выполняя лишь рекомендации специалистов. Но, в основном, именно мать берет на себя повседневный уход за ребенком, взаимодействует с образовательными и медицинскими учреждениями, а также оценивает эффективность применяемых методов [3, 5]. Ее деятельность проходит в условиях неопределенности, так, поведение ребенка с РАС зачастую непредсказуемо, а эмоциональный отклик и вовсе может отсутствовать. К вышеуказанному добавляются неуверенность в выборе варианта помощи, стигматизация, давление со стороны родственников и общества в целом.

Неправильная интерпретация состояния ребенка и недоверие к специалистам из-за негативного опыта снижают качество материнской активности, ухудшают эмоциональное, соматическое состояние и ослабляют функциональность человека как родителя, что может приводить к эмоциональному выгоранию. Проблема имеет весомое социальное значение в

связи с тем, что от состояния матери и ее способности помогать ребенку зависит не только его развитие, но и стабильность всей семейной системы, что влияет на эффективность всей системы сопровождения ребенка с РАС.

Рассматривая данную проблему в логике деятельностного подхода в психологии, материнство воспринимается как особый вид деятельности. Ее суть заключается в организации эффективного взаимодействия в двух ключевых контурах: между матерью и ребенком, а также между матерью и помогающими учреждениями (медицинскими, образовательными). Мотив задается отношением к благополучию ребенка и собственной родительской роли. Цели конкретизируются в уходе, воспитании, поиске специалистов и самом выборе маршрута помощи ребенку. Операции зависят от информированности, доступности помощи и готовности принимать решения. Такой ракурс помогает понимать то, как мать ориентируется в ситуации родительства, какие у нее есть ресурсы и как опыт успеха или неудачи влияет на ее действия. Центральным становится понятие конструктивной активности матери [4] — не количества действий, а качества, то есть их адекватности ситуации, продуктивности, гибкости, согласованности с условиями и целями. Механизмом, который опосредует конструктивную активность, выступает «материнское рефлексивное функционирование» (МРФ). Данный механизм можно определить как внутренний, прижизненно развивающийся процесс осознания своей эмоциональной и поведенческой активности, а также активности ребенка в диадическом взаимодействии. МРФ проявляется через характер реагирования на поведение и эмоциональный настрой ребенка. Продуктивность, конструктивность этой реакции влияет на сохранение или утрату значимости родительской деятельности у матери.

У детей с РАС взаимодействие с матерью отличается от детей с нормативным развитием, родители не могут полагаться на естественную реакцию ребенка, в том числе эмоциональную, так как обратная связь либо неоднозначна, либо отсутствует вовсе. Развитое МРФ может позволить анализировать многозначность поведения ребенка и корректировать собственные действия, а его недостаточность повышает вероятность поспешных и неверных интерпретаций, ухудшает состояние ребенка и матери, а также ведет к восприятию слов специалистов как враждебных.

Важна осмысленность материнской деятельности, то есть сочетание смыслообразующего мотива и цели, отражающее то, насколько мать переживает усилия как значимые и включенные в жизненную перспективу семьи. При этом осмысленность не тождественна МРФ. Если МРФ отвечает на вопрос о том, как понимать и организовывать взаимодействие с ребенком, то осмысленность отвечает на вопрос о том, ради чего необходимо поддерживать деятельность. Мать без опыта и развитой рефлексии, но с высокой смысловой вовлеченностью может временно сохранять высокий уровень активности. При этом, напротив, с четким пониманием особен-

ностей ребенка, но с хроническими перегрузками и неудачами смысл теряется, и конструктивность материнства резко падает.

Снижение осмысленности закономерно может вести к родительскому выгоранию, которое, у матерей детей с РАС часто сочетается с тревогой и депрессивными расстройствами [2, 5]. При выраженном выгорании снижается толерантность к неопределенности реакций ребенка, растет частота упрощенных интерпретаций и ригидных решений, иными словами, формируется самоподдерживающийся цикл снижения конструктивной активности матери. В данном контексте значимую роль получает психообразование, оно перестает быть просто передачей знаний, а представляет собой совместную деятельность специалиста и матери, направленную на изменение отношения к родительской роли, повышение толерантности к неопределенным сигналам ребенка, перестройку понимания маршрутов помощи и формирование новых средств для рефлексии и совладания. Психообразовательная работа позволяет матери видоизменять свои убеждения, обсуждать альтернативные объяснения случившихся инцидентов и соотносить опыт с иными фактами. Поддерживается осмысление достижений и вклада в развитие ребенка, взаимодействие с помогающими учреждениями становится предметом рефлексии, а позиция матери — позицией партнера в системе помощи [1, 6].

Как уже было сказано выше, мать является ключевым звеном системы помощи ребенку с РАС. Если ее родительская рефлексия не развита или искажена, а смысл деятельности утрачен, то страдает не только ее эмоциональное состояние, но и качество помощи ребенку, устойчивость семейной системы и эффективность взаимодействия со специалистами. Недоверие к учреждениям, конфликтные формы коммуникации и неспособность делегировать часть ответственности на специалистов приводят к внутреннему как эмоциональному, так и соматическому истощению матери, а также распаду коалиции с системой помощи. Поэтому, психообразование является не дополнительным вариантом сопровождения, а необходимым условием повышения качества помощи детям с РАС и их семьям. Она направлена на помощь родителю, что, в свою очередь, может положительно сказывается на развитии ребенка и стабильности семьи.

Литература

1. Богачева, О. И. Осведомленность родителей о заболевании детей с расстройствами аутистического спектра / О. И. Богачева, М. В. Иванов, Н. В. Симашкова // Аутизм и нарушения развития. — 2019. — Т. 17, № 4. — С. 3–11. — DOI 10.17759/autdd.2019170401.

2. Бородина, Л. Г. Особенности суицидальности у матерей детей с аутизмом / Л. Г. Бородина // Суицидология. — 2018. — Т. 9, № 3 (32). — С. 41–52. — DOI 10.32878/suiciderus.18-09-03(32)-41-52.

3. Дорошева, Е. А. Синдром эмоционального выгорания, особенности совладающего поведения и регуляции эмоций у матерей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра / Е. А. Дорошева, У. С. Грабельникова // Reflexio. — 2018. — Т. 11, № 1. — С. 5–18. — DOI 10.25205/2658-4506-2018-11-1-5-18.

4. Красильникова, Е. Д. Психологическое сопровождение семьи ребенка с различными нарушениями психического развития / Е. Д. Красильникова // От раннего детства к отрочеству : клинико-психологическая помощь ребенку и семье : коллективная монография / отв. ред. М. В. Иванов. — Москва : Московский институт психоанализа, 2025. — Гл. 8. — С. 101–135. — EDN PDOPUZ.

5. Кузьмина, А. С. Психологические ресурсы матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра / А. С. Кузьмина, И. Я. Стоянова, К. О. Кривошей // Аутизм и нарушения развития. — 2024. — Т. 22, № 4. — С. 21–30. — DOI 10.17759/autdd.2024220403.

6. Психообразование родителей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра / О. И. Богачева, М. В. Иванов, И. А. Марголина, Н. В. Симашкова // Психическое здоровье. — 2022. — Т. 17, № 8. — С. 29–37. — DOI 10.25557/2074-014X.2022.08.29-37. — EDN EMSRRI.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ С СИНДРОМОМ БРОДЯЖНИЧЕСТВА

Рафикова З. М., Бабарахимова С. Б.
ТГМУ, Ташкент, Узбекистан
sayorababaraximova2010@gmail.com

Ключевые слова: бродяжничество, семья, девочки-подростки, тревожные расстройства, эмоциональные расстройства.

STUDY OF THE INDIVIDUAL-PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF ADOLESCENT GIRLS WITH VAGRANCY SYNDROME

Rafikova Z. M., Babarakhimova S. B.
Tashkent State Medical University, Tashkent, Uzbekistan
sayorababaraximova2010@gmail.com

Keywords: vagrancy, family, adolescent girls, anxiety disorders, emotional disorders.

Введение. Изучение индивидуально-психологических и личностных характеристик подростков, у которых на фоне депрессивных со-

стояний формируются суицидальные тенденции, сохраняет высокую научную и практическую значимость [1, 3]. Существенную роль в формировании поведенческих реакций подростка играют условия его воспитания и особенности внутрисемейного взаимодействия [2]. При неблагоприятной семейной ситуации и недостатке эмоционального контакта между подростком и родителями подобные состояния могут оставаться нераспознанными и сопровождаться формированием суицидальных тенденций [4].

Цель — изучение конституционально-личностных характеристик девочек подросткового возраста с синдромом уходов и бродяжничества, склонных к суицидальным тенденциям.

Материал и методы. В исследование были включены 48 девочек-подростков в возрасте от 15 до 19 лет. Критерием включения в исследование являлось наличие признаков социализированного расстройства поведения, соответствующих диагностическим критериям МКБ-10 (F91.2). Для оценки выраженности синдрома уходов и бродяжничества применялась соответствующая специализированная шкала. Интенсивность депрессивной симптоматики определялась с использованием шкалы Гамильтона. Исследование индивидуально-типологических и характерологических особенностей проводилось посредством опросника Шмишека-Леонгарда.

Результаты. Анализ результатов исследования характерологических особенностей с помощью теста Шмишека-Леонгарда показал, что выявленные у пациенток личностные особенности не соответствовали уровню сформированного психопатического расстройства. Вместе с тем у всех обследованных обнаруживались различные варианты акцентуаций характера. Демонстративный тип акцентуации был установлен у 5 пациенток (10%), застревающий — у 12 (25%). Дистимические особенности выявлялись у 20 обследованных, что соответствовало 42% всей выборки. Тревожно-боязливый вариант характера был обнаружен у 6 пациенток (12%), тогда как эмотивный тип отмечался в 10% наблюдений. Таким образом, наиболее часто в исследуемой группе встречалась дистимическая акцентуация.

Для пациенток с указанными характерологическими особенностями были типичны повышенная чувствительность к психотравмирующим воздействиям, впечатлительность, склонность к тревожным переживаниям, усиленному самонаблюдению и самоанализу. Характерной особенностью являлась также длительная фиксация на эмоционально негативных переживаниях и затруднённое переключение с них. У пациенток с эмотивным типом личности депрессивное состояние средней степени тяжести диагностировалось наиболее часто — в 80% наблюдений. Только у двух обследованных данной группы была выявлена

тяжёлая степень депрессии. Личностный профиль этих подростков характеризовался выраженной эмоциональной лабильностью, повышенной чувствительностью, импульсивностью и склонностью к аутоагрессивным реакциям. В отдельных случаях отмечались нарушения в сфере влечений и нестабильность при установлении и поддержании межличностных отношений.

Тревожно-боязливый тип характера был установлен у 12% обследованных. У данной категории пациенток преимущественно выявлялись депрессивные состояния средней степени тяжести, сопровождавшиеся обсессивно-компульсивными проявлениями. Помимо основных депрессивных симптомов, наблюдались навязчивые страхи и сомнения, а также склонность к длительному возвращению к негативно окрашенным событиям прошлого и их эмоциональной переработке. Изучение возрастных особенностей начала синдрома уходов и бродяжничества позволило установить определённые различия в зависимости от характерологических особенностей. Так, у девочек с гипертимными чертами первые уходы из дома отмечались приблизительно с 11-летнего возраста. У пациенток с неустойчивыми и истероидными чертами первые эпизоды уходов чаще возникали в 13–14 лет. В большинстве случаев побеги носили повторный характер, однако продолжительность отсутствия дома была относительно небольшой и составляла от 3 до 7 дней.

При оценке степени выраженности синдрома уходов и бродяжничества было установлено, что наиболее распространённым являлся вариант средней тяжести — 69% случаев. Лёгкая степень синдрома диагностировалась у 23% обследованных, тогда как тяжёлая степень была выявлена только у одной пациентки. Исследование депрессивной симптоматики в условиях стационара с применением шкалы Гамильтона показало, что лёгкое депрессивное состояние отмечалось у 25% пациенток. Наибольшую группу составили подростки со средней степенью выраженности депрессии — 61%. У двух пациенток была диагностирована тяжёлая депрессия.

Анализ временной взаимосвязи между эмоциональными нарушениями и формированием синдрома уходов показал, что в большинстве наблюдений аффективная симптоматика возникала раньше поведенческих нарушений. В 69% случаев признаки эмоционального неблагополучия отмечались задолго до первого эпизода ухода из дома. Таким образом, формирование синдрома уходов и бродяжничества происходило преимущественно на фоне уже изменённого эмоционального состояния. В ситуациях, связанных с выраженным психотравмирующим воздействием, депрессивная симптоматика приобретала более отчётливый характер.

У пациенток наблюдались переживания собственной несостоятельности и неполноценности, мысли и представления о смерти, которые были выявлены в 69% случаев. В 23% наблюдений отмечались переживания немотивированной вины и нестойкие нарушения в сфере влечений. При наличии продолжительно действующих психотравмирующих обстоятельств депрессивные состояния характеризовались тенденцией к более длительному течению и формированию суицидальных тенденций. При анализе факторов, связанных с возникновением аутоагрессивных проявлений, были выделены несколько наиболее значимых психосоциальных обстоятельств. К ним относились конфликтные отношения внутри семьи, трудности во взаимоотношениях с противоположным полом, вынужденная или значимая для подростка смена места проживания, а также проблемы, связанные с обучением.

Выводы. Полученные результаты позволяют рассматривать суицидальные тенденции у девочек-подростков с синдромом уходов и бродяжничества преимущественно в контексте поведенческих и стресс-ассоциированных расстройств, развивающихся на фоне психопатологических состояний непсихотического уровня и имеющих в своей основе демонстративно-шантажный характер.

Литература

1. Abdullaeva, V. K. Analisys of psychosocial factors in development of suicidal tendencies at adolescents / V. K. Abdullaeva, S. B. Babarakhimova // Central Asian Journal of Pediatrics. — 2019. — Vol. 2, № 1. — P. 201–204.

2. Babarakhimova, S. B. Prevention of behavioral disorders in adolescents with behavioral disorder / S. B. Babarakhimova // Science and Innovation. — 2025. — Vol. 4, № 1. — P. 121–124. — DOI 10.5281/zenodo.14771117.

3. Babarakhimova, S. B. Study of emotional disorders in adolescents / S. B. Babarakhimova // Science and Innovation. — 2024. — Vol. 3, № 2. — P. 55–59. — DOI 10.5281/zenodo.10667216.

4. Babarakhimova, S. B. The effectiveness of art therapy in adolescents with behavioral disorder / S. B. Babarakhimova // Вестник интегративной психологии. — 2025. — Вып. 35, ч. 1. — С. 79–81.

СУИЦИДООПАСНОЕ ПОВЕДЕНИЕ У НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНИХ: ПЕРСПЕКТИВЫ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Романовская М. В.[1], Фесенко Ю. А.[1, 2]
[1] СПб ГКУЗ ЦВЛ «Детская психиатрия» им. С. С. Мнухина, Санкт-Петербург, Россия
[2] ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия
yaf1960@mail.ru

Ключевые слова: суицидальное поведение, подростки, центр суицидологии.

SUICIDAL BEHAVIOR IN MINORS: PROSPECTS FOR SOLVING THE PROBLEM

Romanovskaya M. V.[1], Fesenko Iu. A.[1, 2]
[1] Saint Petersburg Rehabilitation Center «Child Psychiatry» named after S. S. Mnukhin, Saint Petersburg, Russia
[2] St. Petersburg State Pediatric Medical University, Saint Petersburg, Russia
yaf1960@mail.ru

Keywords: suicidal behavior, teenagers, suicide center.

В настоящее время, когда отмечается ежегодный рост случаев самоповреждающего поведения детей и подростков, как одного из проявлений суицидальности, диагностика, лечение и реабилитация суицидетов приобретают особое значение. Самоубийство является третьей по значимости причиной смерти среди молодых людей во всем мире. Ежегодно более 800 000 человек умирают в результате самоубийства.

Данные государственной статистики в России свидетельствуют, что частота суицидальных действий среди молодежи в течение последних двух десятилетий выросла в 2 раза, а количество детей и подростков, покончивших с собой, составляет 16% от общего числа умерших от неестественных причин. За последние 5 лет жизнь самоубийством покончили 14 157 несовершеннолетних, ежегодно погибает около 2 800 детей и подростков в возрасте от 5 до 18 лет (эти случаи не учитывают число попыток суицида). Суицид является второй причиной смертности молодых людей (после несчастных случаев) в возрасте от 15 до 18 лет. Мысли о самоубийстве возникают у 30% лиц в возрасте от 14 до 24 лет, и, по прогнозам исследователей, в последующие 10 лет число суицидов будет расти еще быстрее, особенно у подростков в возрасте от 10 до 14 лет. Последние годы Россия постоянно занимает одно из первых мест по количеству самоубийств детей и подростков

на 100000 населения (данные из Пресс-релиза Федеральной службы по проблеме самоубийств в РФ) [1].

В п. 16 Указа Президента РФ от 17.05.2023 N 358 «О стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года» с тревогой отмечено: «Преобладающими внешними причинами смертности среди детей в возрасте до 17 лет включительно (97 процентов всех случаев) остаются дорожно-транспортные происшествия, утопление, удушение, отравление (в том числе алкоголем, медикаментами, средствами бытовой химии), падение с высоты, самоубийство, несчастные случаи в результате неосторожного обращения с огнем, несчастные случаи на транспорте, убийство. Около 8 процентов общего числа случаев смерти детей составляют случаи самоубийства» [2].

ВОЗ уже более 10 лет призывает страны рассматривать предупреждение самоубийств как один из важнейших вопросов охраны здоровья населения, вне зависимости от существующей в стране ситуации с уровнем самоубийств и их профилактикой. По данным различных исследований уровень суицидов у лиц 15–19 лет был выше, чем у 10–14-ти летних, а после 17–18 лет большинство суицидальных попыток являются повторными.

В Санкт-Петербургском государственном казенном учреждении здравоохранения «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина» было создано подразделение, оказывающие экстренную помощь лицам с суицидоопасным поведением, включающее КМСПП (кабинет медико-социально-психологической помощи) и службу «Телефон доверия» (ТД). Все специалисты подразделения прошли усовершенствование по суицидологии.

Основными задачами работы телефона доверия являются оказание экстренной психологической помощи детям и подросткам с суицидальными намерениями и профилактика суицидоопасного поведения среди несовершеннолетних. Доступность психологической помощи по телефону обеспечивает одно из важных направлений в профилактике суицидального поведения [3].

Необходимым условием улучшения суицидальной ситуации среди детей подростков является создание государственной межведомственной программы предупреждения суицидов. Межведомственная программа предупреждения суицидов у детей и подростков должна осуществляться в постоянном взаимодействии с другими медицинскими (станции скорой медицинской помощи, реанимационные отделения общесоматической сети, бюро судебно-медицинской экспертизы и т.д.) и немедицинскими учреждениями (городские и окружные администрации, правоохранительные органы, органы образования, комитеты по де-

лам молодежи, поддержка службы со стороны общественных организаций и СМИ и т.д.)

Сегодня становится очевидной необходимость создания Центра суицидологии, который бы не только занимался решением профилактикой и коррекцией суицидального поведения, но и осуществлял полноценную реабилитацию пациентов в постсуицидальном периоде.

Целями Центра суицидологии должны стать: оказание высокопрофессиональной медицинской психологической, психотерапевтической, психиатрической и социальной помощи детям и подросткам, находящимся в состоянии суицидальной настроенности; разработка единой методики работы и протоколов обследования, оценки риска и оказания помощи детям с суицидальным поведением; создание межведомственной оперативной кризисной группы быстрого реагирования в случае суицидоопасного поведения несовершеннолетнего; организация оказания трехуровневой системы помощи детям с суицидоопасными тенденциями.

Уровень I. Детская участковая территориальная поликлиника (участковые педиатры выявляют детей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации); отделение (кабинет) медико-социальной помощи (разрабатывает план медико-социального наблюдения и сопровождения ребенка); социальный патронаж семей и детей, находящихся в социально опасном положении; кабинет медико-психологического консультирования (клинико-психологическое исследования детей и подростков из группы риска).

Уровень II. Центр суицидологии (например, в СПб ГКУЗ «Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия» имени С. С. Мнухина»), включающий в себя: отделение медико-психологической помощи для проведения углубленной психолого-психиатрической диагностики; психоневрологическое диспансерное отделение с кабинетом медико-психологической помощи и психотерапевтическим кабинетом; стационарное отделение.

Уровень III. Отделение психосоциальной реабилитации для пациентов в постсуицидальном периоде. Целью работы отделения будет являться длительное наблюдение за пациентами, пережившими состояния, связанные с угрозой для жизни, в посткризисном периоде.

Литература

1. Диагностика, лечение, психокоррекция и профилактика суицидального поведения несовершеннолетних : методические рекомендации / Д. О. Иванов, М. В. Романовская, Е. Ю. Андреева [и др.]. — Санкт-Петербург : СПбГПМУ, 2023. — 76 с. : табл. — (Библиотека Педиатрического университета).

2. Российская Федерация. Президент. О Стратегии комплексной безопасности детей в Российской Федерации на период до 2030 года : Указ Президента Российской Федерации от 17 мая 2023 г. № 358 // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2023. — № 21. — Ст. 3696.

3. Суициды у несовершеннолетних : учебник для вузов / Ю. А. Фесенко, М. В. Романовская, Е. Ю. Андреева, Д. А. Бычковский. — Москва : Издательство Юрайт, 2024. — 260 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-17424-3.

ОСОБЕННОСТИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ МЛАДШИХ ПОДРОСТКОВ С ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ: ФОКУС НА ДИАГНОСТИКЕ

Селищева Т. В.
ГОКУ СКШ г. Усть-Илимска, Усть-Илимск, Россия
setavu@mail.ru

Ключевые слова: диагностика, интеллектуальные нарушения, младшие подростки, специальная индивидуальная программа развития.

FEATURES OF PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR YOUNGER ADOLESCENTS WITH INTELLECTUAL DISABILITIES: A FOCUS ON ASSESSMENT

Selishcheva T. V.
State General Education Public Institution of the Irkutsk Region “Special (Correctional) School of Ust-Ilimsk”, Ust-Ilimsk, Russia
setavu@mail.ru

Keywords: diagnostics, intellectual disabilities, younger adolescents, special individual development program.

Психологическое сопровождение младших подростков с интеллектуальными нарушениями требует глубокого понимания возрастных особенностей и специфики развития. Четкое осознание этих факторов — фундамент для выстраивания эффективной системы поддержки и оказания адресной помощи каждому ребенку.

Традиционно в начале учебного года в школе (в течение 10 дней) проводится комплексная диагностика. В составе междисциплинарной команды (дефектолог, логопед, тьютор и др.), психолог оценивает: уровень школьной адаптации, учебную мотивацию и навыки самоорганиза-

ции, эмоциональный фон и особенности взаимодействия с окружающими, сформированность социальных компетенций.

Результаты диагностики становятся основой для разработки Специальной индивидуальной программы развития (СИПР), которая реализуется при активном участии педагогов и родителей [2].

Важно подчеркнуть, что изучение личностных особенностей — это не разовая процедура, а непрерывный процесс создания «карты безопасности» ребенка». Это вектор, определяющий работу психолога на весь учебный год. У младших подростков с интеллектуальными нарушениями процесс созревания имеет нестабильный, неустойчивый, неравномерный характер: им сложно удерживать внимание, следовать инструкции, контролировать импульсивные реакции и доводить начатое до конца. Эти особенности ограничивают применение стандартных диагностических методик.

Учитывая неоднородность интеллектуального дефекта, работа «по шаблону» недопустима. Диагностика (первичная, промежуточная, итоговая) направлена не только на оценку когнитивной сферы, но и на понимание того, как нарушение влияет на развитие личности в целом [1].

В первую очередь, формируется «портрет» подростка, анализируется эмоционально-волевая сфера (уровень самоконтроля, тревожность, склонность к аффективным вспышкам), коммуникативные навыки и адаптивное поведение, сильные стороны и зоны ближайшего развития, трудности, препятствующие успешной социализации и обучению.

Диагностика данной категории детей требует особых подходов. В своей практике я использую интегративный метод, сочетающий различные тактики и инструменты.

1. Структурированное наблюдение: анализ поведения в разных ситуациях (на уроках, в свободной деятельности, при общении со сверстниками и взрослыми).

2. Анализ продуктов деятельности: изучение рисунков, тетрадей, поделок, а также оценка участия ребенка в проектах и школьных мероприятиях. Это позволяет получить полную и объективную картину развития подростка, необходимую для построения эффективного коррекционного маршрута.

3. Применение методик с визуальной поддержкой: пиктограммы, карточки PECS, визуальное расписание, тактильный и наглядный материал, которые помогают ребенку понять инструкцию и снизить уровень тревоги и протестных реакций.

4. Создание игровых диагностических ситуаций с адаптацией задания в формат игры позволяет минимизировать «синдром экзаменатора» и увидеть реальные возможности ребенка в естественной для него деятельности.

5. Систематический мониторинг — это непрерывный процесс сбора и анализа данных о динамике развития детей с умеренной умственной отсталостью и освоении ими АООП. Такой подход позволяет оперативно выявлять «группы риска», оценивать навыки социальной коммуникации в различных средах и гибко корректировать содержание коррекционной работы в соответствии с индивидуальными результатами.

6. В каждой четверти в классе проводится наблюдение или экспресс-обследование параллельно с профилактической и коррекционной работой.

Алгоритм мониторинга. Адаптационный период: в начале года и после каждых каникул (в течение 5–7 дней) проводится активное наблюдение для оценки социально-психологической адаптации и использованием анкеты для оценки социально-психологической адаптации для обучающихся с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ), карты наблюдения за учащимися на уроке.

В I четверти — фокус на психологическом здоровье и развитии самостоятельности. Используются «Лист оценивания психологического здоровья ребенка педагогом» [4], «Карта проявлений самостоятельности» [5].

Во II четверти — наблюдение за эмоционально-поведенческой сферой и коммуникативными навыками. Применяются «Метод вербальных выборов» (социометрия для анализа межличностных отношений в классе), «Карта наблюдения за поведением ребёнка» [3], «Карта наблюдений за проявлениями коммуникативных способностей у обучающихся» (А. М. Щетинина, М. А. Никифорова).

В III–IV четверти — диагностика уровня личной и ситуативной тревожности и психофизического напряжения проводится с применением теста «Состояние психологического климата в классе» (Л. Г. Федоренко), методики «Самооценка психических состояний» (Г. Айзенк), методики «Солнце, туча, дождик».

Анализ полученных данных позволяет своевременно планировать профилактическую работу, организовывать досуг на переменах и оказывать адресную поддержку каждому ребенку. Результаты мониторинга систематизируются в индивидуальных диагностических картах и сводных таблицах класса.

Диагностика не будет полной без участия родителей. Семья — это главный источник информации о «домашнем» поведении ребенка. В рамках сопровождения проводится анкетирование и структурированные интервью для выявления запросов родителей, их ожиданий и трудностей, с которыми они сталкиваются. Проводятся консультации-практикумы для обучения родителей приемам наблюдения за ребенком, в режиме совместных занятий.

Это дает возможность нам с родителями говорить на одном языке и выстраивать единую стратегию поддержки, где школа и семья дополняют друг друга, не подкрепляют не эффективные подходы воспитания или противоречат друг другу.

В заключение необходимо подчеркнуть, что для педагога-психолога коррекционной школы диагностика — это не самоцель, а стратегия проектирования будущего ребенка. Создание «карты возможностей» открывает возможность ответить на любой запрос, исходя из полученных результатов проведенной диагностики, составить психологическое заключение из полученных актуальных индивидуальных результатов проведенной диагностики, своевременно корректировать СИПР, опираясь на реальную динамику, а не на формальные показатели, создавать среду, в которой подросток чувствует себя успешным, несмотря на имеющиеся ограничения, переходить от «исправления дефекта» к «развитию личности», помогая младшему подростку обрести уверенность в своих силах и навыки, необходимые для максимально возможной самостоятельности в жизни.

Литература

1. Левченко, И. Ю. Психологическое изучение детей с нарушениями развития / И. Ю. Левченко, Н. А. Киселева; под научной редакцией И. Ю. Левченко. — Москва: Национальный книжный центр, 2013. — 152 с. — ISBN 978-5-4441-0051-6.

2. Организация специальных образовательных условий для детей с ограниченными возможностями здоровья в общеобразовательных учреждениях : методические рекомендации / ответственный редактор С. В. Алехина. — Москва: МГППУ, 2012. — 92 с.

3. Семаго, М. М. Организация и содержание деятельности психолога специального образования: методическое пособие / М. М. Семаго, Н. Я. Семаго. — Москва: АРКТИ, 2005. — 336 с. — (Библиотека психолога-практика). — ISBN 5-89415-435-9.

4. Хухлаева, О. В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений / О. В. Хухлаева. — Москва: Академия, 2003. — 176 с.: ил. — (Высшее образование). — ISBN 5-7695-1238-5.

5. Щетинина, А. М. Диагностика социального развития ребенка: учебно-методическое пособие / А. М. Щетинина; Министерство образования Российской Федерации, Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого. — Великий Новгород: Новгородский государственный университет им. Ярослава Мудрого, 2000. — 88 с.: ил., табл.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ СТРЕССА У ПОДРОСТКОВ

Синцов Д. Н.
НОЧУ ВО «МИП», Москва, Россия
sintsov_dmitry@mail.ru

Ключевые слова: стресс, подростковый возраст, психодиагностика, психологическое консультирование.

PSYCHOLOGICAL METHODS FOR ASSESSING STRESS IN ADOLESCENTS

Sintsov D. N.
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia
sintsov_dmitry@mail.ru

Keywords: stress, adolescence, psychodiagnostics, psychological counseling.

Введение. Подростковый возраст — это период от 11 до 17 лет, включающий отрочество (11–15 лет) и раннюю юность (15–17 лет) и рассматриваемый как переходный этап от детства к взрослости.

В этот период происходят значительные изменения по четырем основным направлениям: пубертатное развитие, развитие интеллектуальной и эмоциональной сфер, изменение социальных связей и социализации, становление идентичности [5]. Интенсивность происходящих изменений позволяет рассматривать подростковый возраст как стрессогенный, критический период развития, в котором подростку приходится перестраивать привычные способы взаимодействия с окружающими, переосмысливать отношение к себе и адаптироваться к новым условиям жизни.

Взрослея, подростки сталкиваются с многочисленными стрессовыми ситуациями, которые способны приводить как к позитивным изменениям (стимулирование развития, улучшение адаптации, расширение перечня копинг-стратегий и пр.), так и к негативным последствиям дистресса (болезни, зависимости, эмоциональная дисрегуляция и т.д.)

В эмоциональной сфере трудности в регуляции эмоциональных состояний и совладании со стрессом проявляются через повышенную чувствительность и раздражительность, беспокойство, легкую возбудимость, а также переживание физического и душевного недомогания, которое находит выражение в драчливости, капризности и других формах поведения [5].

В связи с этим для подростков особенно актуальной становится возможность получения качественной и доступной психологической помощи.

Причины обращения подростков за психологической помощью могут быть совершенно различными: от трудностей во взаимоотношениях со сверстниками и вопросов личного самоопределения до преодоления кризисных периодов и совладания с эмоциональными переживаниями и стрессом [6].

В консультировании подростков предпочтение отдается специально построенной беседе и просвещению [6]. Вместе с тем психодиагностические методики позволяют дополнить полученную информацию и более подробно изучить особенности переживания стрессовых ситуаций подростком. Используемые при этом психодиагностические инструменты должны соответствовать возрасту обследуемого. Применение методик для взрослых повышает риск получения недостоверных данных и осложняет интерпретацию результатов.

Цель. Рассмотреть современные психодиагностические методики оценки стресса у подростков и описать их основные характеристики.

Материал и методы. Поиск необходимой информации проводился среди опубликованных в сети Интернет научных публикаций, посвященных разработке, адаптации и психометрической проверке психодиагностических методик оценки стресса у подростков. Основной массив публикаций, использованных для анализа психодиагностических методик, составили статьи, опубликованные в российских психологических научных журналах в 2024–2026 гг., в которых представлены современные инструменты для изучения различных форм стресса у подростков.

Диагностические методики для оценки стресса у подростков:

1. Шкала воспринимаемого стресса для детей (ШВС-Д)

Оригинальная методика «Шкала воспринимаемого стресса для детей» (Perceived Stress Scale for Children, PSS-C) была разработана Б. Уайт с целью создания короткого и удобного инструмента для оценки стресса у детей.

Русскоязычная версия PSS-C (ШВС-Д), состоящая из 13 пунктов, была опубликована в 2024 году в журнале Экспериментальная психология.

Психометрическая проверка шкалы проведена на выборке из 612 подростков 11–16 лет из нескольких регионов Российской Федерации (Забайкальский край, Алтайский край, Московская область, Ленинградская область). Проведенная проверка психометрических показателей методики показала внутреннюю согласованность (α-Кронбаха = 0,741, надежность методом расщепления — $r_t = 0,78$). Установлена связь воспринимаемого стресса по методике с показателем ситуативной тревожности ($r_s = 0,67$, $p < 0,01$), что рассматривается авторами как свидетельство конвергентной валидности. Факторный анализ российской версии выявил два фактора — «Напряжение» и «Ресурсы».

Пункты ШВС-Д касаются повседневной жизни подростка и отражают беспокойства по поводу спешки, нехватки времени, восприятия школьной

нагрузки, эмоциональные состояния, отношения с родителями и друзьями, наличие социальной поддержки и возможность высыпаться. Ответы оцениваются по четырехбалльной шкале от 0 («никогда») до 3 («часто»). Итоговый показатель формируется путем суммирования баллов по всем пунктам с учетом прямых и обратных пунктов; максимальное значение составляет 39 баллов. При этом авторы рассматривают итоговый показатель как характеристику уровня воспринимаемого стресса [4].

ШВС-Д рекомендована для индивидуального и группового обследования подростков, в том числе с целью мониторинга стрессовых состояний [4].

Небольшое количество пунктов (13) позволяет использовать данную методику как экспресс-инструмент для быстрой оценки воспринимаемого стресса у подростков.

2. Опросник повседневных стрессоров для подростков

В 2024 году в журнале «Психолого-педагогические исследования» был опубликован Опросник повседневных стрессоров для подростков, авторами которого являются Л. А. Головей и О. С. Галашевой.

Апробация и валидизация опросника проводились на 555 подростках (339 девушек и 216 юношей) 13–17 лет. Эксплораторный факторный анализ методом главных компонент с вращением Varimax позволил выделить 9 факторов, которые объясняют 63,31% общей дисперсии. Коэффициент α-Кронбаха для итогового варианта опросника из 65 пунктов составил 0,93, для отдельных шкал этот коэффициент находился в пределах от 0,82 до 0,85 [1].

При проверке конвергентной валидности показатели повседневного стресса положительно взаимосвязаны с перенапряжением, воспринимаемым стрессом и противодействием стрессу и отрицательно — со стрессоустойчивостью. Положительные связи также выявлены с личностной тревожностью учащихся. При оценке внешней валидности установлены взаимосвязи показателей опросника с социально-психологической адаптацией, удовлетворенностью жизнью и психологическим благополучием. Кроме того, выявлена отрицательная связь общей жизнестойкости с параметрами повседневного стресса [1].

В результате авторами были выделены 9 сфер стрессовой напряженности подростков: «Одиночество, самочувствие», «Самоотношение», «Отвержение», «Страхи, беспокойство», «Мистические страхи» (события внутренней жизни подростка) и «Финансы», «Школа, учеба», «Общение со старшими», «Дела, планирование» (события внешней среды). Методика включает в себя подсчет показателей количества стрессовых событий в каждой из сфер, а также силу их переживаний [1].

Как указано в статье, опросник позволяет определить не только уровень стресса, но и сферу наибольшего стрессового напряжения подростков, что позволит направить усилия педагогов, психологов и родителей на гуманизацию, позитивное преобразование социальной среды [1].

Опросник содержит достаточно большое число пунктов (65 основных пунктов и дополнительный открытый пункт), что делает его более трудоемким по сравнению с инструментами быстрого скрининга.

3. Шкала реагирования на неопределенность

Шкала реагирования на неопределенность (Uncertainty Response Scale, URS) была адаптирована М. А. Одинцовой, Н. П. Радчиковой и М. Г. Сороковой в 2024 г. Особенность методики заключается в том, что она предназначена для изучения способов взаимодействия подростков с ситуацией стресса неопределенности.

Русскоязычная версия включает 25 утверждений, объединенных в три субшкалы: «Эмоциональная реакция на неопределенность» — 11 пунктов, «Когнитивная реакция на неопределенность» — 6 пунктов и «Готовность к переменам и неопределенности» — 8 пунктов. Ответы оцениваются по пятибалльной шкале от 1 («никогда») до 5 («всегда») [3].

Адаптация проведена на выборке из 1718 подростков 12–18 лет из разных регионов Российской Федерации. Коэффициенты α-Кронбаха по трем субшкалам составили от 0,85 до 0,93 [3].

Валидность методики подтверждается ожидаемыми корреляционными связями со шкалами методик «Шкала удовлетворенности жизнью» (ШУДЖИ) и «Многомерная шкала школьной вовлеченности» [3].

Как отмечают авторы, их опросник может быть использован для проведения масштабных, лонгитюдных исследований, исследований подростков из разных, в том числе уязвимых, групп, а также индивидуальных исследований для выстраивания последующей практики психологической помощи [3].

4. Шкала учебного стресса Лакаева-2 для школьников

В 2026 году в журнале «Психологическая наука и образование» была опубликована статья, посвященная адаптации Шкалы учебного стресса Лакаева-2 (LASRS-2) для школьников. Данная методика позволяет произвести оценку одной из форм психологического стресса, проявляющегося в образовательной среде — учебного стресса.

Психометрическая проверка русской версии LASRS-2 проведена на 976 учащихся 11 классов в возрасте от 16 до 18 лет из восьми федеральных округов России. Результаты подтвердили четырехфакторную структуру методики, ее надежность и конвергентную валидность. Шкалы опросника демонстрируют умеренные отрицательные связи с внешними критериями, такими как субъективное физическое благополучие и удовлетворенность жизнью [2].

Окончательная русская версия для школьников включает 24 утверждения, объединенных в четыре шкалы: «Аффективные реакции» — 7 пунктов, «Поведенческие реакции» — 6 пунктов, «Когнитивные проявления» — 6 пунктов и «Физиологические реакции» — 5 пунктов. Подростку

предлагается оценить частоту соответствующих проявлений за последние две недели по пятибалльной шкале: от «ни разу за все время» до «постоянно». Методика предусматривает расчет как показателей отдельных шкал, так и общего интегрального показателя учебного стресса [2].

Опросник может быть использован для исследовательских целей и в рамках мониторингов, в том числе при проведении сравнений по полу [2].

Выводы. Таким образом, рассмотренные методики позволяют психологу получать различную информацию о стрессовом состоянии подростка.

Выбор диагностического инструмента определяется целью обследования: Шкала воспринимаемого стресса для детей позволяет быстро оценить воспринимаемый стресс, Опросник повседневных стрессоров — определить сферы, связанные с наибольшей стрессовой напряженностью, Шкала реагирования на неопределенность — особенности реагирования подростка на ситуацию неопределенности, а Шкала учебного стресса Лакаева-2 — выраженность отдельных проявлений учебного стресса.

Использование психодиагностических методик в консультативной практике позволяет дополнить данные, полученные в ходе беседы, и уточнить особенности состояния подростка. При этом результаты тестирования должны рассматриваться в контексте жалоб подростка, особенностей ситуации и других полученных данных. Представленный инструментарий дает возможность более дифференцированно оценивать уровень и форму переживаемого стресса и определять содержание дальнейшей консультативной работы.

Литература

1. Головей, Л. А. Опросник повседневных стрессоров для подростков / Л. А. Головей, О. С. Галашева // Психолого-педагогические исследования. — 2024. — Т. 16, № 2. — С. 77–97. — DOI 10.17759/psyedu.2024160205.

2. Карпова, А. Д. Измерение учебного стресса: проверка измерительной инвариантности по полу / А. Д. Карпова, С. В. Тарасов, Т. Н. Канонир // Психологическая наука и образование. — 2026. — Т. 31, № 4. — С. 51–70. — DOI 10.17759/pse.2026310404.

3. Одинцова, М. А. Шкала реагирования на неопределенность: инструмент оценки взаимодействия подростков с многомерным стрессом / М. А. Одинцова, Н. П. Радчикова, М. Г. Сорокова // Клиническая и специальная психология. — 2024. — Т. 13, № 2. — С. 106–128. — DOI 10.17759/cpse.2024130207.

4. Опросник «Шкала воспринимаемого стресса для детей» (ШВС-Д): адаптация и психометрические показатели / Н. Е. Харламенкова, Н. Н. Казымова, Д. А. Никитина [и др.] // Экспериментальная психология. — 2024. — Т. 17, № 2. — С. 178–198. — DOI 10.17759/exppsy.2024170211.

5. Сапогова, Е. Е. Психология развития и возрастная психология : учебное пособие / Е. Е. Сапогова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ИНФРА-М, 2023. — 638 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-16-018823-2.

6. Умняшова, И. Б. Психологическое консультирование подростков в образовательной организации / И. Б. Умняшова, Д. Е. Запорожская // Вестник практической психологии образования. — 2016. — Т. 13, № 3. — С. 3–10. — URL: https://psyjournals.ru/journals/bppe/archive/2016_n3/Umnyakova_Zaporizhia (дата обращения: 27.09.2026).

ПРИМЕНЕНИЕ МЕТОДА «ПИКТОГРАММ» В КЛИНИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ТРУДНОСТЯМИ В ОБУЧЕНИИ

Терещенко В. В.[1], Терещенко Т. М.[2]
[1] ФГБОУ ВО СмолГУ, Смоленск, Россия
Terechenko2007@yandex.ru
[2] МБУ «Центр ППМС помощи», Смоленск, Россия
tereschenko.tatjana2018@yandex.ru

Ключевые слова: метод «пиктограмм», трудности в обучении, школьники.

APPLICATION OF THE «PICTOGRAM» METHOD IN CLINICAL DIAGNOSIS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH LEARNING DIFFICULTIES

Tereshchenko V. V.[1], Tereshchenko T. M.[2]
[1] Smolensk State University, Smolensk, Russia
Terechenko2007@yandex.ru
[2] Pediatric Medical Assistance Center, Smolensk, Russia
tereschenko.tatjana2018@yandex.ru

Keywords: pictogram method, learning difficulties, schoolchildren.

Трудности в обучении в наше время феномен достаточно распространенный, является междисциплинарной проблемой (работы Е. И. Исаева, А. А. Марголиса [2], Griffiths C. M., Murdock-Perriera L., Eberhardt J. L. [5] и др.). Так, в исследовании PISA-2018 было выявлено, что 22% российских школьников не достигли порогового уровня в читательской и математической грамотности, а 21% — в естественно-научной. Исследования показывают, что разговор идет о низком уровне навыков, а не обязательно о диагнозе. В тоже время в оценках специалистов из НИИ педиатрии и охраны здоровья детей НКЦ №6 распространённость лег-

ких когнитивных расстройств среди российских школьников составляет 10–15%. В исследовании среди пятиклассников в крупных городах 7,5% имели несколько таких нарушений, а ещё 30% находились в зоне риска. К ним чаще всего относят специфические расстройства речи, дисграфию, дислексию, синдром дефицита внимания и гиперактивности.

При реализации различных видов профессиональной деятельности в системе психолого-педагогического сопровождения обучающихся с трудностями в обучении и социализации одним из ключевых является клинико-психологическая и психолого-педагогическая диагностика. В ее содержании нами используется разнообразный психологический диагностический инструментарий. Важное место в его реализации отводится методу «пиктограмм». Особую ценность изначально приобретает методика в интерпретации автора С. В. Лонгиновой в связи с тем, что представляет ценность для изучения патологии мыслительной деятельности у детей с нарушениями в развитии на ранних этапах заболевания [3]. Поскольку в нашей работе мы говорим о детях с трудностями в обучении, то отметим, что детские патопсихологи А. Я. Иванова и Э. С. Мандрусова еще в середине 70-х годов XX века, анализируя выборы рисунков, позволяли судить по ним об особенностях мышления детей с трудностями в развитии и обучении. В конце 80-х годов процесс работы и процедура проведения пиктограммы была представлена в исследовании Б. Г. Херсонского [4]. А вот на пороге XXI века психологом Н. В. Беломестновой [1] методика применялась в русле не только классической патопсихологической деятельности с целью проведения дифдиагноза в психиатрической клинике, но и в контексте экспертной при производстве экспертиз с участием психолога. В наши дни метод «пиктограмм» представляет собой диагностический инструмент, позволяющий провести сложный комплексный анализ показателей психического развития; начиная от диагностики памяти, заканчивая особенностями мыслительной сферы, интеллекта, личности, ее эмоционального состояния.

Вновь возвращаясь к проблемам трудностей обучения современных детей в образовательной организации отметим, что данный метод патопсихологической диагностики используется нами прежде всего в контексте возможной оценки нарушений интеллектуального развития, дающей в последующем возможности выбора стратегий оказания психолого-педагогической помощи (решение проблем в деятельности психолого-педагогического консилиума (ППк), направление на ПМПК с целью определения специальных условий обучения по адаптированным образовательным программам).

При проведении мониторинговых исследований детей с трудностями в обучении с применением «пиктограмм» нами было замечено, что важной дифференциально-диагностической ценностью является способность обучающихся опосредовать отвлеченные понятия. В связи с этим отметим, что при проведении обследования в содержании экспериментальной рабо-

ты нами применяются как конкретные понятия («вкусный ужин», «тяжелая работа», мальчик трус»), так и абстрактные, содержащие в себе чувственно-образные корреляты («страх», «разлука», «счастье»). При нарушениях психического развития по органическому типу (дети с легкими когнитивными расстройствами) в ряде случаев затрудняются при опосредовании сложных понятий; рисунки-образы характеризуются конкретностью, порой развернутостью, наличием элементов обстоятельности. Отдельного внимания заслуживают результаты исследования обучающихся с признаками тотального психического недоразвития. На первый план у таких детей выступает пониженная способность в полном объеме усваивать инструкцию к заданиям; продуцируемые ими образы не всегда в полной мере связаны с предложенным понятием, а их деятельность слабо наполнена смысловым содержанием. При исследовании обучающихся с расстройствами аутистического спектра на фоне затрудненного, часто малопродуктивного контакта для нас профессиональный интерес представляют как сама продукция в «пиктограмме», так и структура суждений к ней. В протоколе исследования нами были замечены псевдоабстрактные, лишенные предметного содержания образы в виде геометрических фигур, стрелок, разных математических знаков. Обучающиеся инвалиды, находящиеся на динамическом наблюдении у психиатра, получающие медикаментозную терапию в анализе суждений обнаруживают элементы расплывчатости, даже порой разорванности.

Таким образом, метод «пиктограмм» будучи простым по технике исполнения и продуктивным в экспериментальной патопсихологии служит дополнительным инструментом психолого-педагогического исследования, позволяющим констатировать причины трудностей в усвоении обучающимися школьной программы на ступени как начального, так и основного и среднего общего образования. Опыт работы показывает, что полученные в ходе исследования школьников результаты «пиктограмм», как правило, подтверждаются другими методами психолого-педагогической диагностики, позволяющими выстроить дальнейший алгоритм профессиональных действий психолога образования с решением задач помощи в преодолении школьных трудностей обучающихся.

Литература

1. Беломестнова, Н. В. Клиническая диагностика интеллекта: психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике / Н. В. Беломестнова ; науч. ред. С. Т. Посохова. — Санкт-Петербург : Речь, 2003. — 127 с. — (Практикум по психодиагностике). — ISBN 5-9268-0236-9.

2. Исаев, Е. И. Трудности в обучении: диагностика, профилактика, преодоление / Е. И. Исаев, А. А. Марголис // Психологическая наука и образование. — 2023. — Т. 28, № 5. — С. 7–20. — DOI 10.17759/pse.2023280501.

3. Лонгинова, С. В. О применении метода «пиктограммы» для экспериментального исследования мышления психически больных : методическое письмо / С. В. Лонгинова, С. Я. Рубинштейн. — Москва, 1972. — 55 с.

4. Херсонский, Б. Г. Метод пиктограмм в психодиагностике / Б. Г. Херсонский. — 3-е изд., перераб. и доп. — Санкт-Петербург : Речь, 2003. — 120 с. — (Практикум по психодиагностике). — ISBN 5-9268-0159-1.

5. “Can you tell me more about this?”: agentic written feedback, teacher expectations, and student learning / C. M. Griffiths, L. Murdock-Perriera, J. L. Eberhardt // Contemporary Educational Psychology. — 2023. — Vol. 73. — Art. 102145. — DOI 10.1016/j.cedpsych.2022.102145.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С РАЗЛИЧНЫМИ ВАРИАНТАМИ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА

Троицкая Л. А.[1], Плотникова И. А.[2]
[1] ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова МЗ РФ, Москва, Россия
t-luba@mail.ru
[2] ФГБОУ ВО УГМУ МЗ РФ, Екатеринбург, Россия

Ключевые слова: туберозный склероз, дети, психическое развитие.

A COMPARATIVE ANALYSIS OF THE NEUROPSYCHOLOGICAL DEVELOPMENT OF YOUNG CHILDREN WITH VARIOUS TUBEROUS SCLEROSIS

Troitskaya L. A.[1], Plotnikova I. A.[2]
[1] Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
t-luba@mail.ru
[2] Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russia

Keywords: tuberous sclerosis, children, mental development.

Введение. Туберозный склероз (TSC) относится к группе орфанных заболеваний с аутосомно-доминантным типом наследования, множественными поражениями головного мозга и вариативностью когнитивных нарушений, часто сопровождается эпилепсией. Все это определяет необходимость диагностики и коррекции в раннем возрасте, который является чувствительным периодом формирования познавательной деятельности и основой дальнейшего психического и личностного развития. Первый тип TSC развивается при мутации гена, расположенного в участке 34 длинного плеча 9q хромо-

сомы, который кодирует белок гамартин, второй тип — в связи с мутацией в участке 13 короткого плеча 16 р хромосомы, который кодирует белок туберин. Мутации приводят к снижению синтеза белков гамартина или туберина, которые в норме подавляют опухолевый рост в организме. Мутации в генах туберозного склероза оказывают влияние на предшественников нервной системы в период 7–20 недели внутриутробного развития, что может выражаться в аномалиях клеточной дифференцировки, нарушении контроля аномальной миграции и размера клеток. Образуются гигантские нейроглиальные клетки, которые могут останавливаться в нетипичных местах, образуя субэпендимальные узлы, а в белом веществе полушарий — субкортикальные и кортикальные туберсы. У детей раннего возраста TSC часто сопровождается задержкой нервно-психического развития, трудностями формирования базовых познавательных процессов. Однако в клинико-психологической практике ощущается дефицит систематизированных данных о специфике познавательной деятельности в данном периоде в связи этой патологией.

Цель исследования — изучить особенности познавательной деятельности детей раннего возраста с установленным диагнозом «Туберозный склероз» с учетом специфики развития головного мозга.

Концептуальной основой исследования являются работы А. Р. Лурия о системной организации работе мозга в разрезе онтогенетического развития, теория Л. С. Выготского о том, что органический дефект не отменяет общих закономерностей развития, а лишь перестраивает их проявление, и положение Э. Г. Симерницкой и Т. Я. Сафроновой о пластичности головного мозга в раннем возрасте, создающей предпосылки для частичного развития познавательного процесса.

Материал и методы. Включены 54 ребенка в возрасте от 1 до 3 лет, 24 пациенту установлен диагноз туберозного склероза. Контрольную группу составили 30 здоровых детей аналогичного возраста. Распределение по полу: по 50% мальчиков и девочек в обеих группах. В экспериментальную группу вошло по 11 детей с первым и вторым типом TSC, у 2 пациентов тип заболевания не установлен. Анализировалась первичная медицинская документация. Статистическая обработка данных включала корреляционный анализ (критерий Спирмена), U-критерий Манна-Уитни.

У детей исследовались шесть линий развития: речь активная и сенсорная, движения общие, игровая и предметная деятельность, сенсорное и социальное развитие, навыки самообслуживания. Для оценки познавательной деятельности детей с туберозным склерозом была применена программа ранней комплексной диагностики уровня развития ребенка от рождения до 3 лет Л. И. Аксеновой, А. А. Лисеева, Н. Ш. Тюриной, Е. В. Шкадаревича, в модификации Троицкой Л. А., направленная на диагностику познавательной деятельности ребенка, разделенной по сферам головного мозга. Из 24 проб, 7 реализуются правой затылочной областью головного мозга,

6 проб — левой затылочной областью, 6 проб — работой префронтальных отделов головного мозга, 1 — верхней теменной областью правого полушария, 14 — зоной ТРО. По каждой пробе выставлялись штрафные баллы.

Результаты. В группе детей с туберозным склерозом наблюдается значимо худшее выполнение проб по всем блокам развития по сравнению с ровесниками нормативного развития. Статистический анализ показал, что среднее число невыполненных заданий (ошибок) у детей с ТС превышает таковое у нормы во всех рассматриваемых областях — сенсорное развитие, общие движения, предметная/игровая деятельность, речь, навыки самообслуживания, социальное развитие. Например, в среднем дети с ТС допустили ~13.8 ошибок в сенсорных пробах против ~48 у нормы; по речевому развитию — ~8.7 против ~2.9 соответственно. Эти различия статистически достоверны по каждому блоку ($p < 0.001$). Таким образом, дети с ТС отстают от нормально развивающихся сверстников во всех сферах — моторной, когнитивной, речевой и социальной. Особенно выражены различия в более сложных пробах: например, задания на понимание грамматических форм, употребление предлогов, называние форм и цветов успешно выполнялись большинством здоровых детей, но вызывали затруднения у >70% детей с ТС.

Различия между группами проявились и при группировке проб по предполагаемым отделам мозга, ответственным за их выполнение. У детей с ТС значительно больше ошибок в тестах, связанных с затылочными отделами (правым и левым), теменно-височно-затылочной зоной (ТРО), нижним и верхним теменным отделом, а также префронтальными и премоторными зонами коры. Иными словами, нарушения затрагивают широкий спектр нейропсихологических функций — от зрительно-пространственных (затылочные зоны) до сложных когнитивных и исполнительных функций (ассоциативные зоны ТРО, лобные области). Все различия между группами по суммарным “баллам” в этих зональных пробах статистически значимы (например, по зоне ТРО: $p < 0.0001$; префронтальной: $p < 0.000001$).

Мы провели разделение группы ТС в зависимости от выявленного мутантного гена — TSC1 или TSC2 — и обнаружили заметные различия в тяжести нарушений. Дети с мутацией TSC2 в среднем выполняли хуже задачи по большинству блоков развития, чем носители TSC1. Так, у носителей TSC2 было больше ошибок в сенсорных пробах (в среднем ~16 против ~11 у TSC1, $p \approx 0.04$), в предметно-игровых (~5.6 против ~3.1, $p \approx 0.01$), речевых (~9.9 против ~7.0, $p \approx 0.016$) и социальных задачах (~3.2 против ~1.8, $p \approx 0.007$). В блоках крупной моторики и самообслуживания различия не достигли статистической значимости, хотя и имели ту же тенденцию (больше нарушений при TSC2). Эти результаты согласуются с данными литературы о более тяжелом фенотипе при мутациях гена TSC2 по сравнению с TSC1.

Связь с данными ЭЭГ: наличие эпилептиформной активности (даже без частых клинических судорог) также оказалось ассоциировано с более низкими результатами развития. Мы разделили детей с TSC на тех, у кого ЭЭГ в норме (без патологической активности, код 0) и с различными отклонениями (эпилептические разряды, замедление ритма — коды 1–8). Во второй группе среднее число ошибок по всем тестам было выше: например, средний суммарный "дефицит" по пробам речи у детей с эпилептиформной ЭЭГ ~11, тогда как при нормальной ЭЭГ ~7.5. Аналогично, по социальному развитию: ~3.3 ошибки против ~1.5 при нормальной ЭЭГ. Хотя выборка мала, тренд очевиден — эпилептическая дисфункция мозга препятствует усвоению навыков.

Выводы. Тип генетической мутации влияет на профиль нарушений развития: TSC2 в большей степени ухудшает коммуникативные и познавательной функции, тогда как при TSC1 развитие может быть ближе к норме. Вместе с тем анализ нервно-психического развития детей с туберозным склерозом не обнаружил выпадения специфических модулей. В практическом плане это означает, что обучение и развитие таких детей можно выстраивать по той же программе, что и для обычных детей, но с существенной индивидуализацией темпа и с дополнительной помощью на трудных этапах.

ДИАГНОСТИКА РАЗВИТИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В НОРМЕ И ПРИ ОТКЛОНЯЮЩЕМСЯ РАЗВИТИИ (НА МОДЕЛИ ЭМПАТИИ)

Туревская Р. А.
АНО НППЦ «ТУРРИОН», Москва, Россия
info@turrion.net

Ключевые слова: эмоциональный интеллект, эмпатия, нормативное развитие, отклоняющееся развитие, психологическая диагностика.

ASSESSMENT OF EMOTIONAL INTELLIGENCE DEVELOPMENT IN TYPICAL AND ATYPICAL DEVELOPMENT (USING EMPATHY AS A MODEL)

Turevskaya R. A.
Scientific and Practical Psychological Center "TURRION", Moscow, Russia
info@turrion.net

Keywords: emotional intelligence, empathy, typical development, atypical development, psychological assessment.

Введение. Эмпатия является ключевым механизмом эмоционального развития. Следует отметить, что в результате недостаточности эм-

патии у детей нарушается не только способность к сопереживанию, но и умение адекватно эмоционально реагировать на различные явления окружающего мира, дифференцировать и адекватно интерпретировать экспрессивные выражения и эмоциональные состояния других, снижается вариативность способов эмоционального реагирования, диапазон понимаемых и переживаемых эмоций, интенсивность и глубина переживаний, способность прогнозировать эмоции и реакции людей на определенное поведение.

Однако отечественные исследования в этой области сдерживаются недостаточностью методических средств диагностики и измерения эмпатии (Гаврилова, 1977, Стрелкова, 1987, Туревская 2002, 2004). В настоящее время методических инструментов диагностики эмпатии для детей дошкольного возраста очень мало, большинство из них ориентированы на школьный возраст и старше, и предполагает использование опросников, что сдерживает научную разработку этой проблемы. Это ставит задачу разработки новых методик, позволяющих диагностировать развитие эмпатических переживаний у детей на более ранних возрастах, когда, собственно, закладывается способность к эмпатии. Необходимо при этом найти такие стороны развития эмпатии, которые при операционализации измерения вскрывали наиболее сущностные характеристики эмпатии и закономерности ее развития и функционирования в дошкольном возрасте и на младших школьных возрастах. В соответствии с этим предполагается исследовать избирательность эмпатических переживаний и актуализировать их на реальном материале по принципу «здесь и теперь». Избирательность эмпатических переживаний наиболее тесно связана с проблемой выявления механизмов ее обуславливания, и в частности, когнитивного опосредования. Для этих целей был создан специальный метод — ЭТСС**,** который прошел валидизацию и стандартизацию в исследованиях (Туревская, 2019, 2021).

Материал и методы. Общая выборка составила 134 ребенка (группа нормы — 104; РАС — 30 детей), из них 74 участвовали в лонгитюдном исследовании. Возраст умственного развития аутичных детей приближался к норме. Все дети с РАС обладали речью и способностью к игре, а также с ними проводилась коррекционная работа.

В рамках исследования использовался Эмпатический тест сюжетных ситуаций (ЭТСС), направленный на выявление избирательности эмпатических переживаний и соответственно типа атрибутивных процессов, опосредующих эмпатические переживания. Для моделирования эмпатических переживаний использовались ситуации, предъявляемые на картинках, которые известны детям по мультфильмам, сказкам и детским произведениям. На каждой из карти-

нок моделируются дисстресовые ситуации, которые различаются интенсивностью переживаний изображенных персонажей, степенью травматизации и/или страдания, наличием-отсутствием опасности (6 картинок).

Использовались две процедуры. Первая процедура — ранжирование картинок соответственно степени сопереживания. Испытуемого просят объяснить, почему он «жалеет»/сопереживает каждому из выбранных персонажей.

Вторая процедура — попарное сравнение картинок, на которых изображены герои мультфильмов, ребенок должен выбрать ту картинку, которая вызывает в нем наибольшее сопереживание персонажу. Испытуемый получает инструкцию: «Выбери того персонажа на картинках, которого ты больше жалеешь». Во второй процедуре предполагалось 15 попарных сравнений, в результате которых устанавливалась иерархия предпочтений.

Важно отметить, что понимание события и его переживание сложно разделить в детском возрасте. Анализ моделируемых эмпатических переживаний строился на основе выборов, их интерпретаций и вербальных самоотчетов.

На основе анализа результатов и вербальных самоотчетов испытуемых были выделены три атрибутивных параметра, которые опосредуют и дифференцируют эмпатические переживания.

Параметры: 1) локус ответственности за произошедшее событие, представленное на картинке; 2) контроль намерений, ролевые ожидания, прогнозирование опасности — в диаде жертва-агрессор необходимо понять, кто на самом деле жертва; 3) контролируемость причины дистресса, который испытает персонаж, которому мы сопереживаем.

Фактически, каждая предлагаемая картинка включает в той или иной степени выделенные параметры, которые могут иметь дифференцирующее значение для эмпатического переживания в зависимости от осмысления сюжетной ситуации. Однако, тест разработан таким образом, что каждый из параметров определяет дихотомию и задан двумя прямо противоположными признаками, которые содержатся в картинках. Выбор картинки фактически определяет тип атрибутивных процессов, определяющих эмпатическое переживание.

Гипотезы:

1. У детей с возрастом изменяется избирательность эмпатических переживаний;

2. Возрастная динамика эмпатических переживаний связана с развитием когнитивных атрибуций, опосредующих эмпатические переживания;

3. У аутичных детей в сравнении с нейротипичными детьми качественно изменены избирательность эмпатии и когнитивные атрибуции, опосредующие эмпатические переживания.

Результаты. Полученные данные позволяют дифференцировать детей по уровню развития эмпатических переживаний и возрастным особенностям. Сравнительный анализ обнаруживает, что, при переходе от младшего дошкольного возраста к старшему, меняется избирательность эмпатических переживаний, существенным компонентом которой является развитие когнитивных атрибуций. Дети в возрасте 4–5 лет сочувствуют «жертве», дистресс (страдания) которой более наглядно и интенсивно выражен.

У старших дошкольников (6–7 лет) сопереживание чаще возникает к «жертве», находящейся в условиях и ситуациях, за которые она не может нести ответственность, на которые она не может влиять или не может контролировать сложившиеся условия, или к «жертве», которая не испытывает страдания, но попала в опасную ситуацию. При эмпатическом переживании они начинают учитывать уже ряд параметров — специфические атрибуции (ответственность, контролируемость ситуации, намерения), которые требуют участия более сложных когнитивных процессов и понимания социальной жизни (прогнозирование, понимание ролевых отношений), понимания психических состояний и способность к децентрации. Чем дети старше, тем чаще они сопереживают «жертве», ориентируются на социальный смысл событий, социальные нормы и правила.

Результаты лонгитюдного исследования выборки детей начального школьного возраста (1-3 классы) подтверждают выявленные закономерности — роль когнитивных атрибуций и ToM, опосредующих эмпатические переживания, повышается в начальном школьном возрасте.

У детей с РАС 6-8 лет выявляется нарушение избирательности эмпатических переживаний, незрелость опосредствующих их когнитивных атрибуций. Аутичные дети, сопереживая, больше ориентируются на внешние признаки страдания, которые демонстрирует жертва, и меньше — на социальные нормы и правила, опосредующие эмпатические переживания, аналогично здоровым детям в возрасте 4–5 лет. Выявляется отсутствие статистически значимых различий между группой нейротипичных детей в возрасте 4–5 лет и аутичными детьми –-8 лет.

НОРМАТИВНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ АДЕКВАТНОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО РЕАГИРОВАНИЯ (МАЭР) У ПОДРОСТКОВ: РЕЗУЛЬТАТЫ ПИЛОТНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Тыдень Е. А., Британова В. С., Коваль-Зайцев А. А.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
tyden.ncpz@gmail.com

Ключевые слова: эмоциональная сфера, подростки, валентность, возбуждение.

NORMATIVE INDICATORS OF THE METHOD FOR ASSESSING THE ADEQUACY OF EMOTIONAL RESPONSE (MAER) IN ADOLESCENTS: RSULTS OF A PILOT STUDY

Tyden E. A., Britova V. S., Koval-Zaitsev A. A.
Russian Mental Health Center, Moscow, Russia
tyden.ncpz@gmail.com

Keywords: emotional sphere, adolescents, valence, arousal.

Введение. Эмоциональные изображения широко используются в экспериментальном исследовании эмоциональной реактивности. В частности, база Open Affective Standardized Image Set (OASIS) содержит стандартизированные показатели валентности и уровня возбуждения для широкого спектра эмоционально значимых изображений [1]. Валентность- субъективная оценка эмоционального стимула по шкале от негативного (неприятного) к позитивному (приятному). Уровень возбуждения- субъективная оценка интенсивности эмоционального отклика по шкале от низкого (спокойствие, расслабленность) к высокому (сильное эмоциональное возбуждение). Для клинико-психологического исследования подростков необходимо располагать нормативными показателями, учитывающими возрастную специфику, поскольку на сегодняшний день стандартизация показателей эмоционального реагирования проведена на взрослой выборке. Использование невербальной шкалы Self-Assessment Manikin (SAM) позволяет получать непосредственную самооценку эмоционального отклика по отдельным параметрам [3]. Важным преимуществом SAM является простота и наглядность, позволяющие минимизировать влияние вербальных и когнитивных факторов при оценке эмоциональных реакций.

Методика оценки адекватности эмоционального реагирования (МАЭР), разработанная в отделе клинической психологии, психотерапии и медико-социальной реабилитации ФГБНУ РНЦПЗ, предназначена для оценки эмоционального реагирования подростков на эмоциональные стимулы (изображения).

Методика включает 54 картины, отобранных из базы OASIS, и предполагает оценку эмоционального отклика по шкалам валентности и уровня возбуждения. Для каждого испытуемого рассчитывается степень соответствия его ответов по шкалам валентности и возбуждения, а также направленность отклонений от нормативных значений по шкалам. Дополнительно предусматривается качественный анализ вербальных комментариев испытуемого.

Цель исследования — провести стандартизацию МАЭР на референтной выборке (подростки 11–17 лет) и уточнить возможности количественной и качественной интерпретации результатов методики в клинико-психологической практике.

Материал и методы. В нормативную выборку вошли 137 подростков 11–17 лет, 82 мальчика, 55 девочек. Стимульный материал включал 54 изображения, представленные в трех категориях: люди; животные; неодушевленные объекты и сцены. Каждое изображение оценивается собственным эмоциональным откликом по параметрам валентности и уровня возбуждения с использованием 9-балльной шкалы, основанной на SAM. Для анализа итоговые нормативные показатели рассчитывались на основе анализируемой нормативной выборки в сравнении с результатами взрослой выборки на базе OASIS.

Количественная оценка проводилась посредством 6 интегральных показателей.

Результаты. Полученные данные нормативной выборки позволяют сформировать возрастно-специфические ориентиры интерпретации результатов МАЭР. Основным принципом стандартизации является определение диапазонов нормативных значений, рассчитанных на выборке стандартизации (нормотипичные подростки).

Критерий соответствия отражает процент ответов испытуемого, соответствующих совпадению с ожидаемыми ответами, рассчитанными на взрослой выборке.

Критерий направленности отражает общее направление отклонений по шкале валентности или уровня возбуждения и рассчитывается путем суммирования всех отклонений от ожидаемых ответов, полученных на выборке взрослых. Он позволяет определить наличие тенденции к более позитивной или негативной оценке, а также к более сильному или слабому эмоциональному отклику.

Критерий размаха характеризует вариативность ответов и рассчитывается как сумма модулей положительных и отрицательных отклонений по всем изображениям.

Также основные количественные показатели рассчитываются отдельно для трех категорий стимулов: «люди», «животные» и «неодушевленные объекты и сцены». Это позволяет оценивать возможную вариативность эмоционального реагирования в зависимости от содержания предъявляемого стимула.

Дополнительно оцениваются свободные вербальные комментарии к изображениям. Для количественной обработки результатов были разработаны 3 основных критерия, рассчитываемых отдельно для шкал валентности и возбуждения: критерий соответствия, критерий направленности отклонений и размах. Оцениваются также общая продуктивность, истощаемость, точность распознавания содержания изображения, семантическая наполненность ответов, преобладающий тип ответов, наличие специфических тем и однотипность ответов.

Предварительные нормативные диапазоны, полученные в подростковой выборке, позволяют использовать количественные показатели МАЭР для практического сопоставления индивидуального протокола с нормативными значениями. Для клинической интерпретации принципиально важно учитывать не отдельное отклонение по одной картине, а характер распределения отклонений по совокупности стимулов.

С опорой на эмпирический материал, полученный на выборке стандартизации, определены границы нормативных значений для подростков. Расчет произведен с использованием перцентилей, где явное отклонение соответствует попаданию в 5 и 95 перцентиль. Предварительно зонами риска в отношении отклонения нормативных значений рассматривается попадание в 25 и 75 перцентиль.

Дополнительные показатели позволяют уточнить особенности выполнения методики. Так, при низкой продуктивности интерпретация качественных характеристик вербальной продукции ограничена. Напротив, сохранная продуктивность создает возможность анализа точности распознавания изображений, семантической наполненности и преобладающих типов комментариев. В клинических протоколах могут выявляться различные сочетания количественных и качественных особенностей выполнения. Например, выраженное снижение продуктивности может сочетаться с минимальной семантической наполненностью ответов; преобладание оценочных либо эмоционально окрашенных высказываний нередко наблюдается совместно с показателями валентности и уровня возбуждения; повторяющаяся специфическая тематика может дополнительно характеризовать содержание эмоционального реагирования.

Выводы. Получены ориентировочные диапазоны нормативных значений по шкалам валентности и возбуждения выполнения МАЭР подростками 11–17 лет, позволяющие интерпретировать ответы испытуемых с учетом возрастной специфики. Дополнительное разделение стимулов на категории «люди», «животные» и «неодушевленные объекты и сцены» создает возможность дальнейшего изучения вариативности эмоционального реагирования в зависимости от содержания стимула. Методика МАЭР может использоваться как инструмент клинико-психологической экспертизы.

Литература

1. Вещикова, М. И. Патопсихологическое исследование восприятия опасности / М. И. Вещикова // Медицинская психология в России. — 2021. — Т. 13, № 3. — Ст. 5. — DOI 10.24412/2219-8245-2021-3-5.

2. Марченко, О. П. Оценка эмоционального содержания зрительных стимулов базы данных IAPS на разных этапах подросткового развития и в период ранней взрослости / О. П. Марченко, Н. В. Зверева // Перспективы науки и образования. — 2024. — № 2 (68). — С. 513–534. — DOI 10.32744/pse.2024.2.31.

3. Разумникова, О. М. Особенности эмоциональной оценки восприятия природной и техногенной среды мужчинами и женщинами / О. М. Разумникова, А. В. Юшкова // Экспериментальная психология. — 2025. — Т. 18, № 1. — С. 155–168. — DOI 10.17759/exppsy.2025180110.

4. Bradley, M. M. Measuring emotion: the Self-Assessment Manikin and the Semantic Differential / M. M. Bradley, P. J. Lang // Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry. — 1994. — Vol. 25, no. 1. — P. 49–59. — DOI 10.1016/0005-7916(94)90063-9.

5. Kurdi, B. Introducing the Open Affective Standardized Image Set (OASIS) / B. Kurdi, S. Lozano, M. R. Banaji // Behavior Research Methods. — 2017. — Vol. 49, no. 2. — P. 457–470. — DOI 10.3758/s13428-016-0715-3.

СОПОСТАВЛЕНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ IQ В ТЕСТАХ «НАРИСУЙ ЧЕЛОВЕКА» И WISC

Федорова Л. Р., Беломестнова Н. В.
ГАОУ ВО ЛО «ЛГУ им. А. С. Пушкина»,
Санкт-Петербург, Пушкин, Россия
delta_0505@mail.ru

Ключевые слова: когнитивное развитие, психометрия интеллекта, рисуночные тесты, WISC.

COMPARISON OF IQ SCORES FROM THE “DRAW-A-PERSON” TEST AND THE WISC

Fedorova L. R., Belomestnova N. V.
Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Pushkin, Russia
delta_0505@mail.ru

Keywords: cognitive development, psychometrics of intelligence, drawing tests, WISC.

Введение. В конце 1920-х годов Ф. Гудинаф (Florence Goodenough) разработала первую стандартизированную рисуночную методику «На-

рисуй человека», эмпирически обосновав гипотезу о том, что рисунок человека может служить показателем умственного развития независимо от навыков рисования [4]. А. Анастази отмечает, что надёжность теста Гудинаф-Харриса вполне удовлетворительная [1].

Однако эти данные вступают в противоречие с результатами независимых исследований. Так, в работе Н. В. Беломестновой тест «Нарисуй человека» сравнивался с детской батареей Д. Векслера и оценивался в двух вариантах: по 73 позициям в системе Харриса и по 35 позициям в системе чешских специалистов Й. Штурма и М. Вагнеровой. Ни один из вариантов не оказался рентабельным: тест не смог дифференцировать детей с общим нарушением речи и умственной отсталостью, а чешская модификация не отсекла нормотипичных детей от детей с умственной отсталостью [2].

Актуальность исследования обусловлена методологическим противоречием между стандартами психометрической диагностики и продолжающейся практикой применения рисуночных методик для оценки интеллектуального развития.

Материал и методы. В целях разрешения вышеизложенного противоречия было организовано эмпирическое исследование. Выборку исследования составили 29 детей в возрасте от 6,0 до 7,9 лет (18 девочек, 11 мальчиков), из них 18 детей с нормативным развитием и 11 детей с когнитивным недоразвитием (с задержкой психического развития (ЗПР) n = 7 и легкой степенью умственной отсталости (УО) n = 4).

Работа с каждым ребёнком проводилась индивидуально. Исследование проводилось на базе трёх образовательных учреждений с 31.03.26 по 27.04.26: ООО «Корпорация детства», ГБДОУ детский сад №89 Красносельского района Санкт-Петербурга «Бригантина», а также ГБДОУ детский сад №2 комбинированного вида Петродворцового района Санкт-Петербурга.

Использована методика «Нарисуй человека», подсчитан показатель IQ. По методике «Нарисуй человека» подсчитан показатель IQ. Он сравнивался с показателями IQ интеллектуальной батареи WISC [3]. Сначала ребёнку предлагалось нарисовать человека, после чего проводилась методика WISC.

Результаты. Качественный анализ выявлял случаи, когда одинаковый балл по тесту «Нарисуй человека» соответствовал разным уровням IQ по WISC. Обнаружены три группы данных.

Первый результат. Трое детей с одинаковым сырым баллом 10 по тесту «Нарисуй человека», равный стандартному баллу IQ 72, соответствует пограничному уровню умственной отсталости по Харрису [4]. При этом у одного ребенка по WISC IQ 65, что соответствует умственной отсталости в степени умеренно выраженной дебильности [3]; второй ребенок получил по WISC IQ 111 — средняя норма; третий ребёнок IQ 122 по WISC — высокая норма [3]. Разброс показателей по WISC составил 57 баллов.

Второй результат. Трое детей с сырыми баллами 6-7 по Харрису имели IQ 70, 71 и 119 по WISC; разброс составил 49 баллов. Ребёнок 6 лет с сырым баллом 7 соответствовал порогу нормы и умственной отсталости; ребёнок 7 лет с сырым баллом 6 и ребёнок 6 лет с сырым баллом 6 оказались ниже возрастного порога нормы. Таким образом, дети с разным уровнем интеллектуального развития получили одинаковый балл по тесту «Нарисуй человека». Ребёнок с высоким интеллектом (IQ 119) попал в ту же зону, что и дети с низкими показателями (IQ 70–71).

Третий результат. Четверо детей с одинаковым сырым баллом 8 имели IQ 79, 105, 107 и 123, разброс 44 балла. Трое детей 6 лет с баллом 8 находились выше возрастного порога (7 баллов), а один ребёнок 7 лет с тем же баллом 8 оказался ниже возрастного порога (9 баллов). Один и тот же балл по тесту «Нарисуй человека» соответствовал как низкому показателю интеллекта (IQ 79), так и высокому (IQ 123).

Во всех трёх случаях одинаковый балл по тесту «Нарисуй человека» не позволял различить детей по уровню IQ, определённому с помощью WISC.

Для оценки диагностических возможностей теста «Нарисуй человека» применялись показатели чувствительности и специфичности относительно результатов WISC как внешнего критерия. Пороги отсечения устанавливались с учётом возраста: 7 баллов для детей 6 лет и 9 баллов для детей 7 лет. Применен метод ROC-анализа [5], взяты два показателя чувствительность и специфичность. Чувствительность — это показатель, демонстрирующий, насколько методика способна выявлять тех испытуемых, у которых действительно имеются когнитивные нарушения. Специфичность — это способность теста правильно идентифицировать испытуемых, не имеющих когнитивных нарушений. Чувствительность теста составила 36%, то есть 36% детей с когнитивной недостаточностью были диагностированы правильно по тесту «Нарисуй человека», а 64% процента детей попали в группу нормы, то есть «Нарисуй человека» показал ошибочный результат. Специфичность составила 94%, то есть дети с нормативным показателем по тесту WISC попали в норму по тесту «Нарисуй человека», а 6%, соответствующие норме по WICS, попали в группу умственно отсталых по «Нарисуй человека». Столь низкая чувствительность означает, что тест не выявляет большинство детей с ЗПР и УО: семь из одиннадцати детей группы дизонтогенеза показали результаты выше возрастного порога. Высокая специфичность достигается за счёт очень низкого порога отсечения.

Выводы. Исследование показало, что тест «Нарисуй человека» не может использоваться как инструмент диагностики интеллекта у детей. При одинаковых баллах разброс IQ достигает 57 баллов (от умственной отсталости до высокого интеллекта), 64% детей с когнитивным недоразвитием попадает в группу нормы.

Литература

1. Анастази, А. Психологическое тестирование / А. Анастази, С. Урбина. — 7-е изд. — Санкт-Петербург : Питер, 2007. — 688 с. — (Мастера психологии).

2. Беломестнова, Н. В. К вопросу об эффективности диагностики интеллектуального развития ребенка по рисуночным тестам / Н. В. Беломестнова // Рождение и жизнь : материалы Международной конференции по клинической психологии детства, 15–16 октября 2010 г., Санкт-Петербург / под общ. ред. В. А. Аверина, А. Н. Корнева. — Санкт-Петербург : Изд-во СПбГПМА, 2010. — С. 64–66.

3. Беломестнова, Н. В. Клиническая диагностика интеллекта: психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике / Н. В. Беломестнова ; науч. ред. С. Т. Посохова. — Санкт-Петербург : Речь, 2003. — 127 с. — (Практикум по психодиагностике). — ISBN 5-9268-0236-9.

4. Harris, D. B. Children's drawings as measures of intellectual maturity: a revision and extension of the Goodenough Draw-a-Man Test / D. B. Harris. — New York : Harcourt, Brace & World, 1963. — 367 p. — ISBN 0-15-507300-1.

5. Zweig, M. H. Receiver-operating characteristic (ROC) plots: a fundamental evaluation tool in clinical medicine / M. H. Zweig, G. Campbell // Clinical Chemistry. — 1993. — Vol. 39, no. 4. — P. 561–577.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ САМООЦЕНКИ В КОНТЕКСТЕ СИМПТОМАТИКИ ИНТЕРНЕТ-ЗАВИСИМОГО ПОВЕДЕНИЯ СТАРШИХ ПОДРОСТКОВ

Хакимова З. Р., Кузьмина А. С.
ФГБОУ ВО «Алтайский государственный университет», Барнаул, Россия
zarina_khakimova@mail.ru

Ключевые слова: интернет-зависимость, самооценка, подростковый возраст, нехимическая зависимость.

SELF-ESTEEM CHARACTERISTICS IN THE CONTEXT OF INTERNET ADDICTION SYMPTOMS IN OLDER ADOLESCENTS

Khakimova Z. R., Kuzmina A. S.
Altai State University, Barnaul, Russia
zarina_khakimova@mail.ru

Keywords: internet addiction, self-esteem, adolescence, non-chemical addiction.

Введение. Интернет-зависимое поведение — один из главных профессиональных вызовов психолога в XXI веке. Наряду со всеми поло-

жительными аспектами, интернет может негативно влиять на индивида, особенно сензитивны к этому влиянию дети и подростки, не имеющие четко и упрочено сформированной структуры личности и иерархии мотивов [6,7,8]. Особый интерес представляет исследование особенностей самооценки подростка, ведь именно она во многом определяет его способность к сопротивлению негативным тенденциям среды, повышение возможности успеха при коррекционных интервенциях специалиста, а также формирование стойкой адаптивной Я-концепции [1].

Таким образом, **целью** исследования является выявление особенностей самооценки старших подростков с разным уровнем выраженности симптоматики интернет-зависимого поведения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 59 старших подростков (средний возраст — 17 лет). Методиками исследования стали: 1) Шкала интернет-зависимости Чена (CIAS) 2) Классическая шкала исследования самооценки Дембо-Рубинштейн. Для анализа использовались программа SPSS statistics 23 и математико-статистические методы (описательные статистики, непараметрический корреляционный анализ Спирмена, непараметрический U-критерий Манна-Уитни).

Результаты. Выборка была разделена на 2 группы по наличию симптомов интернет-зависимого поведения (16 человек — симптоматика отсутствует, 43 — наличие симптоматики). Это свидетельствует о том, что у большей части испытуемых наблюдается некоторое количество признаков зависимого поведения.

По результатам непараметрического корреляционного анализа Спирмена мы видим, что присутствует отрицательная взаимосвязь (при $p < 0,05$) между баллом по шкале интернет-зависимости и шкалами характера ($r = -0,345$, $p = 0,007$), способностей ($r = -0,318$, $p = 0,014$), авторитета ($r = -0,290$, $p = 0,026$). Также мы проследили различие показателей самооценки в группах с помощью непараметрического U-критерия Манна-Уитни (см. табл. 1).

Так, мы можем сделать вывод о том, что испытуемые с симптомами интернет-зависимого поведения считают, что имеют больше отрицательных черт характера, более низкий уровень способностей, а также не имеют какой-либо важной или главенствующей позиции в коллективе.

Исследователи отмечают, что интернет-зависимое поведение — вид нехимической аддикции, которая, как и все прочие, служит для ухода от реальности и погружения в иной, более приятный и менее стрессогенный мир [2, 4, 5, 7]. Принятие такого решения во многом может быть продиктовано и представлениями о самом себе как о беспомощном, неспособном, слабом. Результаты проведённого исследования подтверждают это положение, а также конкретизируют его: подросток, считающий, что его черты характера более негативные и непринимаемые обществом, а

Таблица 1

Результаты U-критерия Манна-Уитни по методике исследования самооценки Дембо-Рубинштейн (представлены только значимые различия при p < 0,05)

	Среднее значение		Z	Асимп. знач. (двухсторонняя)
	Наличие симптоматики интернет-зависимого поведения	Отсутствие симптоматики интернет-зависимого поведения		
Характер	26,74	38,75	–2,390	0,017
Авторитет	26,92	38,28	–2,261	0,024

также не имеющий авторитета (то есть важности и значимости в глазах окружающих), более склонен к вовлечению в интернет-зависимое поведение. Сеть может предложить бесчисленное множество широкодоступных вариантов удовлетворения нереализованных в реальности потребностей (например, посредством анонимного общения, достижений в онлайн-играх, просмотра табуированного запрещённого контента и другое), что подкрепляет убеждённость в правильности и необходимости таких действий.

Примечательными являются значимые различия именно по шкалам авторитета и характера. В подростковом возрасте положение ребёнка в коллективе во много определяется его «крутостью», то есть такими качествами как харизма, умение выделяться из толпы, способность к противостоянию взрослым и подобными. Отсутствие в характере этих качеств может расцениваться подростком как личный недостаток, по причине которого ему не удаётся получить главенствующий статус [3, 9]. Интернет позволяет спрятать негативные характеристики и гиперболизировать положительные, что в свою может приводить к пониманию интернета как единственного способа получения положительных эмоций. Чем больше подросток будет вовлечён в реализацию потребностей таким способом, тем болезненнее будет переживаться отсутствие возможности обращения к сети и необходимость соприкосновения с реальным миром [10, 11].

Выводы. Настоящее исследование выявило взаимосвязь симптоматики интернет-зависимого поведения и низкой самооценки подростков. Чем больше выраженность симптоматики интернет-зависимого поведения, тем ниже подросток оценивает свой характер, способности и авторитет среди окружающих. Полученные данные позволяют сделать вывод, что наиболее уязвимыми компонентами самооценки при интернет-зависимом

поведении в старшем подростковом возрасте выступают субъективное восприятие собственного характера и социального авторитета.

Литература

1. Бостанова, С. Н. Особенности интернет-зависимости среди лиц юношеского возраста / С. Н. Бостанова, П. Р. Недвига // Проблемы современного педагогического образования. — 2023. — № 79, ч. 3. — С. 199–201.

2. Гребенщикова, В. Л. Интернет-зависимость / В. Л. Гребенщикова // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. — 2010. — № 17. — С. 137–139.

3. Давыденко, Е. Л. Самооценка в юношеском возрасте / Е. Л. Давыденко, И. Н. Протасова // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. — 2014. — № 39-2. — С. 103–107.

4. Егоров, А. Ю. Нехимические зависимости / А. Ю. Егоров. — Санкт-Петербург : Речь, 2007. — 190 с. — (Современный учебник). — ISBN 5-9268-0649-6.

5. Егоров, А. Ю. Поведенческие аддикции / А. Ю. Егоров, А. В. Голенков // Вестник Чувашского университета. — 2005. — № 2. — С. 56–69.

6. Короленко, Ц. П. Интернет-зависимость в русскоязычном секторе Интернета / Ц. П. Короленко, В. А. Лоскутова // Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. — 2004. — № 3 (113). — С. 45–51.

7. Крюкова, Е. Н. Интернет-зависимость как один из показателей нарушения межличностных отношений / Е. Н. Крюкова // Вестник Самарского государственного технического университета. Серия: Психолого-педагогические науки. — 2012. — № 1. — С. 87–92.

8. Мертёхин, А. А. Интернет-зависимое поведение и перегрузка информацией / А. А. Мертёхин // Северо-Кавказский психологический вестник. — 2012. — Т. 10, № 3. — С. 24–27.

9. Пастухова, М. В. Теоретические аспекты психологического изучения самооценки личности / М. В. Пастухова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. — 2010. — Т. 12, № 5 (2). — С. 460–462.

10. Первова, И. Л. Представления об аддикциях: социологический аспект / И. Л. Первова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12: Психология. Социология. Педагогика. — 2009. — № 4. — С. 38–45.

11. Чухрова, М. Г. Интернет-зависимость как вариант аддиктивного поведения / М. Г. Чухрова, А. В. Ермолаева // Мир науки, культуры, образования. — 2012. — № 2 (33). — С. 231–234.

ПСИХИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ И СУИЦИДАЛЬНО-АДДИКТИВНЫЙ РИСК У ПОДРОСТКОВ: РОЛЬ СУБЪЕКТИВНОГО ВОСПРИЯТИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ

Церфус Д. Н.
ФГБОУ ВО ПГУПС, Санкт-Петербург, Россия
diana.cerfus@mail.ru

Ключевые слова: подростки, дисфункциональная семья, родительские установки, психические состояния.

MENTAL STATES AND SUICIDAL-ADDICTIVE RISK IN ADOLESCENTS: THE ROLE OF SUBJECTIVE PERCEPTION OF PARENTAL ATTITUDE

Cerfus D. N.
Emperor Alexander I St. Petersburg State Transport University
Saint Petersburg, Russia
diana.cerfus@mail.ru

Keywords: adolescents, dysfunctional family, parental attitudes, mental states, deviant behavior.

Введение. Подростковый возраст является сензитивным периодом для формирования личностных паттернов и реакций на стресс. Неблагополучная семейная среда выступает одним из ключевых факторов дезадаптации, провоцируя развитие негативных психических состояний (тревожности, фрустрации, агрессивности) и девиантного поведения [2]. Современные исследования подтверждают, что социальный климат в семье непосредственно связан с проявлением коммуникативной агрессивности и стратегиями поведения подростков в конфликтных ситуациях [1, 3].

Клинико-психологическая диагностика особенностей восприятия родительских установок и актуальных психических состояний позволяет своевременно выявлять группы риска суицидального и аддиктивного поведения, что соответствует традициям отечественной школы клинической психологии, заложенным С. Я. Рубинштейн [2]. Подростки, воспитывающиеся в условиях семейного неблагополучия, нередко демонстрируют снижение самооценки, что провоцирует формирование дезадаптивных переживаний, устойчивого чувства собственной неполноценности и фрустрационных состояний, которые в дальнейшем могут трансформироваться в различные формы девиантного поведения [4, 5].

Цель. Выявить связь психических состояний и суицидально-аддиктивных рисков, исходя из субъективного восприятия родительского отношения у подростков в разных типах семей.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 70 подростков в возрасте от 14 до 17 лет (средний возраст — 16 лет). Данная группа респондентов была разделена на 35 подростков из нормативных, благополучных, полных семей и 35 — из дисфункциональных, состоящих на профилактическом учете в подразделении по делам несовершеннолетних (ПДН).

В исследовании применялись: методика «Самооценка психических состояний» Г. Айзенка, в адаптации М. В. Хайкиной; опросник «Поведение родителей и отношение подростков к ним (ПОР)» Е. Шафера, в адаптации З. Матейчика и П. Ржичана; диагностический опросник «ДАП-П».

Статистическая обработка данных включала в себя корреляционный анализ, с применением коэффициента корреляции К. Пирсона.

Результаты. При анализе было отмечено, что в нормативных семьях фрустрация положительно коррелирует с автономностью матери ($r = 0,36$; $p \leq 0,05$) и отца ($r = 0,338$; $p \leq 0,05$), что указывает на то, что эмоциональная отстраненность родителей провоцирует чувство беспомощности у подростка. Агрессивность также связана с автономностью матери ($r = 0,359$; $p \leq 0,05$) и отрицательно с ее непоследовательностью ($r = –0,417$; $p \leq 0,05$). Высокая агрессивность коррелирует с риском делинквентного ($r = -0,674$; $p \leq 0,01$) и аддиктивного поведения ($r = –0,54$; $p \leq 0,01$), а также суицидального риска ($r = –0,685$; $p \leq 0,01$). Автономность отца связана с суицидальным риском ($r = -0,377$; $p \leq 0,05$) и аддиктивным поведением ($r = -0,373$; $p \leq 0,05$).

В дисфункциональных семьях структура связей представлена следующим образом, тревожность положительно коррелирует с позитивным интересом матери ($r = 0,385$; $p \leq 0,05$) и отца ($r = 0,496$; $p \leq 0,01$), что клинически интерпретируется как страх подростка потерять условную поддержку. Враждебность отца усиливает тревожность ($r = 0,498$; $p \leq 0,01$). Директивность матери отрицательно связана с фрустрацией ($r = –0,452$; $p \leq 0,01$), четкие, возможно жесткие правила снижают чувство беспомощности. Директивность отца отрицательно связана с аддиктивным ($r = 0,392$; $p \leq 0,05$) и делинквентным поведением ($r = 0,387$; $p \leq 0,05$), подростки боятся последствий нарушения запретов. Тревожность напрямую коррелирует с суицидальным риском ($r = –0,561$; $p \leq 0,01$) и аддиктивным поведением ($r = –0,432$; $p \leq 0,01$), выступая маркером дезадаптации.

Выводы. Клинико-психологическая диагностика показала, что подростки из дисфункциональных семей образуют группу риска, характеризующуюся высоким уровнем фрустрации, тревожности, агрессивности и суицидального риска, на фоне восприятия родительских установок как

враждебных и непредсказуемых. В нормативных семьях чрезмерная автономность, включающую эмоциональную холодность родителей также может провоцировать фрустрацию и девиантное поведение, хотя в меньшей степени.

Полученные данные подтверждают необходимость дифференцированного подхода в клинико-психологической коррекции: для подростков из дисфункциональных семей требуется работа с тревогой, развитие навыков саморегуляции и совладающего поведения, обучение конструктивной коммуникации; для нормативных семей — коррекция детско-родительских отношений, развитие эмоциональной включенности родителей, преодоление автономности и отстраненности; в обоих случаях необходима профилактика суицидального и аддиктивного поведения через формирование адаптивных стратегий преодоления стресса.

Результаты исследования могут быть использованы для прогнозирования отклоняющегося поведения, своевременного выявления групп риска и разработки программ психологической помощи подросткам и их семьям.

Литература

1. Балабан, М. К. Модели воспитания детей, используемые в приемных семьях / М. К. Балабан, И. Д. Кочербаева, Е. Ф. Ященко // Человек и транспорт: психология, образование, эргономика : материалы Национальной научно-практической конференции с международным участием. — Санкт-Петербург, 2026. — С. 148–154.

2. Горбунова, А. М. Особенности психологических состояний подростков группы суицидального риска / А. М. Горбунова // Актуальные проблемы образования в период детства : материалы Всероссийской студенческой научно-методической конференции с международным участием / отв. ред. Ю. В. Скоробогатова. — Нижний Тагил ; Екатеринбург, 2023. — С. 33–36.

3. Кедич, С. И. Связь коммуникативной агрессивности и поведения в конфликте у юношей и девушек с социальным климатом в семье / С. И. Кедич, В. А. Гуренкова // Буддийские духовно-нравственные ценности в формировании семьи как фундамента российского общества : материалы Всероссийской научной конференции. — Кызыл, 2024. — С. 49–53.

4. Кушка, М. Г. Деструктивные детско-родительские отношения как фактор девиантного поведения подростков / М. Г. Кушка // Социальная педагогика в России. — 2019. — № 5. — С. 59–63.

5. Никитина, В. И. Особенности девиантного поведения и психических состояний подростков / В. И. Никитина // Преемственность в образовании. — 2020. — № 27 (11). — С. 429–434.

СПЕЦИФИКА ДЕТСКО-РОДИТЕЛЬСКИХ ОТНОШЕНИЙ В ДИАДАХ «МАТЬ — РЕБЕНОК» С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: КОМПЛЕКСНЫЙ АНАЛИЗ СУБЪЕКТИВНЫХ И ОБЪЕКТИВНЫХ ПАРАМЕТРОВ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

Черноярова Т. Ю.[1], Коваль-Зайцев А. А.[2], Беркун А. В.[3]
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
ФГБНУ «Институт коррекционной педагогики», Москва, Россия
[1] Tanyachernoyarova@yandex.ru
[2] koval-zaitsev@mail.ru
[3] alexandra@berkun.ru

Ключевые слова: детско-родительские отношения, расстройства аутистического спектра, задержка психического развития, эмоционально-смысловой подход, фланелеграф.

SPECIFIC FEATURES OF CHILD-PARENT RELATIONSHIPS IN “MOTHER–CHILD” DYADS WITH AUTISM SPECTRUM DISORDERS AND MENTAL DEVELOPMENT DELAYS: A COMPREHENSIVE ANALYSIS OF SUBJECTIVE AND OBJECTIVE PARAMETERS OF INTERACTION

Chernoyarova T. Y.[1], Berkun A. V.[2], Koval-Zaitsev A. A.[3]
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
Mental Health Research Center, Moscow, Russia
Institute of Special Education, Moscow, Russia
[1] Tanyachernoyarova@yandex.ru
[2] koval-zaitsev@mail.ru
[3] alexandra@berkun.ru

Keywords: child-parent relationships, autism spectrum disorders, delayed mental development, emotional-semantic approach, flannelgraph.

Введение. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) выступает мощным стрессогенным фактором, деформирующим семейную систему и детско-родительские отношения (ДРО). В рамках эмоционально-смыслового подхода (О. С. Никольская, Е. Р. Баенская, М. М. Либлинг), системного подхода к семье и концепции совместно-разделенной деятельности Л. С. Выготского гармоничные ДРО рассматриваются в качестве главного ресурса компенсации первичного дефекта и социализации [1, 4].

При расстройствах аутистического спектра (РАС) деформация взаимодействия обусловлена нарушением аффективной сферы и трудностями выстраивания совместного эмоционального опыта [1, 5]. При задержке психического развития (ЗПР) — несформированностью произвольной регуляции и преобладанием игровой мотивации. Несмотря на значимость проблемы, в клинической практике сохраняется острый дефицит объективных методов диагностики диадического взаимодействия, дополняющих традиционные опросники».

Материал и методы. В исследовании приняли участие 90 испытуемых: 45 диад «мать — ребенок». Выделены три эквивалентные группы по 15 диад в каждой: I — диады «мать — ребенок с РАС»; II — диады «мать — ребенок с ЗПР»; III группа — контрольная с нормативным психическим развитием. Возраст матерей составил от 23 до 53 лет, детей — от 4 до 9 лет. В группе РАС преобладали мальчики (10 человек), в группе ЗПР гендерное распределение характеризуется равным соотношением. Диагностический комплекс включал три инструмента:

1. Опросник родительского отношения (ОРО) А. Я. Варги, В. В. Столина в адаптации И. Н. Галасюк, О. В. Митиной для семей с особыми детьми [2].

2. Опросник «Взаимодействие родитель — ребенок» (ВРР) И. М. Марковской [3].

3. Авторская интерпретация метода изучения ДРО с помощью фланелеграфа. Процедура заключалась в совместном разыгрывании диадой сказки «Колобок» на специальной доске с прикрепляемыми фигурками. Наблюдение велось по 5 группам поведенческих маркеров (физический и вербальный контакт, невербальные реакции, интерес к взаимодействию, согласованность действий), образующих 8 интегральных шкал.

Статистическая обработка данных показала отклонение распределения показателей от нормального по критерию Шапиро-Уилка ($p < 0,05$), в связи с чем применялись непараметрические методы: ранговая корреляция Спирмена (r_s), критерий Краскела-Уоллиса (X^2) и критерий Двасса-Стила-Кричлоу-Флингера (W) для попарных сравнений при пороге значимости $p < 0,05$.

Результаты. Корреляционный анализ подтвердил конвергентную валидность метода фланелеграфа: выявлены значимые связи между его шкалами и показателями опросников ОРО и ВРР. В частности, шкала «Эмоциональная близость» на фланелеграфе положительно коррелирует с принятием по ОРО ($r_s = 0,605$, $p < 0,001$) и принятием по ВРР ($r_s = 0,619$, $p < 0,001$), а также отрицательно с эмоциональной дистанцией по ВРР ($r_s = 0,708$, $p < 0,001$).

По ОРО статистически значимые межгрупповые различия обнаружены только по шкале «Симбиоз» ($X^2 = 8,800$, $p < 0,012$). Попарный анализ показал, что уровень симбиоза в группе РАС значимо выше, чем в норме ($W = –3,86$, $p = 0,017$), тогда как между группами ЗПР и РАС различий не выявлено.

Результаты опросника ВРР зафиксировали существенные различия между клиническими группами и нормой по шкалам контроля ($X^2 = 13{,}324$, $p = 0{,}001$), эмоциональной близости ($X^2 = 14{,}186$, $p < 0{,}001$), принятия ($X^2 = 14{,}859$, $p < 0{,}001$), сотрудничества ($X^2 = 16{,}651$, $p < 0{,}001$), последовательности ($X^2 = 7{,}929$, $p = 0{,}019$) и удовлетворенности отношениями ($X^2 = 15{,}449$, $p < 0{,}001$).

Обе клинические группы в ДРО демонстрируют снижение близости и сотрудничества по сравнению с нормой ($p < 0{,}05$), однако группы РАС и ЗПР не различаются. Оценка ДРО с помощью фланелеграфа выявила критериальные различия между нормой и клиническими группами по всем 8 шкалам ($p < 0{,}05$). Диады с РАС и ЗПР проявляют меньшую эмоциональную близость и активность ребенка по сравнению с нормой, но также не имеют статистических различий.

Обсуждение результатов выявляет ряд закономерностей. Высокий симбиоз в диадах с РАС выполнять компенсаторную функцию, при которой мать выступает «аффективным донором», стабилизирующим психический тонус ребенка. Отсутствие различий между группами РАС и ЗПР указывает на феноменологическую общность деформаций ДРО: первично-аффективный дефицит при аутизме и вторичные эмоционально-волевые нарушения при ЗПР запускают аналогичные механизмы родительского стресса и гиперконтроля. Отсутствие специфической авторитарности при ЗПР обусловлено влиянием общепопуляционных социокультурных установок на воспитательную строгость. Парадокс между объективным дефицитом близости в игровой ситуации и высокой субъективной удовлетворенностью матерей детей с РАС объясняется включением механизмов психологической защиты и идеализацией достижений ребенка.

Выводы. Диады «мать — ребенок» при РАС и ЗПР характеризуются сходными паттернами деформации взаимодействия: дефицитом эмоционально-физической близости, снижением сотрудничества и пассивностью ребенка. Отсутствие статистически значимых различий по параметрам ДРО между группами РАС и ЗПР может свидетельствовать об общности базовых механизмов нарушения диадического взаимодействия (родительский стресс, дефицит аффективной регуляции) при различных типах дизонтогенеза. Авторский метод изучения ДРО с помощью фланелеграфа показал высокую чувствительность к объективным деструктивным паттернам взаимодействия и рекомендован для применения в детской клинической психодиагностике»

Литература

1. Баенская, Е. Р. Нарушения аффективного развития ребенка при формировании синдрома раннего детского аутизма / Е. Р. Баенская // Дефектология. — 2008. — № 4. — С. 11–19.

2. Галасюк, И. Н. Модификация Опросника родительского отношения (А. Я. Варги, В. В. Столина) для семьи, воспитывающей особого ребенка /

И. Н. Галасюк, О. В. Митина // Клиническая и специальная психология. — 2017. — Т. 6, № 2. — С. 109–129. — DOI 10.17759/cpse.2017060209.

3. Марковская, И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И. М. Марковская. — Санкт-Петербург : Речь, 2000. — 149 с. — (Психологический тренинг). — ISBN 5-9268-0030-7.

4. Никольская, О. С. Аффективная сфера как система смыслов, организующих сознание и поведение / О. С. Никольская. — Москва : Московский городской психолого-педагогический университет, 2008. — 464 с. — ISBN 978-5-94051-041-3.

5. Crowell, J. A. Parenting behavior and the development of children with autism spectrum disorder / J. A. Crowell, J. Keluskar, A. Gorecki // Comprehensive Psychiatry. — 2019. — Vol. 90. — P. 21–29. — DOI 10.1016/j.comppsych.2018.11.007.

ПРОГНОСТИЧЕСКОЕ ЗНАЧЕНИЕ «ПРЕДБОЛЕЗНЕННЫХ ПСИХИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ» У УЧАЩИХСЯ ПОДРОСТКОВОГО И ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ПРОСПЕКТИВНОГО КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Чубаровский В. В.
ФБУН «ФНЦГ им. Ф. Ф. Эрисмана» Роспотребнадзора, Мытищи, Россия
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И. М. Сеченова, Москва, Россия
chubarovsky@gmail.com

Ключевые слова: психическое здоровье, предболезнь, прогноз, подростки, юноши.

PROGNOSTIC SIGNIFICANCE OF “PRE-MORBID MENTAL STATES” IN ADOLESCENTS AND YOUNG ADULTS: FINDINGS FROM A PROSPECTIVE CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL STUDY

Chubarovskii V. V.
Federal Budgetary Institution “FNTSG named after F. F. Erisman” of Rospotrebnadzor, Mytishchi, Russia
Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia
chubarovsky@gmail.com

Keywords: mental health, pre-disease state, prognosis, adolescents, young men.

Введение. Проблема ранней диагностики, квалификации и коррекции состояний психической дезадаптации лиц подросткового и юно-

шеского возраста имеет исключительное теоретическое и прикладное значение. По данным ВОЗ «психическими расстройствами страдает каждый седьмой подросток в возрасте 10–19 лет в мире (14,3%)» [2]. В связи с особенностями объекта исследования, его междисциплинарным характером, неразработанностью критериев возрастной нормологии, данные о реальной распространённости лиц, нуждающихся в оказании специализированной помощи крайне противоречивы, и колеблются от 0 до 90%. Следует отметить, что подавляющие число популяционных психиатрических исследований выполнено на основе данных вторичных источников или по результатам использования различных опросников, а также психометрических и проективных тестовых методик. Количество клинико-эпидемиологических, обсервационных исследований крайне ограничено, что имеет особое значение, так как постановка психиатрического диагноза находиться в компетенции сертифицированных специалистов, а диагностические подходы различных психиатрических школ, направлений и отдельных исследователей зачастую крайне противоречивы, что делает невозможным сопоставление эпидемиологических данных в сравнительном культуральном, историческом и прогностическом аспектах. Особое значение имеет исследование переходных состояний от понятия «психическая норма» до «психическое расстройство». В России в последние годы большое внимание уделяется исследованию «предболезненных психических состояний», «донозологических форм», «невротических и патохарактерологических реакций» [1]. Принципиальное теоретическое и практическое значение имеет прогноз динамики психопатологических нарушений в различные периоды онтогенеза.

Цель исследования — изучить особенности динамики предболезненных невротических состояний у лиц подросткового и юношеского возраста.

Задачи исследования:

1. Изучение показателей распространённости предболезненных невротических состояний у учащихся подросткового и юношеского возраста.

2. Изучение прогноза динамики предболезненных психических нарушений в течение 1 года.

Материал и методы. Программа исследования включала в себя несколько этапов. На первом, сплошным методом в рамках описательной эпидемиологии по унифицированным диагностическим методикам были обследованы 481 учащихся колледжей и школ г. Москвы, в возрасте 13–16 лет (группа 1). Из них 250 человек составили юноши (52%) и 231 девушки (48%).

Группу 2 составили студенты медицинского вуза. Сплошным клинико-эпидемиологическим методом было обследовано 375 студентов 1

курса в возрасте 17–18 лет. Из них 157 человек (41,87%) составили юноши и 218 (58,13%) лица женского пола.

На втором этапе проведено когортное прослеживание основной и контрольной групп учащихся подростков (группа 1) и студентов медицинского вуза (группа 2) через 1 год. Проведён сравнительный анализ результатов первого и второго этапа исследования.

Предболезненные состояния диагностировались в соответствии с критериями Семичева С. Б. (1986), Александровского Ю. А. (2010) [1], и определялись нами как невротические реакции.

Результаты. Было выделено три типа динамики предболезненные нарушений в основной группе прослеживания: позитивная — пациенты были практически здоровы, стационарная — вновь диагностированы аналогичные состояния и негативная — отмечались синдромально и нозологически-очерченные нарушения.

По данным первого этапа исследования невротические реакции были диагностированы у 36,33% всех обследованных. Они с высокой степенью достоверности чаще встречались у подростков 40,54 % против 10,13 % у юношей ($p < 0,01$).

По результатам катамнестического прослеживания в группе подростков по данным катамнестического прослеживания синдромально-очерченные состояния, расцениваемые как ухудшение, были диагностированы лишь в 6,5% наблюдений. Одновременно почти в половине случаев диагноз был подтверждён, а чуть более чем в 40% отмечено полное выздоровление.

В группе 2 течение было иным. Так невротические реакции были отмечены вновь у 29,03% обследованных. Усложнение психопатологической симптоматики до степени синдромально-очерченного (преимущественно неврастении) зафиксировано в 12,91% наблюдений, а 35,48% студентов были отчислены из вуза вследствии неуспеваемости. Выздоровление отмечено лишь в 22,58% наблюдений.

Выводы. На основании вышеизложенного можно утверждать, что невротические реакции встречаются чаще в старшем подростковом возрасте и имеют отчётливую тенденцию к относительно благоприятному течению. Значительный процент полного выздоровления в сочетании с весьма незначительным количеством наблюдений с трансформацией в собственно невроз позволяет рассматривать данную форму нарушений в старшем подростковом возрасте скорее, как реакции адаптации, а не как этап развития заболевания.

В раннем юношеском определена отчётливая тенденция к затяжному и неблагоприятному течению. Выявленные особенности свидетельствуют о принципиально различном прогностическом клиническом значении невротических расстройств субклинической степени выраженности на различных этапах онтогенеза личности.

Таким образом, «предболезненные психические расстройства» имеют различное прогностическое значение у лиц подросткового и юношеского возраста. У подростков их следует рассматривать преимущественно в качестве реакции адаптации в рамках возрастного криза. В юношеском возрасте наличие предболезненных состояний в значительном числе наблюдений является этапом развития синдромально и нозологически-очерченных нарушений.

Литература

1. Александровский, Ю. А. Предболезненные состояния и пограничные психические расстройства (этиология, патогенез, специфические и неспецифические симптомы, терапия) / Ю. А. Александровский. — Москва : Литтерра, 2010. — 272 с. — (Практические руководства). — ISBN 978-5-904090-28-9.

2. World Health Organization. Mental health of adolescents : fact sheet. — URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health (дата обращения: 01.08.2025).

ДИАГНОСТИКА ПОДРОСТКОВЫХ НЕСУИЦИДАЛЬНЫХ САМОПОВРЕЖДАЮЩИХ ПАТТЕРНОВ

Шмакова О. П., Головина А. Г., Кравченко Н. Е.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
olga-zhuravleva1@yandex.ru

Ключевые слова: подростки, несуицидальное самоповреждающее поведение, диагностика, формирующиеся расстройства личности.

DIAGNOSIS OF ADOLESCENT NON-SUICIDAL SELF-HARM PATTERNS

Shmakova O. P., Golovina A. G., Kravchenko N. E.
Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
olga-zhuravleva1@yandex.ru

Keywords: adolescents, non-suicidal self-harming behavior, diagnostics, emerging personality disorders.

Введение. В периоде адолесценции одним из частых феноменов, отражающим неразрешенность вопросов и задач экзистенциального кризиса, проявлением душевного неблагополучия, тревожным сигналом о психическом нездоровье является аутоагрессивное поведение (ААП). Значимость проблемы ААП определяется серьезными негативными по-

следствиями для здоровья/жизни подростков, экспоненциальным ростом распространенности данного феномена в последние два десятилетия [1, 2]. Несуицидальное самоповреждающее (НССП) поведение по распространённости занимает одно из первых мест среди иных видов ААП [3].

Цель исследования — изучить особенности несуицидального самоповреждающего поведения у подростков с формирующимися расстройствами личности (ФРЛ).

Материал и методы. Включено 203 пациента (м. — 130; ж. — 73) 12–17 лет, наблюдавшихся психиатрами в НПЦ ПЗДП им. Г. Е. Сухаревой г. Москвы. Нозологическое распределение: формирующееся шизоидное расстройство личности — 34 человека; шизотипическое личностное расстройство — 61 чел.; истерическое ФРЛ — 25; эмоционально-неустойчивое — 32; ананкастное — 14; тревожное — 18; смешанное ФРЛ — 19 человек. Методы исследования: клинико-психопатологический, ретроспективный анализ, психометрический, статистический.

Результаты. В работе анализировались несуицидальные самоповреждающие действия подростков: феноменология, возраст начала, цель, тяжесть, выбор локуса, их динамика, кратность; наличие тенденции к расширению, тяжесть самоповреждающих актов. Составлена методика выявления (опросник) НССП. Выделены четыре клинических разновидности НССП: диссоциативное, ассоциированное с расстройствами импульс-контроля, ювенильное, аффективное.

1) Диссоциативное НССП (от лат. — разлучение, разъединение), базировалось на сепарации интегрированных в норме психических свойств личности, включало в себя два подтипа:

а) деперсонализационное НССП, определявшееся наличием расстройств самовосприятия, ощущением утраты/чуждости собственного «я» и ассоциировавшееся с попытками пациентов обрести частично или полностью исчезнувшее чувство самосознания, яркость эмоций, к возвращению которых они стремились, этот тип выявлялся у наблюдавшихся по поводу шизотипического личностного расстройства (ШТЛР), шизоидного ФРЛ;

б) демонстративное НССП, возникавшее в структуре интраперсонального конфликта с окружающими, имевшее целью не столько разрядку внутреннего напряжения, сколько привлечение внимания, своеобразное «подтверждение» испытанных страданий, нередко носившее откровенно манипулятивный характер, имело место у наблюдавшихся по поводу истерического ФРЛ.

2) НССП, ассоциированное с расстройствами импульс-контроля, определявшееся тем, что пациент испытывал трудности при необходимости противодействовать желанию/побуждению к какой-либо деятельности (включало аддиктивный, обсессивно-компульсивный, им-

пульсивный подтипы, а также патологическую субституциональную активность):

а) аддиктивное НССП, возникало вследствие особого варианта нарушенных влечений (наблюдалось у пациентов с ШТЛР, эмоционально неустойчивым ФРЛ);

б) обсессивно-компульсивное НССП, отличалось навязчивым стремлением осуществить определенные манипуляции, несмотря на осознание их неприемлемости, отсутствие удовлетворения от реализации (наблюдалось у больных с ананкастным ФРЛ, ШТЛР);

в) импульсивное НССП, характеризовалось внезапно возникающим стремлением к совершению каких-либо действий с чувством облегчения после их выполнения (было характерно для пациентов с эмоционально неустойчивым и смешанным ФРЛ);

г) НССП, возникавшее как патологическая субституциональная активность — являлось неконструктивным вариантом поведения при возникновении негативных эмоций (тревоги, раздражения), позволяло больным переключать внимание (наблюдалось у пациентов с тревожным ФРЛ, шизоидным ФРЛ).

3) Ювенильное НССП появлялось на этапе созревания в сфере социальной и эмоциональной компетентности у психологически незрелых личностей с дефицитом жизненного опыта, недостаточностью вероятностного прогнозирования в сочетании с импульсивностью; подразделялось на:

а) имитационное НССП, которое формировалось в качестве производной коммуникативной недостаточности при стремлении организовать общение в референтной группе сверстников, обозначить свое место в ней (возникало у пациентов с сопутствующим выраженным инфантилизмом, выявлявшимся на фоне основного патологичного личностного радикала);

в) «экспериментальное» НССП, возникало в структуре приобретения опыта как своеобразная проверка адолесцентом границ своих возможностей (возникало при различных ФРЛ).

4) Аффективное НССП, в его основе лежало чувство вины, стремление к самонаказанию, появлялось такое поведение при присоединении коморбидных депрессивных расстройств (у пациентов с разными ФРЛ).

У одного и того же больного в течение периода наблюдения могло прослеживаться (сосуществуя одновременно или последовательно сменяя друг друга на протяжении короткого отрезка времени) несколько типологически разнородных вариантов НССП.

Выводы. Формирующиеся расстройства личности и зачастую присоединяющиеся в пубертате аффективные расстройства можно рассматривать в качестве «почвы» для манифеста аутоагрессивного поведения

у адолесцентов. За схожестью внешних проявлений у обследованных больных обнаруживалось многообразие клинических вариантов НССП, распознавание которых способно помочь проведению дальнейшей лечебно-реабилитационной работы.

Литература

1. Головина, А. Г. Особенности несуицидальных телесных самоповреждений у подростков с шизотипическим личностным расстройством / А. Г. Головина, О. П. Шмакова // XVIII Съезд психиатров России «Психиатрия в условиях смешанной реальности: новые вызовы — новые возможности» : сборник тезисов : электронное издание. — Санкт-Петербург, 2026. — С. 217–218.

2. Зинчук, М. С. Несуицидальное самоповреждающее поведение при психических расстройствах непсихотического уровня: эпидемиология, социальные и клинические факторы риска / М. С. Зинчук, А. С. Аведисова, А. Б. Гехт // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2019. — Т. 119, № 3. — С. 108–119. — DOI 10.17116/jnevro2019119031108.

3. Кибитов, А. А. Несуицидальное самоповреждающее поведение у студентов российских вузов: результаты онлайн-анкетирования 3925 человек / А. А. Кибитов, С. С. Потанин, В. И. Бородин, М. А. Морозова // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2025. — Т. 125, № 10. — С. 128–136. — DOI 10.17116/jnevro2025125101128.

Раздел 5. НЕЙРОКОГНИТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ПСИХОЛОГИИ И МЕДИЦИНЕ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО–ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ДОМА

Бабий А. И.
Социальный дом «Филимонки», Москва, Россия
fom4ous2013@yandex.ru

Ключевые слова: клинико-психологическая диагностика, геронтология, старость, психический статус, патопсихологическое исследование.

SPECIFICS OF CLINICAL-PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT IN THE GERONTOLOGICAL DEPARTMENT OF A SOCIAL CARE FACILITY

Babiy A. I.
“Filimonki” Social Care Facility, Moscow, Russia
fom4ous2013@yandex.ru

Keywords: clinical-psychological assessment, gerontology, old age, mental status, pathopsychological examination.

В настоящее время, в связи с изменением демографической ситуации, особенную значимость приобретают вопросы психологической диагностики людей старшего возраста. Диагностика в геронтологии и гериатрии имеет ряд особенностей, среди которых можно выделить объективные и субъективные факторы, влияющие на процесс и результат диагностических мероприятий. К таким факторам можно отнести, снижение функциональных возможностей организма, социальную ситуация (например, пребывание пожилого человека в стационарном учреждении), особенности жизненного опыта человека стершего возраста и т.д.

Геронтология рассматривается как междисциплинарная наука о процессах старения. Существует множество подходов к пониманию данного феномена. С конца XIX века ученые активно разрабатывали различные проблемы и концепции, связанные с вопросами старения. Среди ученых, занимающихся исследованиями в области геронтологиеи особенно выделяют И. И. Мечникова, С. П. Боткина, В. В. Фролькиса, А. В. Нагорного и др.

Обухова О. Б., Обухова Л. Ф. дают следующее определение: «Старение в целом рассматривается как заключительная стадия развития личности, однако в частных концепциях выделяются его специфические особенности» [7, с. 5].

Корсакова Н. А. и Москвичюте Л. И. определяют старение как «постепенно наступающее с определеннного возраста ограничение жизненного тонуса и адаптационных резервов как организма в целом, так и его отдельных систем и органов» [3, с. 128].

Для клинико–психологической диагностики в геронтологии важно отличать нормальный процесс старения от патологического, предполагающего развитие таких заболеваний, как деменция. Традиционно деменцией называют группу заболеваний, при которых в том числе наблюдается когнитивное снижение. «Переход в … третий возраст затрагивает все аспекты физиологии, психологии, поведении человека. Это относится к трем составляющим … биопсихосоциального единства, в котором важную роль играет психическое функционирование в познавательной сфере» [5, с. 10].

В клинических рекомендациях, разработанных Минздравом, перечисляются методики исследования психического статуса людей старшего возраста:

1. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE Mini Mental State Examination);

2. Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA);

3. Батарея тестов для оценки лобной дисфункции (БТЛД, FAB, Frontal Assessment Batter);

4. Модифицированная методика Мини-Ког (Mini-Cog);

5. Тест рисования часов (CDT, Clok Drawing Test) [9].

Инструментальная роль психодиагностики в геронтологии и гериатрии такая же, что и в общей, дифференциальной, возрастной психологии, а именно — выявление психологических особенностей человека, понимание возможных причин данных особенностей, а также определение направления дальнейшей работы по психокоррекции и психотерапии человека, находящегося на позднем этапе эпигенеза с учетом данных особенностей.

Клинико–психологическая диагностика в работе психолога геронтологического отделения социального дома представляет собой комплекс определенных научно обоснованных методик, включающих как стандартные психодиагностические тесты, так и специализированные, для пожилых людей. При этом важно понимать, что некоторые стандартизированные тесты не подходят для лиц старшего возраста. Так, например, в качестве инструмента для скрининга депрессивного состояния у людей старшего возраста не всегда подходит шкала депрессии Бека (BDI), ши-

роко используемая для взрослых. Более подходящим вариантом будет использование гериатрической шкалы депрессии (GDS), предназначенной для лиц, старше 60 лет, которая позволяет отличить потенциальные симптомы депрессии от нормальных возрастных изменений. Данная шкала учитывает особенности людей старшего возраста, такие как естественные когнитивные изменения, снижение зрения и слуха. Канделя М. В., Койсман Л. А., Назарова В. П. отмечают, что «люди пожилого возраста вынуждены приспосабливаться не только к новому положению в обществе, но и реагировать на изменения в самих себе» [2, с. 114].

На нарушения умственной работоспособности в пожилом возрасте обращали внимания Зейгарник Б. В., Биренбаум Г. В., Рубинштейн С. Я. [10]. Наиболее характерными для старшего возраста симптомов являются такие, как замедление темпа деятельности, ограничения в непосредственном воспроизведении слов, уменьшение количества действий, доступных симультанному выполнению.

Ввиду того, что в социальном доме проживают люди с различного рода ментальным особенностями, включая умственную отсталость, шизофрениею и т.д., одной из задач патопсихологического исследования является определение генеза гностико–мнестических нарушений. Таким образом, очень важным в клинико-психологической диагностике проживающих геронтологического отделения социального дома является дифференциальная диагностика деменции с другими психическими заболеваниями, включая депрессию людей старшего возраста.

Многие исследователи указывают на коморбидность депрессии и деменции у людей стершего возраста (Т. П. Сафарова, Е. В. Пономарёва, Н. Н. Петрова, О. С. Левин и т.д.) Следовательно, важное место в системе психодиагностических мероприятий социального дома занимает диагностика склонности к суицидальному поведению, включающее суицидальные и антивитальные переживания, мысли, намерения и действия, а также попытки парасуицида. К таким психодиагностическим методикам можно отнести, например, Шкалу оценки суицидального риска (RASS), симптоматический опросник SCL-90 и др. методики.

Таким образом, клинико–психологическая диагностика в геронтологическом отделении социального дома имеет определенные особенности в силу объективных и субъективных причин, таких как возрастные особенности и сопутствующие заболевания лиц пожилого возраста, психологические особенности личности, а также сам факт проживания в стационарном социальном учреждении. Однако, несмотря на активное изучение особенностей клинико — психологической диагностики в геронтологии, многие вопросы, связанные с пониманием закономерностей психики людей старшего возраста, остаются нерешенными и представляют теоретический и практический интерес для науки.

Литература

1. Балашова, Е. Ю. К вопросу о значении нейропсихологического обследования при прогнозировании исхода депрессии в позднем возрасте / Е. Ю. Балашова, В. В. Ряховский, Н. П. Щербакова // Нейрореабилитация-2011 : материалы III Международного конгресса. — Москва, 2011. — С. 14–15.

2. Канделя, М. В. Старение как социальная проблема общества / М. В. Канделя, Л. А. Койсман, В. П. Назарова // Вестник Приамурского государственного университета им. Шолом-Алейхема. — 2018. — № 3 (32). — С. 96–103.

3. Корсакова, Н. К. Клиническая нейропсихология : учебник для вузов / Н. К. Корсакова, Л. И. Московичюте. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва : Издательство Юрайт, 2026. — 165 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-06101-7.

4. Корсакова, Н. К. Когнитивные функции при нормальном и патологическом старении / Н. К. Корсакова, И. Ф. Рощина // Нейродегенеративные заболевания: фундаментальные и прикладные аспекты / под редакцией М. В. Угрюмова. — Москва : Наука, 2010. — Ч. 2, гл. 4. — С. 304–312.

5. Корсакова, Н. К. Социальная геронтология. Нейропсихологический синдром нормального старения : учебник для среднего профессионального образования / Н. К. Корсакова, И. Ф. Рощина, Е. Ю. Балашова. — 2-е изд. — Москва : Издательство Юрайт, 2026. — 40 с. — (Профессиональное образование). — ISBN 978-5-534-21932-6.

6. Левин, О. С. Депрессия и деменция у пожилых пациентов / О. С. Левин // Современная терапия в психиатрии и неврологии. — 2012. — № 4. — С. 39–44.

7. Обухова, Л. Ф. Проблема старения с биологической и психологической точек зрения / Л. Ф. Обухова, О. Б. Обухова, И. В. Шаповаленко // Психологическая наука и образование. — 2003. — Т. 8, № 3. — С. 25–34.

8. Петрова, Н. Н. Клинические характеристики депрессии позднего возраста и показатели когнитивного функционирования у пациентов с формирующейся коморбидной деменцией / Н. Н. Петрова, Л. С. Круглов, К. А. Пчеловодова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Медицина. — 2015. — № 2 (11). — С. 59–66.

9. Программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста : методические рекомендации / под редакцией О. Н. Ткачевой. — Москва : Прометей, 2019. — 72 с.

10. Рощина, И. Ф. Клиническая психология старения в России: истоки, проблемы и перспективы / И. Ф. Рощина, Е. Ю. Балашова // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (к 85-летию Юрия Федоровича Полякова) / под редакцией Н. В. Зверевой,

И. Ф. Рощиной. — Москва : МГППУ : ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, 2013. — С. 142–156.

11. Рощина, И. Ф. Нормальное старение и особенности речевой сферы / И. Ф. Рощина, Н. К. Корсакова // Центральные механизмы речи : сборник материалов IX Всероссийской научной конференции с международным участием, посвященной памяти проф. Н. Н. Трауготт. — Санкт-Петербург : ВВМ, 2019. — С. 73.

12. Сафарова, Т. П. Депрессивные расстройства в позднем возрасте: особенности клиники и течения / Т. П. Сафарова // Психиатрия. — 2019. — Т. 17, № 3. — С. 87–97.

СКРИНИНГОВАЯ ОЦЕНКА КОГНИТИВНЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ФОРМАХ АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВ

Баженова Д. А., Кузнецова У. А.
НМИЦ психиатрии и наркологии им. В. П. Сербского, Москва, Россия
bazhenova.d@serbsky.ru

Ключевые слова: аффективные расстройства, когнитивное функционирование, управляющие функции, скрининг.

BRIEF COGNITIVE SCREENING IN AFFECTIVE DISORDERS

Bazhenova D. A., Kuznetsova U. A.
Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

Keywords: affective disorders, cognitive functioning, executive functions, screening.

Введение. Когнитивные нарушения признаны одной из ключевых характеристик аффективных расстройств: дефицит внимания, памяти и исполнительных функций сохраняется за пределами аффективных эпизодов и существенно влияет на функционирование и прогноз [4]. Сходство когнитивных профилей при биполярном аффективном расстройстве (БАР), рекуррентном депрессивном расстройстве (РДР) и депрессивном эпизоде затрудняет дифференциальную диагностику, а запоздалая постановка диагноза БАР (средняя задержка — около 7 лет) несёт риск неадекватной фармакотерапии [1, 2]. Данных, сопоставляющих когнитивные профили при этих нозологиях с помощью скрининговых методик, по-прежнему недостаточно.

Цель. Выявить особенности когнитивного функционирования у пациентов с различными формами аффективных расстройств на основе нейропсихологических скрининговых методик.

Материалы и методы. В кросс-секционное исследование было включено 100 пациентов с диагнозами F31.x (БАР, n = 52), F33.x (РДР, n = 33) или F32.x (депрессивный эпизод, n = 15). Внутри группы БАР выделены подгруппы по типу эпизода: депрессивный (n = 27) и смешанный (n = 24). Применялись: Монреальская шкала оценки когнитивных функций (MoCA), Батарея лобной дисфункции (FAB), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Статистические методы: критерий Краскела–Уоллиса, байесовский U-тест Манна–Уитни, мультиномиальная логистическая регрессия (JASP, Jamovi).

Результаты. По шкале FAB пациенты с БАР показали значимо более низкие результаты по сравнению с РДР ($W = 3{,}362$; $p = 0{,}046$). По общему баллу MoCA наиболее высокие показатели отмечались в группе РДР: значимые различия выявлены между БАР и РДР ($W = 3{,}683$; $p = 0{,}025$) и между РДР и депрессивным эпизодом ($W = -3{,}668$; $p = 0{,}026$). Аналогичная картина обнаружена по субтестам «Зрительно-конструктивные/исполнительные функции» ($W = -3{,}69$; $p = 0{,}025$), «Копирование» ($W = -3{,}583$; $p = 0{,}030$) и «Часы» ($W = -3{,}55$; $p = 0{,}033$). По домену «Речь» значимое преимущество РДР над БАР ($W = 3{,}83$; $p = 0{,}018$). Депрессивная симптоматика по HADS была значимо выше в группе РДР ($W = 4{,}63$; $p = 0{,}003$).

При сравнении фаз БАР байесовский U-тест выявил сильные доказательства различий по субтесту FAB «Динамический праксис» ($BF_{10} = 10{,}33$) и умеренные — по общему баллу FAB ($BF_{10} = 3{,}08$) и домену MoCA «Речь» ($BF_{10} = 4{,}39$); во всех случаях показатели были ниже при смешанном эпизоде [5]. При сравнении депрессивной фазы БАР и самостоятельного депрессивного эпизода значимые различия установлены по субтестам «Зрительно-конструктивные функции» ($U = 315$; $p = 0{,}005$) и «Копирование» ($U = 305$; $p = 0{,}004$) — с преимуществом группы БАР. Мультиномиальная логистическая регрессия ($\chi^2 = 28{,}3$; $p < 0{,}001$; $R^2_McF = 0{,}273$) показала, что РДР дифференцировалось от БАР по более высокому баллу MoCA ($B = -0{,}661$; $p = 0{,}004$) и более выраженной депрессивной симптоматике ($B = -0{,}404$; $p = 0{,}002$), а от депрессивного эпизода — преимущественно по более высокому баллу MoCA ($B = -0{,}567$; $p = 0{,}019$).

Преобладание исполнительного дефицита при БАР согласуется с данными о нарушениях управляющих функций как стержневой характеристикой этого расстройства [4]. Большая выраженность дефицита при смешанной фазе соответствует гипотезе о кумулятивном нейропрогредиентном влиянии повторных эпизодов [4]. Более высокие когнитивные

показатели при РДР, несмотря на более тяжёлую депрессивную симптоматику, вероятно, объясняются существенно большей долей пациентов с высшим образованием в этой группе (70% против 35% при БАР): когнитивный резерв рассматривается как протективный фактор при расстройствах настроения [3]. Также более сохранное функционирование при РДР может объясняться гипотезой о нейропрогредиентном характере БАР, при котором повторные, в особенности маниакальные и смешанные, эпизоды вносят кумулятивный вклад в когнитивное снижение [4]. Существенное перекрытие профилей между группами ограничивает возможности скрининговых методик как самостоятельного диагностического инструмента.

Выводы. Когнитивный профиль при аффективных расстройствах неоднороден: при БАР преобладает исполнительный дефицит, а при РДР когнитивные показатели относительно сохранны; смешанная фаза БАР сопровождается более выраженными нарушениями управляющих и речевых функций. По данным регрессии, РДР дифференцируется от других групп прежде всего за счёт более высокого балла MoCA, а от БАР — дополнительно за счёт более выраженной депрессивной симптоматики. Скрининговые методики (MoCA, FAB) могут быть информативны для выявления межгрупповых различий, однако не могут служить самостоятельным диагностическим инструментом и требуют дополнения развёрнутым нейропсихологическим обследованием.

Литература

1. A systematic review of manic/hypomanic and depressive switches in patients with bipolar disorder in naturalistic settings: the role of antidepressant and antipsychotic drugs / M. Barbuti, G. Menculini, N. Verdolini [et al.] // European Neuropsychopharmacology. — 2023. — Vol. 73. — P. 1–5.

2. Bipolar disorders: an update on critical aspects / V. Oliva, G. Fico, M. De Prisco [et al.] // The Lancet Regional Health — Europe. — 2025. — Vol. 48.

3. Cognitive reserve and cognition in mood disorders: a systematic review and meta-analysis / P. Camprodon-Boadas, M. De Prisco, F. D. Rabelo-da-Ponte [et al.] // Psychiatry Research. — 2024. — Vol. 339. — Art. 116083.

4. Insights, challenges and new frontiers for cognitive function in bipolar disorder / K. W. Miskowiak, H. L. Kjærstad, E. Vieta [et al.] // Nature Mental Health. — 2026. — Vol. 4. — P. 521–539. — DOI: 10.1038/s44220-026-00615-7.

5. Neuropsychological functioning of patients with major depression or bipolar disorder comorbid to substance use disorders: a systematic review / N. Miguel, J. E. Marquez-Arrico, M. Jodar [et al.] // European Neuropsychopharmacology. — 2023. — Vol. 75. — P. 41–58.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ: ВЫЗОВЫ СТАРЕНИЯ И СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

Гайченко Е. А., Дмитренко Э. А., Асаулюк Т. В.
ФГБОУ ВО «МГУ им. А. И. Куинджи», Мариуполь, Россия
kgaichenko@mail.ru

Ключевые слова: нейротехнологии, деменция, геронтология, нейропсихологическая диагностика.

CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL DIAGNOSIS IN GERONTOLOGY AND GERIATRICS: CHALLENGES OF AGING AND MODERN TECHNOLOGIES

Gaichenko E. A., Dmitrenko E. A., Asaulyuk T. V.
A. I. Kuindzhi Mariupol State University, Mariupol, Russia
kgaichenko@mail.ru

Keywords: neurotechnologies, dementia, gerontology, neuropsychological diagnosis.

Старение человека — это универсальный и закономерный биопсихологический процесс, который протекает постепенно, неравномерно и неуклонно прогрессирует, затрагивая в разной степени все уровни биологической организации. Старение ведет к понижению жизнеспособности индивида и в конечном итоге определяет продолжительность жизни.

Х. В. Манке с соавторами выделяют четыре ключевых фактора возрастных изменений мозга: ограничение признаков физиологической активности, помехи в выполнении функции, ослабленный нейромодуляторный контроль, затрудненное обучение [2].

Клинико-психологическая диагностика в геронтологии и гериатрии опирается на биопсихосоциальную модель, которая рассматривает старение как результат взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов. Предметом диагностики выступают когнитивные функции, эмоционально-волевая сфера, качество жизни, адаптационный потенциал и повседневное функционирование. Принципиальным является различение нормального старения и патологического процесса.

Клинико-психологическая диагностика пожилых людей сталкивается с рядом объективных трудностей:

— сенсорные и моторные ограничения. Снижение слуха и зрения, характерное для пожилого возраста, затрудняет использование стандартных бланковых и компьютерных методик. Замедление психомоторных

реакций приводит к увеличению времени выполнения заданий, что может ошибочно интерпретироваться как когнитивный дефицит.

— быстрая утомляемость и снижение мотивации. Пожилые люди быстро истощаются при выполнении длительных батарей тестов. Требуется сокращение диагностических процедур и дробления их на короткие сессии.

— проблема дифференциальной диагностики. Ключевая задача геронтопсихолога — разграничить три состояния: нормальное старение, лёгкое когнитивное снижение (ЛКС) и деменцию.

Разграничение этих состояний требует комплексного подхода: нейропсихологического тестирования, клинической беседы, анализа анамнеза и наблюдения за поведением в быту. Ошибки в дифференциации ведут либо к гипердиагностике (ложное навешивание ярлыка «дементный»), либо к гиподиагностике (пропуск ранней стадии заболевания).

— роль анамнеза и близких. В отличие от работы с молодыми пациентами, самоотчёт пожилого человека часто ненадёжен из-за снижения критичности или анозогнозии (неосознания собственного дефекта).

— влияние сопутствующих заболеваний. Пожилые люди часто страдают множественными соматическими заболеваниями (гипертония, диабет, гипотиреоз), приёмом лекарств, которые могут имитировать когнитивные нарушения. Дифференциация требует учёта всех этих факторов.

Несмотря на технологический прогресс, внедрение цифровых технологий в геронтодиагностику сопряжено с серьезными этическими и социальными проблемами:

— цифровое неравенство. Значительная часть пожилых людей не владеет цифровыми технологиями, не имеет смартфонов и доступа к интернету. Особенно остро эта проблема стоит в сельской местности и среди людей с низким доходом.

— стигматизация и страх диагноза. Диагноз «деменция» воспринимается в обществе как приговор. Психолог должен уметь сообщать результаты диагностики максимально деликатно, с акцентом на сохранные функции и возможности помощи [3].

Современные технологии предлагают инструменты, способные повысить точность и доступность диагностики в геронтологии.

1. Компьютеризированные тестовые батареи, адаптированные для пожилых людей, позволяют более точно учитывать время реакции и количество ошибок.

2. Носимые устройства, такие как фитнес-браслеты, фиксируют показатели состояния здоровья в реальном времени, например, качество

сна и физическую активность, что обеспечивает экологическую валидность диагностики.

3. Нейротехнологии, такие как ЭЭГ и МРТ, могут выявлять нейрофизиологические маркеры заболеваний задолго до появления клинических проявлений.

4. Биологическая обратная связь (БОС) может использоваться как для диагностики, так и для коррекции тревожных или депрессивных состояний [1].

5. Искусственный интеллект может анализировать большие данные и строить прогностические модели, однако важна осторожность из-за непрозрачности алгоритмов.

Современные технологии открывают новые возможности для раннего выявления когнитивных нарушений, мониторинга состояния в реальной жизни и повышения качества диагностики. Однако эти же технологии порождают новые барьеры: цифровое неравенство, непрозрачность алгоритмов, вопросы согласия и конфиденциальности. Эффективная геронтодиагностика возможна при соблюдении трех условий: адаптации методов под особенности пожилого возраста, сохранение гуманистического подхода и преодоление цифрового неравенства.

Литература

1. Вартанова, Т. С. Очерк истории развития биологической обратной связи как метода медицинской реабилитации / Т. С. Вартанова, А. А. Сметанкин // Общие вопросы применения метода БОС. — Санкт-Петербург : Биосвязь, 2008. — С. 3–19.

2. Геронтопсихология : учебное пособие / О. И. Дорогина, Ю. В. Лебедева, Л. В. Токарская, Е. В. Хлыстова ; под общ. ред. Ю. В. Лебедевой ; Министерство науки и высшего образования Российской Федерации, Уральский федеральный университет. — Екатеринбург : Изд-во Урал. ун-та, 2020. — 131 с. — ISBN 978-5-7996-3048-5.

3. Рощина, И. Ф. Профилактика когнитивного снижения в позднем онтогенезе: программы «Клиника памяти» и «Когнитивная стимулирующая терапия» / И. Ф. Рощина, М. В. Калантарова, А. А. Шведовская, А. И. Хромов // Клиническая и специальная психология. — 2022. — Т. 11, № 3. — С. 44–70. — DOI 10.17759/cpse.2022110302.

МЕТОДИКА НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ У ДЕТЕЙ ПЕРВОГО ГОДА ЖИЗНИ

Дунайкин М. Л., Брин И. Л.
Семейный медицинский центр, Москва, Россия
dunayml@mail.ru
ilbrin@mail.ru

Ключевые слова: младенческий возраст, нейропсихологическая диагностика, перинатальное поражение нервной системы, диагностические критерии.

METHOD FOR NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF INFANTS DURING THE FIRST YEAR OF LIFE

Dunaikin M. L., Brin I. L.
Family Medical Center, Moscow, Russia
dunayml@mail.ru
ilbrin@mail.ru

Keywords: infancy, neuropsychological assessment, perinatal nervous system injury, diagnostic criteria.

Цель работы — разработка методики нейропсихологической диагностики в младенческом возрасте.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 204 ребенка первого года жизни от 1 до 12 месяцев (133 мальчика и 71 девочка) с негрубым перинатальным поражением нервной системы с исходами в клиническое выздоровление или минимальные мозговые дисфункции, разделенные на две группы — с преимущественной дисфункцией правого (100 детей) и левого полушария (104 ребенка).

Методы исследования включали клиническое неврологическое обследование с определением преимущественной дисфункции одного из полушарий мозга и ведущего уровня повреждения глубинных структур (верхнего подкорково-диэнцефального или нижнего стволово-каудального) по оценке тонусно-рефлекторных асимметрий позы и движений (активных и пассивных), глазодвигательных, мимических и оральных рефлексов, сенсорных и вегетативных реакций.

Состояние сфер психического реагирования изучали по методике О. В. Баженовой (1986). Определены пробы, выполнение которых различается у детей с право- и левополушарным нейропсихологическими синдромами.

Результаты исследования представлены в таблице, где указана частота симптомов, характерная для варианта нарушений.

Выводы. Выделены диагностические критерии латеральных нейропсихологических синдромов и уровней подкорково-стволовых дисфункций у детей первого года жизни.

Таблица 1

Частота нарушений выполнения экспериментальных заданий из методики О. В. Баженовой «Диагностика психического развития детей первого года жизни» у младенцев с латеральными нейропсихологическими синдромами

№ п/п	Название пробы	I полугодие		II полугодие
		дисфункция полушария		дисфункция полушария
		правого	левого	правого
	Двигательная сфера			
1.	Подъем на локтях	--	+-	+
2.	Сидение с поддержкой	--	-	+
3.	Опора на ноги	--	--	+
4.	Опора на руки	+-	--	+
5.	Переворот со спины на бок	--	+-	+
6.	Переворот с живота на спину	--	- **	+-
7.	Самостоятельно садится	+	+	-
8.	Стоит с поддержкой	+	--	+
9.	Переступает ногами	-	+-	+-
10.	Ползание			-
	Сенсорная сфера			
1.	Прослеживание движения объекта	-	+	+-
2.	Прекращение прослеживания при остановке предмета	-	+	+-
3.	Реакция на исчезающий объект	--	+- **	+-
4.	Локализация звука	--	+- **	+-
5.	Прислушивание к звуку	+	-	+-
6.	Дифференциация тона			+
7.	Дифференциация ритма			+-
	Эмоциональная сфера			
1.	Улыбка на тактильное воздействие	--	+-	--
2.	Улыбка на говорящее лицо	--	+	--
3.	Улыбка на одно лицо	--	+	

№ п/п	Название пробы	I полугодие		II полугодие
		дисфункция полушария		дисфункция полушария
		правого	левого	правого
4.	Улыбка на предмет	--	+-	-
5.	Комплекс оживления на говорящее лицо	-	+	
6.	Комплекс оживления на яркий предмет	-	+	
7.	Реагирование на неудачу (отсутствие активных действий)	-- (--)	-- (+)	-- (--)
8.	Контроль отрицательных эмоциональных реакций	+	--	+- *
9.	Избирательность эмоциональных реакций	+	--	+
	Голосовая активность			
1.	Спонтанная голосовая активность	+	--	+
2.	Ответные звуки	+	+-	
3.	Гуление	+	--	
4.	Разнообразие звуков	+	-	+
5.	Лепет	+	-	+
6.	Вокализации при манипуляциях			+
7.	Первые слоги			+
	Действия с предметами			
1.	Сосредоточение внимания на игрушке	+	-	+
2.	Рассматривание картинки	-	+- **	-
3.	Захват игрушки двумя руками	-	+	-
4.	Поиск спрятанной игрушки	+	+-	+
5.	Захват второй игрушки	- *	+-	+- *
6.	Сохранение зрительного контроля над действием	+	-	+
7	Удерживание двух игрушек	- *	+	- *
8.	Удерживание игрушки при зрительном контроле за перемещением иного объекта	+	+	+- *
9	Попеременные манипуляции с двумя и более объектами	+	+	- *

№ п/п	Название пробы	I полугодие		II полугодие
		дисфункция полушария		дисфункция полушария
		правого	левого	правого
10.	Кормление	- *	+- **	- *
	Взаимодействие со взрослым			
1.	Зрительный контакт	-	+	--
2.	Эмоциональный контакт	--	+	--
3.	Прислушивание к речи	-	+-	--
4.	Поворот головы на человеческий голос	--	+-	-
5.	Требует внимания (отсутствие активных действий)	-- (--)	- (+-) **	-- (--)
6.	Понимает жест «ручки-ручки»	- *	- **	+
7.	Игры с идентичными ролями	- *	+- **	+- *
8.	Игры с неидентичными ролями	- *	+- **	+
9.	Требует игрушку			- *
10.	Понимание запрета, разрешения			- *
11.	Понимает «дай»			- *
12.	Понимает особые слова-метки			+-
13.	Понимает предметную отнесенность слов			+-

Примечание. Выполнение пробы нарушено: -- в большинстве случаев (> 50%), - часто (25 — 50%), +- редко (10 — 24%), + в единичных случаях или не нарушено (<10%); преимущественно при «заинтересованности»; * каудальных отделов ствола мозга, ** лимбико-диэнцефальных отделов мозга.

Литература

1. Баженова, О. В. Диагностика психического развития детей первого года жизни / О. В. Баженова. — Москва : Издательство Московского университета, 1986. — 92 с.

2. Дунайкин, М. Л. Нейропсихологические синдромы в младенчестве / М. Л. Дунайкин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 2008. — Т. 108, № 1. — С. 12–17.

3. Дунайкин, М. Л. Нейропсихологический анализ нарушений психического развития детей первого года жизни с перинатальным поражением мозга : специальность 19.00.10 «Коррекционная психология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Михаил Львович Дунайкин. — Москва, 2003. — 27 с.

ПЕРВИЧНАЯ АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ ПОНИМАНИЯ СМЫСЛА ТЕКСТА

Калантарова М. В.[1], Корочкова М. А.[2], Рощина И. Ф.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ», Москва, Россия
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
ГБОУ Школа № 2086, Москва, Россия
[1] Kalantarovamv@sklif.mos
[2] imagine.grazh@gmail.com

Ключевые слова: апробация методики, оценка понимание текста, очаговые поражения головного мозга.

PILOT TESTING OF A METHODOLOGY FOR ASSESSING TEXT COMPREHENSION

Kalantarova M. V.[1], Korochkova M. A.[2], Roshchina I. F.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
Sklifosovsky Research Institute For Emergency Medicine, Moscow, Russia
Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
School No. 2086, Moscow, Russia
[1] Kalantarovamv@sklif.mos
[2] imagine.grazh@gmail.com

Keywords: testing of the method, assessment of text comprehension, focal brain lesions, assessment of text comprehension, focal brain lesions.

Введение. Комплексное клинико-нейропсихологическое исследование с необходимостью включает оценку различных параметров речи пациента. В нейропсихологии недостаточно методик для диагностики чтения как одного из видов импрессивной речи. Оценка понимания текста в задачах на пересказ и ответы на вопросы, т.е. в деятельности в той же модальности, создает определенные трудности в диагностике пациентов с приобретенным нейрокогнитивным дефицитом. При левополушарных очагах поражения головного мозга трудности пересказа и обсуждения по вопросам к тексту могут быть обусловлены собственными речевыми

нарушениями. Напротив, при патологии правого полушария сохранные вербальные процессы позволяют выполнить пересказ и отвечать на вопросы с опорой на слухоречевую память и анализ лексико-грамматической структуры высказывания. Наиболее валидным методом оценки понимания смысла высказывания выступает задача на его перешифровку из одной системы значений — в другую систему [1, 2]. При этом смысл сюжетного текста определяется через выделение центрального конфликта повествования. В отечественной традиции нейропсихологической диагностики оценка понимания смысла текста через подбор соответствующей картинки является распространенным приемом, однако к настоящему времени сохраняется дефицит методик этой направленности.

Материал и методы. Нами была разработана методика, направленная на оценку понимания центрального конфликта сюжета текста. Оценка проводилась через подбор соответствующего наглядного материала — к заданному вербальному. С этой целью был разработан пакет авторских стимульных материалов: 3 текста и 9 картинок (по 3 к каждому тексту). К текстам также были сформулированы 15 вопросов (по 5 к каждому тексту). Тексты предлагались сюжетные, на бытовую тему, состоящие из высоко- и среднечастотной лексики; тексты строились на коротких и средней длины словах. Набор картинок к тексту включал 3 варианта: а) картинку, точно отражающую центральный конфликт сюжета; б) картинку, которая не содержала ничего, указывающего на сюжет текста; в) картинку, которая отображала героя сюжета, совершающего действия, не связанные с сюжетом.

После первичной авторской проверки пакет стимульных материалов обсуждался в фокус-группе; все стимулы были признаны узнаваемыми и понятными.

Процедура. Тексты зачитывались экспериментатором вслух. После прослушивания каждого текста респонденту предлагалось: а) сделать пересказ; б) ответить на 5 закрытых вопросов по тексту; в) выбрать из предложенных трех картинок ту, которая подходит по смыслу к тексту. Картинки предъявлялись на планшете: диагональ 11 дюймов, разрешение экрана 1920x1200 пикселей, 90 Гц. В процессе выбора картинки допускалось рассуждение респондентом вслух, подсказки были исключены, фиксировался только итоговый выбор. При обработке полученных данных ответам присваивались ранговые баллы (0–3). За пересказ: точный — 0 баллов; незначительные неточности пересказа — 1 балл; пересказ с большим количеством ошибок, но с сохранением общего плана — 2 балла; отказ от пересказа/высказывание на отвлеченную тему — 3 балла. За ответы на закрытые вопросы — по количеству неверных ответов (от 0 до 5). За выбор картинки к тексту: при выборе только верной картинки — 0 баллов; при выборе двух картинок (верной и на близкую к тексту тему) — 1 балл; при выборе картинки, близкой к теме текста — 2 балла; при выборе любого другого варианта — 3 балла.

Всего в исследовании приняло участие 88 человек (51 женщина и 37 мужчин). Получено добровольное информированное согласие на участие исследовании. В контрольную группу вошли 30 человек без заболеваний центральной нервной системы в анамнезе (по самоотчету), средний возраст контрольной группы — 41,6. Клиническую группу составили 50 пациентов ГБУЗ «НИИ СП им. Н. В. Склифосовского ДЗМ» (27 женщин и 23 мужчины) с очаговыми поражениями головного мозга (ОПГМ) с различной латерализацией очага: ОПГМ ЛП — 25, ОПГМ ПП — 21, с ОПГМ билатерально — 4. Средний возраст в клинической группе — 57,7лет. Критерии включения: балл по шкале MMSE выше 24 и отсутствие зрительных агнозий. Корреляционный анализ проведен с применением критерия Пирсона.

Результаты. Для выявления генеральной тенденции в предпочтениях респондентов был проведен многомерный анализ пулированных данных по всем трем триадам стимульного материала. Данный подход позволил оценить общую структуру выбора и нивелировать флуктуации, связанные с малым объемом частных подвыборок. Оценка структуры предпочтений с помощью коэффициента относительного риска (RR = 1.050; 95% CI [0.944; 1.168]) указывает на то, что участники группы ОПГМ ЛП демонстрируют устойчивую системную склонность к выбору первой картинки. Наиболее выраженную дифференциацию фиксирует обобщенное отношение шансов (OR = 1.375; 95% CI [0.818; 2.312]). Полученное значение демонстрирует, что в группе ОПГМ ЛП шансы предпочтения верной картинки альтернативным решениям в 1.38 раза выше, чем в группе ОПГМ ПП. Таким образом, несмотря на схожую направленность векторов выбора, группа ОПГМ ПП характеризуется более выраженным смещением выбора в сторону альтернативных вариантов стимульного ряда, в то время как в группе ОПГМ ЛП наблюдается более строгий консенсус вокруг верного выбора. Интервалы отражают реальный объем выборки (N = 46). При пулировании данных мы зафиксировали чёткий вектор различий (OR = 1.38), однако из-за естественного ограничения объема данных интервал пересекает единицу. Это указывает на необходимость расширения выборки в будущих исследованиях для сужения доверительного интервала, но не отменяет обнаруженный практический тренд.

При фиксации стандартных для эмпирических исследований параметров — уровня значимости $\alpha = 0,05$) (критическое значение $Z_{(\alpha/2)} = 1,96$) и статистической мощности $1 — \beta = 0,80$ (критическое значение $Z_{(\alpha/2)} = 0,842$ — для обнаружения умеренно-сильного размера эффекта Коэна $h = 0.476$, рассчитанного на основе наиболее контрастных стимулов с пропорциями выбора 95% против 80%, минимально необходимый объём выборки составляет не менее 70 человек в каждой подгруппе респондентов и $N = 140$ для всего исследования.

Выводы. 1. Понимание смысла текста нарушается при ОПГМ, независимо от стороны поражения.

2. При очаговых поражениях правого полушария понимание центрального конфликта сюжета текста нарушается более грубо, чем при левополушарных очагах поражения.

3. При очаговых поражениях правого полушария произвольная регуляция познавательных процессов снижается и может выступать на первый план в клинической картине нейрокогнитивного дефицита.

4. При ОПГМ понимание смысла высказывания в первую очередь опирается на слова-наименования.

Литература

1. Смысловое восприятие речевого сообщения (в условиях массовой коммуникации) / ответственные редакторы Т. М. Дридзе, А. А. Леонтьев ; Академия наук СССР, Институт языкознания. — Москва : Наука, 1976. — 262 с.

2. Цветкова, Л. С. Афазиология : современные проблемы и пути их решения / Л. С. Цветкова. — Москва : Московский психолого-социальный институт ; Воронеж : НПО «МОДЭК», 2002. — 640 с. : ил. — (Психологи Отечества). — ISBN 5-89502-332-0. — ISBN 5-89395-409-2.

ПЕРВИЧНАЯ АПРОБАЦИЯ МЕТОДИКИ «ОБРАЗОВАНИЕ ГЛАГОЛА ОТ СУЩЕСТВИТЕЛЬНОГО»

Калантарова М. В., Павлова А. К.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
kalantarovamv@sklif.mos.ru

Ключевые слова: образование глагола от существительного, словообразование, номинативная функция речи, очаговые поражения головного мозга, диагностическая чувствительность.

DENOMINAL VERB FORMATION TASK AS A METHOD FOR ASSESSING SPEECH DISORDERS IN FOCAL BRAIN LESIONS

Kalantarova M. V., Pavlova A. K.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
kalantarovamv@sklif.mos.ru

Keywords: denominal verb formation, word formation, nominative speech function, focal brain lesions, diagnostic sensitivity.

Введение. В нейропсихологической диагностике оценка речевых процессов занимает особое место. Синдромный анализ предполага-

ет оценку состояния всех функций речи: контроля, регуляции, сообщения, обобщения и означения. Состояние означающей функции чаще проверяют в пробах на актуализацию глаголов и существительных. Для оценки употребления глаголов обычно применяют называние действий по картинке и подбор глагола к слову [3]. Реализация такой задачи опирается на наглядный план и семантические связи и устойчивые сочетания. Т.е. решение либо выходит за рамки одной модальности, либо происходит на более низком уровне произвольной регуляции деятельности. Такие приемы позволяют оценить нарушения речевой активности при относительно выраженной степени дефицита. Образование глагола от существительного требует морфологической перестройки, то есть реализуется внутри одной модальности и требует достаточно высокого произвольного контроля. Такая задача представляет важный диагностический инструмент оценки функций передней речевой зоны [1, 2, 4]. Однако в практике нейропсихологической диагностики эта задача до сих пор предлагалась в условиях спонтанного выбора вербального материала, без параметров частотности, длины, фонетической сложности и общего объема стимулов.

Материал и методы. Нами была разработана методика «Образование глагола от существительного», сформирован пакет стимульных материалов, процедура предъявления, система оценки результатов. Проведена апробация методики в составе батареи тестов для оценки продуктивности речевой деятельности.

При отборе стимулов учитывалась словообразовательная или устойчивая семантическая связь существительного с потенциальным глаголом; предпочтение отдавалось парам, в которых глагол сохранял связь с исходным существительным и обозначал действие, связанное с данным объектом, процессом или явлением (например, «штамп» — штамповать, «анкета» — анкетировать, «груз» — грузить). Предварительная апробация материала проводилась в фокус-группе из 37 взрослых испытуемых без заболеваний центральной нервной системы (по самоотчету). Участникам предъявлялись 95 существительных и предлагалось назвать действие, образованное от слова; в итоговый вариант задания были включены 45 стимулов, на которые не менее 70% участников фокус-группы дали совпадающий ответ. Стимулы отбирались преимущественно из высокочастотной лексики по частотному словарю Ляшевской и Шарова [5] и различались по длине (от 3 до 12 букв, Me = 4; 37 слов одно- и двусложные, 8 — от трёх до пяти слогов) и по фонетической сложности, оцениваемой по наличию стечений согласных (17 слов без стечений, 28 — со стечениями).

Всего в исследовании приняли участие 260 человек. Контрольную группу составили 203 здоровых взрослых испытуемых без заболеваний головного мозга в анамнезе (49 мужчин, 154 женщины), обследованных дистанционно. Клиническую группу составили 20 пациентов (7 мужчин, 13 женщин; средний возраст 48 лет) с очаговыми поражениями головного мозга — опухолевого (n = 10) и сосудистого генеза (n = 10), обследованных очно на базе НИИ скорой помощи им. Н. В. Склифосовского. Были выделены подгруппы с левосторонней (n = 11) и правосторонней (n = 9) локализацией очага. Помимо задачи на образование глагола от существительного, участники называли предметы и действия по картинкам, подбирали глагол к существительному, подбирали существительное по ассоциативному ряду. Ответы оценивались на двух уровнях: по точности относительно эталона, заданного экспериментатором для каждого стимула и по лингвистическим параметрам произведённого слова. Для каждого стимула дополнительно рассчитывались энтропия Шеннона и площадь под ROC-кривой (AUC).

Результаты и выводы. Образование глагола от существительного оказалось наиболее сложным заданием среди прочих в разработанной батарее тестов. Средняя точность ответов составила 91,08% в контрольной группе, 43,21% при поражении правого и 17,78% при поражении левого полушария. Отказы от ответа составили 0,19% в контрольной группе, 32,35% при поражении правого и 73,13% при поражении левого полушария (критерий Краскела-Уоллиса: $H = 123{,}655$, $p < 0{,}001$; попарные сравнения с поправкой Холма: контрольная-ПП и контрольная-ЛП — $pHolm < 0{,}001$, ПП-ЛП — $pHolm = 0{,}015$). ROC-анализ показал высокую дифференцирующую способность стимулов: среди 15 стимулов с наибольшим AUC при сравнении контрольной группы с группой с поражением левого полушария 9 принадлежали данному заданию. Наиболее высокие значения показали стимулы «тоска» (AUC = 0,998), «грунт» (AUC = 0,993), «жалоба» (AUC = 0,963) и «анкета» (AUC = 0,945), все при $p < 0{,}001$.

Качественный анализ выявил несколько типов отклонений, которые практически не встречались в контрольной группе (около 0,5% ответов, в основном описки и единичные неологизмы по продуктивной модели, например «блескать»). При поражении левого полушария нередко вместо глагола называлось прилагательное, причастие или отглагольное существительное («дымный», «больной», «жизненный», «заклеенный», «пробежка»). У других пациентов словообразование подменялось ассоциацией: назывался ситуативно связанный с предметом глагол, не образованный от стимула («анкета — заполнить», «бетон — заливать», «план — строить»). Встречались эхо-повторы стимула («боль — боль»).

При поражении правого полушария большинство пациентов выполняли задание почти без ошибок, но у части отмечалась утрата программы задания: вместо глагола пациенты давали свободные ассоциации, тематические и антонимические («виза — паспорт», «жалоба — упрёки», «месть — гнев», «свет — тьма»). Наиболее трудными для клинических групп оказались стимулы «доза» и «жалоба», тогда как «бег» и «гипс» вызывали наименьшее число отказов.

Образование глагола от существительного показало наибольшее снижение точности ответов среди заданий батареи, особенно при поражении левого полушария (преимущественно передних отделов), и позволило выявить качественные особенности нарушения: замену глагола другой частью речи или ассоциацией при левополушарных очагах поражения и свободные ассоциации при правополушарных. Результаты носят пилотажный характер, методика нуждается в проверке на более крупной выборке.

Литература

1. Ахутина, Т. В. Порождение речи : нейролингвистический анализ синтаксиса / Т. В. Ахутина. — Москва : Изд-во Московского университета, 1989. — 215 с. — ISBN 5-211-00226-1.

2. Власова, Р. М. Избирательное нарушение употребления глаголов и существительных при поражении лобных и височных долей мозга : правило или исключение? / Р. М. Власова // Когнитивная наука в Москве : новые исследования : материалы конференции, Москва, 16 июня 2015 г. / под редакцией Е. В. Печенковой, М. В. Фаликман. — Москва : Буки Веди ; Институт практической психологии и психоанализа, 2015. — С. 75–80.

3. Исследование называния у больных с афазией / Л. С. Цветкова, Т. В. Ахутина, Н. Н. Полонская, Н. М. Пылаева // Проблемы афазии и восстановительного обучения / под редакцией Л. С. Цветковой. — Москва : Изд-во Московского университета, 1979. — С. 88–110.

4. Лурия, А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга / А. Р. Лурия. — 2-е изд., доп. — Москва : Изд-во Московского университета, 1969. — 504 с. : ил.

5. Ляшевская, О. Н. Частотный словарь современного русского языка на материалах Национального корпуса русского языка / О. Н. Ляшевская, С. А. Шаров ; Российская академия наук, Институт русского языка им. В. В. Виноградова. — Москва : Азбуковник, 2009. — 1087, [2] с. : табл. — ISBN 978-5-91172-024-7.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Кантур Т. А., Черепанова В. А.
МК ДВФУ, Владивосток, Россия
cherepanova.val@dvfu.ru

Ключевые слова: медицинская реабилитация, эмоциональные нарушения, тревога, депрессия, аудиовизуальная стимуляция.

EXPERIENCE IN APPLYING AUDIO-VISUAL STIMULATION IN THE MEDICAL REHABILITATION OF PATIENTS WITH EMOTIONAL DISORDERS

Kantur T. A., Cherepanova V. A.
Far Eastern Federal University Medical Center, Vladivostok, Russia
cherepanova.val@dvfu.ru

Keywords: medical rehabilitation, emotional disorders, anxiety, depression, audiovisual stimulation.

Введение. Эмоциональные нарушения являются распространённой проблемой современного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, в 2023 г. психическими расстройствами страдал примерно каждый седьмой человек в мире — около 1,2 млрд человек. Наиболее распространёнными среди них являются тревожные и депрессивные расстройства [3]. В условиях медицинской реабилитации эмоциональное состояние пациента приобретает особое значение, поскольку восстановление после заболевания, травмы или оперативного вмешательства может сопровождаться повышением тревоги, снижением настроения, эмоциональным напряжением, нарушениями сна и снижением адаптационных возможностей.

Современная медицинская реабилитация предполагает комплексное воздействие на различные составляющие состояния пациента. Наряду с медицинскими методами используются психологическое консультирование, психообразовательная работа, методы психологической коррекции, в том числе рисуночные и релаксационные техники. Одним из дополнительных немедикаментозных методов является аудиовизуальная стимуляция. Аудиовизуальный комплекс «ПРАК» представляет собой медицинское изделие, предназначенное для проведения групповой психосоматической коррекции с использованием светозвуковой стимуляции. В основе работы комплекса лежит сочетание звуковых и световых стимулов. При подаче в правое и левое ухо звуковых сигналов с неболь-

шой разницей частот формируется эффект бинауральных акустических биений. Дополнительно используются ритмические световые стимулы и визуальный ряд. Методическое руководство по применению комплекса «ПРАК» рассматривает его использование в системе реабилитации пациентов с психосоматическими нарушениями [2]. Возможности применения бинауральных акустических стимулов в психологической реабилитации также описаны в отечественной литературе [1]. В связи с этим представляет интерес описание практического опыта применения аудиовизуальной стимуляции у пациентов медицинского реабилитационного профиля с выявленными эмоциональными нарушениями.

Цель. Описать опыт применения аудиовизуальной программы «ПРАК» в медицинской реабилитации пациентов с эмоциональными нарушениями и оценить наблюдаемую динамику выраженности тревожной и депрессивной симптоматики по данным скринингового обследования.

Материал и методы. В работу включались пациенты, проходившие медицинскую реабилитацию и имевшие по результатам клинико-психологического обследования признаки повышенной тревоги и/или депрессивной симптоматики. В состав наблюдаемой группы вошли пациенты после оперативного лечения по поводу заболеваний суставов, пациенты в предоперационном периоде, участники боевых действий, а также пациенты, проходившие восстановительное лечение после инсульта. Для первичного выявления выраженности тревоги и депрессии использовалась Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale). Выбор методики был обусловлен её скрининговым назначением и применением в медицинской практике; HADS представлена, в частности, в российских клинических рекомендациях как инструмент оценки симптомов тревоги и депрессии [4]. Оценка проводилась отдельно по подшкалам тревоги и депрессии. Показатели 8–10 баллов рассматривались как субклинически выраженная симптоматика, 11 баллов и выше — как клинически выраженная [4].

После первичного обследования пациентам с выявленными эмоциональными нарушениями предлагалось участие в сеансах аудиовизуальной стимуляции. Занятия проводились ежедневно в групповом формате, продолжительность одного сеанса составляла 30 минут, а целый курс 10 дней. Пациенты размещались в удобных креслах, использовали наушники и визуальный экран комплекса «ПРАК». Во время сеанса предъявлялась специально сформированная последовательность аудио- и визуальных стимулов. По завершении курса проводилось повторное скрининговое обследование с использованием HADS. Оценивалась динамика показателей тревоги и депрессии относительно исходного уровня.

Результаты. В наблюдении приняли участие 30 пациентов. По результатам повторного обследования у 76,7% отмечалось снижение по-

казателей тревоги и/или депрессии по шкале HADS до уровня, соответствующего отсутствию достоверно выраженной симптоматики. У 16,7% отмечалось уменьшение выраженности симптомов при сохранении показателей в пределах соответствующего диапазона. Таким образом, у двух третей пациентов, завершивших курс аудиовизуальной стимуляции, наблюдалась положительная динамика эмоционального состояния по данным повторного скринингового обследования. У 6,7% существенной динамики показателей не наблюдалось.

Полученные результаты согласуются с данными отечественных исследований о применении бинауральной акустической стимуляции в психологической реабилитации [1]. Наблюдаемая положительная динамика показателей HADS позволяет рассматривать аудиовизуальную стимуляцию как дополнительный метод психологического сопровождения пациентов в условиях медицинской реабилитации. При этом полученные данные не позволяют однозначно связывать изменения эмоционального состояния только с воздействием комплекса «ПРАК», поскольку пациенты одновременно получали другие виды реабилитационной помощи.

Выводы. Применение аудиовизуальной программы «ПРАК» в комплексной медицинской реабилитации сопровождалось положительной динамикой тревожной и депрессивной симптоматики у большинства наблюдаемых пациентов. Аудиовизуальная стимуляция может использоваться как дополнительный метод психологического сопровождения пациентов с эмоциональными нарушениями.

Литература

1. Бинауральные акустические биения в психологической реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций / А. В. Котельникова, А. А. Кукшина, Е. А. Турова, А. С. Тихонова // Вестник восстановительной медицины. — 2021. — Т. 20, № 1. — С. 60–69. — DOI 10.38025/2078-1962-2021-20-1-60-69.

2. Применение аудиовизуального комплекса «ПРАК» в реабилитации пациентов с психосоматическими нарушениями : методическое руководство / И. П. Бобровницкий, С. Н. Нагорнев, А. Н. Разумов, С. А. Федоров ; под общей редакцией А. Н. Разумова. — Москва : Постатор, 2024. — 76 с.

3. World mental health report: transforming mental health for all / World Health Organization. — Geneva : World Health Organization, 2022. — 296 p. — ISBN 978-92-4-004933-8.

4. Zigmond, A. S. The Hospital Anxiety and Depression Scale / A. S. Zigmond, R. P. Snaith // Acta Psychiatrica Scandinavica. — 1983. — Vol. 67, no. 6. — P. 361–370. — DOI 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

ИСТОРИЯ ДИАГНОСТИКИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ КАК НАУЧНОГО НАПРАВЛЕНИЯ

Катунова И. Д., Катунова В. В.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ, Нижний Новгород, Россия
katunova@mail.ru

Ключевые слова: послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД), клиническая психология, нейропсихология, нейропсихологическая диагностика, когнитивные нарушения.

HISTORY OF THE DIAGNOSIS OF POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION AS A SCIENTIFIC FIELD

Katunova I. D., Katunova V. V.
Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia
katunova@mail.ru

Keywords: postoperative cognitive dysfunction (POCD), clinical psychology, neuropsychology, neuropsychological assessment, cognitive impairment.

Введение. История изучения послеоперационной когнитивной дисфункции (ПОКД) представляет собой более путь от разрозненных клинических наблюдений к формированию самостоятельного междисциплинарного научного направления, находящегося на стыке клинической психологии, анестезиологии, неврологии и психиатрии [1]. На протяжении почти 400 лет менялись не только представления о природе когнитивных нарушений после хирургических вмешательств, но и сам понятийный аппарат, диагностические подходы, а также методологические основания исследований, что позволяет выделить несколько этапов в становлении данного научного направления. Особый интерес для клинической психологии представляет то, как развитие методов нейропсихологической диагностики, психометрических подходов включалось в исследовательский арсенал изучения ПОКД, превращая его из области наблюдений в полноценное экспериментально-психологическое направление.

Материал и методы. В данной работе использован комплекс методов: теоретический анализ и синтез научной литературы по проблеме, историко-генетический метод — для отражения эволюции представлений в данном научном направлении, а также метод периодизации, на основе которого выделены четыре этапа становления

научного направления. Дополнительно применен сравнительно-сопоставительный анализ диагностических подходов на разных исторических этапах, а также метод систематизации для обобщения ключевых исследований.

Результаты. Нами были выделены следующие этапы изучения ПОКД как научного направления:

Ранний (клинических наблюдений), XVII — XIX вв. Первые описания послеоперационных психических нарушений; отсутствие систематизации; наблюдения в рамках общей хирургии. Франция, Великобритания: Dupuytren (1834), Savage (1887), Hayes (1887) и др.

Этап институционализации, 1950-е – 1980-е гг. Систематические клинические исследования; выделение ПОКД как самостоятельной проблемы; фокус на кардиохирургии; начало использования нейропсихологических тестов. США, Великобритания, Канада: Bedford (1955), Kornfeld et al. (1965), Lipowski (1967), Egerton & Kay (1964), Leech (1975) и др.

Этап консолидации и стандартизации, 1990-е — 2010-е гг. Создание международных исследовательских групп (ISPOCD); крупные эпидемиологические исследования; разработка диагностических шкал (CAM-ICU); унификация номенклатуры. США, Великобритания, Нидерланды, Дания, Германия, Канада: ISPOCD1 (1998), ISPOCD2 (2000), Ely et al. (2001), Международная рабочая группа по номенклатуре (2018), Американская психиатрическая ассоциация (DSM-5, 2013) и т.д.

Современный этап (интегративный), 2020-е гг. — наст. время. Интеграция молекулярно-биологических исследований; поиск биомаркеров; мультицентровые исследования; внедрение методов нейровизуализации. Китай, США, Нидерланды, Россия, Германия, Великобритания: Wu et al. (2025), Рябченко и др. (2025), Nešković et al. (2025) и др.

История изучения ПОКД неразрывно связана с общим развитием клинической психологии и нейропсихологии. На ранних этапах (XIX — первая половина XX века) исследования ПОКД опирались на клинико-описательный метод, характерный для психиатрии и неврологии того времени, когда психические феномены рассматривались в рамках синдромального подхода. Становление нейропсихологии в 1960–1970-е годы (работы А. Р. Лурия, Х. Геккера, Б. Милнера) создало методологическую базу для понимания мозговых механизмов когнитивных нарушений и заложило основы для использования синдромного анализа в изучении ПОКД. Развитие психометрики и тестологии в середине XX века (работы Д. Векслера, Р. Кеттелла) обеспечило инструментарий для количественной оценки когнитивных функций, что позволило перейти от качественных описаний к объективным измерениям. В 1990-е годы, с развитием когнитивной психологии и когнитивной нейронауки, исследователи ПОКД начали активно применять

методы, разработанные для изучения памяти, внимания и исполнительных функций в норме, адаптируя их для клинических популяций. В настоящее время изучение ПОКД стало полидисциплинарным, объединяя достижения клинической психологии, нейропсихологии, психофизиологии и психогенетики. Таким образом, история ПОКД отражает общую эволюцию психологической науки: от накопления феноменологических данных через инструментализацию и стандартизацию к интеграции с биологическими и нейронаучными подходами.

Выводы. История изучения диагностики ПОКД демонстрирует эволюцию от эпизодических клинических наблюдений к формированию междисциплинарного научного направления с развитой методологической базой. В настоящее время можно констатировать, что изучение ПОКД вступает в новую фазу, где особое значение приобретают не только клинические исходы, но и понимание молекулярных механизмов, лежащих в основе этого состояния [3]. Перспективными направлениями остаются разработка персонализированных подходов к профилактике и терапии, внедрение принципов преабилитации и ускоренного восстановления, а также создание валидированных диагностических протоколов, включающих комплекс нейропсихологических, нейровизуализационных и биохимических методов [2]. История диагностики ПОКД свидетельствует о том, что это направление прошло путь от единичных наблюдений до признанной междисциплинарной проблемы, объединяющей усилия анестезиологов, неврологов, психиатров и психологов, и продолжает развиваться в русле интеграции клинических, психологических и нейробиологических подходов.

Литература

1. Послеоперационные нейрокогнитивные расстройства: некоторые итоги почти 400-летней истории вопроса / Л. Б. Берикашвили, К. К. Каданцева, Н. В. Ермохина [и др.] // Общая реаниматология. — 2023. — Т. 19, № 4. — С. 29–42. — DOI 10.15360/1813-9779-2023-4-29-42.

2. Clinical literature on postoperative delirium and neurocognitive disorders: a historical systematic review / G. Villa, L. Foti, T. Piazzini [et al.] // Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care. — 2022. — Vol. 2. — Art. 11. — DOI 10.1186/s44158-022-00039-6.

3. Basic research on postoperative cognitive dysfunction in the past decade: a bibliometric analysis / H. Wu, J. Song, Z. Hu [et al.] // Frontiers in Aging Neuroscience. — 2025. — Vol. 17. — Art. 1529860. — DOI 10.3389/fnagi.2025.1529860.

ПОТОК СПОНТАННЫХ АССОЦИАЦИЙ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ СВЯЗИ ГИППОКАМПА В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ

Кроткова О. А.[1], Савкина Э. М.[2], Бычкова А. С.[2],
Каверина М. Ю.[1], Вартанов А. В.[2]
[1] ФГАУ НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н. Н. Бурденко, Москва, Россия
[2] МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия
OKrotkova@nsi.ru

Ключевые слова: гиппокамп, сеть покоя мозга, спонтанный поток ассоциаций, эпизодические воспоминания.

THE FLOW OF SPONTANEOUS ASSOCIATIONS AND FUNCTIONAL CONNECTIVITY OF THE HIPPOCAMPUS IN RESTING STATE

Krotkova O. A.[1], Savkina E. M.[2], Bychkova A. S.[2],
Kaverina M. Yu.[1], Vartanov A. V.[2]
[1] Burdenko National Medical Research Center for Neurosurgery, Moscow, Russia
[2] Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
OKrotkova@nsi.ru

Keywords: hippocampus, brain resting-state network, spontaneous flow of associations, episodic memories.

Введение. Во время отдыха, в отсутствие какой-либо целевой задачи у человека спонтанно возникают мысли, переживания, воспоминания, «хаотично» сменяющие одно другое. Этот свободный поток ассоциаций определяется работой сети покоя мозга. Сети покоя мозга и формирующийся в покое поток спонтанных воспоминаний и размышлений рассматриваются как базовые системы обеспечения индивидуального сознания. Гиппокамп является одной из ключевых структур сетей покоя мозга [3]. Репрезентативной клинической моделью его участия в «потоке сознания» являются менингиомы параселлярной локализации. Такие опухоли растут очень медленно, оказывают мягкое давление на гиппокамп одного из полушарий, но не инфильтрируют его (не вызывают деструкции) [2].

Самоотчет пациентов с параселлярными менингиомами о содержании их мыслей во время сеансов покоя показал, что у пациентов со сдавлением левого гиппокампа спонтанные мысли, переживания и воспоминания во время расслабленного покоя соотносятся с конкретными событиями жизни, имеют привязку к определённому месту и времени.

При возникновении фантазийных сюжетов различия между фантазиями и реальными событиями человеком четко осознаются. У пациентов со сдавлением правого гиппокампа ассоциативный поток менее произвольный и управляемый. Воспоминания носят обобщенный характер. В них собственный опыт «перемешивается» с информацией любых других источников (фильмов, книг, событий жизни других людей) и фантазийными элементами, а в переходах между воспоминаниями из собственной жизни, фантазиями и информацией других источников исчезают границы. Отсутствует привязка к конкретному событию жизни, месту или времени пришедшего на память эпизода. Потоки ассоциаций носят полимодальный характер [1].

Целью настоящего исследования являлось изучение изменчивости функциональных связей гиппокампа во время двух сеансов покоя, предваряемых инструкциями, модулирующими поток спонтанных ассоциаций в направлении положительных сенсорных воспоминаний или вербальных размышлений о проблемах в области здоровья.

Материал и методы. Сеансы покоя длились 3 минуты и сопровождались записью ЭЭГ. В исследование была включена однородная выборка из 16 пациентов с параселлярными менингиомами. У 9 пациентов была диагностирована левосторонняя компрессия гиппокампа, а у 7 пациентов — правосторонняя. По данным МРТ объем опухоли и степень компрессии гиппокампа в группах были сопоставимы. Средний возраст участников исследования составил 47,5 лет (SD = 8,3). Группы были однородны по возрастному и гендерному составу, а также по социально-демографическим признакам. Все участники были правшами.

Для описания сетевой связности мозга использовался новый способ реконструкции источников активности «Виртуально вживлённый электрод» (патент РФ 2785268), позволяющий независимо восстанавливать электрическую активность в заданных областях головного мозга. Метод базируется на пространственной фильтрации сигнала и предполагает моделирование низкочастотной ЭЭГ в виде потенциала объемного заряда [5]. Метод позволил оценить функциональную связность левого и правого гиппокампа с выбранными зонами интереса путем вычисления коэффициентов корреляции.

Результаты и выводы. Была проведена оценка 412 внутриполушарных и межполушарных функциональных связей. Из них существенные различия между сеансами обнаружились у 21 пары связей: 16 являлись связями правого гиппокампа и только 5 — левого, причем более выраженная вариабельность между сеансами регистрировалась в группе со сдавлением правого гиппокампа. Повышение сочетанности у правого гиппокампа при переходе к вербальным размышлениям наблюдалось с дорсомедиальной префронтальной корой, с лобной орбитальной корой,

с правосторонними зонами, гомологичными Брока и Вернике и с рядом других областей. Противоположная динамика, когда сочетанность возрастала при положительных сенсорных воспоминаниях, а при вербальных размышлениях нивелировалась, регистрировалась только для связей правого и левого гиппокампов с таламусом, причем такая динамика связности гиппокампа регистрировалась в обеих группах пациентов.

Известно, что именно функциональная активность правого гиппокампа поддерживает создание нарративов, объединяя в смысловое целое распределённые по времени события и формируя автобиографические воспоминания. Эти данные объясняют более выраженную реактивность правого гиппокампа при разных потоках воспоминаний в условиях покоя.

Таламус является мультимодальным ретранслятором текущих сенсорных впечатлений в гиппокамп и кору [4]. Проведенное исследование показало, что таламо-гиппокампальные взаимодействия, скорее всего, представляют главное звено в позитивных эпизодических воспоминаниях покоя.

В целом, данные ЭЭГ и результаты самоотчетов пациентов свидетельствуют, что унилатеральная компрессия сети покоя мозга в области гиппокампа приводит к утрированному проявлению специфичных для данного полушария особенностей когнитивного функционирования.

Исследование поддержано грантом РНФ 23-15-00018 «Спонтанная активность мозга при механическом и терапевтическом радиационном воздействии на гиппокамп».

Литература

1. Кроткова, О. А. Спонтанные ассоциации при мягкой компрессии зоны гиппокампа / О. А. Кроткова, А. Н. Киселева, А. С. Бычкова, М. Ю. Каверина // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. — 2025. — Т. 48, № 1. — С. 101–125. — DOI 10.11621/LPJ-25-05. Московский университет.

2. Galkin, M. V. Hippocampal atrophy following therapeutic irradiation of intracranial and nasopharyngeal tumors / M. V. Galkin, A. V. Golanov, N. Antipina // Cureus. — 2025. — Vol. 17, no. 12. — Art. e98783. — DOI 10.7759/cureus.98783.

3. Menon, V. 20 years of the default mode network: a review and synthesis / V. Menon // Neuron. — 2023. — Vol. 111, no. 16. — P. 2469–2487. — DOI 10.1016/j.neuron.2023.04.023.

4. The impact of the human thalamus on brain-wide information processing / J. M. Shine, L. D. Lewis, D. D. Garrett, K. Hwang // Nature Reviews Neuroscience. — 2023. — Vol. 24, no. 7. — P. 416–430. — DOI 10.1038/s41583-023-00701-0.

5. Vartanov, A. V. On the issue of low-frequency EEG generators and methods of their spatial localization / A. V. Vartanov, E. L. Masherov // Jour-

nal of Neuroscience Methods. — 2025. — Vol. 424. — Art. 110592. — DOI 10.1016/j.jneumeth.2025.110592.

ПРИМЕНЕНИЕ СПЕКТРА МЕТОДОВ БИОЛОГИЧЕСКОЙ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ В ДИАГНОСТИКЕ И КОРРЕКЦИИ В СОВРЕМЕННОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Савостьянов И. В.
ФГБОУ ВО БГПУ им. М. Акмуллы, Уфа, Россия
i_savostyanov@internet.ru

Ключевые слова: БОС, биоуправление, нейротехнологии, нейрореабилитация.

APPLICATION OF A RANGE OF BIOLOGICAL FEEDBACK METHODS IN DIAGNOSIS AND CORRECTION IN MODERN CLINICAL PRACTICE

Savostyanov I. V.
Bashkir State Pedagogical University named after M. Akmulla, Ufa, Russia
i_savostyanov@internet.ru

Keywords: biofeedback, neurotechnologies, neurorehabilitation.

Нейротехнологии всё прочнее входят в арсенал клинико-психологической диагностики. Одно из наиболее востребованных направлений — биологическая обратная связь (БОС), при которой человек получает в реальном времени информацию о работе своих физиологических систем и учится ими управлять (биоуправление). Метод применяется более полувека: изначально — для восстановления движений после травм, а позднее и при широком круге функциональных нарушений. Пациент взаимодействует с прибором, оснащённым датчиками, и получает сигналы о состоянии организма в режиме реального времени. Метод опирается на исследования регуляции физиологических процессов и активации адаптивных механизмов мозга [4]. БОС-методики неинвазивны, немедикаментозны, не имеют строгих противопоказаний и применимы как в клинике, так и в производственных условиях [5]. Для клинико-психологической диагностики это означает безопасность, объективность и возможность отслеживать динамику.

Объектом регуляции может выступать любой физиологический параметр: ЭЭГ, ЭМГ, ВСР, КГР, температура кожи и т.д. [3, 5]. Каждая модификация имеет свою специфику [4].

При ЭЭГ-БОС пациенту предъявляются собственные биоэлектрические потенциалы мозга, что позволяет постепенно научиться их регулировать. Чаще всего решаются задачи подавления тета-ритма и управления альфа- и бета-ритмами [1]. ЭЭГ-канал считается наиболее изученным и обеспеченным доказательной базой [4].

ЭМГ-БОС Применяется при двигательных нарушениях и в релаксационном тренинге: пациент видит электрическую активность мышц и, снижая её, достигает расслабления [3, 5]. Особенно убедительные результаты — при головной боли напряжения, поскольку стрессовая активация тесно связана с напряжением поперечно-полосатых мышц. Наибольший эффект даёт работа с фронтальными мышцами, менее подчинёнными сознательному контролю [5]. По данным метаанализов, БОС сопоставима с профилактической фармакотерапией головной боли [3]. Метод также применяется при спинальной травме и ДЦП, в частности для улучшения параметров ходьбы у детей [4].

ВСР-БОС используется для обучения релаксации, управления стрессом и купирования панических состояний. ВСР — интегральный показатель функционального состояния организма; её снижение нередко предшествует заболеваниям и служит прогностическим признаком [5]. Управление параметрами ВСР усиливает суммарную мощность сердца за счёт активизации вагусных влияний. Ключевое условие — усиление низкочастотной составляющей спектра ВСР, достигаемое при замедлении дыхания до 6 циклов в минуту. Тренинг особенно благоприятно влияет на эмоциональную регуляцию [1].

Электродермальная активность при КГР-БОС отражает работу потовых желёз и косвенно — активность симпатической нервной системы; применяется для релаксации в стрессовых ситуациях. Температурный канал опирается на сужение сосудов при возбуждении и их расширение при расслаблении, тренировка повышения температуры рук снижает симпатическую активность и используется при мигрени [5].

БОС-технологии обладают высоким уровнем доказательности в отношении влияния на психоэмоциональное состояние и сердечно-сосудистую систему. Существенные результаты накоплены по ЭМГ-БОС в комплексной терапии головной боли и сопутствующих эмоциональных расстройств. Наиболее прочная база — у кардиотренинга: метаанализ 21 РКИ подтвердил его положительное влияние на здоровье и работоспособность пациентов. Высокая доказательность отмечается и для ЭМГ-БОС при головной боли.

Вместе с тем общий уровень доказательности метода остаётся средним — из-за малых выборок и сложности описания механизмов БОС. Приоритетное направление на будущее — широкомасштабные двойные слепые рандомизированные исследования [3]. Кроме того,

одноканальная БОС воздействует лишь на одно звено, тогда как реабилитация предполагает комплексное восстановление нескольких звеньев [4].

Перспективное направление — мультимодальная биологическая обратная связь. Её суть — интеграция динамического потока данных из нескольких источников для более точного определения состояния системы и получения целостной картины. Объединение одноканальных методик в единую систему, как предполагается, позволит достигать максимального эффекта в кратчайшие сроки. Подход ориентирован на коррекцию динамических движений, а не на статический контроль отдельной мышцы или сустава; технологический прогресс уже позволяет создавать системы, решающие конкретные прикладные задачи [4].

Биологическая обратная связь — эффективный инструмент развития саморегуляции, позволяющий человеку активно участвовать в выздоровлении и обучении. Спектр модификаций (ЭЭГ, ЭМГ, ВСР, КГР, температура, дыхание) обеспечивает индивидуальный подбор метода под задачу. Доказательная база подтверждает результативность БОС в отношении психоэмоционального состояния, сердечно-сосудистой системы и головной боли. Наиболее перспективный вектор — мультимодальная БОС, объединяющая несколько физиологических сигналов. В контексте клинико-психологической диагностики методы БОС открывают новые возможности объективной оценки и активного вмешательства в процессы саморегуляции.

Литература

1. Дёмин, Д. Б. Физиологические основы методов функционального биоуправления / Д. Б. Дёмин, Л. В. Поскотинова // Экология человека. — 2014. — Т. 21, № 9. — С. 48–59. — DOI 10.17816/humeco17208.

2. Методологические аспекты биоуправления : методические указания / Нейрософт. — Иваново : Нейрософт, 2023. — 30 с.

3. Психофизиологические технологии с применением метода биологической обратной связи: аналитический обзор / Е. В. Костенко, А. В. Котельникова, И. В. Погонченкова [и др.] // Вестник восстановительной медицины. — 2024. — Т. 23, № 3. — С. 77–91. — DOI 10.38025/2078-1962-2024-23-3-77-91.

4. Тарасова, Е. М. Биологическая обратная связь в нейрореабилитации (современный обзор) / Е. М. Тарасова, Т. С. Петренко, В. И. Борисов // Вестник УГМУ. — 2024. — № 1. — С. 27–39.

5. Щербина, Н. В. Обзор методов исследования физиологических показателей, используемых в системах с биологической обратной связью / Н. В. Щербина // Эргодизайн. — 2023. — № 1 (19). — С. 81–89. — DOI 10.30987/2658-4026-2023-1-81-89.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ ФОРМИРОВАНИЯ НАРКОЗАВИСИМОСТИ: ПРЕДПОСЫЛКА ИЛИ РЕЗУЛЬТАТ?

Савченко Д. В.
ФГАОУ ВО «РГГУ», Москва, Россия
d1990s@mail.ru

Ключевые слова: нейропсихологические предикторы, наркотическая зависимость, лица молодого возраста.

NEUROPSYCHOLOGICAL PREDICTORS OF DRUG DEPENDENCE DEVELOPMENT: A PRECURSOR OR A RESULT?

Savchenko D. V.
Russian State University for the Humanities, Moscow, Russia
d1990s@mail.ru

Keywords: neuropsychological predictors, drug addiction, young people.

Введение. На стыке XX-XXI столетий стремительное приобщение молодого поколения к наркотикам превратилось в угрозу глобального масштаба — как для семьи как социального института, так и для здоровья нации в целом. К настоящему времени данная проблематика переросла границы сугубо медицинской компетенции и оформилась в качестве первоочередного социально-экономического вызова, с которым сталкивается большинство развитых государств, включая Российскую Федерацию [2].

Рост наркозависимости в стране объясняется на двух уровнях. На макроуровне действуют социокультурные факторы: размывание традиционных ценностей, смещение понятий нормы и дозволенности, доступность запрещенных веществ через криминальный рынок и цифровые платформы. На микроуровне толчком становится социально-психологический дискомфорт: неудовлетворенность жизнью, отсутствие перспектив и общественно поощряемых способов самореализации ведут молодых людей к суррогатному уходу от реальности [2].

Наркотики вызывают глубокие нейрохимические перестройки, прежде всего в церебральных структурах [1]. Страдает и когнитивная сфера: ухудшается память, падает устойчивость внимания и продуктивность мышления, что отражается на обучаемости [3]. Эти особенности могут выступать и нейропсихологическими предикторами наркозависимости, однако исследований по теме крайне мало — она требует дальнейшего изучения.

Цель — выявить нейропсихологические предикторы, обусловливающие развитие наркотической зависимости у лиц молодого возраста.

Материал и методы. Эмпирическая часть работы выполнена на клинической базе ГБУЗ «Московский научно-практический центр наркологии ДЗМ» (г. Москва). В выборку вошли 52 пациента мужского пола, средний возраст которых составил 23,7 года с верифицированным опиоидным аддиктивным анамнезом продолжительностью более пяти лет.

Нейропсихологическое тестирование опиралось на аппарат А. Р. Лурии и включало три направления: мнестические функции (методика 10 слов по А. Р. Лурия, «Запоминание рассказов», «Серии реалистических предметных изображений»), интеллектуальную деятельность («Понимание смысла сюжетных картин», понимание содержания рассказов, «Классификация и исключение изображений») и внимание («Таблицы Шульте»).

Результаты. У всех испытуемых запоминание 10 несвязанных по смыслу слов сопровождалось стойкими мнестическими нарушениями, затруднения обнаруживались на этапах непосредственного и отсроченного воспроизведения.

Примечательно, что у 24 респондентов (46,2%) объем отсроченного воспроизведения снижен более чем на 50% от нормы, что является признаком нарушения сохранения и закрепления информации. Еще у 21 испытуемого (40,4%) выявлена истощаемость мнестических процессов: при повторных предъявлениях число верно воспроизводимых слов последовательно падает.

Проба на запоминание рассказов выявила две группы. У большинства первичное восприятие страдало из-за неустойчивости внимания, но повторное предъявление улучшало пересказ. У 14 человек (26,9%) даже двукратное прослушивание не помогало воспроизвести больше половины смысловых единиц.

Запоминание реалистических предметных изображений шло по той же схеме: вторая серия усваивалась хуже первой, а истощение наступало не при повторе, а при смене стимулов. Основную нагрузку несла первая серия, фиксация второй падала из-за нарастающей истощаемости к концу задания.

В мышлении наблюдалась двойственная картина: в вербальных задачах — импульсивность, в наглядных сюжетах — брадифрения. На картинках «Плавающий мальчик» и «Лягушки-путешественницы» у 43 человек (82,7%) время осмысления резко росло, сюжет с лягушками часто трактовался произвольно. Импульсивные ответы при понимании рассказов дали 28 испытуемых (53,8%), большинство исправлялись сами; 8 человек (15,4%) не улавливали смысл без подсказок. В классификации изображений обобщение удавалось почти

всем, но у 9 участников (17,3%) оно строилось на конкретно-ситуативном принципе.

Внимание у большинства зависимых заметно снижено: у 38 человек (73,1%) — проблемы с концентрацией, среднее время работы с одной таблицей достигало 57 секунд, что прямо свидетельствует о снижении нейродинамики когнитивных процессов. Отмечались и значительные флуктуации времени от таблицы к таблице — признак того, что страдает не столько механизм внимания, сколько его энергетическое обеспечение.

Выводы. Проведенное нейропсихологическое обследование лиц молодого возраста с наркотической зависимостью позволяет заключить: выявленный дефицит носит системный характер и распространяется на ключевые компоненты высшей нервной деятельности — функций памяти и внимания.

Самые заметные нарушения обнаружились в кратковременной памяти: продуктивность запоминания падает, а значит, способность удерживать информацию в короткой перспективе ограничена. Дефицит внимания, с одной стороны, делает испытуемых уязвимыми к внешним провоцирующим стимулам, а с другой — снижает у них возможность сохранять долгосрочные ориентиры, включая установку на отказ от наркотиков.

В мышлении сочетание импульсивности и снижение обобщения приводят к поспешности решений и слабости причинно-следственных построений. Связь между употреблением и его последствиями остается для человека неочевидной. Как результат, критическое отношение к собственной зависимости практически не формируется.

Однако вопрос о том, что здесь первично — изначальная предпосылка или результат многолетней интоксикации, — по-прежнему остается без ответа. Наши данные, к сожалению, однозначного заключения не дают, но они убедительно демонстрируют: подобные нарушения существуют и должны приниматься в расчет в реабилитационной практике. Особенно остро ощущается потребность в дальнейших исследованиях — в первую очередь для создания дифференцированных реабилитационных стратегий, учитывающих выявленные когнитивные дефициты.

Литература

1. Баулина, М. Е. Нейропсихологический анализ состояния высших психических функций у больных героиновой наркоманией : дис. … канд. психол. наук : 19.00.04 / М. Е. Баулина. — Москва, 2002. — 118 с.

2. Перегудова, Н. А. Актуальность изучения эмоционально-мотивационной сферы у молодежи, зависимой от психоактивных веществ /

Н. А. Перегудова, Д. В. Савченко // Сборник материалов III Всероссийской научно-практической конференции магистрантов : сборник научных трудов, Москва, 16–20 апреля 2018 года. — Ч. 1. — Москва : РУСАЙНС, 2018. — С. 259–262. — EDN UXCEBO.

3. Перфилова, Е. В. Нейропсихологические исследования нарушений высших психических функций у больных с разными видами наркотической зависимости / Е. В. Перфилова // Мир науки, культуры, образования. — 2018. — № 5 (72). — С. 357–359. — EDN VMHWRT.

НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Смородина В. В., Катунова В. В.
ФГБОУ ВО ПИМУ, Нижний Новгород, Россия
ninika@yandex.ru

Ключевые слова: послеоперационная когнитивная дисфункция, нейропсихологическая диагностика, когнитивные нарушения, когнитивная дисфункция.

NEUROPSYCHOLOGICAL ASSESSMENT OF POSTOPERATIVE COGNITIVE DYSFUNCTION IN SCHOOL-AGE CHILDREN

Smorodina V. V., Katunova V. V.
Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia
ninika@yandex.ru

Keywords: postoperative cognitive dysfunction, POCD, neuropsychological assessment, cognitive impairment, cognitive dysfunction.

Введение. Послеоперационная когнитивная дисфункция (ПОКД) — частое осложнение хирургического лечения, проявляющееся снижением памяти, внимания, скорости мышления и других высших психических функций [1–4]. У детей школьного возраста проблема особенно актуальна, так как когнитивные процессы находятся в стадии активного формирования, а даже кратковременные нарушения могут повлиять на обучение и социальную адаптацию [1, 2, 4, 5]. Большинство исследований ограничиваются одноразовой оценкой отдельных функций, что не позволяет проследить динамику и выявить наиболее уязвимые звенья. Комплексный нейропсихологический подход с повторными замерами даёт возможность не только диагностировать

ПОКД, но и планировать реабилитационные мероприятия. Данная работа основана на клинико-психологическом и нейропсихологическом обследовании детей в периоперационном периоде с акцентом на динамику когнитивных изменений.

Цель — провести нейропсихологический анализ динамики ПОКД у детей школьного возраста и определить диагностические возможности комплексного обследования. Задачи: (1) оценить когнитивные функции до операции, на 2–3 сутки и 12–14 сутки после; (2) проанализировать динамику показателей; (3) выделить наиболее чувствительные к послеоперационным изменениям функции; (4) обосновать применение комплексной диагностики для раннего выявления и коррекции нарушений. Гипотеза: максимальные когнитивные нарушения проявляются не в раннем, а в отсроченном послеоперационном периоде, что требует динамического наблюдения; комплексный нейропсихологический анализ позволяет определить структуру дефицита.

Материал и методы. Диагностический комплекс строился на принципе уровневой оценки (состояние высших психических функций и психическое состояние ребёнка) [1, 2]. Психодиагностика включала стандартизированные нейропсихологические пробы и методы опроса. Для оценки когнитивных функций применялись: пробы на временную компетентность; методика «10 слов» А. Р. Лурии и проба «прямой счёт»; гибкость мышления — расшифровка анаграмм; связная речь — рассказ по серии картинок (Фотекова-Ахутина); зрительно-пространственные функции — фигура Рея-Остеррица; тормозной контроль — проба «передача звуковой схемы»; внимание и работоспособность — таблицы Шульте [1, 2]. Для оценки психического состояния использовались шкалы PQRS (качество восстановления), PFS (эмоциональное состояние), опросник астении Шац, шкала локуса контроля выздоровления (RLOC) [2, 3]. Это позволяло учитывать астению, тревогу и субъективную оценку выздоровления, что повышает объективность нейропсихологических результатов.

Диагностические возможности комплекса и модель диагностики. Предложенный комплекс ориентирован не на изолированные тесты, а на анализ взаимосвязанных когнитивных компонентов, что позволяет оценивать структуру и динамику нарушений. Учёт психологических факторов (эмоциональный фон, астения) помогает дифференцировать собственно когнитивный дефицит и его влияние на восстановление. На основе использованных методик разработана двухуровневая модель диагностики ПОКД. Первый уровень — нейропсихологическое исследование высших психических функций (память, внимание, речь, мышление, зрительно-пространственные функции, регуляторные процессы). Второй уровень — оценка психического состояния (качество восстанов-

ления, эмоции, астения, локус контроля). Модель обеспечивает последовательный анализ, позволяет не только выявить наличие ПОКД, но и определить её структуру, степень выраженности и динамику, что создаёт основу для индивидуализированной реабилитации [1–3].

Выводы. ПОКД у детей школьного возраста требует комплексной, а не монометрической диагностики. Использование отдельных тестов даёт лишь фрагментарную картину, тогда как системный нейропсихологический подход позволяет рассматривать ПОКД как многофакторное состояние с участием как когнитивных, так и психологических механизмов. Двухуровневая модель диагностики объединяет оценку интеллектуального развития, нейропсихологического профиля и психического состояния ребёнка, что способствует более объективной интерпретации результатов и динамическому наблюдению. Практическая значимость заключается в возможности раннего выявления групп риска, планирования программ нейропсихологической коррекции и психолого-реабилитационного сопровождения. Дальнейшие исследования могут быть направлены на клиническую апробацию модели и определение наиболее информативных диагностических сочетаний.

Литература

1. Диагностика послеоперационной когнитивной дисфункции у детей / Л. С. Золотарева, А. А. Запуниди, А. В. Адлер [и др.] // Вопросы современной педиатрии. — 2021. — Т. 20, № 1. — С. 23–30. — DOI 10.15690/vsp.v20i1.2233.

2. Послеоперационная когнитивная дисфункция у детей школьного возраста : учебно-методическое пособие / А. М. Овезов, М. В. Пантелеева, М. А. Лобов, А. В. Луговой. — Москва : ГБУЗ МО МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского, 2021. — 48 с.

3. Послеоперационная когнитивная дисфункция, предикторы, диагностика, профилактика и лечение / О. Н. Ямщиков, А. П. Марченко, С. А. Емельянов [и др.] // Вестник Авиценны. — 2024. — Т. 26, № 3. — С. 439–451. — DOI 10.25005/2074-0581-2024-26-3-439-451.

4. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии : учебно-методическое пособие для психиатров, неврологов, психологов и логопедов / А. Н. Корнев [и др.]. — Санкт-Петербург : ПМИ, 1997. — 74 с.

5. Neurodevelopmental outcome at 5 years of age after general anaesthesia or awake-regional anaesthesia in infancy (GAS): an international, multicentre, randomised, controlled equivalence trial / M. E. McCann, J. C. de Graaff, L. Dorris [et al.] // The Lancet. — 2019. — Vol. 393, no. 10172. — P. 664–677. — DOI 10.1016/S0140-6736(18)32485-1.

ЦИФРОВОЙ ИНСТРУМЕНТ «НЕЙРОЭКСПРЕСС» ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОГНИТИВНОГО СКРИНИНГА В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Шипкова К. М., Тюленев А. В.
ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского», Москва, Россия
karina.shipkova@gmail.com

Ключевые слова: когнитивные функции, когнитивный скрининг, нейропсихологическое обследование.

DIGITAL COGNITIVE SCREENING TOOL «NEUROEXPRESS» FOR CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL PRACTICE

Shipkova K. M., Tiulenev A. V.
Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia
karina.shipkova@gmail.com

Keywords: cognitive functions, cognitive screening, neuropshychological diagnosis.

Высокая обращаемость лиц с субъективными жалобами на когнитивное снижение формирует в клинической психологии запрос на разработку диагностических инструментов оценки когнитивного здоровья. На смену констатирующей модели диагностики, в которой определяется выраженность и тип когнитивного дефицита у пациента с уже сформировавшимся кругом когнитивных нарушений происходит неуклонный переход к профилактической модели, в которой выявляется риск проспективных когнитивных изменений и формируется специалистом персонифицированная программа когнитивного здоровьесбережения [1, 4].

Бумажная форма диагностики с ведением ручного протокола считается золотым стандартом клинико-психологического исследования. Она требует достаточного профессионального опыта специалиста, способного осуществить качественный анализ наблюдаемых симптомов, классифицировать тип нарушения когнитивного функционирования и определить реабилитационный ресурс пациента. Ограничением широкого применения в практике работы медицинского психолога данного стандарта является его высокая времязатратность, что существенно затрудняет возможность обследования широких возрастных, нозологических и профессиональных групп и повысить выявляемость лиц с высоким риском когнитивных изменений. Помимо этого, преемственность инструментов оценки при повторном обследовании другим специали-

стом редко соблюдается и это вносит значительности трудности в определение вектора динамики когнитивных изменений. В этом отношении цифровые диагностические инструменты обладают рядом очевидных преимуществ: быстрота диагностики; унифицированный методический инструментарий диагностического блока и процедуры проведения; автоматическая обработка данных с формированием заключения для специалиста. На сегодняшний день существует дефицит отечественных цифровых программ для проведения когнитивного скрининга, поэтому разработка таких методов является крайне актуальной задачей клинической психологии.

Цикл проведенных нами исследований уязвимых когнитивных доменов у лиц условной нормы разных возрастных групп и пациентов с аффективными, депрессивными расстройствами и посттравматическим стрессом позволил определить круг оцениваемых когнитивных процессов. На этой основе был сформирован диагностический блок для компьютеризированной программы «Нейроэкспресс», предназначенный для проведения когнитивного скрининга у взрослых [1, 2, 4, 5].

Компьютеризированная программа «Нейроэкспресс» позволяет провести оценку процессов памяти, внимания, речи, зрительного восприятия, речи, мышления, счета, зрительно-пространственных функций и нейродинамического компонента психической деятельности [3]. Диагностический блок состоит из 16 тестовых задач, на выполнение каждой их которых отводится строго определенное время. У пациента имеется однократная возможность исправить сделанный ход, перейти к следующей задаче, если закончил раньше времени. Программой фиксируется количество верных ответов, отмен хода, скорость выполнения каждой задачи с последующим анализом показателей по каждому когнитивному домену. По завершении диагностики пациент получает обратную связь с представлением уровня успешности выполнения теста, специалист — заключение по результатам диагностики с графическим представлением данных и рекомендациями по дальнейшему сопровождению пациента. Процедура скрининга когнитивного здоровья занимает 12–15 минут.

«Нейроэкспресс» прошел успешную клиническую апробацию и в настоящее время используется в качестве инструмента оценки когнитивного статуса. в НМИЦ ПН им. В. П. Сербского в программе комплексной медико-психологической реабилитации пациентов с психическими расстройствами, с алкогольной зависимостью.

Внедрение программы в работу кабинетов медико-психологического консультирования первичного звена здравоохранения позволит проводить когнитивный скрининг условной нормы в массовом порядке и обеспечить своевременность в назначении специалистом профилактических программ когнитивного здоровьясбережения.

Литература

1. Алгоритм составления функциональных профилей познавательных процессов в различных возрастных группах условной нормы / В. Г. Булыгина, К. М. Шипкова, А. А. Дубинский [и др.]. — Москва : НМИЦ ПН им. В. П. Сербского, 2022. — 40 с.

2. Галанина, Н. А. Возрастная динамика изменений когнитивного функционирования у лиц условной нормы / Н. А. Галанина, К. М. Шипкова // Мир науки. Педагогика и психология. — 2025. — Т. 13, № 5.

3. Программа экспресс-диагностики когнитивных функций взрослых «Нейроэкспресс» : программа для ЭВМ / С. В. Шпорт, В. Г. Булыгина, А. В. Тюленев [и др.] ; ФГБУ «НМИЦ ПН им. В. П. Сербского» Минздрава России. — Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2026618995, Российская Федерация. — Дата регистрации: 23.03.2026.

4. Современные подходы к изучению механизмов психической адаптации, стресс-реагирования и регуляции поведения в высокорисковых и жизнеугрожающих ситуациях у психически здоровых и лиц с психическими расстройствами / В. Г. Булыгина, М. М. Проничева, Т. Н. Кабанова [и др.]. — Москва : НМИЦ ПН им. В. П. Сербского, 2023. — 154 с.

5. Шипкова, К. М. Нейрокогнитивные особенности у лиц с посттравматическим стрессовым расстройством: коморбидность или последствие стресса? / К. М. Шипкова, С. В. Шпорт, Н. А. Галанина // Российский психиатрический журнал. — 2025. — № 4. — С. 35–43.

Раздел 6. ДИАГНОСТИКА ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ И РАБОТА В СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ПРОФИЛЬ ПАЦИЕНТОВ ПЕРЕД ОРТОПЕДИЧЕСКИМ СТОМАТОЛОГИЧЕСКИМ ЛЕЧЕНИЕМ: ВОЗМОЖНОСТИ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ

Бражникова А. Н., Долгалёв А. А., Плугина М. И.,
Соколова И. Ю., Быков Ю. В.
ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь, Россия
annbrazhnikova@yandex.ru

Ключевые слова: тревожность, психоэмоциональный профиль, психодиагностика, пародонтит, приверженность.

PSYCHOEMOTIONAL PROFILE OF PATIENTS BEFORE PROSTHODONTIC DENTAL TREATMENT: POSSIBILITIES FOR CLINICAL PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT

Brazhnikova A. N., Dolgalev A. A., Plugina M. I.,
Sokolova I. Yu., Bykov Yu. V.
Stavropol State Medical University, Stavropol, Russia
annbrazhnikova@yandex.ru

Keywords: anxiety, psychoemotional profile, psychological assessment, periodontitis, adherence.

Введение. Длительное стоматологическое лечение требует регулярных посещений и соблюдения рекомендаций, что может осложняться тревожностью и избеганием лечения. Уровень тревожности связан с особенностями стоматологического вмешательства [1], клиническим состоянием и качеством жизни пациентов с пародонтитом [2]. Значение имеют также распознавание тревоги врачом [3], психосоциальный стресс и способы совладания с ним [4, 5]. Это определяет интерес к краткому психологическому скринингу перед длительным стоматологическим лечением.

Цель. Оценить психоэмоциональный профиль пациентов перед ортопедическим стоматологическим лечением и его связь с воспалительными и структурными показателями состояния пародонта.

Материал и методы. Обследованы 92 пациента старше 18 лет: 56 с клинико-соматической и лекарственной отягощённостью и 36 без выраженной

соматической отягощённости. Психоэмоциональный профиль оценивали по психологическому блоку Единого комплексного опросника стоматологического пациента. Четыре вопроса отражали эмоциональное состояние, отношение к лечению, частоту напряжения или раздражительности и склонность откладывать посещение стоматолога. Суммарный показатель составлял 0–16 баллов; его повышение соответствовало большей выраженности тревожности, эмоционального напряжения, страха лечения и избегающего поведения. Воспалительную активность оценивали по индексу кровоточивости десневой борозды (SBI) и папиллярно-маргинально-альвеолярному индексу (PMA). Анализировали также структурные изменения пародонта. Применяли U-критерий Манна–Уитни, точный критерий Фишера, корреляцию Спирмена, поправку Холма и многомерный анализ.

Результаты. Психологический балл был выше у пациентов с клинико-соматической и лекарственной отягощённостью: 3 [2, 6] против 1,5 [0, 4] балла ($p = 0{,}0001$). Умеренная/высокая тревожность выявлена у 39,3% пациентов этой группы и у 5,6% пациентов группы сравнения ($p = 0{,}0002$). Во всей выборке психологический балл положительно коррелировал с SBI ($\rho = 0{,}341$; скорректированное $p = 0{,}0078$) и PMA ($\rho = 0{,}334$; скорректированное $p = 0{,}0104$). Связи со степенью поражения пародонта, клинической потерей прикрепления, рецессией десны и патологической подвижностью зубов статистически не подтверждены. После учёта возраста, пола, курения, соматической коморбидности и лекарственной нагрузки положительное направление ассоциаций с воспалительными показателями сохранялось, но независимая статистическая значимость не подтверждалась: для SBI B = 0,022; 95% ДИ –0,037–0,081; $p = 0{,}462$, для PMA B = 0,572; 95% ДИ –0,990–2,135; $p = 0{,}473$.

Выводы. Психоэмоциональная отягощённость была связана преимущественно с текущей воспалительной активностью пародонта, но не с выраженностью его структурных изменений. Краткая оценка тревожности, эмоционального напряжения и склонности откладывать лечение может помочь выявить пациентов, которым необходимы индивидуализация общения и дополнительная поддержка приверженности. Использованный психологический блок является скрининговым инструментом и не заменяет валидированные методы клинико-психологической диагностики.

Литература

1. Ситуативная тревожность на ортодонтическом приеме в зависимости от способа и этапа лечения / А. А. Симакова, А. А. Алгазина, М. А. Горбатова [и др.] // Стоматология. — 2023. — Т. 102, № 3. — С. 40–44. — DOI: 10.17116/stomat202310203140.

2. Association of anxiety, age and oral health-related quality of life with periodontitis: A case-control study / D. Cataldo, L. C. Mourão, L. S. Gon-

çalves [et al.] // International Journal of Dental Hygiene. — 2024. — Vol. 22, no. 3. — P. 540–546. — DOI: 10.1111/idh.12687.

3. Dental professional recognition of dental anxiety from a patient perspective: a grounded theory study / M. Höglund, I. Wårdh, S. Shahnavaz [et al.] // Acta Odontologica Scandinavica. — 2024. — Vol. 83. — P. 696–701. — DOI: 10.2340/aos.v83.42447.

4. Effect of psychosocial stress and coping strategies on non-surgical periodontal therapy in patients with generalized stage III/IV periodontitis: a longitudinal intervention study / F. Romano, A. Bebars, V. Ortu [et al.] // Clinical Oral Investigations. — 2023. — Vol. 27, no. 7. — P. 3479–3487. — DOI: 10.1007/s00784-023-04956-w.

5. Multiplicative effect of stress and poor sleep quality on periodontitis: A university-based cross-sectional study / C. Marruganti, C. Gaeta, M. Romandini [et al.] // Journal of Periodontology. — 2024. — Vol. 95, no. 2. — P. 125–134. — DOI: 10.1002/JPER.23-0209.

ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ПРОФИЛИ ПАЦИЕНТОВ С АРИТМИЯМИ СЕРДЦА КАК ОСНОВА ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ ПРИ FAST TRACK ХИРУРГИИ

Дронго Е. А., Еремина Д. А.
ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия
drongoea@mail.ru
daria.a.eremina@gmail.com

Ключевые слова: аритмии сердца, радиочастотная аблация, fast track хирургия, дистресс, эмоционально-личностные характеристики.

PSYCHOEMOTIONAL PROFILES OF PATIENTS WITH CARDIAC ARRHYTHMIAS AS THE BASIS FOR PERSONALIZED PSYCHOLOGICAL SUPPORT IN FAST TRACK SURGERY

Drongo E. A., Eremina D. A.
St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia
drongoea@mail.ru
daria.a.eremina@gmail.com

Keywords: cardiac arrhythmias, radiofrequency ablation, fast track surgery, distress, emotional and personal characteristics.

Введение. Аритмии сердца остаются одной из значимых причин инвалидизации и смертности [1], что определяет развитие хирургических

методов их коррекции, в частности радиочастотной аблации (РЧА). Fast track хирургия [3] повышает эффективность лечения и сокращает сроки госпитализации, но сопутствующие ей стрессоры (ускорение лечебного процесса, дефицит психологической поддержки, ранняя выписка и др.) на фоне психоэмоциональной нагрузки пациентов с аритмиями могут негативно влиять на их эмоциональное состояние и восстановление. Вклад эмоционально-личностных характеристик в динамику эмоционального состояния пациентов в условиях fast track изучен недостаточно, что вместе с потребностью в психологическом сопровождении [2] затрудняет создание адресных программ психокоррекции.

Целью исследования является выявление психоэмоциональных профилей пациентов с аритмиями сердца при лечении методом РЧА в условиях fast track хирургии и анализ их послеоперационной динамики.

Материал и методы. Исследование выполнено на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России. Включено 50 пациентов с аритмиями (21 мужчина и 29 женщин) в возрасте 21–76 лет (средний возраст 54,38±15,37 года), которым показана РЧА. Преобладала фибрилляция предсердий (60%); средняя продолжительность заболевания — 6,18±5,30 года, госпитализации — 5,04±1,34 дня.

До и после операции применялись структурированное интервью (медико-психосоциальные характеристики, 10-балльные оценки психоэмоционального и соматического состояния) и методики: «Шкала депрессии, тревоги и стресса» (DASS-21) в адапт. А. А. Золотаревой, «Шкала воспринимаемого стресса-10» (PSS-10) в адапт. В. А. Абабкова и др., «Методика определения доминирующего состояния» (ДС-6), «Индекс хорошего самочувствия» (WHO-5), «Пертский опросник алекситимии» (PAQ) в адапт. П. М. Ларионова и др., «Пертская шкала эмпатии» (PES) в адапт. П. М. Ларионова и М. В. Яковлевой, «Краткая форма Пертской шкалы эмоциональной реактивности» (PERS-S) в адапт. П. М. Ларионова и др., «Краткая версия шкалы Барратта» (BIS-11) в адапт. Д. С. Шумской и др., «Интегративный тест тревожности» (ИТТ).

Результаты. В предоперационном периоде выделены два психоэмоциональных профиля (по DASS-21, PSS-10, ДС-6, WHO-5): дистресс (40% пациентов, с выраженными нарушениями эмоционального состояния) и адаптивный (60%, без выраженных нарушений). По 10-балльным оценкам дистресс-профиль отличался более высоким психоэмоциональным напряжением, поведенческими и физиологическими проявлениями эмоций, более низким эмоциональным статусом ($p < 0,05$) и на уровне тенденции — качеством жизни ($p = 0,053$); адаптивный — более благоприятными оценками. Дистресс-профиль сопряжен с жалобами на эмоциональный статус, частым восприятием операции как вынужденной меры, финансовыми трудностями ($p < 0,05$); адаптивный — с отсутствием жалоб, более

позитивным отношением к операции, отказом от курения ($p < 0,05$) и на уровне тенденции — с руководящей деятельностью и мотивом улучшения качества жизни и самочувствия ($p < 0,1$). Эмоционально-личностный портрет дистресс-профиля отличался более высокой ситуативной и личностной тревожностью (ИТТ: все шкалы, $p < 0,05$), гиперреактивностью на отрицательные эмоции (PERS-S: «Активация негативных эмоций», «Длительность негативных эмоций», «Интенсивность негативных эмоций», «Общая реактивность негативных эмоций», $p < 0,01$), импульсивностью (BIS-11: «Моторная импульсивность», «Импульсивность внимания», «Общий балл», $p < 0,05$), более низкой когнитивной эмпатией к положительным эмоциям (PES: КЭП, $p = 0,031$) и тенденциями к алекситимическим чертам в отношении отрицательных эмоций (PAQ: N-DIF, N-DDF, $p < 0,1$), к повышенной аффективной эмпатии к отрицательным эмоциям (PES: АЭН, $p = 0,086$) и к сниженной длительной реактивности на положительные эмоции (PERS-S: «Длительность позитивных эмоций», $p = 0,085$); портрет адаптивного — более благоприятными значениями.

В послеоперационном периоде динамика эмоционального состояния зависела от профиля: у дистресс-профиля значимых сдвигов не выявлено, дескриптивно отмечено увеличение числа лиц с крайне высоким уровнем тревоги (DASS-21); у адаптивного — рост спокойствия (ДС-6: «Сп», $p = 0,003$). По 10-балльным оценкам у обоих профилей отмечен рост ожидаемого качества жизни ($p < 0,001$), у дистресс-профиля — снижение оценки физического здоровья ($p = 0,042$); у адаптивного — снижение психоэмоционального напряжения и внутренних переживаний эмоций, повышение эмоционального статуса ($p < 0,05$). В эмоционально-личностном портрете дистресс-профиля зафиксировано снижение ситуативного эмоционального дискомфорта при росте личностного (ИТТ: ЭД-С, ЭД-Л, $p < 0,05$), с тенденциями к усилению алекситимических проявлений в отношении отрицательных эмоций (PAQ: N-DIF, $p = 0,074$) и к росту когнитивной эмпатии к положительным эмоциям (PES: КЭП, $p = 0,066$); в портрете адаптивного — снижение ситуативной тревоги (ИТТ: СТ-С, ЭД-С, ФОБ-С, ОП-С, $p < 0,05$) и аффективной эмпатии (PES: АЭП, ОАЭ, $p < 0,05$), с тенденцией к снижению общего балла эмпатии (PES: ОЭ, $p = 0,072$). Сроки госпитализации пациентов дистресс-профиля отличались большей вариабельностью ($p = 0,050$).

Выводы. Пациенты с аритмиями сердца при лечении методом РЧА в условиях fast track неоднородны по психоэмоциональному статусу: дистресс и адаптивный профили отражают разные варианты эмоционального реагирования и послеоперационной динамики. Это позволяет рассматривать дифференцированное психологическое сопровождение как ресурс повышения эффективности лечения — от стандартной поддержки при адаптивном профиле до целенаправленной психокоррекции при дистресс-профиле.

Литература

1. Гетман, С. И. Распространенность нарушений ритма сердца и проводимости среди обратившихся за медицинской помощью к кардиологу на амбулаторном этапе / С. И. Гетман // Кардиология. — 2018. — Т. 58, № 6. — С. 20–28. — DOI 10.18087/cardio.2018.6.10130.

2. Динамика эмоционального состояния пациентов с нарушениями ритма сердца на госпитальном этапе при проведении радиочастотной аблации по системе fast track / М. В. Яковлева, Ю. Д. Провоторова, А. А. Шеремет [и др.] // Сибирский журнал клинической и экспериментальной медицины. — 2024. — Т. 39, № 2. — С. 133–140. — DOI 10.29001/2073-8552-2024-39-2-133-140.

3. Затевахин, И. И. Программа ускоренного выздоровления в хирургии (fast track) внедрена. Что дальше? / И. И. Затевахин, И. Н. Пасечник // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. — 2018. — Т. 177, № 3. — С. 70–75. — DOI 10.24884/0042-4625-2018-177-3-70-75.

ПИЛОТНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С ПРЕДОПЕРАЦИОННЫМ СТРЕССОМ

Журули Л. Г., Ларионов С. В.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия
lin.zhuruli@mail.ru
sergej.larionov.02@bk.ru

Ключевые слова: предоперационный стресс, темперамент, травматология, тревога, депрессия.

A PILOT STUDY OF THE PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF TRAUMA PATIENTS WITH PREOPERATIVE STRESS

Zhuruli L. G., Larionov S. V.
Russian University of Medicine, Moscow, Russia
lin.zhuruli@mail.ru
sergej.larionov.02@bk.ru

Keywords: preoperative stress, temperament, traumatology, anxiety, depression.

Введение. Хирургические вмешательства являются распространенной медицинской практикой в клинике травматологии и ортопедии и

представляют собой большой стрессогенный фактор для пациентов данной нозологической группы. Любая предстоящая операция связана с неопределенностью исхода лечения, ожиданием боли, ограничением привычных форм жизнедеятельности.

«Эффект предоперационного стресса» — центральный конструкт, оказывающий влияние как на проведение операции, так и на процесс восстановления в послеоперационном периоде [2]. В данном вопросе представляется важным изучение психологических особенностей пациентов перед оперативным вмешательством, в частности особенностей темперамента, выраженности тревоги и депрессии и показателей предоперационного стресса [1].

Цель. Изучение и описание индивидуально-психологических особенностей и особенностей предоперационного стресса у пациентов травматологического профиля.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе травматологического отделения Клинического медицинского центра «Кусково». Выборку составили 20 пациентов травматологического профиля, пребывающих в стационаре в ожидании операции (диагнозы: гонартроз, коксартроз, повреждение менисков). Возраст — от 19 до 85 лет ($M = 49{,}05 \pm 20{,}91$), из них 11 мужчин (55%) и 9 женщин (45%). Испытуемые были поделены на две группы сравнения по выраженности показателей предоперационного стресса в соответствии со шкалами методики. Группа 1: 7 испытуемых травматологического профиля в возрасте от 21 до 60 лет с выраженной предоперационной тревогой. Группа 2: 13 испытуемых травматологического профиля в возрасте от 19 до 85 лет со слабой предоперационной тревогой.

Используемые методики: Амстердамская шкала предоперационной тревоги и потребности в информировании APAIS (N. Moerman et al.; перевод — Ю. А. Соболева), Опросник структуры темперамента (ОСТ) (Русалов В. М., Трофимова И. Н.), Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Статистическая обработка осуществлялась с применением непараметрических критериев (U Манна-Уитни, оценка размера эффекта для Манна-Уитни — рангово-бисериальная корреляция, ρ Спирмена), пакета прикладных программ SPSS Statistics 23, Microsoft Office.

Результаты. Средний балл по шкале тревоги APAIS в Группе 1 составил $11{,}86 \pm 2{,}03$, что указывает на выраженный уровень предоперационного стресса (являлось критерием формирования группы 1). Средний балл по шкале тревоги APAIS в Группе 2 составил $5{,}85 \pm 1{,}81$, что указывает на слабую предоперационную тревогу (являлось критерием формирования группы 2). Показатель потребности в информировании в Группе 1 — $6{,}14 \pm 1{,}95$ (максимум — 10 баллов), что отражает выраженную потребность пациентов в информации о предстоящей операции

и наркозе. Показатель потребности в информировании в Группе 2 — 3,92 ± 2,41 (максимум — 10 баллов), что отражает низкую потребность пациентов в информации о предстоящей операции и наркозе.

Сравнение различий между двумя выборками по U-критерию Манна-Уитни выявило различия по уровню тревоги (HADS): Группа 1 — 15,36, Группа 2 — 7,88 ($p < 0,007$*); Депрессии (HADS): Группа 1 — 14,07, Группа 2 — 8,58 ($p < 0,044$*); Потребности в информации (APAIS): Группа 1 — 14,43, Группа 2 — 8,38 ($p < 0,027$*); Ментальной выносливости (ОСТ): Группа 1 — 14,93, Группа 2 — 8,12 ($p < 0,013$*); Импульсивности (ОСТ): Группа 1 — 7,00, Группа 2 — 12,38 ($p < 0,050$*).

Рангово-бисериальная корреляция выявила сильный размер эффекта по вышеуказанным значимым различиям. Корреляционный анализ выявил положительную связь между показателями Тревоги и Предоперационной тревоги — $p < 0,017$, Ментальной выносливости и Предоперационной тревоги — $p < 0,021$, Потребности в информировании и Предоперационной тревоги — $p < 0,022$. Отрицательные корреляции были получены между: Импульсивностью и Предоперационной тревогой — $p < –0,012$, Стажем заболевания и Предоперационной тревогой — $p < -0,030$, Тревогой и Поиском ощущений — $p < –0,007$, Моторным темпом и Депрессией — $p < –0,005$.

Выводы. 1. В группе с выраженной предоперационной тревогой преобладает такое свойство темперамента, как «ментальная выносливость». Во второй группе преобладала «импульсивность». Полученные результаты пилотного исследования подтверждают необходимость исследования роли формально-динамических свойств личности в структуре предоперационного стресса [3]; 2. При выраженной предоперационной тревоге достоверно значимые симптомы тревоги и депрессии (HADS) оказываются включенными в процесс переживания предоперационного стресса; 3. Наличие или отсутствие у пациентов информации о предстоящей операции обуславливает особенности переживания предоперационного стресса.

Литература

1. Барбараш, О. Л. Феномен предоперационного стресса у больных ишемической болезнью сердца; оценка его клинической и прогностической значимости / О. Л. Барбараш, Е. И. Берген, Л. В. Шабалина [и др.] // Терапевтический архив. — 1998. — Т. 70, № 12. — С. 31–35.

2. Бунятян, А. А. Атаралгезия / А. А. Бунятян, А. В. Мещеряков, В. Н. Цибуляк. — Будапешт : Франклин, 1983. — 171 с.

3. Русалов, В. М. Биологические основы индивидуально-психологических различий / В. М. Русалов ; АН СССР, Институт психологии. — Москва : Наука, 1979. — 352 с.

4. Moerman, N. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) / N. Moerman, F. S. A. M. van Dam, M. J. Muller, H. Oosting // Anesthesia & Analgesia. — 1996. — Vol. 82, № 3. — P. 445–451. — DOI 10.1097/00000539-199603000-00002.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОФИЛИ ПАЦИЕНТОВ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КИШЕЧНИКА: РЕЗУЛЬТАТЫ КЛАСТЕРНОГО АНАЛИЗА

Илич М.
ФГБОУ ВО СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия
ilich.mariya@mail.ru

Ключевые слова: воспалительные заболевания кишечника, психологический профиль, качество жизни, кластерный анализ.

PSYCHOLOGICAL PROFILES OF PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL DISEASES: RESULTS OF CLUSTER ANALYSIS

Ilich M.
St. Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia
ilich.mariya@mail.ru

Keywords: inflammatory bowel diseases, psychological profile, quality of life, cluster analysis.

Введение. Воспалительные заболевания кишечника (ВЗК), включающие болезнь Крона и язвенный колит, характеризуются хроническим рецидивирующим течением и оказывают существенное влияние не только на физическое состояние пациентов, но и на их эмоциональное благополучие, социальное функционирование и качество жизни (КЖ). Психологические реакции пациентов на заболевание отличаются выраженной индивидуальной вариабельностью, что обусловливает необходимость изучения их психологических особенностей и выявления соответствующих различий. Выделение групп пациентов со сходными психологическими характеристиками может стать основой для разработки дифференцированных программ психологической диагностики, сопровождения и реабилитации лиц с ВЗК [1].

Цель исследования — выделить и сопоставить группы пациентов с ВЗК (кластеры) с различными «психологическими профилями».

Материал и методы. Исследование проводилось среди пациентов с ВЗК, наблюдающихся в центрах и кабинетах ВЗК города Санкт-

Петербурга. Всего исследовано 78 человек с ВЗК: 43 страдали болезнью Крона (К50) и 35 — язвенным колитом (К51). Из них 18 мужчин и 60 женщин, среднего возраста 35,99 ± 10,73. Исследование реализовалось с использованием клинико-психологического и психодиагностических методов: «Тест последовательных соединений» (ТМТ); «Интегративный тест тревожности» (ИТТ); «Опросник депрессии Бека» (BDI); личностный опросник «Большая пятерка» (BIG V); тест-опросник «Способы совладающего поведения» (ССП); медико-социологическая шкала «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ); «Опросника качества жизни» (SF-36); «Гастроэнтерологического опросника качества жизни» (GSRS). В качестве математико-статистического метода применялся кластерный анализ по методу Уорда.

Результаты. По результатам кластерного анализа были выделены две группы пациентов с ВЗК, характеризующиеся различными психологическими профилями. Первый кластер, условно обозначенный как «Относительно благоприятное По результатам кластерного анализа пациенты с ВЗК были распределены на две группы: первый кластер, условно обозначенный как «Благоприятное эмоциональное состояние и более высокое качество жизни», и второй кластер, получивший условное название «Негативное эмоциональное состояние и низкое качество жизни». Пациенты первого кластера характеризовались относительно благоприятным эмоциональным состоянием. Показатели ситуативной и личностной тревожности находились в пределах нормативных значений. Среди отдельных компонентов тревожности наиболее высокие значения были установлены для эмоционального дискомфорта и астенического компонента личностной тревожности. Средний показатель депрессии составил 12,63 ± 7,08 балла, что соответствовало умеренной степени выраженности депрессивной симптоматики. Общий уровень социальной фрустрированности в первом кластере составил 2,32 ± 0,57 балла и соответствовал градации «социальная фрустрированность отчётливо не выражена». Относительно более высокий уровень неудовлетворённости отмечался в сфере здоровья и работоспособности (2,96 ± 0,91). Показатели КЖ пациентов первого кластера в целом соответствовали среднему уровню. Самые высокие значения были получены по шкалам физического функционирования (82,65 ± 18,75), интенсивности боли (72,45 ± 21,30) и социального функционирования (71,06 ± 19,44). Наиболее низкие показатели зарегистрированы по шкалам общего состояния здоровья (50,18 ± 14,95), жизненной активности (52,18 ± 14,49) и психического здоровья (55,62 ± 14,02).

По сравнению с пациентами первого кластера у пациентов второго кластера были выявлены статистически значимые различия по ряду показателей. Общий показатель депрессии во втором кластере составил

21,21 ± 6,70 балла и статистически значимо превышал соответствующий показатель первого кластера ($F = 25,216$; $p < 0,001$). Значимые межгрупповые различия были установлены как по когнитивно-аффективным ($F = 22,235$; $p < 0,001$), так и по соматическим проявлениям депрессии ($F = 24,425$; $p < 0,001$). Показатели ситуативной и личностной тревожности у пациентов второго кластера также были статистически значимо выше, чем у пациентов первого кластера. Наиболее выраженные межгрупповые различия отмечались по астеническому компоненту ситуативной тревожности ($F = 16,909$; $p < 0,001$) и астеническому компоненту личностной тревожности ($F = 11,826$; $p < 0,001$). Общий уровень социальной фрустрированности во втором кластере статистически значимо превышал соответствующий показатель первого кластера ($F = 15,082$; $p < 0,001$). Межгрупповые различия были выявлены в сферах взаимоотношений с родными и близкими, социального окружения, социального статуса и социально-экономического положения. Наиболее выраженная неудовлетворённость пациентов второго кластера была связана со здоровьем и работоспособностью ($3,76 \pm 0,80$; $F = 13,908$; $p < 0,001$). По всем исследованным показателям методики SF-36 у пациентов второго кластера значения были более низкими при сравнении с бальными первого кластера. Наиболее выраженные различия между кластерами были установлены по интегральным показателям физического ($F = 61,649$; $p < 0,001$) и психологического ($F = 54,165$; $p < 0,001$) компонентов здоровья.

Статистически значимых различий между кластерами по личностно-характерологическим особенностям, используемым копинг-стратегиям и специфическим показателям КЖ, связанным с гастроэнтерологическими заболеваниями не выявлено.

Таким образом, основные различия между выделенными кластерами были связаны с эмоционально-аффективным состоянием, уровнем социальной фрустрированности и общими показателями кж, обусловленного состоянием здоровья. Пациенты второго кластера характеризовались более выраженной депрессивной и тревожной симптоматикой, более высоким уровнем социальной фрустрированности и более низкими показателями физического и психологического компонентов КЖ по сравнению с пациентами первого кластера.

Выводы. Полученные результаты обосновывают целесообразность включения психологического скрининга в систему комплексного сопровождения пациентов с ВЗК. Пациенты, отнесённые ко второму кластеру, нуждаются в углублённой психологической диагностике и разработке индивидуализированных программ психологического сопровождения, направленных на уменьшение выраженности тревожно-депрессивной симптоматики и социальной фрустрированности, а также на восстановление повседневного функционирования и повышение КЖ.

Литература

1. Горбенкова, О. А. Психологические факторы качества жизни пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника / О. А. Горбенкова, М. Илич // Современная зарубежная психология. — 2025. — Т. 14, № 4. — С. 107–115. — DOI 10.17759/jmfp.2025140411.

ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ РОСТ ПРИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ: ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИНСТРУМЕНТАРИЯ

Кленкова А. Д.
ФГБОУ ВО РязГМУ, Рязань, Россия
antrusowa@gmail.com

Ключевые слова: онкологическое заболевание, посттравматический рост, диагностика.

POST-TRAUMATIC GROWTH IN CANCER: THE PROBLEM OF DIAGNOSTIC TOOLS

Klenkova A. D.
Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia
antrusowa@gmail.com

Keywords: cancer, posttraumatic growth, diagnosis.

Посттравматический рост рассматривается как позитивное психологическое изменение, возникающее в результате борьбы с последствиями психотравмирующего события. Посттравматический рост при онкологическом заболевании отличается от позитивных изменений после завершившегося кризисного события. Злокачественное новообразование представляет собой жизнеугрожающую ситуацию, причём угроза обращена не только в прошлое, но и в будущее. Границы психотравмирующего опыта здесь трудно очертить: в него входят обследование и сообщение диагноза, длительное и часто тяжёлое лечение, изменения телесного состояния и сохраняющаяся вероятность рецидива. Стрессовые реакции и личностные изменения разворачиваются одновременно, а не сменяют друг друга после «окончания» события [3].

У онкологических пациентов посттравматический рост чаще проявляется в повышении ценности жизни, появлении новых возможностей, ощущении собственной силы и перестройке отношений с близкими, причём эти изменения могут сохраняться наряду с дистрессом и снижением качества жизни. Качественный анализ такого опыта позволил

выделить ещё одну категорию — «Аутентичность»: перестройку личностной идентичности и большую согласованность поведения с внутренними ценностями [1].

В отечественной психодиагностике основным стандартизированным инструментом оценки ПТР остаётся «Опросник посттравматического роста» (ОПТР) в адаптации М. Ш. Магомед-Эминова (2004), представляющий собой перевод классической 21-пунктовой шкалы R. Tedeschi и L. G. Calhoun (PTGI, 1996). Опросник оценивает пять компонентов: «Отношение к другим», «Новые возможности», «Сила личности», «Духовные изменения», «Повышение ценности жизни». Именно эта модель стала общей рамкой изучения феномена и обеспечила сопоставимость результатов на разных выборках [2]. Русскоязычная адаптация перенесла в отечественную психодиагностику универсальный опросник и не ставила задачи учесть специфику отдельного заболевания.

При использовании «Опросника посттравматического роста» у онкологических пациентов обнаруживаются ограничения содержания и формулировок. Инструкция и пункты предлагают оценить последствия «кризисной ситуации» вообще и сопоставить их с жизнью до неё. Даже при завершённом лечении пациент соотносит изменения с конкретным опытом: с жизнью до диагноза, с телом до операции, с отношениями, сложившимися вокруг болезни. Без такой привязки он может оценивать другой жизненный эпизод или отвечать на утверждения, которые слабо относятся к его ситуации. Страдает не только понятность вопросов, но и однозначность того, какой опыт измеряется.

Те же особенности затрудняют количественную оценку и интерпретацию уже полученного результата. Общий балл складывается только из пяти универсальных шкал. Изменения, которых в пунктах нет, в сумму не входят, поэтому низкий показатель может означать не отсутствие роста, а его иное содержание, а высокий — выраженность одной из имеющихся шкал. Отдельные шкальные оценки также неустойчивы. Духовные изменения, которые в российской культуре тесно связаны с религиозным ресурсом и экзистенциальным переосмыслением болезни [4], представлены лишь двумя пунктами, что существенно занижает выраженность этого компонента.

В связи с этим обоснована разработка адаптированной версии опросника для онкологических пациентов. Диагностика посттравматического роста в данной нозологической группе требует, чтобы вопросы были отнесены к ситуации болезни, а содержание методики покрывало её специфику. Модифицированная версия должна отвечать нескольким требованиям:

1. Сохранение исходных шкал и общего конструкта, чтобы результаты оставались сопоставимы с данными, полученными на универсальной методике.

2. Инструкция и формулировки пунктов должны задавать в качестве точки отсчёта опыт заболевания, а не кризисную ситуацию вообще.

3. Шкала духовных изменений нуждается в расширении за счёт культурно-специфического содержания: пересмотра жизненных приоритетов, отношения к конечности жизни, поиска смысла, которое не сводится к усилению религиозности.

4. В структуру следует ввести отдельную категорию «Аутентичность», фиксирующую трансформацию идентичности — глубинную перестройку представлений о себе и согласованность поведения с внутренними ценностями личности.

На этой основе разработана модифицированная версия опросника. В ней сохранены пять исходных компонентов и общий конструкт. Инструкция и формулировки отнесены к опыту заболевания, шкала духовных изменений расширена, в структуру введена категория «Аутентичность». Первичная апробация проведена на 56 респондентах. Обследованные отмечали, что формулировки модифицированной версии точнее описывают произошедшие у них изменения, чем вопросы универсального опросника. Это говорит в пользу понятности и очевидной валидности пунктов.

Таким образом, модифицированная версия сохраняет общий конструкт универсального опросника и вместе с тем учитывает специфику посттравматического роста при онкологическом заболевании. Пилотные данные позволяют рассматривать её как рабочий инструмент, психометрическое обоснование которого, включая проверку факторной структуры категории «Аутентичность», составляет задачу следующего этапа.

Литература

1. Кленкова, А. Д. Через болезнь к росту: контент-аналитическое исследование посттравматического роста у онкологических пациентов / А. Д. Кленкова, А. Г. Фаустова // Новые психологические исследования. — 2025. — № 1. — С. 206–225. — DOI 10.51217/npsyresearch_2025_05_01_09.

2. Магомед-Эминов, М. Ш. Феномен посттравматического роста / М. Ш. Магомед-Эминов // Вестник ТГУ. — 2009. — Вып. 3 (71). — С. 111–117.

3. Русина, Н. А. Трансформация жизненных смыслов пациентов онкологического профиля как предиктор их посттравматического роста / Н. А. Русина // Смыслообразование и его контексты: жизнь, структура, культура, опыт. — 2022. — № 1. — С. 188–192. — DOI 10.24412/cl-36922-2022-1-188-192.

4. Тарабрина, Н. В. Посттравматический стресс у больных угрожающими жизни (онкологическими) заболеваниями / Н. В. Тарабрина // Консультативная психология и психотерапия. — 2014. — Т. 22, № 1. — С. 40–63.

РОЛЬ ПСИХОТЕРАПЕВТА В СИСТЕМЕ ПРЕВЕНТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ ОБЩЕСОМАТИЧЕСКОЙ СЕТИ

Кравцова Т. В.[1, 2], Великанова Л. П.[1], Лунева Е. Н.[2], Даций М. С.[1]
[1] ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ МЗ России, Астрахань, Россия
[2] ГБУЗ АО «Городская поликлиника №10», Астрахань, Россия
kravtanvik@mail.ru

Ключевые слова: психотерапевт, превентивная медицина, общесоматическая сеть, психопрофилактика, психосоматические расстройства, биопсихосоциальный подход, первичная медико-санитарная помощь, интегративная медицина.

THE ROLE OF A PSYCHOTHERAPIST IN THE SYSTEM OF PREVENTIVE MEDICINE OF THE GENERAL SOMATIC NETWORK

Kravtsova T. V.[1, 2], Velikanova L. P.[1], Luneva E. N.[2], Datsiy M. S.[1]
[1] Astrakhan State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Astrakhan, Russia
[2] City Polyclinic No. 10, Astrakhan, Russia
kravtanvik@mail.ru

Keywords: psychotherapist, preventive medicine, general somatic network, psychoprophylaxis, psychosomatic disorders, biopsychosocial approach, primary healthcare, integrative medicine.

Современное здравоохранение активно меняет вектор от модели лечения к модели предупреждения заболеваний. Всемирная организация здравоохранения неоднократно подчёркивала, что без психического благополучия невозможно повышение уровня здоровья в целом. Эта установка приобретает особую значимость в контексте общесоматической медицинской сети, где, по данным эпидемиологических исследований, до 60 % пациентов имеют психосоматические расстройства или психические нарушения коморбидные с соматической патологией [1]. Помимо этого, около половины всех психических расстройств составляют не психотические психические расстройства, расстройства с отсутствием продуктивной симптоматики, в связи с чем пациенты с такими нарушениями обращаются не к психиатрам, а к врачам общей практики.

Цель работы — определить роль и основные пути повышения эффективности работы врача психотерапевта в системе превентивной медицины общесоматической сети.

Превентивная медицина — это раздел здравоохранения, направленный на предупреждение возникновения и распространения заболеваний, сохранение и укрепление здоровья населения. В отличие от лечебной медицины, которая реагирует на уже возникшую болезнь, превентивная работает «на опережение». В последние годы ключевым направлением становится интеграция психологии и психотерапии в первичное звено медицины (Приказ Минздрава России от 14.10.2022 № 668н «Об утверждении Порядка оказания психологической помощи населению»).

В свете последних модернизаций медицинской помощи роль врача-психотерапевта также существенно трансформируется. Психотерапевт становится обязательным участником мультидисциплинарных бригад, включающих врачей общей практики, психиатров, клинических психологов и специалистов по социальной работе, что является отражением современной «биопсихосоциальной» концепции болезни. Особое значение эта трансформация приобретает в превентивной медицине, где психотерапевтические интервенции рассматриваются как эффективный инструмент предотвращения как психических, так и соматических заболеваний. К сожалению, не смотря на подтвержденную роли психики (стресса) в манифестации многих заболеваний (психосоматические заболевания), а также присоединение расстройств психических функций к возникшему соматическому заболеванию (соматопсихические расстройства), часто сохраняется скептическое отношение со стороны врачей-интернистов к возможностям психологии, что является серьёзным препятствием к осуществлению системной помощи пациенту, страдающему соматическим заболеванием с симптомами расстройств психики [2].

Психотерапевт в общесоматической сети также воспринимается преимущественно как специалист, осуществляющий вторичную и третичную помощь, то есть, работающий с уже сформировавшейся патологией, а превентивная функция остается второстепенной и недостаточно организованной. Помимо этого, страх стигматизации («клейма психически нездорового человека») снижает мотивацию пациентов на обращение к врачу психотерапевту.

Отсутствие четких принципов диагностики, коррекции и критериев эффективности проводимых лечебных и профилактических мероприятий расстройств на клиническом и субклиническом уровнях также является существенным барьером для результативной работы врача психотерапевта в условиях общей врачебной практики. Низкая привлекательность профессии врача психотерапевта, статус работы в государственной амбулаторно-поликлинической службе, недостаточное материальное стимулирование способствует созданию дефицита квалицированных кадров. Врачи общей практики в связи с большой загруженностью не в полной мере уделяют внимание первичной профилактике заболеваний.

Выводы. Превентивная медицина эволюционирует — от санитарно-гигиенических мер к комплексной заботе о соматическом и психическом здоровье. Роль психотерапии в профилактике, являясь научно обоснованной, становится и нормативно закреплённой. Несмотря на это, системные барьеры по-прежнему сохраняются. Дефицит кадров, недостаток межведомственного взаимодействия и стигма остаются серьёзными препятствиями, которые требуют дальнейшего решения. Пути оптимизации психотерапевтической превенции в рамках общесоматической сети:

1. Внедрение регулярного скрининга. Использование коротких валидизированных опросников (например, PHQ-9, GAD-7, HADS) для пациентов в рамках диспансеризации, что позволит выявлять группы риска на ранних стадиях.

2. Мультидисциплинарные команды. Создание в поликлиниках межведомственных бригад: терапевт — психотерапевт — психиатр — социальный работник.

3. Цифровые технологии. Внедрение телемедицины и онлайн-консультирования для отдалённых районов.

4. Обучение врачей общей практики. Врачи первичного звена должны владеть знаниями основных симптомов психической дезадаптации (выявление показаний для направления к врачу-психотерапевту).

5. Развитие кабинетов профилактики. Расширение сети кабинетов медико-психологического консультирования в рамках приказа № 668н.

6. Дестигматизация и просвещение. Регулярные информационные кампании для населения, чтобы обращение к психологу воспринималось как стандартная профилактическая процедура.

7. Повышение престижа специальности врача-психотерапевта в поликлиниках (достойное стимулирование, систематическое повышение квалификации за счет работодателя и др.).

Литература

1. Великанова, Л. П. Донозологическая диагностика и профилактика пограничных нервно-психических расстройств : сравнительно-возрастной аспект : специальность 19.00.04 «Медицинская психология» : автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Людмила Петровна Великанова. — Москва, 2008. — 44 с.

2. Кулаков, С. А. Интегративная психотерапия психосоматических заболеваний : методологические аспекты / С. А. Кулаков // Психосоматика : монография / под редакцией С. А. Кулакова. — Гомель : ГГУ им. Ф. Скорины, 2018. — С. 40–58.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ, СВЯЗАННЫХ С ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИЕЙ К ХРОНИЧЕСКОМУ ЗАБОЛЕВАНИЮ У ПАЦИЕНТОВ С ЦЕЛИАКИЕЙ, ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ И СИНДРОМОМ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

Малыгин Я. В., Кузнецова Ю. С.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России,
Москва, Россия
kuznetsovaus97@gmail.com

Ключевые слова: психологическая адаптация к заболеванию, целиакия, язвенный колит, синдром раздраженного кишечника, совладание с болезнью.

A COMPARATIVE ANALYSIS OF INDICATORS ASSOCIATED WITH PSYCHOLOGICAL ADAPTATION TO CHRONIC DIESEASE IN PATIENTS WITH CELIAC DIESEASE, ULCERATIVE COLITIS AND IRRITABLE BOWEL SYNDROME

Malygin Ya. V., Kuznetsova Yu. S.
Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education
“Russian University of Medicine” of the Ministry of Health
of the Russian Federation, Moscow, Russia
kuznetsovaus97@gmail.com

Keywords: psychological adaptation to the disease, celiac disease, ulcerative colitis, irritable bowel syndrome, coping with the disease.

Введение. Согласно биопсихосоциальной модели, ситуация хронического соматического заболевания оказывает влияние не только на физическое состояние и самочувствие пациента, но и на его психологическое благополучие и возможности социально-психологической адаптации. В рамках этой модели психологическая адаптация к хроническим заболеваниям кишечника выступает важным предиктором контроля течения болезни и приверженности лечению.

Целью настоящего исследования выступил сравнительный анализ групп пациентов с различными кишечными патологиями — целиакией, язвенным колитом (ЯК) и синдромом раздраженного кишечника (СРК) — по ряду психологических показателей, связанных с адаптацией к заболеванию. Несмотря на то, что эти заболевания схожи между собой по испытываемым пациентами симптомам и их влиянию на

повседневное функционирование, они различаются между собой по этиологии и патогенезу, а также по предлагаемым терапевтическим вмешательствам, что ставит перед клиницистами задачу дифференцированного подхода к сопровождению таких пациентов, в том числе психологическому.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 152 пациента, из них 92 человека с диагностированной целиакией, 30 человек — с ЯК и 30 человек — с СРК. Пациентам был предложен к заполнению пакет опросников, включающий в себя «Интегративный тест тревожности» Института им. В. М. Бехтерева, «Шкалу депрессии А. Бека», «Опросник когнитивной регуляции эмоций» в адаптации Рассказовой, «Опросник когнитивных представлений о болезни» в адаптации Сирота, Московченко, «Опросник самоэффективности в отношении болезни» в адаптации Тхостова, Рассказовой, «Опросник совладания со стрессом (COPE)» в адаптации Рассказовой, Гордеевой, Осина.

Результаты. Согласно результатам сравнительного анализа пациентов с целиакией, ЯК и СРК по опроснику «Интегративный тест тревожности», выявлено, что у пациентов с целиакией и ЯК статистически значимо ниже общий уровень ситуационной и личностной тревожности по сравнению с пациентами с СРК. При этом, значимых различий между группами пациентов с целиакией и ЯК по этим показателям не обнаружено. В структуре ситуационной тревожности различия между группами были выявлены практически по всем компонентам, в частности по таким как «эмоциональный дискомфорт», «фобический компонент» и «социальные реакции защиты», причем по всем перечисленным подшкалам пациенты с СРК демонстрируют более высокий уровень выраженности отдельных компонентов по сравнению с пациентами с целиакией и с ЯК. Также было обнаружено, что группы с ЯК и СРК различаются по выраженности компонента «тревожной оценки перспективы», в то время как для групп целиакии и СРК таких различий выявлено не было. При этом по компоненту «тревожной оценки перспективы» в структуре ситуационной тревожности пациенты с целиакией занимают промежуточное положение между группами пациентов с ЯК и СРК. Сравнение групп по общему уровню выраженности ситуационной тревожности и ее отдельных компонентов показало, что пациенты с целиакией значимо реже демонстрируют более высокий уровень общей ситуационной тревожности, эмоционального дискомфорта, фобического компонента и реакций социальной защиты по сравнению с пациентами с СРК. Пациенты с ЯК также реже демонстрируют высокие уровни выраженности эмоционального дискомфорта и реакций социальной защиты по сравнению с пациентами с СРК. Между группами цели-

акии и ЯК значимых различий по выраженности различных компонентов ситуационной тревожности выявлено не было. В структуре личностной тревожности значимые различия также обнаружены по шкалам «эмоциональный дискомфорт», «фобический компонент» и «социальные реакции защиты» для пациентов с целиакией и ЯК по сравнению с пациентами с СРК, а также по показателю «тревожная оценка перспективы» для групп с ЯК и СРК, при этом результаты пациентов с целиакией занимают промежуточное положение по указанному компоненту.

Выявлено, что пациенты с целиакией статистически значимо чаще прибегают к использованию такой стратегии когнитивной регуляции эмоций как «положительный пересмотр» по сравнению с пациентами с ЯК. Также различия были обнаружены для такой стратегии когнитивной регуляции эмоций как «принятие»: пациенты с целиакией и пациенты с ЯК, по сравнению с пациентами с СРК, чаще обращаются к этой стратегии.

Значимых различий по «Шкале депрессии А. Бека» не выявлено, что может свидетельствовать о сопоставимом уровне испытываемого дистресса у пациентов с разными кишечными патологиями. Значимых различий по уровню сформированности типов когнитивных представлений о болезни и уровню самоэффективности в отношении болезни также не было обнаружено.

При сравнении групп по показателям выраженности поведенческих копинг-стратегий по совладанию со стрессом, в т.ч. вызванным болезнью, были обнаружены значимые различия в степени выраженности ряда копинг-стратегий. К такой стратегии как «позитивное переформулирование и личностный рост» пациенты с целиакией прибегают чаще, чем пациенты с ЯК, а стратегию «принятие» пациенты с целиакией используют чаще, чем и пациенты с ЯК, и пациенты с СРК. Также копинг-стратегия «планирование» используется пациентами с целиакией чаще, чем пациентами с СРК. В то же время, к использованию такой копинг-стратегии, входящей в ряд условно дезадаптивных, как «мысленный уход от проблемы» пациенты с целиакией прибегают реже, по сравнению с пациентами с ЯК и с СРК. Отмечено также, что пациенты с целиакией в меньшей степени склонны к применению стратегии «отрицание», также относящейся к дисфункциональным, по сравнению с пациентами с ЯК. К применению такой копинг-стратегии как «использование успокоительных» пациенты с целиакией также менее склонны, чем пациенты с СРК. А пациенты с ЯК в большей степени склонны прибегать к стратегии «подавление конкурирующей деятельности» по сравнению с пациентами с СРК.

Выводы. Обнаружены различия между группами как по общим уровням ситуационной и личностной тревожности, так и по отдельным

компонентам в их структуре, а также по степени выраженности ряда стратегий эмоциональной регуляции и поведенческим стратегиям совладания со стрессом, вызванным хроническим заболеванием. Предположительно, такие результаты могут быть связаны с особенностями течения конкретного заболевания, информированности пациентов о нем и о способах лечения, а также особенностей терапии, рекомендованной при различных кишечных патологиях. Полученные результаты могут быть полезны при разработке дифференцированных психокоррекционных программ при сопровождении таких пациентов, с учетом как психокоррекционных мишеней, так и психологических ресурсов личности по совладанию с болезнью.

ПИЛОТАЖНАЯ АДАПТАЦИЯ ШКАЛЫ ВОСПРИНИМАЕМОГО ИММУНИТЕТА НА ВЫБОРКАХ ЛЮДЕЙ, ЖИВУЩИХ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Никитина А. Д., Золотарева А. А., Белослудцева Д. Д.
НИУ ВШЭ, Москва, Россия
aldenikitina@edu.hse.ru

Ключевые слова: воспринимаемый иммунитет, субъективная оценка здоровья, психометрический анализ.

PILOT ADAPTATION OF THE PERCEIVED IMMUNITY SCALE IN SAMPLES OF PEOPLE LIVING WITH CHRONIC DISEASES

Nikitina A. D., Zolotareva A. A., Belosludtseva D. D.
National Research University Higher School of Economics,
Moscow, Russia
aldenikitina@edu.hse.ru

Keywords: perceived immunity, subjective health assessment, psychometric analysis.

Введение. Феномен самооценки здоровья представляет собой интегративный конструкт, отражающий субъективное восприятие индивидом своего физического, психологического и функционального статусов [3]. Субъективная оценка здоровья является устойчивым независимым предиктором объективной заболеваемости, частоты госпитализаций и общей смертности [1, 2]. В русле современной психосоматики и биопсихосоциального подхода генерализованная самооценка здоровья диф-

ференцировалась на специализированные доменные конструкты, ключевым из которых выступает воспринимаемый иммунитет — убеждения пациента относительно функциональной состоятельности собственной иммунной защиты [4]. В контексте ревматологических и гематологических заболеваний субъективная репрезентация иммунитета сопряжена с изменением субъективного восприятия соматических симптомов и снижением комплаентности к терапии.

Психометрическая адаптация русскоязычной версии Шкалы воспринимаемого иммунитета (Perceived Immunity Scale, PIS) является важным шагом для разработки персонализированных программ психологической интервенции и оценки реабилитационного потенциала соматических пациентов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие две выборки. Первую выборку составили 159 респондентов, живущих с болезнями крови и кроветворных органов. Среди них были 40 мужчин и 119 женщин в возрасте от 21 до 76 лет. В структуре нозологий преобладали анемии и нарушения свертываемости крови. Выборку ревматологического профиля составили 50 респондентов с различными диагнозами, в частности, с ревматоидным артритом (32%), с системной красной волчанкой (9%), с псориатическим артритом (9%).

Анкета включала следующие инструменты: Шкалу воспринимаемого иммунитета (Perceived Immunity Scale, PIS); Шкалу генерализованного тревожного расстройства (Generalized Anxiety Disorder-7, GAD-7); Опросник здоровья пациента (Patient Health Questionnaire-9, PHQ-9)

Результаты. На выборке людей, живущих с болезнями крови и кроветворных органов, коэффициент альфа Кронбаха составил 0.935, что свидетельствует о высокой внутренней согласованности шкалы. Результаты конфирматорного факторного анализа исходной однофакторной модели показали неудовлетворительное соответствие данным: CFI = 0.750, TLI = 0.715, SRMR = 0.104, RMSEA = 0.160, $\chi^2/df = 5.06$. Однако, как и в оригинальной публикации авторов методики, была отмечена тенденция реверсивных пунктов и одного прямого пункта к образованию отдельного фактора. С учетом этого были добавлены остаточные ковариации между реверсивными пунктами. Модифицированная модель продемонстрировала существенное улучшение показателей соответствия: CFI = 0.896, TLI = 0.870, SRMR = 0.060, RMSEA = 0.108, $\chi^2/df = 2.85$. Таким образом, учет специфики формулировок реверсивных пунктов позволил устранить второй фактор и подтвердить одномерную структуру шкалы, что согласуется с данными оригинальной валидации.

Предварительный этап анализа также включал психометрическую проверку русскоязычной версии шкалы воспринимаемого иммунитета

(Perceived Immunity Scale, PIS) на выборке людей, живущих с ревматическими заболеваниями.

Конфирматорный факторный анализ показал, что однофакторная структура русскоязычной версии PIS имеет приемлемое соответствие данным с учетом размера выборки исследования (χ^2 (119) = 166, p 0.003; CFI = 0.917; TLI = 0.905; SRMR = 0.061; RMSEA = 0.088 (90% CI 0.053-0.118). Факторные нагрузки варьировались в пределах значений от 0.250 до 0.788). Однофакторная модель адаптированной шкалы демонстрировала высокие значения коэффициентов внутренней согласованности α Кронбаха (α = 0.950) и ω Макдональда (ω = 0.951). Показатели воспринимаемого иммунитета оказались статистически значимо отрицательно взаимосвязанными с показателями тревоги и депрессии, что подтверждает конвергентную валидность русскоязычной версии PIS.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что феномен воспринимаемого иммунитета обладает выраженной клинической спецификой. Можно предположить, что субъективная репрезентация иммунной функции формируется под непосредственным влиянием нозологического контекста — опыта аутоиммунного воспаления при ревматической патологии либо витальной угрозы и индуцированной иммуносупрессии при болезнях крови и кроветворных органов. Данное предположение требует проверки в дальнейших исследованиях.

Литература

1. DeSalvo, K. B. Mortality prediction with a single general self-rated health question: a meta-analysis / K. B. DeSalvo, N. Bloser, K. Reynolds, J. He, P. Muntner // Journal of General Internal Medicine. — 2006. — Vol. 21, № 3. — P. 267–275. — DOI 10.1111/j.1525-1497.2005.00291.x.

2. Idler, E. L. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies / E. L. Idler, Y. Benyamini // Journal of Health and Social Behavior. — 1997. — Vol. 38, № 1. — P. 21–37. — DOI 10.2307/2955359.

3. Jylhä, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model / M. Jylhä // Social Science & Medicine. — 2009. — Vol. 69, № 3. — P. 307–316. — DOI 10.1016/j.socscimed.2009.05.013.

4. Mizrachi, N. Perceiving immunity, predicting somatic symptoms: validation of the “Perceived Immunity” scale and its association with daily health / N. Mizrachi, T. Kube, L. Rozenkrantz // British Journal of Health Psychology. — 2025. — Vol. 30, № 1. — Article e12772. — DOI 10.1111/bjhp.12772.

ВТОРИЧНАЯ АМЕНОРЕЯ (ФГА) КАК ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЙ МАРКЕР НАРУШЕНИЯ ТЕМПА ПСИХОСЕКСУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ В ПОДРОСТКОВОМ И ЮНОШЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

Папкова Д.Ю.
Москва, Россия
dpapkova@mail.ru

Ключевые слова: аменорея, нарушение темпа психосексуального развития, подростковый и юношеский возраст.

AMENORRHEA AS A PSYCHOSOMATIC MARKER OF DISRUPTED PSYCHOSEXUAL DEVELOPMENT PACING DURING ADOLESCENCE AND YOUTH

Papkova D.U.
Moscow, Russia
dpapkova@mail.ru

Keywords: amenorrhea, disturbed pace of psychosexual development, adolescence and youth

Введение. Вторичная аменорея в МКБ 10 располагается в рубрике N00-N99 (болезней мочеполовой системы). Ее лечение является прерогативой соматических врачей. Однако рост междисциплинарных исследований данной темы приводит к тому, что вторичная аменорея все больше рассматривается не только в рамках медицины, но и в психосоматической области. Согласно МКБ 10, вторичная аменорея (функциональная гипоталамическая аменорея — ФГА) — отсутствие или прекращение менструаций по причинам, не являющимся физиологическими, у ранее менструирующей женщины в течение 3 месяцев при регулярном цикле и в течение 6 месяцев при нерегулярном цикле [5].

ФГА — психосоматическое заболевание, которое часто встречается у пациенток на фоне снижения веса, чрезмерных физических нагрузок, психоэмоционального напряжения. Подавление репродуктивной функции в период «стресса» является естественным фундаментальным процессом выживания и способом защиты здоровья женщины с целью предотвращения беременности [1].

Помимо «внешних факторов» (отказ от еды, физические нагрузки, внешние события и др.) психоаналитиками были выделены группы глубинных психологических причин, блокирующих менструальный цикл: 1) протест против женской сексуальности и роли как бессознательная защита от взрослой женственности; 2) симбиотические отношения с матерью [2, 4].

Отсутствие должного включения родителей в отношения с подростком, принятия его взросления, оказания поддержки в пубертатный период, характеризующейся гормональными и телесными изменениями, а также чрезмерный контроль приводят к тому, что подросток считает все то, что с ним происходит, неприемлемым, начинает бояться своих телесных изменений. Неспособность психики интегрировать новые телесные изменения в устойчивый образ-Я приводит к регрессивной стратегии совладания в виде соматического избегания сексуально зрелого тела, которое в случае девушек может выражаться в блокировании репродуктивной функции на уровне высшей нервной деятельности вследствие когнитивно-аффективного конфликта между биологическим созреванием и психологической неготовностью, проявляясь в виде аменореи [2].

Целью данной работы является выявление предикторов, нарушающих нормативное течение психосексуального развития у девушек, приводящих к аменорее, и описание психотерапевтической работы на конкретном клиническом случае.

Клинический случай. Алина — студентка 20 лет, отличница, обратилась к психотерапевту из-за «подавленного и постоянно грустно-тревожного состояния».

Когда ей было 8 лет, отец ушёл из семьи; это сопровождалось скандалами, в которые мать активно её включала. Девушка была очень привязана к отцу, но после его ухода связь надолго пропала: мать запретила отцу общаться с дочерью, о чём та узнала лишь спустя годы.

Отношения с матерью строились на модели слияния: «мама много работала, её не было, но она всегда меня контролировала: где я, что я, с кем я. Вплоть до того, что дверь в комнату закрывать было нельзя». Мать посвящала дочь в свои проблемы, связанные с деньгами и с бывшими любовницами отца. Алина много помогала ей с работой, а также с её матерью и братом, страдавшими алкогольной зависимостью и иногда представлявшими физическую угрозу. Девушке это не нравилось, она говорила об этом матери, но одновременно жалела её и не могла оставить. Таким образом, ни физические, ни психические границы дочери не признавались, а фигура отца, символическая функция которого — устанавливать Закон, проводить границу между матерью и ребёнком, демонстрировать разницу полов и поколений — отсутствовала и «осквернялась» [4].

В подростковом возрасте, когда тело Алины начало меняться, мать часто уничижительно комментировала его, контролировала покупки одежды и посещение врачей. Единственная попытка завязать романтические отношения в 16 лет обернулась скандалом: мать увидела переписку, «сильно застыдила и осыпала оскорблениями». Алина накричала на неё, но потом «было так стыдно, что готова была провалиться сквозь землю… за своё поведение, за своё влечение, за свои желания». С тех

пор попыток завязать отношения не было. Примерно через полгода после этого конфликта она решила похудеть, потому что «моё тело казалось отвратительным, толстым, желающим».

В 17–18 лет впервые произошла задержка менструаций, которую Алина связала со стрессом и похудением. Однако цикл не восстановился. Обследования у гинекологов и эндокринологов не выявили органической патологии; диагноз формулировался как «функциональная гипоталамическая аменорея» [5]. Рекомендации нормализовать вес и снизить нагрузки не приводили к возвращению цикла.

К моменту начала терапии Алина находилась в состоянии стойкой аменореи около полутора лет. Она отмечала усталость, снижение настроения, тревогу, ощущение «пустоты» и «потери себя». Внешне продолжала успешно учиться и поддерживать контакты, но ценой огромного напряжения. Тело воспринималось как «чужое», «неудобное», «слишком женское» и одновременно «недостаточно красивое»; она избегала всего телесного, а также разговоров о сексуальности и отношениях.

В терапии постепенно прояснилась центральная динамика: аменорея выполняла функцию психосоматического торможения — биологического «стопа», удерживавшего Алину в позиции «маленькой девочки», где не нужно вступать в конфликт с матерью и сталкиваться с пугающей ролью взрослой женщины. С одной стороны, она бессознательно отказывалась от женской идентичности как от опасной и постыдной; с другой — сохраняла симбиотическую связь с матерью, где болезнь становилась легальным способом оставаться в детской позиции и получать заботу [2,4].

Работа велась в нескольких направлениях. 1) Исследование телесного образа позволило постепенно отделить биологические изменения от материнских интроектов и перейти к пониманию, что тело — не опасность, и что оно принадлежит ей. 2) Отдельный фокус — фигура отца: его отсутствие и запрет на контакт сформировали представление о мужском как о недоступном и ненадёжном; в терапии восстанавливалась возможность говорить об отце без тотального обесценивания и отделять его реальные поступки от материнских проекций. 3) Параллельно шла работа с материнским контролем и стыдом: Алина впервые смогла озвучить не только вину, но и гнев, и обнаружить, что её желания — в том числе сексуальные и романтические — не являются чем-то постыдным, что это нормально и естественно. Это сопровождалось осторожными изменениями и в поведении: она начала заводить знакомства, у нее появились подруги, с которыми она обсуждала тему отношений и «женского».

На фоне этой работы постепенно менялось и отношение к весу. На момент начала терапии он составлял 60 кг при росте 176 см; Алина «немного следила за весом», эпизодически считала калории. Постепенно, без директивной коррекции, вес увеличился и на данный момент состав-

ляет 64–65 кг. Это происходило не как отдельная задача, а, скорее, как фон снижения общего напряжения и восстановления контакта с телом.

Психотерапевтическая работа с Алиной продолжается, частота сессий — 2 раза в неделю. Примерно через год-полтора терапии менструации нормализовались. Важно, что это не было прямой целью работы и не подавалось как «лечение аменореи». Восстановление цикла стало психосоматическим маркером того, что психика начала допускать взросление и интеграцию женской идентичности без тотального стыда и угрозы разрыва с матерью. Алина описывала это так: «я не стала другой, но я перестала чувствовать, что моё тело — это что-то, что нужно всё время контролировать и прятать».

Выводы.

1. Функциональная гипоталамическая аменорея может выступать не только эндокринологическим феноменом, но и психосоматическим маркером нарушения темпа психосексуального развития в подростковом и юношеском возрасте.

2. Внешние факторы — похудение, физические нагрузки, стресс — являются лишь симптомами. Ядром оказывается конфликт между биологическим созреванием и психологической неготовностью к взрослой женской роли, поддерживаемый нарушенными семейными границами, отсутствием отцовской функции и хроническим стыдом.

3. Психотерапевтическая работа в таких случаях направлена не на «возврат менструаций» как самоцель, а на восстановление возможности интегрировать взрослеющее тело в образ-Я, отделение от симбиотической материнской фигуры и проработку стыда и вины, связанных с женственностью и сексуальностью.

4. Восстановление цикла в этом контексте становится не причиной, а следствием — и одновременно клиническим подтверждением того, что психосексуальное развитие вновь обрело темп и направление

Литература

1. Абсатарова Ю.С., Андреева Е.Н., Евсеева Ю.С., Зеленкова-Захарчук Т.А., Шереметьева Е.В., Григорян О.Р., Михеев Р.К. Эндокринные и психосоматические нарушения у пациенток с аменореей. Проблемы Эндокринологии. 2023; 69 (6): 121-131. — URL: https://www.probl-endojournals.ru/jour/article/view/13366

2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александер: пер. с англ. С. Могилевского. — Москва: ЭКСМО-Пресс, 2002. — 352 с.

3. Волель Б.А., Рагимова А.А., Кузнецова И.В., Бурчаков Д.И. Современные представления о стресс-зависимых нарушениях менструального цикла. Акушерство и гинекология. 2016; 12: 34-40. — URL: http://dx.doi.org/10.18565/aig.2016.12.34-40

4. Дойч, Х. Психоанализ сексуальных функций женщин / Х. Дойч: ред. и авт. коммент. П. Розен: пер. с англ. И. Знашевой, В. Серговской. — Москва: [б. и.], 2017. — 135 с

5. Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем. 10-й пересмотр. Класс XIV. Болезни мочеполовой системы (N00–N99). Рубрика N91. Отсутствие менструаций, скудные и редкие менструации. — Женева: ВОЗ, 1995.

ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ ЛИЧНОСТИ КАК ПРЕДИКТОР РАЗВИТИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Русина Н. А.
Академия ИПП, Москва, Россия
narusina@mail.ru

Ключевые слова: внутриличностная конфликтность, язвенный колит, язвенная болезнь.

INTERNAL CONFLICT OF THE INDIVIDUAL AS A PREDICTOR OF THE DEVELOPMENT OF PSYCHOSOMATIC DISEASES

Rusina N. A.
Academy of Integral Psychodynamic Psychotherapy, Moscow, Russia
narusina@mail.ru

Keywords: intrapersonal conflict, psychosomatics, ulcerative colitis, peptic ulcer.

Введение. Внутриличностная конфликтность представляет собой личностную черту, определенную предрасположенность вести себя амбивалентно в широком диапазоне жизненных ситуаций, характеризует внутреннюю дисгармоничность и напряженность.

Цель — сравнить особенности структуры внутриличностной конфликтности лиц с язвенным колитом и язвенной болезнью желудка и 12-ти перстной кишки.

Материал и методы. Основная группа — 73 пациента: 30 человек с неспецифическим язвенным колитом от 23 до 44 лет, 43 человека с диагнозом язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки от 20 до 50 лет. Контрольная группа — 30 «условно здоровых» человек от 20 до 50 лет. В основной группе посредством метода выделения усредненных профилей по интегральной шкале «Общий уровень внутриличностной кон-

фликтности» выделены две подгруппы: подгруппа пациентов с высоким уровнем внутриличностной конфликтности 21 человек, подгруппа с низким уровнем — 21 человек. Применялись «Диагностика иррациональных установок А. Эллиса», «Способность самоуправления Н. М. Пейсахова», клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний, «Тест по выявлению внутриличностной конфликтности» А. И. Шипилова. Статистическая обработка: U-критерий Манна-Уитни для двух независимых групп, факторный анализ, многомерная линейная регрессия.

Результаты. У группы пациентов изначально адаптивный механизм (развитое самоуправление как ответ на вызов болезни) при чрезмерном напряжении становится дезадаптивным. Пациент попадает в ловушку собственного самоконтроля: то, что помогает ему выживать, одновременно разрушает его ресурсы и ухудшает качество жизни. Имеется мотивационный внутриличностный конфликт пациентов: «Хочу, но не могу». Можем предположить, что существует аффективно-соматический компонент структуры внутриличностной конфликтности (в него включаются: шкала астении и шкала вегетативных нарушений), поведенческий компонент (шкалы: прогнозирование, коррекция, общая способность к самоуправлению), когнитивный компонент (шкала «Долженствование в отношении других»). Когнитивный компонент внутриличностной конфликтности пациентов различается в зависимости от уровня самой конфликтности. Для пациентов с высоким уровнем внутриличностной конфликтности неблагоприятная ситуация воспринимается как абсолютная, тотальная угроза, несовместимая с жизнью или достоинством. Препятствия для адаптации: Катастрофизация не дает увидеть возможности в новой ситуации. Долженствование не позволяет принять реальность такой, какая она есть. Ригидность мешает найти новые пути решения, т.к. старые схемы признаны единственно верными. Таким образом, когнитивный компонент у этой группы пациентов работает не как инструмент для решения проблем, а как фабрика по производству стресса. Мысли не помогают справляться с болезнью, а становятся дополнительным источником страдания, усугубляя как психологическое, так и физическое состояние. Отличия в поведенческом и аффективном компоненте: пациенты с высокой внутриличностной конфликтностью склонны к меньшему самоконтролю и наблюдению за своим поведением, чем пациенты с низкой внутриличностной конфликтностью. Снижение самоконтроля у пациентов с высоким уровнем конфликта — это не причина их проблем, а закономерное следствие глубокого энергетического и психологического истощения, которое также порождает весь спектр аффективных и соматических нарушений. При анализе были обнаружено, что у пациентов с высокой внутриличностной конфликтностью выражены ощущения тревоги, постоянной усталости, раздражительности, сниженный фон настроения, бесперспективность будущего, конверсионные симптомы, вегетативные нарушения.

Факторный анализ проведен в группе пациентов между всеми показателями методик, исключая интегральные шкалы. Факторный анализ подтвердил наши предположения о существовании трех компонентов внутриличностной конфликтности. Первый фактор «Иррациональность мышления», который соотносится с первым компонентом внутриличностной конфликтности — когнитивным. Мы можем предполагать, что актуализированный внутриличностный конфликт, дополненный иррациональными убеждениями личности, сопряжен с переживанием внутреннего напряжения и усиливает ощущения покинутости, недооцененности, симптомы истерического реагирования. Согласно данным, мы можем предполагать наличие следующих типов внутриличностного конфликта у испытуемых из основной группы: адаптационный конфликт, конфликт нереализованного желания, конфликт неадекватной самооценки, ролевой конфликт. При интерпретации стоит учитывать, что у испытуемых из основной группы сильно выражены иррациональные установки: катастрофизация, долженствование в отношении себя, оценочная установка.

Второй фактор «Ориентация на самоуправление», в который вошли многие показатели по методике «Способность к самоуправлению». Интерпретация фактора: способности к самоуправлению взаимосвязаны друг с другом, чем более развит один из аспектов самоуправления у личности, тем более развит будет и смежный аспект, при этом актуализируется этот процесс в ситуации переживания изолированности, безрадостности жизни, а также при усилении чувства одиночества. Важным является момент разграничения самоуправления, по Н. М. Пейсахову, и копинг-стратегий: самоуправление — это творческий процесс, ориентирован на выработку новых способов решения проблем, достижения поставленных целей; копинг-стратегии — это способы разрешения сложностей в рамках уже существующих норм, правил и привычек.

Третий фактор «Невротическое реагирование на внутриличностный конфликт». Мы можем предполагать, что третий компонент внутриличностной конфликтности, а именно аффективно-соматический, соотносится с третьим фактором «Невротическое реагирование на внутриличностный конфликт». Важным является уточнение, что явно выраженными являются переживания вегетативных нарушений, астении, невротической депрессии. Сильно выраженными являются следующие иррациональные установки: «Оценочная установка», «Катастрофизация». Исходя из данных, мы предполагаем, что актуализация внутриличностных конфликтов, в случае неспособности удовлетворить потребности, усиливает невротические реакции, иррациональные установки личности, которые описывают данную ситуацию неудовлетворения как категорично нестабильную, непереносимую, свою личность данный субъект расценивает категорично.

Выводы. 1. Чем выше внутриличностная конфликтность у пациентов, тем более наполнен когнитивный компонент иррациональными установками, а аффективно-соматический компонент характеризуется невротическими состояниями, в поведенческом компоненте средние способности к самоуправлению. 2 Предположение об аффективно-соматическом, поведенческом и когнитивном компонентах абсолютно логично и подтверждается клинической практикой. Эта структура конфликта показывает, что для помощи таким пациентам недостаточно только медицинских назначений. Необходим комплексный подход, включающий: когнитивно-поведенческую терапию для работы с иррациональными «долженствованиями» в отношении себя и других; обучение техникам релаксации и управления стрессом для разрыва связи «психоэмоциональное напряжение → вегетативные нарушения»; психообразование о важности «целенаправленного отдыха» и снижения требований к себе, а не только к окружающим.

КЛИНИЧЕСКАЯ ПРИНАДЛЕЖНОСТЬ ПАЦИЕНТОВ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ, СТРАДАЮЩИХ АФФЕКТИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ СО СМЕНОЙ ДЕПРЕССИВНЫХ И МАНИАКАЛЬНЫХ ФАЗ

Синицына К. В.[1], Малыгин Я. В.[2]
[1] ФГБОУ ВО «Ивановский государственный медицинский университет» МЗ РФ, Иваново, Россия
[2] ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ, Москва, Россия
malygin-y@yandex.ru

Ключевые слова: рассеянный склероз, депрессия, мания, органическое расстройство.

CLINICAL ATTRIBUTION OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS, SUFFERING FROM AFFECTIVE DISORDER WITH ALTERNATION OF MANIAC AND DEPRESSIVE PHASES

Sinitsyna K. V.[1], Malygin Y. V.[2]
[1] Ivanovo state medical university, Ivanovo, Russia
[2] Russian University of Medicine, Moscow, Russia
malygin-y@yandex.ru

Keywords: multiple sclerosis, depression, maniac episode, organic disorder.

Введение. Рассеянный склероз (РС) характеризуется тяжкими последствиями. Частота психических расстройств при нем достигает 90%.

При этом наиболее распространены аффективные расстройства. Единичные исследования указывают на встречаемость биполярного аффективного расстройства при РС, однако не описаны его клинические характеристики и принадлежность.

Целью настоящего исследования являлся анализ клинических характеристик и когнитивных нарушений пациентов с рассеянным склерозом, страдающих аффективным расстройством со сменой маниакальных и депрессивных фаз

Материал и методы. В исследовании приняли участие 25 пациентов с РС (40% муж.), у которых развились аффективные нарушения со сменой депрессивных и маниакальных фаз и 100 пациентов с РС без психических нарушений (32% муж.) Метод исследования — клинико-психопатологический. Исследование когнитивных нарушений проводилось при помощи пробы запоминание 10 слов Лурия, корректурнолй пробы Бурдона, таблиц Шульте, методики Бернштейна.

Результаты. Установлено, что облигатные симптомы депрессивного спектра — пониженное настроение (100% в обеих группах) и чувство тоски (90% при церебрастеническом и 100% при психоорганическом синдроме) регистрируются практически у всех обследованных. Однако распределение других клинических признаков имеет отчетливые межгрупповые различия.

При церебрастеническом синдроме ($n = 10$) депрессивное состояние носит преимущественно типичный аффективный характер. В структуре синдрома доминируют ангедония (80%) и неуверенность в себе (90%). Специфическим признаком данной группы является достоверно более высокая частота встречаемости повышенного аппетита: 70% случаев против 20% в группе с психоорганическим синдромом ($p < 0,05$). Апатия (20%) и моторная заторможенность (10%) выражены умеренно, а элементарные обманы чувств (фотопсии/акоазмы) полностью отсутствуют.

При психоорганическом синдроме ($n = 15$) депрессивная фаза приобретает качественно иную структуру за счет нарастания когнитивного и органического дефекта. У этих пациентов статистически значимо чаще выявляются моторная заторможенность (60%; $p < 0,05$), признаки психосоциальной дезадаптации: сексуальная дисфункция (87%; $p < 0,05$) и выраженная неопрятность (87%; $p < 0,05$). Идеаторные нарушения достигают максимума: 93% больных испытывают выраженные затруднения при понимании и передаче смысла прочитанного текста ($p < 0,05$). Апатия возрастает до 47%, высокий уровень тревоги (100%) сочетается с эмоциональной лабильностью и дисфорией (100%).

Важным дифференциально-диагностическим маркером психоорганической группы является манифестация фотопсий и акоазм у 53,3%

больных ($p < 0,05$). Суицидальные мысли (40%) имеют соматопсихическую природу, выступая одновременно реакцией на инвалидизирующий процесс и компонентом эндогенного аффективного синдрома. Следует отметить, что в обеих группах в 100% пациенты злоупотребляли алкоголем.

Клинические особенности маниакальной фазы. Патоморфоз маниакального синдрома также обнаруживает прямую зависимость от тяжести органической почвы. Сквозными для всей выборки признаками мании оказались инсомния (90% и 100% соответственно), идеаторное ускорение (100% и 87%), идеи собственной исключительности/гениальности (100% в обеих группах) и тахилалия (100%). При этом повышенное настроение при церебрастении фиксируется реже (30%), чем при психоорганическом синдроме (66%).

В группе с церебрастеническим синдромом мания протекает относительно мономорфно. Клиническая картина исчерпывается психомоторным возбуждением (80%), гиперсексуальностью (90%) и неадекватно оптимистической оценкой будущего (80%). Продуктивная психотическая симптоматика и эксплозивность для данной группы не характерны.

При психоорганическом синдроме маниакальная фаза трансформируется в «нетипичную» манию с преобладанием психопатоподобных и бредовых расстройств. На фоне соматического неблагополучия (100%) на первый план выступает тотальная конфликтность больных (100%; $p < 0,05$). Когнитивный дефицит (нарушение понимания текста) сохраняется на уровне 93% ($p < 0,05$).

Основным отличием психоорганической мании является полиморфизм бредовых фабул: бред величия регистрируется у 100% пациентов ($p < 0,05$), бред ревности — у 93,3% ($p < 0,05$), бред преследования у 80,0% ($p < 0,05$), бред воздействия — у 66,7% ($p < 0,05$). Кроме того, исключительно в этой группе выявляются истинные слуховые галлюцинации (53,3%; $p < 0,05$). Частота злоупотребления алкоголем в маниакальной фазе у психоорганических больных также достоверно выше (73,3% против 30,0% в группе церебрастении).

Органические р-ва сопровождались когнитивными нарушениями. Проба Лурия. Результаты тестирования показали, что через час после предъявления эти больные вспоминали меньшее количество слов, воспроизведённых после повторения, в сравнении с лицами контрольной группы, подтверждая достоверное снижение долговременной памяти и продуктивности запоминания. Процесс запоминания характеризовался затратой времени, проходил с истощением внимания и нарастанием утомляемости. При исследовании кратковременной, долговременной и ассоциативной памяти (корректурная

проба Бурдона) у больных РС с аффективным органическим расстройством были достоверно более низкие показатели, чем у пациентов с РС из контрольной группы. Чаще определялось снижение концентрации и устойчивости внимания, СОИ. Замедление СОИ появлялось раньше других нарушений и было одним из самых ранних когнитивных расстройств, которое не зависело от степени инвалидизации и выявлялось у 92% пациентов с РС и аффективным органическим расстройством.

Анализ результатов, полученных при заполнении таблиц Шульте, показал, что у пациентов с РС и аффективным органическим расстройством скорость сенсомоторных реакций была меньше, им понадобилось больше времени для поиска необходимой информации в сравнении группой контроля. Сравнительный анализ длительности заполнения таблиц Шульте показал, что у пациентов с РС и аффективным органическим расстройством скорость сенсомоторных реакций была меньше, они затратили больше времени на поиск необходимой информации, а также имели сложности при заполнении, связанные с переключением и распределением внимания в сравнении группой контроля.

По результатам использования методики Берштейна было установлено, что среди больных РС с аффективным органическим расстройством только 1/3 пациентов справились с предложенным заданием самостоятельно, остальным 2/3 требовалась помощь инструктора, тогда как в группе контроля самостоятельно смогли определить последовательность событий 2/3 больных.

Выводы. Таким образом, аффективные нарушения со сменой маниакальных и депрессивных фаз имеют органическую природу. По мере усложнения органического дефекта (от церебрастенического к психоорганическому синдрому) полярные аффективные фазы при РС утрачивают свой классический («чистый») характер. Происходит их патологическое замещение когнитивными, поведенческими (неопрятность, конфликтность) и психотическими (полиморфный бред, галлюцинации) расстройствами. Пациенты характеризовались многочисленными когнитивными нарушениями, особенностью которых была выраженная истощаемость.

НЕВРОТИЧЕСКИЕ И ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫЕ РЕАКЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ДИАГНОЗОМ БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА ВО ВЗАИМОСВЯЗИ С КОГНИТИВНО-ЭМОЦИОНАЛЬНЫМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ ИХ ЛИЧНОСТИ С УЧЕТОМ ГЕНДЕРНОЙ ПРИНАДЛЕЖНОСТИ

Удальцова А. А.[1], Русина Н. А.[2]
[1] ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница», Ярославль, Россия
usia.chan@mail.ru
[2] Академия ИПП, Москва, Россия
narusina@mail.ru

Ключевые слова: бронхиальная астма, гендерные различия, личность.

NEUROTIC AND ANXIETY-DEPRESSIVE REACTIONS IN PATIENTS DIAGNOSED WITH BRONCHIAL ASTHMA IN RELATION TO THEIR COGNITIVE-EMOTIONAL CHARACTERISTICS, TAKING GENDER INTO ACCOUNT

Udaltsova A. A.[1], Rusina N. A.[2]
[1] State Budgetary Healthcare Institution of the Yaroslavl Region “Regional Clinical Hospital”, Yaroslavl, Russia
usia.chan@mail.ru
[2] Academy of Integral Psychodynamic Psychotherapy, Moscow, Russia
narusina@mail.ru

Keywords: bronchial asthma, gender differences, personality.

Введение. Хронический характер заболевания БА требует постоянного лечения и контроля, что, в свою очередь, обосновывает значительное снижение качества жизни. Страх перед обострением создает дополнительный стресс и беспокойство, что определенно требует психологической работы с пациентом.

Цель — изучить невротические и тревожно-депрессивные реакции и когнитивно-эмоциональные характеристики личности в мужской и женской выборках пациентов с диагнозом БА для выявления возможных мишеней работы с данной категорией больных и создания более персонализированных подходов в психотерапии.

Материал и методы. Две группы респондентов были сформированы из пациентов стационарного пульмонологического отделения №13 ГБУЗ ЯО «Областная клиническая больница»: 25 пациентов мужского пола с

диагнозом БА в возрасте от 52 до 77 лет, 25 — женского пола с диагнозом БА в возрасте от 50 до 73 лет. Применялись опросники «Невротические черты личности» H. Hansgen; «Пертская шкала эмоциональной реактивности» D. Preece (русскоязычная адаптация: П. М. Ларионов); «Краткая версия опросника метакогнитивных убеждений» А Уэллса и С. Картрайт-Хаттон; «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS)» A. Zigmond, R. Snaith (русскоязычная адаптация: А. В. Андрющенко). Математические методы обработки данных: непараметрический U-критерий Манна-Уитни, коэффициент ранговой корреляции Спирмена.

Результаты. По методике «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» между группами были выявлены достоверно значимые различия $p < 0,05$ по шкале «Тревога». По результатам методики «Краткая версия опросника метакогнитивных убеждений» между группами были выявлены достоверно значимые различия $p < 0,05$ по шкале «Внимательность к мышлению». По результатам методики «Невротические черты личности» между группами были выявлены достоверно значимые различия $p < 0,01$ по шкалам «Симуляция» и «Диссимуляция»; $p < 0,05$ по шкале «Социальная неадаптивность». Исходя из данных, можно заключить, что мужчины с БА в большей степени, чем женщины с БА, склонны к тревоге, социальной неадаптивности (снижению социальной приспособляемости), симуляции. Также мужчины с БА демонстрируют большую внимательность к своему мышлению, чем женщины с БА. Диссимуляция — стремление к подчеркиванию проблем — обнаруживается в большей мере в группе женщин с БА. Данные тенденции могут говорить о том, что женщины с БА более терпимо относятся к ситуации болезни, она не вызывает в данной группе острых изменений эмоционального состояния, что, в свою очередь, связано с гендерными стереотипами: женщины могут позволить себе быть «слабыми» (в данной ситуации — больными), а для мужчины это не свойственно. Также для мужчин не характерно делиться своими проблемами, что приводит к более выраженным изменениям эмоционального фона. Исходя из полученных различий, женщины с БА позволяют себе активно разговаривать о своей болезни и общем состоянии, мужчины же склонны умалчивать или же «приукрашивать» реальное положение, что приводит к игнорированию болезни, и, как следствие, возможному ухудшению состояния, госпитализации, и, замыкая круг, приходят мысли о собственной несостоятельности, неполноценности.

По корреляционному анализу у мужчин выявлено, что чем более пациент не уверен в себе, тем легче возникают и интенсивнее протекают негативные эмоциональные реакции; тем более пациент внимателен к своему мышлению, усиленно пытается его контролировать, уверен в том, что его беспокойные мысли опасны для него; чем более пациент

пессимистичен, склонен к негативным эмоциям, тем выше его склонность к депрессии и тревоге. Позитивное же восприятие беспокойства может повлиять на большую длительность и общую реактивность позитивных эмоций. При этом интеллектуальная продуктивность, социальная активность и вовлеченность снижает в данной выборке длительность негативных эмоций.

По корреляционному анализу у женщин можно сделать вывод, что у пациенток с БА при повышении уровня тревоги и аффективной неустойчивости повышаются все компоненты общей реактивности негативных эмоций. Помимо этого, высокая убежденность пациенток в опасности беспокойных мыслей и собственной когнитивной несостоятельности повышает уровень депрессивности. При этом, предположительно, склонные к депрессии пациентки с БА имеют стремление к симуляции — сокрытию своих проблем.

Выводы.

1. Существуют гендерные различия в невротических и тревожно-депрессивных реакциях и когнитивно-эмоциональных характеристиках личности у больных с БА, а именно: мужчины склонны к большему уровню тревоги и социальной неадаптивности, чем женщины. Также есть гендерная специфика негативных метакогнитивных убеждений, а именно: мужчины более склонны к мыслям о собственной когнитивной несостоятельности, внимательности к мышлению. Мужчины более склонны к симуляции, а женщины — к диссимуляции.

2. В мужской выборке пациентов с БА существует взаимосвязь невротических и тревожно-депрессивных реакций и когнитивно-эмоциональных характеристик личности, а именно: неуверенность в себе связана с повышенной реактивностью негативных эмоций, чрезмерной внимательностью к своему мышлению и тенденцией к контролю своих мыслей. Повышенная реактивность негативных эмоций отражается на склонности к депрессии и тревоге.

3. В женской выборке пациентов с БА существует взаимосвязь невротических и тревожно-депрессивных реакций и когнитивно-эмоциональных характеристик личности, а именно: общая реактивность негативных эмоций связана с повышенным уровнем тревоги и аффективной неустойчивости. При этом уровень депрессивности связан с убеждениями об опасности и неуправляемости беспокойства и мыслями о собственной когнитивной несостоятельности.

4. Понимание психологических факторов может помочь в разработке более эффективных методов психологической поддержки и коррекции. Учет психологических особенностей и гендерной специфики позволит создать более индивидуализированный и комплексный подход к психологическому сопровождению пациентов с бронхиальной астмой.

ПСИХОДИАГНОСТИКА СУБЪЕКТИВНОЙ РЕПРЕЗЕНТАЦИИ ХИМИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Чмиль А. К., Рассказова Е. И., Коляго О. О., Трякин А. А.
ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» МЗ РФ, Москва, Россия
ФГБОУ ВО МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия
chmilanna2000@gmail.com

Ключевые слова: онкопсихология, репрезентация лечения, диагностика.

PSYCHODIAGNOSTICS OF THE SUBJECTIVE REPRESENTATION OF CHEMOTHERAPY IN CANCER PATIENTS

Chmil A. K., Rasskazova E. I., Kolyago O. O., Tryakin A. A.
N. N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology of the Russian Ministry of Health, Moscow, Russia
Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
chmilanna2000@gmail.com

Keywords: oncopsychology, treatment representation, diagnostics.

Введение. Отношение к лечению — это когнитивно-эмоциональная оценка пациентом получаемой терапии. В рамках модели саморегуляции Г. Левенталя пациент рассматривается как активный субъект, формирующий представления о болезни и лечении, которые могут быть связаны с поведением в ситуации заболевания [2]. Одной из наиболее разработанных моделей убеждений о лечении является концепция необходимости и опасений Р. Хорна [1]. Таким образом, отношение пациента к лечению является значимым психологическим фактором, связанным с приверженностью терапии, эмоциональным состоянием и качеством жизни [3]. В онкологической практике эта проблема приобретает особое значение, поскольку химиотерапия часто сопровождается выраженными побочными эффектами и неопределенностью результата. Поэтому субъективная репрезентация химиотерапии у пациентов с онкологическими заболеваниями требует специального психодиагностического инструмента, учитывающего как когнитивные, так и эмоциональные компоненты отношения к лечению.

Цель исследования — апробация опросника субъективного отношения к химиотерапии у пациентов с онкологическими заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 179 пациентов с онкологическими заболеваниями ЖКТ, получавших химиотерапевтическое лечение в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н. Н. Блохина» Минздрава России. В выборку вошли 113 женщин и 66 мужчин в возрасте от 18 до 79 лет (средний возраст 56,5 лет). Распределение по диагнозам: рак желудка — 27,9%, колоректальный рак — 51,4%, рак поджелудочной железы — 20,7%.

Использовалась модифицированная шкала субъективного отношения к лечению, адаптированная для оценки отношения к химиотерапии. Опросник включал 34 пункта, оцениваемых по 5-балльной шкале Лайкерта, и шесть шкал: недостаточное понимание химиотерапии, сомнения в эффективности, общее негативное отношение, беспокойство по поводу химиотерапии, субъективная необходимость, уверенность в эффективности. Для проверки внешней валидности применялись CES-D, BAI, COPE-30 и EORTC QLQ-C30. Статистический анализ включал конфирматорный факторный анализ методом DWLS, расчет альфа Кронбаха, корреляции Спирмена, групповые сравнения и анализ динамики у подгруппы пациентов между 1-м и 8-м курсами химиотерапии.

Результаты. Модифицированная шестифакторная модель опросника продемонстрировала приемлемое соответствие эмпирическим данным: χ^2 (492) = 656, $p < 0{,}001$; CFI = 0,914; TLI = 0,902; RMSEA = 0,047, 90% ДИ [0,037; 0,056]. Показатели внутренней согласованности шкал составили $\alpha = 0{,}766$ для недостаточного понимания, $\alpha = 0{,}814$ для сомнений в эффективности, $\alpha = 0{,}838$ для общего негативного отношения, $\alpha = 0{,}803$ для беспокойства, $\alpha = 0{,}681$ для субъективной необходимости и $\alpha = 0{,}774$ для уверенности в эффективности. Надежность опросника в целом была высокой: $\alpha = 0{,}869$.

Наиболее высокие средние значения были получены по шкалам субъективной необходимости и уверенности в эффективности химиотерапии; по ним выявлен потолочный эффект. Это может отражать высокую мотивацию пациентов, проходящих лечение в федеральном онкологическом центре. В то же время шкалы негативного полюса показали выраженные связи между собой. Недостаточное понимание химиотерапии было связано с общим негативным отношением к лечению ($r = 0{,}851$; $p < 0{,}001$), беспокойством ($r = 0{,}742$; $p < 0{,}001$) и сомнениями в эффективности ($r = 0{,}429$; $p < 0{,}001$). Эти данные указывают, что недостаточная субъективная ясность лечения может быть связана с усилением тревожных ожиданий и негативной оценки терапии.

При проверке внешней валидности шкала беспокойства по поводу химиотерапии была положительно связана с депрессивной и тревожной симптоматикой ($r = 0{,}48$ и $r = 0{,}45$; $p < 0{,}001$), а также отрицательно связана с качеством жизни. Негативные компоненты отношения к химиоте-

рапии ассоциировались с дезадаптивными копинг-стратегиями, включая отрицание, самообвинение, концентрацию на негативных эмоциях и поведенческий уход от проблемы. При этом субъективная необходимость и уверенность в эффективности не обнаружили значимых связей с тревогой, депрессией и качеством жизни, что подтверждает их относительную специфичность как когнитивных компонентов отношения к лечению.

Групповые сравнения показали, что у женщин уровень беспокойства по поводу химиотерапии был выше, чем у мужчин. Пациенты с раком поджелудочной железы демонстрировали более выраженное недостаточное понимание, общее негативное отношение и беспокойство по сравнению с пациентами с другими опухолями ЖКТ. У подгруппы пациентов, обследованных повторно между 1-м и 8-м курсами химиотерапии (n = 56), выявлено снижение недостаточного понимания, сомнений в эффективности и беспокойства по поводу лечения. Субъективная необходимость и уверенность в эффективности значимо не изменялись.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о возможности использования опросника для психодиагностики субъективного отношения к химиотерапии у пациентов с онкологическими заболеваниями ЖКТ. Методика обладает приемлемой структурной валидностью и достаточной надежностью, а ее шкалы позволяют дифференцированно оценивать когнитивные и эмоционально-оценочные компоненты отношения к лечению. Опросник может быть полезен для выявления пациентов с повышенным психологическим неблагополучием и трудностями адаптации к химиотерапевтическому лечению. Перспективным направлением дальнейшей работы является проверка факторной структуры на независимой выборке и возможная доработка отдельных шкал.

Литература

1. Horne, R. Understanding patients' adherence-related beliefs about medicines prescribed for long-term conditions: a meta-analytic review of the Necessity-Concerns Framework / R. Horne, S. C. E. Chapman, R. Parham [et al.] // PLoS ONE. — 2013. — Vol. 8, № 12. — Article e80633. — DOI 10.1371/journal.pone.0080633.

2. Leventhal, H. The Common-Sense Model of Self-Regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management / H. Leventhal, L. A. Phillips, E. Burns // Journal of Behavioral Medicine. — 2016. — Vol. 39, № 6. — P. 935–946. — DOI 10.1007/s10865-016-9782-2.

3. Wen, M.-J. Understanding health belief profiles and their role in medication adherence and quality of life among cancer survivors: insights from a multimethod study / M.-J. Wen, O. O. Shiyanbola // Cancer Research. — 2025. — Vol. 85, № 8, Suppl. 1. — Abstract 7355. — DOI 10.1158/1538-7445.AM2025-7355.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПАЦИЕНТОВ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ И НАРУШЕНИЯМИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Шагурина С. А.[1], Русина Н. А.[2]
[1] ГБУЗ ЯО «ОКБ», Ярославль, Россия
[2] Академия интегральной психодинамической психотерапии, Москва, Россия
narusina@mail.ru

Ключевые слова: психологические особенности, сердечно-сосудистая патология.

COMPARATIVE ANALYSIS OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH HYPERTENSIVE DISEASE AND HEART RHYTHM DISORDERS

Shagurina S. A.[1], Rusina N. A.[2]
[1] The State Budgetary Healthcare Institution of the Yaroslavl Region "Regional Clinical Hospital", Yaroslavl, Russia
[2] Academy of Integral Psychodynamic Psychotherapy, Moscow, Russia
narusina@mail.ru

Keywords: psychological characteristics, cardiovascular pathology.

Введение. Исследование обусловлено необходимостью углублённого анализа особенностей психоэмоционального функционирования лиц с нарушениями ритма сердца (НРС) и гипертонической болезнью (ГБ). Несмотря на наличие общих черт, пациенты с этими формами сердечно-сосудистой патологии демонстрируют качественные различия в психоэмоциональных и личностных проявлениях.

Цель — изучить психологические механизмы и индивидуально-психологические особенности пациентов, влияющие на адаптацию к соматическому заболеванию в условиях таргетированной психотерапии.

Материал и методы. База — кардиологическое отделение Частного учреждения здравоохранения «Клиническая больница «РЖД-Медицина» г. Ярославль. 30 пациентов с ГБ 1-3 стадии в возрасте от 51 до 78 лет (21 женщина и 9 мужчин, средний возраст — 64 года), 30 человек с установленным диагнозом НРС в возрасте от 45 до 77 лет (18 женщин и 12 мужчин, средний возраст — 62 года. Опросник для выявления и оценки невротических состояний, опросник «Стиль саморегуляции поведения», краткая версия опросника метакогнитивных

убеждений» Э. Уэллса, краткая форма Пертской шкалы эмоциональной реактивности». Статистический анализ: U-критерий Манна-Уитни, факторный анализ методом главных компонентов с применением вращения Varimax.

Результаты. Пациенты с ГБ демонстрируют более выраженную невротическую симптоматику по сравнению с пациентами с НРС. Для них типично постоянное внутреннее напряжение, проявляющееся в чрезмерной тревожности, навязчивых мыслях о здоровье и повышенной чувствительности к соматическим ощущениям; склонность к катастрофизации будущих событий, доминирование убеждений о неконтролируемости и опасности собственных эмоций, что создает замкнутый круг психологического дискомфорта; эмоциональное истощение, выражающееся в астенических проявлениях, снижении энергетического потенциала и трудностях концентрации внимания; истерическая симптоматика как способ психологической защиты, проявляющийся во внешнем выражении внутренних переживаний и соматизации эмоционального напряжения; чрезмерное использование когнитивных стратегий саморегуляции, которые не снижают, а усиливают внутреннее напряжение за счет постоянной перегрузки системы самоконтроля. Пациенты с НРС демонстрируют более сбалансированный, адаптивный профиль, но с выраженной рефлексивностью и когнитивной чувствительностью: эмоциональные реакции носят более импульсивный характер, но имеют меньшую продолжительность и глубину в сравнении с ГБ; вегетативные нарушения обладают большей автономностью от эмоциональной сферы, что объясняет внезапность и непредсказуемость приступов; сохранены относительно адаптивные механизмы саморегуляции, особенно в области поддержания позитивного эмоционального фона; сочетание когнитивной рефлексивности с эмоциональной чувствительностью создает условия для как адаптивной, так и дезадаптивной саморегуляции в зависимости от контекста стресса. В группе с ГБ установлено: рост тревожности и астении связан с усилением негативных метакогнитивных убеждений и когнитивной несостоятельности; усиление невротической симптоматики сопровождается повышением длительности, интенсивности и реактивности негативных эмоций. Это указывает на то, что усиление тревожности сопровождается ростом представлений о неконтролируемости беспокойства и снижением уверенности в собственных когнитивных способностях. Обсессивно-фобические нарушения положительно коррелируют с гибкостью саморегуляции, но отрицательно — с негативными метакогнитивными убеждениями, что говорит об одновременном использовании адаптивных поведенческих стратегий при сохранении дезадаптивных когнитивных установок. Это свидетельствует о замкнутом круге: тре-

вога → негативные убеждения → усиление эмоциональной реактивности → ещё большее снижение саморегуляции. В группе с НРС обнаружены отличительные паттерны корреляций: депрессивные проявления связаны с повышенной гибкостью, что может отражать мобилизацию адаптивных стратегий. Потребность в контроле мыслей усиливается при росте интенсивности негативных эмоций и снижении интенсивности позитивных, что может отражать стабилизирующую функцию когнитивного контроля. У пациентов с НРС отсутствует значимая связь с активацией негативных эмоций, что указывает на преобладание устойчивых, затяжных переживаний над импульсивными эмоциональными реакциями, т.е. взаимодействие психологических характеристик более адаптивное и менее дезорганизующее.

Факторная структура выявила качественные различия в организации психологических процессов у пациентов с разными сердечно-сосудистыми патологиями. В группе с ГБ выделены три ключевых фактора: «Невротизация» — отражает комплекс эмоционально-невротических проявлений с изменением способа переживания эмоций; «Метакогнитивный контроль» — описывает сочетание повышенного внимания к мыслям, потребности в контроле когнитивной сферы при одновременном сомнении в собственных интеллектуальных возможностях; «Позитивная активность» — характеризует способность поддерживать позитивный эмоциональный фон и связанную с этим активную регуляторную деятельность. В группе с НРС выделены три фактора: «Эмоциональный дистресс» — отражает более реактивный, эмоционально насыщенный характер переживаний по сравнению с ГБ; «Когнитивная регуляция» — демонстрирует стремление к управлению мыслями и поведением через планирование и программирование, связанное с поддержанием позитивного эмоционального фона; «Эмоциональная устойчивость» — характеризует способность к эмоциональному восстановлению и наличие стабильных мыслительных процессов, выполняющих защитную функцию.

Выводы. Индивидуально-психологические особенности пациентов с сердечно-сосудистой патологией не являются вторичными проявлениями болезни, а представляют собой важный патогенетический фактор, требующий обязательного учета в диагностике, лечении и реабилитации. Рекомендации психокоррекционного характера являются актуальными как для пациентов с ГБ, так и для пациентов с НРС, однако должны учитывать их различную психологическую организацию. 1. Пациентам с ГБ необходимо снижать когнитивную перегрузку и хроническое внутреннее напряжение. Целесообразно: обучать навыкам «отпускания» контроля, снижать склонность к чрезмерному планированию и рефлексии; работать с негативными метакогнитивными убеждениями, заменяя

их более адаптивными установками; развивать эмоциональную осознанность, помогая распознавать и принимать эмоции без стремления немедленно их «исправить»; укреплять способность к позитивному эмоциональному вовлечению и удовольствию от повседневных событий. 2. Пациентам с НРС следует укреплять эмоциональную устойчивость и снижать соматическую чувствительность, развивать навыки эмоционального восстановления — обучать техникам «выхода» из интенсивных эмоциональных состояний; снижать гиперчувствительность к телесным сигналам и вегетативным реакциям; поддерживать уже имеющуюся гибкость как адаптивный ресурс, но направлять её в сторону принятия неопределённости, а не постоянной адаптации под давление; укреплять фактор «Эмоциональной устойчивости» — способность удерживать позитивный фон и быстро восстанавливаться после эмоциональных перегрузок. 3. Для обеих групп важно уменьшать гипертрофированную саморегуляцию, которая не снижает, а усиливает внутреннее напряжение; формировать здоровое отношение к стрессу как к естественной части жизни, а не к угрозе; развивать доверие к собственным телесным и когнитивным процессам.

ВНУТРЕННЯЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ ПОДРОСТКОВ С ОНКОЗАБОЛЕВАНИЯМИ В РЕМИССИИ

Шиловская Н. В.
ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта», Калининград, Россия
snatalia108@gmail.com

Ключевые слова: внутренняя картина болезни, подростки, онкологические заболевания, ремиссия, копинги.

INTERNAL PICTURE OF DISEASE IN ADOLESCENTS WITH ONCOLOGICAL DISEASES IN REMISSION

Shilovskaya N. V.
Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia
snatalia108@gmail.com

Keywords: internal disease picture, adolescents, oncological diseases, remission, coping.

Введение. Онкологические заболевания в подростковом возрасте являются значимым вызовом для современной медицины и клинической психологии. Подростковый возраст, характеризующийся интенсивной психофизиологической перестройкой, поиском идентичности

и активным становлением личности, придает переживанию болезни особый характер. В этих условиях складывается внутренняя картина болезни (ВКБ) — совокупность вторичных, психологических по своей природе феноменов, которая формируется как защитно-адаптационный ответ на стресс, вызванный заболеванием, отражает реальные трудности приспособления к нему и определяет приверженность лечению, субъективное качество жизни и устойчивость ремиссии [1, 2]. В условиях ремиссии онкозаболевания, когда непосредственная угроза жизни отступает, но сохраняются неопределенность прогноза и необходимость длительного наблюдения, внутренняя картина болезни претерпевает существенную перестройку [3, 5]. Период между завершением активного лечения и возвращением к привычной жизни остается наименее изученным, а его психологическое содержание во многом определяет качество ремиссии и социально-психологическую адаптацию подростка [3, 4].

Цель — изучить внутреннюю картину болезни подростков с онкологическими заболеваниями в состоянии ремиссии в сравнении с подростками с хроническими соматическими заболеваниями и условно здоровыми сверстниками, а также оценить тревогу и совладающее поведение в указанных группах.

Материал и методы. В исследовании приняли участие три группы подростков в возрасте 11–18 лет (n = 360) средний возраст 14,9 лет по 120 человек в трех группах: подростки с онкологическими заболеваниями, подростки с хроническими соматическими заболеваниями и условно здоровые подростки. Отношение к болезни оценивалось с помощью методики «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман Л. И. и др., 1987). Для оценки эмоционального компонента использовалась методика «Многомерная оценка детской тревожности» МОДТ (Е. Е. Ромицына, Л. И. Вассерман) и поведенческого — опросник копинг-установок подростков ACOPE (J. Patterson, H. McCubbin, адаптация Н. А. Польской). Статистическая обработка данных включала сравнительный анализ по критериям Манна-Уитни и Краскела-Уоллеса.

Результаты. Сравнение отношения к болезни подростков с онкозаболеваниями и соматической патологией выявило специфику отношения к болезни. Наибольшие различия обнаружены по анозогнозическому (U = 2439, p = 0,001), тревожному (U = 2576, p = 0,001), ипохондрическому (U = 2159, p = 0,001), неврастеническому (U = 2272, p = 0,001) и меланхолическому типам (U = 2506, p = 0,001). В группе подростков с онкологическими заболеваниями в ремиссии в отличие от подростков с хроническими заболеваниями более выражен анозогнозический тип (M = 10,5 и M = 8,63), и менее выражены тревожный (M = 1,14 и M = 4,26), ипохондрический (M = 2,57 и M = 6,67), не-

врастенический (М = 1,71 и М = 3,85) и меланхолический (М = 1,14 и М = 3,04) типы отношения к болезни. Различия по показателям тревоги и копинг-стратегий изучались во всех экспериментальных группах с использованием критерия Краскела-Уоллеса. Наибольшие различия отмечаются по шкалам «тревога в отношениях со сверстниками» (Н = 25,847; р = 0,001), «тревога в отношениях с родителями» (Н = 21,555; р = 0,001), «тревога, возникающая в ситуациях самовыражения» (Н = 49,299; р = 0,001), «снижение психической активности, обусловленное тревогой» (Н = 23,178; р = 0,001), «повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой» (Н = 42,507; р = 0,001). В группе подростков с онкозаболеваниями в ремиссии в отличие от подростков с хроническими заболеваниями и условно здоровыми подростками менее выражены повышенная вегетативная реактивность, обусловленная тревогой (М = 1,72; М = 3,72 и М = 2,31); тревога, возникающая в ситуациях самовыражения (М = 1,80; М = 4,17 и М = 3,28) и тревога в отношениях со сверстниками (М = 1,83; М = 2,86 и М = 2,39). При анализе копинг-стратегий наибольшие различия выявлены по шкалам «отвлечение» (Н = 22,170; р = 0,001), «поиск социальной поддержки» (Н = 17,779; р = 0,001), «избегание проблем» (Н = 12,289; р = 0,001), «поиск поддержки в семье» (Н = 12,396; р = 0,002) и «выброс чувств (агрессия)» (Н = 6,958; р = 0,031). Подростки с онкологическими заболеваниями, подростки с хроническими заболеваниями и условно здоровые подростки активно прибегают к копинг стратегиям «отвлечение» (М = 23,96, М = 24,85 и М = 21,65) и «поиск социальной поддержки» (М = 17,45, М = 18,8 и М = 15,79), однако подростки с онкологическими заболеваниями в ремиссии также ищут поддержку в семье (М = 15,46), в то время как подростки с хроническими заболеваниями и условно здоровые подростки предпочитают «выброс чувств (агрессия)» (М = 16,67 и М = 14,69).

Выводы. Показатели группы подростков с онкозаболеваниями в ремиссии могут быть обусловлены эффектом посттравматического роста, феноменом «сдвига реагирования» и наличием четкой границы между активным лечением и периодом ремиссии, которая отсутствует при хронических заболеваниях, что требует дальнейшего рассмотрения и обсуждения.

Литература

1. Вассерман, Л. И. Соотношение субъективных и объективных факторов в процессе формирования внутренней картины болезни и совладающего поведения / Л. И. Вассерман, Д. Н. Чугунов, О. Ю. Щелкова // Консультативная психология и психотерапия. — 2019. — Т. 27, № 2. — С. 82–94. — DOI 10.17759/cpp.2019270206.

2. Николаева, В. В. Влияние хронической болезни на психику : психологическое исследование / В. В. Николаева. — Москва : Изд-во Московского университета, 1987. — 166, [2] с.

3. Integrated psychological care in pediatric hospital settings for children with complex chronic illness and their families : a systematic review / K. H. Marshall, H. A. Pincus, S. Tesson [et al.] // Psychology & Health. — 2024. — Vol. 39, No. 4. — P. 452–478. — DOI 10.1080/08870446.2022.2072843.

4. Longitudinal relationships between depression and chronic illness in adolescents : an integrative review / K. Zheng, C. Abraham, J.-M. Bruzzese, A. Smaldone // Journal of Pediatric Health Care. — 2020. — Vol. 34, No. 4. — P. 333–345. — DOI 10.1016/j.pedhc.2020.01.008.

5. Shin, H. Integrative literature review on psychological distress and coping strategies among survivors of adolescent cancer / H. Shin, R. Bartlett, J. C. de Gagne // Oncology Nursing Forum. — 2020. — Vol. 47, No. 5. — P. E131–E148. — DOI 10.1188/20.ONF.E131-E148.

Раздел 7. РАССТРОЙСТВА ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ КАК КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ОТБОРА МЕТОДИК ИССЛЕДОВАНИЯ ОБРАЗА ТЕЛА У ЖЕНЩИН РАННЕЙ И СРЕДНЕЙ ВЗРОСЛОСТИ С НАРУШЕНИЯМИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Гуревич Е. Л.
ЛГУ им. А. С. Пушкина, Санкт-Петербург, Россия
gurevich-elena@yandex.ru

Ключевые слова: образ тела, психодиагностика, взрослость, пищевое поведение, психометрика.

METHODOLOGICAL FOUNDATIONS FOR SELECTING BODY IMAGE ASSESSMENT METHODS IN WOMEN IN EARLY AND MIDDLE ADULTHOOD WITH DISORDERED EATING

Gurevich E. L.
Pushkin Leningrad State University, Saint Petersburg, Russia
gurevich-elena@yandex.ru

Keywords: body image, psychological assessment, adulthood, disordered eating, psychometrics.

Введение. Образ тела связан с пищевым поведением и психологическим функционированием, однако представляет собой не единый показатель, а многомерную систему. Она включает восприятие тела, знания и убеждения о нём, эмоционально-ценностное отношение, значимость внешности для самооценки и связанные с телом способы поведения [2]. Поэтому выбор диагностического инструментария необходимо начинать не с поиска одного «теста на образ тела», а с определения измеряемых компонентов.

Особенно важна такая логика при нарушениях пищевого поведения (НПП). Многие методики НПП включают вопросы об обеспокоенности массой и формой тела, ограничениях питания и избегании ситуаций из-за внешности. Сходные формулировки встречаются в опросниках образа тела. Тогда обнаруженная связь может частично отражать совпадение содержания шкал. Дополнительную трудность создаёт возрастное срав-

нение: надёжность методики в молодой выборке не гарантирует сопоставимости измерения у женщин средней взрослости.

Цель работы — обосновать принципы отбора методик исследования образа тела у женщин ранней и средней взрослости с различной выраженностью НПП.

Материал и методы. Проведено аналитическое сопоставление теоретических работ, систематического психометрического обзора, первичных публикаций об инструментах и данных о русскоязычных версиях. Оценивались соответствие методики конструкту, возрастная применимость, структура и надёжность шкал, качество адаптации, условия использования, пересечение с показателями НПП и нагрузка на участниц.

Первый принцип отбора — раздельная операционализация компонентов образа тела. Оценка внешности и удовлетворённость отдельными областями тела не тождественны позитивному образу тела, включающему принятие, уважение и доброжелательное отношение к телу [5]. Низкая неудовлетворённость не может автоматически интерпретироваться как выраженное принятие тела, а показатели этих областей не следует объединять в самостоятельно созданный общий балл.

Для оценки внешности могут рассматриваться субшкалы Appearance Evaluation и Body Areas Satisfaction Scale опросника MBSRQ-AS. Систематический обзор подтверждает их внутреннюю согласованность и отдельные виды валидности, но данные о структурной и ретестовой валидности не полностью согласованы, а возрастная инвариантность не установлена [3]. Русскоязычная апробация показала приемлемую согласованность шкал, однако была проведена преимущественно на участниках 17–32 лет [4]. Применение инструмента в возрастно-сравнительном исследовании поэтому требует собственной проверки.

Отдельную функцию выполняет Body Appreciation Scale-2 (BAS-2), измеряющая позитивное отношение к телу. Первичная разработка поддержала её однофакторную структуру [5]. В русском пособии опубликованы бланк и результаты апробации на взрослых 18–50 лет с высокой внутренней согласованностью [1], но участницы 51–60 лет не представлены. Совместное использование MBSRQ-AS и BAS-2 обосновано при явном разведении оценочного и позитивного компонентов и проверке показателей в каждой возрастной группе.

Второй принцип — ограниченная интерпретация дополнительных показателей. Силуэтная шкала позволяет определить выбранную актуальную и желаемую фигуру, однако их расхождение само по себе не доказывает общую неудовлетворённость телом или перцептивное искажение. Такой индекс может быть дополнительной характеристикой, но не заменой опросниковой оценки [3].

Третий принцип — разведение образа тела и НПП на уровне содержания вопросов. Весо- и формоцентрированные шкалы психометрически обоснованы, но частично пересекаются с оценкой пищевой симптоматики [3]. Если проверяются самостоятельные связи образа тела и НПП, основной телесный показатель должен быть по возможности независим от вопросов об ограничениях, переедании и компенсаторном поведении.

Четвёртый принцип — отдельная оценка русской версии. Международная психометрика не переносится автоматически на переводной инструмент. Необходимо установить происхождение бланка, процедуру адаптации, соответствие оригинальной структуре и правовые условия использования. Высокая внутренняя согласованность не устраняет вопросов к факторной структуре, ретестовой надёжности и кросс-культурной валидности.

Пятый принцип — возрастная сопоставимость. До сравнения средних следует оценить надёжность шкал отдельно в группах ранней и средней взрослости, а при достаточной выборке — проверить сопоставимость факторной структуры. Иначе различия могут отражать не только возрастные особенности, но и неодинаковое понимание пунктов.

Шестой принцип — содержательная достаточность без избыточного дублирования. Каждый инструмент должен измерять самостоятельный компонент и не создавать неоправданной нагрузки. До основного исследования необходим организационный пилот, включающий проверку понятности инструкций, продолжительности и технической корректности электронной процедуры.

Выводы. Отбор методик исследования образа тела у женщин с НПП должен строиться вокруг заранее определённой структуры компонентов, а не одного обобщённого теста. Оценочное отношение к внешности, удовлетворённость областями тела, позитивное принятие тела и расхождение выбранных фигур являются связанными, но не взаимозаменяемыми показателями. Батарея должна минимизировать пересечение с методиками НПП, учитывать качество русской адаптации и предусматривать собственную проверку надёжности и возрастной сопоставимости.

Литература

1. Борисенко, Н. А. Позитивный образ тела: диагностика и возможности формирования / Н. А. Борисенко, К. Н. Белогай. — Кемерово : Кемеровский государственный университет, 2017. — 113 с.

2. Grogan, S. Body Image: Understanding Body Dissatisfaction in Men, Women and Children / S. Grogan. — 4th ed. — Abingdon ; New York : Routledge, 2022. — 266 p.

3. Kling, J. Systematic review of body image measures / J. Kling, L. Kwakkenbos, P. C. Diedrichs [et al.] // Body Image. — 2019. — Vol. 30. — P. 170–211. — DOI 10.1016/j.bodyim.2019.06.006.

4. Madaliyeva, Z. B. Study the issue of the body image / Z. B. Madaliyeva, A. Sultanova, A. E. Tlebaldina // The Journal of Psychology and Sociology. — 2019. — Vol. 67, no. 4. — P. 4–10.

5. Tylka, T. L. The Body Appreciation Scale-2: Item refinement and psychometric evaluation / T. L. Tylka, N. L. Wood-Barcalow // Body Image. — 2015. — Vol. 12. — P. 53–67. — DOI 10.1016/j.bodyim.2014.09.006.

ИССЛЕДОВАНИЕ ПИЩЕВОЙ ИЗБИРАТЕЛЬНОСТИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА И С ЗАДЕРЖКОЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

Лёвкина Е. А., Николаева Н. О.
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
levkinalizaa@gmail.com
nikolaevano@mgppu.ru

Ключевые слова: дети с РАС, дети с ЗПР, пищевая избирательность, избегающе-ограничительное пищевое поведение (ИОРПП), методика «Ребенок и еда», опросник EDY-Q.

STUDY OF FOOD SELECTIVITY IN PRIMARY SCHOOL-AGED CHILDREN WITH AUTISM SPECTRUM DISORDER AND DEVELOPMENTAL DELAY

Levkina E. A., Nikolaeva N. O.
Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
levkinalizaa@gmail.com
nikolaevano@mgppu.ru

Keywords: children with autism spectrum disorder (ASD), children with developmental delay, food selectivity, avoidant/restrictive food intake disorder (ARFID), “Child and Food” method, EDY-Q questionnaire.

Введение. В детском возрасте пищевая избирательность часто выступает как вариант нормативного развития, однако при определённых условиях приобретает патологический характер, приводя к нутритивной недостаточности, задержке физического развития и социальной

дезадаптации. Особого внимания в контексте изучения данной проблемы заслуживают дети с расстройством аутистического спектра, у которых нарушения питания встречаются значительно чаще, чем в общей популяции. Вместе с тем особенности пищевого поведения у детей с иными психическими особенностями развития, например, с задержкой психического развития, остаются мало освещёнными в научной литературе. Как правило, диагностика пищевого поведения и пищевой избирательности у детей предполагает анкетирование родителей, что препятствует изучению субъективного отношения ребёнка к пище. В этой связи особую актуальность приобретает разработка диагностического комплекса, направленного на изучение пищевого поведения во взаимодействии с ребенком.

Цель. Исследование пищевой избирательности у детей младшего школьного возраста с расстройствами аутистического спектра и с задержкой психического развития.

Материал. В исследовании приняли участие 30 человек в возрасте от 9 до 12 лет. В экспериментальные группы вошли дети с РАС и с ЗПР, в каждой группе по 10 человек. Контрольная группа — 10 детей с нормативным психическим развитием. Интеллектуальное развитие в группе детей с РАС соответствует возрастной норме, уровень развития в группе детей с ЗПР несколько ниже возрастной нормы.

Методы: 1) Модификация методики «Ребенок и еда» (Николаева Н. О., Левкович К. С., 21). Стимульный материал состоит из 49 цветных карточек размером 5×5 см с изображениями продуктов питания, которые сгруппированы в 7 категорий по 7 карточек в каждой: «овощи», «фрукты», «мясо и рыба», «гарниры», «фаст-фуд и сладости», «напитки», «молочные продукты». Процедура проведения. Исследование проводится индивидуально. Помимо карточек, детям предлагается лист формата А4, разделенный на пять колонок: «Не ем, не пробовал», «Пробовал, но не ем», «Нормально, ем», «Нравится», «Очень нравится, любимый продукт». Ребёнку последовательно предъявляются все 49 карточек, а ребёнок помещает каждую карточку в ту колонку, которая лучше всего отражает его отношение к данному продукту. В ходе исследования экспериментатор задает уточняющие вопросы ребёнку, стараясь получить подробности о пищевом поведении и уточнения о пищевых предпочтениях. Ответы, комментарии и особенности поведения во время обследования следует фиксировать и использовать в качественном анализе. Интерпретация. Каждой категории ответов присваиваются баллы от 1 до 5, «Не ем, не пробовал» — 1 балл, а «Очень нравится, любимый продукт» — 5 баллов. Чем выше суммарный балл по категории продуктов (максимум 35 баллов), тем выше вариативность пищевых предпочтений и тем менее выражена пищевая избирательность. Низкие

баллы (1 и 2) по многим продуктам свидетельствуют о высокой степени избирательности или неофобии — нежелании пробовать новое.

2) Рисунок любимой еды, который делает сам ребенок. Применение этой проективной методики обусловлено тем, что карточки, несмотря на их разнообразие, не могут полностью охватить весь спектр вкусовых предпочтений. Кроме того, в рисунке отражается эмоциональное отношение ребёнка к еде. Задание предлагается детям после карточек «Ребенок и еда», потом с ребенком проводится обсуждение получившегося рисунка.

3) Опросник расстройств пищевого поведения у детей EDY-Q [Hilbert A., van Dyck Z., 2016]. Опросник ориентирован на возрастную группу 8–13 лет и используется для диагностики избегающе-ограничительного расстройства приёма пищи (ИОРПП), согласно критериям DSM-5. Опросник состоит из двенадцати утверждений, которые охватывают симптоматику ИОРПП, включая три его подвида: эмоциональное расстройство, связанное с избеганием пищи, избирательное питание и функциональную дисфагию. Два дополнительных пункта касаются расстройства, связанного с поеданием несъедобных предметов, и руминацией. Детям, имеющим трудности чтения и понимания текста, экспериментатор зачитывал каждый пункт вслух, при необходимости разъясняя формулировки.

Результаты. Сравнение групп с помощью теста Краскела–Уоллиса и U-критерия Манна-Уитни выявило, что у детей с РАС и детей с ЗПР суммарный балл по методике «Ребенок и еда» оказался значимо ниже, по сравнению со сверстниками с нормативным психическим развитием, что свидетельствует о более высокой пищевой избирательности в клинических группах. Дети с РАС отказывались от продуктов по сенсорным характеристикам, например, текстура, консистенция, температура. В группе детей с ЗПР в процессе обследования проявлялась неуверенность и нередко отмечались трудности в определении и анализе своих пищевых предпочтений, а также страхи, связанные с приёмом пищи. Дети с нормативным психическим развитием давали развёрнутые, эмоционально окрашенные ответы с указанием индивидуальных вкусовых предпочтений.

Результаты по опроснику EDY-Q также показали, что у детей с РАС общий показатель симптомов ИОРПП был значимо выше, чем у детей из контрольной группы. У детей с ЗПР есть тенденции к высоким баллам по шкалам функциональной дисфагии и общего балла ИОРПП. Во всех группах детей были низкие баллы по шкалам «Искажённые представления о весе/теле» и «Проблемы с весом», что исключает такие формы нарушений пищевого поведения, как нервная анорексия и нервная булимия. Также были получены отрицательные значимые корреляции между

баллами методики «Ребенок и еда» и баллами по опроснику EDY-Q, что подтверждает диагностическую надежность.

Анализ рисунков выявил некоторые особенности в каждой группе. Дети с РАС изображали продукты быстрого питания с указанием конкретных производителей. У детей с ЗПР были трудности в выборе и изображении любимой еды. Рисунки детей с нормативным психическим развитием были красочными и детализированным.

Выводы.

1. Данный диагностический комплекс позволяет выявить и уточнить особенности пищевой избирательности у детей младшего школьного возраста.

2. Пищевое поведение детей с РАС статистически значимо отличается более высокой пищевой избирательностью, по сравнению с детьми нормативным психическим развитием. Дети с ЗПР имеют более выраженную пищевую избирательность, по сравнению с детьми нормативным психическим развитием (на уровне тенденции).

Литература

1. Захарова, Л. И. Избегающее ограничительное расстройство, связанное с приемом пищи — новая диагностическая категория расстройства пищевого поведения в DSM-V (аналитический обзор) / Л. И. Захарова // Научные результаты биомедицинских исследований. — 2020. — Т. 6, № 4. — С. 524–537.

2. Левкович, К. С. Диагностика пищевых предпочтений детей дошкольного и младшего школьного возраста с помощью набора карточек «Ребенок и еда» / К. С. Левкович, Н. О. Николаева // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 110-летию С. Я. Рубинштейн). — Москва : МГППУ, 2021. — С. 135–137.

3. Николаева, Н. О. Специфика отношения к пище детей, страдающих расстройством аутистического спектра, и детей с диагнозом «умственная отсталость» / Н. О. Николаева, К. С. Левкович // Комплексное сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья : сборник научных и научно-методических статей. — 2023. — С. 169–174.

4. Hilbert, A. Eating Disorders in Youth-Questionnaire : English version / A. Hilbert, Z. van Dyck. — Leipzig : Universitätsklinikum Leipzig, IFB AdipositasErkrankungen, 2016. — URL: http://nbn-resolving.de/urn:nbn:de:bsz:15-qucosa-197246 (дата обращения: 09.07.2026).

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ВНОВЬ РАЗРАБОТАННОГО ОПРОСНИКА «МЕЖЛИЧНОСТНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РИСКА РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ (МСП-РПП-15)» ДЛЯ СКРИНИНГА В ПОПУЛЯЦИЯХ ШКОЛЬНИЦ И СТУДЕНТОК

Мешкова Т. А.[1], Митина О. В.[2], Александрова Р. В.[3]
[1] ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия
[2] ФГБОУ ВО МГУ им. М. В. Ломоносова, Москва, Россия
[3] ФГБОУ ВО РГУ им. С. А. Есенина, Рязань, Россия
meshkovata@mgppu.ru

Ключевые слова: нарушения пищевого поведения, девушки-студентки, МСП-РПП-15, экспресс-скрининг, давление родителей и сверстников, отношение шансов, ретроспективная оценка.

PROGNOSTIC CAPABILITIES OF THE NEWLY DEVELOPED QUESTIONNAIRE «INTERPERSONAL SOCIAL PREDICTORS OF EATING DISORDERS RISK (ISP-EDR-15)» FOR SCREENING IN POPULATIONS OF SCHOOLGIRLS AND FEMALE STUDENTS

Meshkova T. A.[1], Mitina O. V.[2], Aleksandrova R. V.[3]
[1] Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia
[2] Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia
[3] S. A. Yesenin Ryazan State University, Ryazan, Russia
meshkovata@mgppu.ru

Keywords: eating disorders, female students, ISP-EDR-15, express screening, pressure of parents and peers, odds ratio, retrospective assessment.

Введение. Своевременное выявление рисков расстройств пищевого поведения (РПП) у девушек в подростковом и студенческом возрасте является одной из приоритетных задач современной клинической психодиагностики. Нами был разработан скрининговый опросник «Межличностные социальные предикторы риска РПП (МСП-РПП-15), опирающийся на трехстороннюю модель Дж. Томпсона. Данные, полученные на неклинической популяции школьниц городов Вологда и Рязань, подтвердили высокую прогностическую валидность субшкалы из 5 пунктов «Давление/критика». Кумулятивный показатель этой шкалы, оценивающий суммарное давление родителей и сверстников, показал исключительную прогностическую мощность: попадание в верхний квартиль распределения по этому показателю повышает шансы выявления риска

РПП в 99 раз; этиологическая доля (доля риска среди подвергавшихся воздействию) составляет 98,9% [1].

Цель исследования. Настоящее исследование посвящено верификации указанного кумулятивного показателя как инструмента быстрого популяционного скрининга для оценки относительного риска развития симптоматики РПП на материале неклинической популяции студенток.

Материал и методы. Выборку составили девушки-студентки в возрасте 18–25 (20,6 ± 1,7) лет из городов Москва и Рязань и их пригородов, которые, заполняя опросник МСП-РПП-15, ретроспективно оценивали свои межличностные взаимодействия с ближайшим окружением в школьные годы. Респонденткам также предлагался тест EAT-26 для выявления потенциального риска РПП (суммарный балл ≥ 20). Среди прочего девушки отвечали на вопрос, считают ли они, что у них есть РПП и указывали, поставлен ли какой-либо диагноз специалистом. 38 респонденток (28,4%) субъективно констатировали у себя наличие признаков РПП и 6 человек указали на наличие диагноза. Для оценки прогностической ценности инструмента был применен эпидемиологический анализ таблиц сопряженности 2×2 с расчетом отношения шансов (Odds Ratio, OR) и точного критерия Фишера в программе OpenEpi. В качестве кумулятивных предикторов («воздействие») рассматривались высокие суммарные баллы (мать + отец + сверстники или мать + сверстники) по шкале «Давление/критика», попадающие в верхний квартиль распределения (6 и более баллов). Контрастную группу составили респондентки, попадающие в нижний квартиль (0 баллов). Риск РПП («исход») определялся по критическим значениям EAT-26 (≥ 20), а также по субъективным оценкам участниц о наличии или отсутствии у них РПП. Контрастную группу по EAT-26 (отсутствие риска РПП) составили респондентки с суммарным баллом не выше 1.

Результаты. Анализ таблиц сопряженности, включающий респонденток, попавших в контрастные группы, выявил высокую прогностическую силу опросника при дифференциации семейного контекста: для полной модели, в которой представлены мать, отец и сверстники, и сокращенной модели без участия отца. В последнем случае суммарный показатель давления микросоциума включает сумму баллов по ответам на вопросы, касающиеся только матери и сверстников, и предположительно может использоваться для оценки риска РПП в неполных семьях. Ниже обобщены ключевые показатели ассоциации межличностного давления с риском РПП.

Полная модель. 1) Внешний критерий — EAT-26 ≥ 20. Высокое кумулятивное давление триады (мать + отец + сверстники) зафиксировано у 8 из 10 человек, имеющих суммарный балл EAT-26 ≥ 20. Матрица: Давление(+)/EAT(+) = 8; Давление(+)/EAT(-) = 1; Давление(-)/EAT(+) = 2;

Давление(-)/EAT(-) = 10. OR = 40,0 (95% CI: 3,05–524,8); точный критерий Фишера p = 0,0034. 2) Внешний критерий — субъективная оценка наличия РПП. Высокое кумулятивное давление триады зафиксировано у 15 из 19 девушек с субъективно признаваемым РПП. Матрица: Давление(+)/РПП(+) = 15; Давление(+)/РПП(-) = 13; Давление(-)/РПП(+) = 4; Давление(-)/РПП(-) = 34. OR = 9,81 (95% CI: 2,74–35,09); точный критерий Фишера p = 0,00035.

Неполная модель. 1) Внешний критерий — EAT-26 ≥ 20. Высокое кумулятивное давление диады (мать + сверстники) зафиксировано у 14 из 17 человек, имеющих суммарный балл EAT-26 ≥ 20. Матрица: Давление(+)/EAT(+) = 14; Давление(+)/EAT(-) = 1; Давление(-)/EAT(+) = 3; Давление(-)/EAT(-) = 13. OR = 60,67 (95% CI: 5,58–659,2); точный критерий Фишера p = 0,000064. 2) Внешний критерий — субъективная оценка наличия РПП. Высокое кумулятивное давление диады зафиксировано у 16 из 24 человек, подвергавшихся высокому давлению диады. Матрица: Давление(+)/РПП(+) = 16; Давление(+)/РПП(-) = 18; Давление(-)/РПП(+) = 8; Давление(-)/РПП(-) = 49. OR = 5,44 (95% CI: 1,99–14,89); точный критерий Фишера p = 0,0014.

Можно также отметить, что из 6 человек, указавших наличие медицинского диагноза РПП, 4 человека попадают в верхний квартиль распределения по уровню кумулятивного давления и только 1 — в нижний квартиль.

Дополнительно была проведена кросс-валидизация методики посредством конфирматорного факторного анализа (КФА). Четырехфакторная структура МСП-РПП-15 (Установки, Давление, Фитнес, Диеты) показала высокое соответствие эмпирическим данным для позиций «Мать» (CFI = 0,955, RMSEA = 0,061) и «Сверстники» (CFI = 0,957, RMSEA = 0,068). Для позиции «Отец» выявлена специфика: модель имеет более умеренные индексы (CFI = 0,920, RMSEA = 0,092) за счет потери статистической значимости пунктом 10 («Заставляет меня взвешиваться»), что эмпирически обосновывает необходимость выделения изолированного кумулятивного показателя диады «мать + сверстники» для экспресс-скрининга.

Выводы. 1) Короткие кумулятивные показатели опросника МСП-РПП-15 (5 пунктов), основанные на ретроспективной оценке подросткового опыта, обладают исключительной прогностической валидностью на студенческой выборке. 2) Высокий уровень кумулятивного давления со стороны триады «мать + отец + сверстники» повышает шансы манифестации симптоматики РПП у студенток в 40 раз по объективному маркеру риска РПП (EAT-26) и почти в 10 раз по субъективному критерию наличия РПП. 3) Использование сокращенной модели (диада «мать + сверстники») также позволяет достоверно прогнозировать риски деструктивного пищевого поведения: шансы манифестации симпто-

мов РПП повышаются более чем в 60 раз (OR = 60,67 по EAT-26), что подтверждает высокую дифференциальную ценность методики, обосновывает её применение для быстрого популяционного скрининга и делает возможным её эффективное использование в контексте неполных семей.

Литература

1. Разработка и диагностическая валидизация опросника межличностных социальных предикторов риска расстройств пищевого поведения (МСП-РПП-15) на выборке девушек подросткового и юношеского возраста / Т. А. Мешкова, О. В. Митина, Р. В. Александрова, Н. Л. Волкова // Клиническая и специальная психология. — 2026. — Т. 15, № 2. — С. 25–54. — DOI 10.17759/cpse.2026150202.

ОСОБЕННОСТИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ И ФИЗИЧЕСКОГО ПЕРФЕКЦИОНИЗМА У ЖЕНЩИН РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП: КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АСПЕКТ ДИАГНОСТИКИ

Погонцева Д. В.
ФГАОУ ВО «ЮФУ», Ростов-на-Дону, Россия
pogoncevadv@sfedu.ru

Ключевые слова: физический перфекционизм, пищевое поведение, клинико-психологическая диагностика, возрастные особенности, неудовлетворенность телом, орторексия.

FEATURES OF EATING BEHAVIOR AND PHYSICAL PERFECTIONISM IN WOMEN OF DIFFERENT AGE GROUPS: CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECT OF DIAGNICS

Pogontseva D. V.
Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia
pogoncevadv@sfedu.ru

Keywords: physical perfectionism, eating behavior, clinical and psychological diagnostics, age features, body dissatisfaction, orthorexia.

Введение. Физический (телесный) перфекционизм, определяемый А. Б. Холмогоровой и П. М. Тархановой как «система личностных убеждений и установок, связанных со своим внешним видом: повышенная озабоченность и неудовлетворенность своей внешностью, стремление к соответствию высоким стандартам тела, а также болезненное отношение

к любым критическим замечаниям по поводу внешнего вида» [4, с. 53], в последние годы устойчиво удерживает статус одного из ключевых факторов риска эмоциональной дезадаптации. Как показывают отечественные и зарубежные исследования, именно эта специфическая форма перфекционизма — в отличие от общего перфекционизма — оказывает наиболее выраженное патогенное влияние на формирование стойких отклонений от норм пищевого поведения [1, 3].

При этом мы можем наблюдать «социокультурное давление, связанное с нормами внешности и контролем питания, в цифровой среде адресовано преимущественно женщинам» [2, с. 14], что подтверждается данными о том, что 74% шуток, касающихся диетического питания, направлены именно на женскую аудиторию [3, с. 267].

Подобный медиаконтент, по наблюдению ряда исследователей, обладает парадоксальным эффектом: «женщины, считающие, что у них есть лишний вес, после прочтения новостных статей, стигматизирующих людей с избыточным весом, потребляли больше калорий и чувствовали себя менее способными контролировать свое пищевое поведение» [5]. В этих условиях «чрезмерная обеспокоенность своей внешностью, навязчивые мысли о себе, о собственном теле, о его весе, о еде, всецело «поглощают» женщину, негативно влияя на ее эмоциональное состояние, повышая риск возникновения и развития нарушений в пищевом поведении» [1].

Цель работы — сопоставить характеристики пищевого поведения и степени фиксации на физических стандартах внешности у женщин разного возраста с выделением диагностических маркеров риска формирования нарушений пищевого поведения.

Материал и методы. Эмпирическую базу исследования составила выборка из 157 женщин (возраст от 18 до 77 лет, средний возраст 35,4). Психодиагностический инструментарий включал три методики. Анкета Я. Б. Наровской, направленную на оценку социально-психологических функций преобразования внешности; трехфакторная шкала физического перфекционизма, разработанная А.Б. Холмогоровой, шкала оценки пищевого поведения (ШОПП) О. А. Скугаревского. Для проверки исходных гипотез использованы непараметрические методы: U-критерий Манна–Уитни (сопоставление независимых выборок) и ранговая корреляция Спирмена (поиск устойчивых взаимосвязей между переменными) (Statistica 17.0).

Результаты. Корреляционный анализ по Спирмену выявил, что шкала «стремление к худобе» из ШОПП имеет прямую связь со всеми тремя факторами физического перфекционизма по Холмогоровой. Также, готовность к пластической хирургии демонстрирует связь на уровне $r = 0,37$ ($p < 0,05$), завышенные стандарты внешности — $r = 0,44$ ($p < 0,05$), а наиболее тесную сопряженность показывает склонность к неблагоприятным социальным сравнениям с последующей руминацией — $r = 0,79$ ($p < 0,05$).

Сходная картина складывается и для остальных субшкал ШОПП: «Булимия», «Интероцептивная некомпетентность» и «Неудовлетворенность телом» также сильнее всего коррелируют именно с социальным сравнением ($r = 0,51$; $r = 0,61$; $r = 0,63$; во всех случаях $p < 0,05$).

Мы также провели квартилирование выборки, выделив группы с высокими и низкими показателями физического перфекционизма, сравнение выборок через U-критерий Манна–Уитни показало, что различия затрагивают все семь субшкал ШОПП ($p < 0,001$). У женщин, у которых перфекционистская фиксация на внешности выражена особенно сильно, статистически чаще фиксируются подавленность, связанная с собственным отражением, жесткие ограничения в питании и зависимость эмоционального состояния от того, как они выглядят. Эти же респондентки заметно чаще готовы к радикальным телесным модификациям.

Отдельного упоминания заслуживает обнаруженный протективный эффект: тотальное принятие собственной внешности, измеряемое шестым вопросом анкеты Я. Б. Наровской, работает как надежный буфер: показатель дает сильные отрицательные корреляции (до $r = –0,63$; $p < 0,05$) и со шкалами ШОПП, и с факторами физического перфекционизма.

В тоже время, возраст значимо связан лишь с двумя параметрами: у более молодых женщин выше значимость внешности ($r = –0,17$; $p < 0,05$) и сильнее склонность к социальным сравнениям ($r = –0,18$; $p < 0,05$). Попарное сопоставление возрастных когорт по классификации Д. Б. Бромлея дало лишь точечные различия. В частности, участницы 41–55 лет достоверно чаще, чем женщины 26–40 лет, хотят изменить свое телосложение ($p = 0,002$). Респондентки старше 56 лет статистически значимо чаще рассматривают пластическую хирургию как инструмент коррекции внешности по сравнению с группой 26–40 лет ($p = 0,034$). При этом сама тяжесть пищевых отклонений с возрастом не связана.

Выводы. Физический перфекционизм служит устойчивым предиктором риска расстройств пищевого поведения. Наибольшую опасность он представляет в связке с интероцептивной некомпетентностью, тотальным неприятием собственного тела и патологическим стремлением к снижению веса. Неспособность принять свою внешность и хронический дискомфорт, порождаемый ею, напрямую сопряжены с деструктивными пищевыми паттернами и, помимо этого, отражаются на снижении доверия к окружающим в межличностном взаимодействии. Клинико-психологическая диагностика нарушений пищевого поведения требует обязательной оценки уровня физического перфекционизма. Полученные данные показывают, что данная установка не исчезает по мере взросления, а лишь видоизменяется: если в юности на первый план выходят социальные сравнения, то в зрелом возрасте фокус смещается в сторону запроса на пластическую хирургию.

Литература

1. Погонцева, Д. В. Интернет-шутки о пищевом поведении как источник стереотипов здорового образа жизни: к постановке проблемы / Д. В. Погонцева // Здоровый образ жизни. — 2026. — № 4. — С. 9–15.
2. Погонцева, Д. В. Шутки про пищевое поведение: отношение к полноте и пропаганда орторексии / Д. В. Погонцева // International Journal of Medicine and Psychology. — 2025. — Т. 8, № 5. — С. 265–271.
3. Тарханова, П. М. Социальные и психологические факторы физического перфекционизма и неудовлетворенности своим телом / П. М. Тарханова, А. Б. Холмогорова // Психологическая наука и образование. — 2011. — Т. 16, № 5. — С. 52–60.
4. Холмогорова, А. Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра / А. Б. Холмогорова. — Москва : Медпрактика-М, 2011. — 479 с. — ISBN 978-5-98803-233-5.
5. Major, B. The ironic effects of weight stigma / B. Major, J. M. Hunger, D. P. Bunyan, C. T. Miller // Journal of Experimental Social Psychology. — 2014. — Vol. 51. — P. 74–80. — DOI 10.1016/j.jesp.2013.11.009.

ДИАГНОСТИКА ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЫ, ОБРАЗА ТЕЛА И КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ У ЖЕНЩИН С РИСКОМ РАССТРОЙСТВ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ

Скиртач И. А.
ФГАОУ ВО ЮФУ, Ростов-на-Дону, Россия
iskirtach@sfedu.ru

Ключевые слова: риск расстройств пищевого поведения, образ тела, копинг-стратегии, тревога.

DIAGNOSTIC ASSESSMENT OF EMOTIONAL FUNCTIONING, BODY IMAGE, AND COPING STRATEGIES IN WOMEN AT RISK FOR EATING DISORDERS

Skirtach I. A.
Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia
iskirtach@sfedu.ru

Keywords: eating disorder risk, body image, coping strategies, anxiety.

Введение. Для клинико-психологической диагностики нарушений пищевого поведения принципиально важно различать наличие установленного расстройства и повышенный риск, выявляемый с помощью скрининговых методик. Современные обзоры указывают на значимость неблагоприятного

образа тела и трудностей эмоциональной регуляции при РПП [1, 3], а также на более частое использование избегающе- и эмоционально-фокусированного совладания [2]. Это обосновывает необходимость комплексной оценки образа тела, эмоционального состояния и копинг-стратегий в группе риска.

Цель — изучить особенности эмоциональной сферы, образа собственного тела и совладающего поведения у женщин с повышенным риском расстройств пищевого поведения по данным психологического скрининга.

Материал и методы. Эмпирические данные получены в исследовании, в котором первоначально были обследованы 122 женщины 20–40 лет; после исключения 11 протоколов вследствие некорректного выполнения ряда методик и двух участниц с установленным диагнозом «нервная анорексия» в итоговый анализ вошли 109 женщин. Группа риска по EAT-26 (≥20) — 57 человек, контрольная группа (<20) — 52 человека. Использовались EAT-26, DEBQ, Опросник образа собственного тела О. А. Скугаревского и С. В. Сивухи, DASS-21 и «Индикатор копинг-стратегий» Дж. Амирхана. Для статистической обработки данных применялся U-критерий Манна-Уитни, рангово-бисериальный коэффициент эффекта, поправка Холма. Описательные показатели представлены в виде среднего значения и стандартного отклонения.

Результаты. EAT-26 использовался для формирования групп, его значения отражают скрининговое разделение выборки, при этом средний показатель по методике составил 25,97 ± 4,02 балла в группе риска и 9,51 ± 4,26 балла в контрольной группе.

По показателю образа тела, обозначенному в базе как «удовлетворенность телом», группа риска имела существенно более низкие значения, чем контрольная: 32,79 ± 13,48 против 61,55 ± 14,60 ($U = 234,0$; $p < 0,001$; $r = –0,84$). Большая величина эффекта указывает на выраженность различий. Неблагоприятное отношение к собственному телу является одной из наиболее заметных психологических характеристик группы риска, создающих эмоционально значимую область самооценки. Это согласуется с современными данными о тесной связи телесной неудовлетворенности с симптоматикой РПП [1]. Вместе с тем данный показатель отражает субъективное отношение к телу и сам по себе не подтверждает наличие перцептивного искажения или клинического расстройства.

По DASS-21 у группы риска были выше показатели тревоги — 15,85 ± 4,62 против 7,93 ± 4,62 ($U = 345,0$; $p < 0,001$; $r = 0,77$), депрессии — 18,74 ± 5,52 против 5,33 ± 4,44 ($U = 87,0$; $p < 0,001$; $r = 0,94$) и стресса — 19,82 ± 4,85 против 8,42 ± 5,49 ($U = 198,0$; $p < 0,001$; $r = 0,87$). Различия сохранялись после поправки Холма. Крупные эффекты по всем трем шкалам показывают, что риск РПП в данной выборке сочетался с общим эмоциональным дистрессом, а не с одним изолированным переживанием. В диагностическом плане это обосновывает обязательную оценку аффективной симптоматики и эмоциональной регуляции [3].

В копинг-профиле значимое различие выявлено только по стратегии «избегание проблем»: 22,07 ± 5,59 против 18,69 ± 5,70 (U = 992,0; p = 0,003; pHolm = 0,012; r = 0,33). По стратегиям «решение проблем» (U = 1401,0; p = 0,625) и «поиск социальной поддержки» (U = 1425,5; p = 0,734) различий не обнаружено. Следовательно, речь идет не о глобальном дефиците конструктивного совладания, а о специфически большей выраженности избегания. Такой профиль может отражать тенденцию дистанцироваться от эмоционально напряженных ситуаций вместо их активного разрешения. Систематические обзоры также отмечают значение избегающе-ориентированного совладания при РПП [2].

По DEBQ в группе риска были выше показатели ограничительного (3,60 ± 0,61 против 2,49 ± 0,74; p < 0,001), эмоциогенного (3,88 ± 0,66 против 2,02 ± 0,75; p < 0,001) и экстернального пищевого поведения (3,21 ± 0,69 против 2,85 ± 0,62; p = 0,007; pHolm = 0,022). Наиболее выраженное различие отмечено для эмоциогенного типа. Это указывает на более тесную связь приема пищи с эмоциональным состоянием (вероятно, пища используется в связи с попыткой изменить субъективное эмоциональное состояние), одновременно повышение ограничительного поведения свидетельствует о выраженном сознательном контроле питания. Сочетание этих тенденций показывает, что риск РПП не сводится к одному типу пищевого поведения и требует анализа его структуры. Выявленный профиль может отражать сочетание взаимосвязанных регуляторных механизмов.

Выводы. Диагностическая ценность полученных результатов состоит не только в выявлении отдельных различий между группами, но и в определении их сочетания. Для женщин группы риска характерен профиль, включающий неблагоприятный образ тела, выраженный эмоциональный дистресс, повышенную представленность избегания и сочетание эмоциогенного с ограничительным пищевым поведением. Такой профиль может рассматриваться как основание для углубленной клинико-психологической диагностики, направленной на выявление не только симптомов нарушенного пищевого поведения, но и потенциально поддерживающих его эмоционально-регуляторных механизмов. Практическое значение этого подхода заключается в возможности более раннего выделения групп психологического риска и определения дифференцированных мишеней профилактической и психокоррекционной работы — образа тела, эмоциональной регуляции и избегающего совладания. Полученные данные не позволяют устанавливать причинные отношения или клинический диагноз и требуют дальнейшей проверки в продольных исследованиях.

Литература

1. Body image, self-esteem, emotion regulation, and eating disorders in adults : a systematic review / M. Abdoli, E. Schiechtl, M. S. Rosato [et

al.] // Neuropsychiatrie. — 2025. — Vol. 39, No. 3. — P. 118–132. — DOI 10.1007/s40211-025-00544-4.

2. Jiménez-Padilla, C. Coping strategies adopted when faced with stress and eating disorders : a systematic review / C. Jiménez-Padilla, A. J. Vázquez Morejón, S. Arias-Sánchez // Eating Behaviors. — 2025. — Vol. 57. — Art. 101966. — DOI 10.1016/j.eatbeh.2025.101966.

3. The role of emotion regulation in eating disorders : a network meta-analysis approach / J. Leppanen, D. Brown, H. McLinden [et al.] // Frontiers in Psychiatry. — 2022. — Vol. 13. — Art. 793094. — DOI 10.3389/fpsyt.2022.793094.

ДЕТСКИЙ ТРАВМАТИЧЕСКИЙ ОПЫТ И ЭМОЦИОНАЛЬНОЕ ПЕРЕЕДАНИЕ: РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ РЕГУЛЯЦИИ, СТЫДА И ОБРАЗА ТЕЛА

Устюжанина М. Н.
ФГБОУ ВО «Тольяттинский государственный университет»,
Тольятти, Россия
ustmrn@gmail.com

Ключевые слова: детский травматический опыт, стыд, образ тела, пищевое поведение, эмоциональное переедание.

CHILDHOOD TRAUMATIC EXPERIENCES AND EMOTIONAL OVEREATING: THE ROLE OF EMOTION REGULATION, SHAME, AND BODY IMAGE

Ustyuzhanina M. N.
Togliatti State University, Togliatti, Russia
ustmrn@gmail.com

Keywords: childhood traumatic experience, shame, body image, eating behavior, emotional overeating.

Введение. Расстройства пищевого поведения представляют собой гетерогенную группу нарушений, включающих как клинические формы (нервная анорексия, булимия), так и субклинические проявления, среди которых особое место занимает эмоциональное переедание. В отличие от ограничительных форм пищевого поведения, эмоциональное переедание характеризуется употреблением пищи не в ответ на физиологический голод, а как реакция на эмоциональное напряжение. Современные исследования указывают на то, что эмоциональное переедание может рассматриваться как дезадаптивная стратегия регуляции эмоциональ-

ных состояний. В условиях дефицита навыков распознавания и переработки эмоций индивид может использовать пищу в качестве средства снижения внутреннего напряжения, что приводит к формированию устойчивых поведенческих паттернов [2].

Одним из факторов, способствующих формированию подобных стратегий, является детский травматический опыт. Под детской травмой понимается совокупность неблагоприятных воздействий, пережитых в раннем возрасте, включая эмоциональное пренебрежение, физическое и психологическое насилие, нестабильность семейной среды. Данные переживания оказывают длительное влияние на развитие эмоциональной сферы, включая формирование нарушений эмоциональной регуляции. В ряде исследований показано, что лица с опытом детской травмы демонстрируют более высокий уровень эмоциональной дисрегуляции, включая трудности в идентификации и выражении эмоций, склонность к избеганию негативных переживаний и использование внешних средств для их подавления. В этом контексте пищевое поведение может выполнять функцию психологической защиты, позволяя временно снижать интенсивность переживаемых эмоций [1, 6].

Теоретическое осмысление расстройств пищевого поведения в последние десятилетия все в большей степени смещается от рассмотрения исключительно поведенческих и физиологических аспектов к анализу глубинных психологических механизмов, лежащих в их основе. В рамках данного подхода нарушения пищевого поведения рассматриваются не только как дезадаптивные паттерны, связанные с контролем веса или внешнего вида, но и как способы регуляции внутреннего эмоционального состояния. Особое место в этой логике занимает изучение детского травматического опыта как одного из факторов, формирующих уязвимость к подобным нарушениям.

Детский травматический опыт представляет собой широкий спектр неблагоприятных воздействий, включающих эмоциональное пренебрежение, избыточный контроль со стороны значимых взрослых, критику внешности, а также физическое и словесное насилие. В отличие от острых травматических событий, подобные формы воздействия часто носят хронический характер и могут не осознаваться как травматические, однако оказывают значительное влияние на формирование личности. В условиях эмоционального пренебрежения ребенок лишается возможности адекватного отражения и валидизации своих переживаний, что затрудняет развитие способности распознавать и дифференцировать собственные эмоции. Избыточный контроль и жесткие требования формируют ориентацию на внешние стандарты и снижают ощущение автономии, а критика внешности усиливает фиксацию на теле как на значимом объекте оценки [5, 7].

В совокупности данные факторы создают предпосылки для нарушения процессов эмоциональной регуляции. Эмоциональная регуляция понима-

ется как способность человека осознавать, принимать и модифицировать свои эмоциональные состояния в соответствии с требованиями ситуации. При неблагоприятном детском опыте эта способность формируется фрагментарно: эмоции могут восприниматься как чрезмерные, неконтролируемые или недопустимые. В результате человек оказывается в ситуации, когда он либо избегает контакта с переживаниями, либо стремится к их быстрому подавлению, что повышает вероятность обращения к внешним способам снижения напряжения, в том числе к пищевому поведению.

Существенную роль в этом процессе играет переживание стыда [3, 10]. Стыд представляет собой самооценочную эмоцию, связанную с восприятием собственной несоответствующей ценности и ощущением дефектности. Хронический стыд часто формируется в условиях критики, сравнения и эмоционального игнорирования в детстве и может закрепляться как фоновое эмоциональное состояние. В контексте пищевого поведения стыд тесно связан с восприятием собственного тела и усиливает негативный образ себя.

Негативный образ тела представляет собой когнитивно-эмоциональную конструкцию, включающую недовольство внешностью, склонность к сравнению и переживание несоответствия идеалам. Формирование данного образа начинается в детстве и подростковом возрасте под влиянием семейных установок и социальных норм. В дальнейшем он может выступать самостоятельным источником эмоционального напряжения и усиливать склонность к дезадаптивным стратегиям его снижения.

Важным звеном в данной системе является также феномен контроля. Избыточный контроль может формироваться как ответ на непредсказуемость и небезопасность среды в детстве. Во взрослом возрасте это может проявляться как стремление к жесткому контролю над телом и питанием либо, напротив, как утрата контроля в ситуациях эмоционального напряжения, что приводит к эпизодам переедания.

В этой связи расстройства пищевого поведения могут рассматриваться как формы психологической адаптации, направленные на регуляцию эмоционального состояния. Ограничительное поведение связано с попыткой восстановления контроля и снижения тревоги, компенсаторные формы направлены на уменьшение чувства вины, однако наиболее распространенной формой в неклинических выборках является эмоциональное переедание. Эмоциональное переедание представляет собой употребление пищи в ответ на эмоциональные состояния, а не на физиологическое чувство голода, и выполняет функцию быстрого снижения напряжения. При этом формируется замкнутый круг: усиление негативных эмоций — переедание — кратковременное облегчение — усиление стыда и недовольства собой [8].

Таким образом, можно предположить, что влияние детского травматического опыта на формирование нарушений пищевого поведения реализуется

через систему взаимосвязанных психологических механизмов, включающих дефициты эмоциональной регуляции, хронический стыд, стремление к контролю и негативный образ тела. В данной логике эмоциональное переедание рассматривается не как изолированный симптом, а как функционально обусловленная стратегия, сформированная в контексте раннего опыта и поддерживаемая текущими эмоциональными процессами [4].

Представленная теоретическая модель позволяет рассматривать расстройства пищевого поведения в более широком психологическом контексте и служит основанием для эмпирического исследования взаимосвязей между детским травматическим опытом, эмоциональными характеристиками и особенностями пищевого поведения.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 75 респондентов в возрасте от 20 до 68 лет, среди которых 77,3% составили женщины и 22,7% — мужчины. Сбор данных осуществлялся методом онлайн-опроса. В исследовании использовался авторский опросник детского травматического опыта, эмоциональных факторов и характеристик пищевого поведения, разработанный на основе теоретических подходов к изучению детской травмы, эмоциональной регуляции и нарушений пищевого поведения. Опросник включал блоки, направленные на оценку детского травматического опыта, эмоциональных и когнитивных факторов во взрослом возрасте, а также характеристик пищевого поведения и субъективного влияния этих факторов на повседневную жизнь. Для анализа данных использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена, статистическая значимость оценивалась на уровне $p < 0,05$.

Результаты. Согласно данным описательной статистики, наиболее выраженными показателями среди исследуемых переменных оказались контроль ($M = 3,10$), негативный образ тела ($M = 2,77$), эмоциональная регуляция ($M = 2,71$) и стыд ($M = 2,67$). Среди признаков расстройств пищевого поведения наибольшие значения наблюдаются по шкале переедания ($M = 2,62$), тогда как рестриктивное поведение выражено существенно слабее ($M = 1,75$), что указывает на преобладание эмоционального переедания в выборке.

Корреляционный анализ выявил ряд статистически значимых взаимосвязей. Установлена положительная связь между признаками детской травмы и трудностями эмоциональной регуляции ($\rho = 0,404$, $p < 0,001$), а также со стыдом ($\rho = 0,308$, $p = 0,007$). Эмоциональная регуляция демонстрирует значимые положительные связи со стыдом ($\rho = 0,455$, $p < 0,001$), контролем ($\rho = 0,374$, $p < 0,001$) и негативным образом тела ($\rho = 0,434$, $p < 0,001$). Выявлены статистически значимые связи между признаками расстройств пищевого поведения и стыдом ($\rho = 0,385$, $p < 0,001$), контролем ($\rho = 0,233$, $p = 0,044$), а также негативным образом тела ($\rho = 0,388$, $p < 0,001$).

Прямая связь между детской травмой и признаками расстройств пищевого поведения не достигла статистической значимости ($\rho = 0,149$,

$p = 0{,}201$), что указывает на опосредованный характер влияния травматического опыта. Дополнительно выявлено, что снижение субъективного качества жизни связано с более высоким уровнем стыда ($\rho = 0{,}586$, $p < 0{,}001$), негативного образа тела ($\rho = 0{,}692$, $p < 0{,}001$) и признаков расстройств пищевого поведения ($\rho = 0{,}476$, $p < 0{,}001$).

Полученные результаты позволяют рассматривать эмоциональное переедание как одну из ключевых форм регуляции эмоционального состояния у взрослых с опытом детского травматического воздействия. Наиболее выраженными характеристиками выборки являются эмоциональная дисрегуляция, высокий уровень стыда и негативный образ тела, что согласуется с современными моделями нарушенного пищевого поведения.

Использованный в исследовании инструмент — авторский опросник детского травматического опыта, эмоциональных факторов и характеристик пищевого поведения — был разработан самостоятельно на основе теоретического анализа и не прошел полноценную психометрическую валидацию. Исследование носит пилотный характер, что ограничивает возможность обобщения результатов, однако позволяет выявить первичные эмпирические закономерности.

Результаты позволяют предположить следующую модель: детский травматический опыт связан с формированием стыда и нарушений эмоциональной регуляции, которые усиливают потребность в контроле и способствуют формированию негативного образа тела, что в совокупности связано с развитием эмоционального переедания как стратегии регуляции аффекта.

К ограничениям исследования относятся пилотный характер выборки, использование авторского опросника без психометрической валидации, преимущественно женская выборка и опора на самоотчетные данные. Перспективными направлениями дальнейших исследований являются расширение выборки, проверка психометрических свойств разработанного инструмента, а также анализ медиаторных моделей и выделение подтипов пищевого поведения.

Проведенное исследование позволяет сделать вывод о том, что влияние детского травматического опыта на пищевое поведение носит преимущественно опосредованный характер и реализуется через систему эмоциональных и когнитивных механизмов. Наиболее значимыми из них являются стыд, нарушения эмоциональной регуляции и негативный образ тела. Эмоциональное переедание в данном контексте может рассматриваться как функциональный, хотя и дезадаптивный способ совладания с внутренним напряжением, сформированный в условиях раннего неблагоприятного опыта и сохраняющийся во взрослом возрасте.

Полученные результаты имеют значимую практическую ценность для психологического консультирования и психотерапевтической работы с лицами, демонстрирующими признаки нарушенного пищевого

поведения, в частности эмоционального переедания. Выявленные взаимосвязи позволяют рассматривать пищевое поведение не только как поведенческий симптом, но и как элемент более широкой системы эмоциональной регуляции, сформированной в контексте раннего опыта.

В рамках консультативной практики это означает необходимость смещения фокуса с исключительно поведенческого уровня (контроль питания, формирование пищевых привычек) на анализ эмоциональных и когнитивных механизмов, лежащих в основе данных проявлений. В частности, эмоциональное переедание может рассматриваться как способ совладания с внутренним напряжением, возникающим в результате дефицитов эмоциональной регуляции и актуализации переживания стыда.

С учетом полученных данных особое значение приобретает работа с эмоциональной регуляцией. Практически это может включать развитие навыков распознавания и дифференциации эмоциональных состояний, повышение толерантности к негативным переживаниям, а также формирование альтернативных, более адаптивных стратегий совладания. В данном контексте работа с телесной осознанностью и восстановлением контакта с сигналами голода и насыщения может выступать дополнительным направлением интервенции.

Не менее значимым направлением является проработка переживания стыда, который, согласно результатам исследования, выступает одним из центральных факторов, связанных с нарушенным пищевым поведением. Хронический стыд может поддерживать негативное самоотношение и усиливать потребность в компенсаторных стратегиях, включая переедание. В консультативной работе это требует создания безопасного терапевтического пространства, в котором возможно постепенное осознавание и переработка данного переживания без усиления самокритики.

Особое внимание также следует уделять феномену негативного образа тела. Полученные результаты подтверждают его значимую связь как с эмоциональными факторами, так и с признаками нарушенного пищевого поведения. В практическом плане это предполагает работу с когнитивными установками, связанными с восприятием собственного тела, снижение уровня сравнения и критичности, а также формирование более интегрированного и принимающего отношения к телесному опыту.

Фактор контроля, выявленный в исследовании, также требует дифференцированного подхода. С одной стороны, стремление к контролю может выступать как попытка стабилизации внутреннего состояния, с другой — его ригидность или, напротив, утрата могут способствовать формированию дезадаптивных поведенческих паттернов. В этой связи задачей консультирования становится не усиление контроля как такового, а развитие гибкости в его использовании.

Важным практическим выводом является понимание опосредованного характера влияния детского травматического опыта. Отсутствие прямой свя-

зи с признаками нарушенного пищевого поведения при наличии значимых связей через эмоциональные и когнитивные факторы указывает на необходимость работы не столько с самим фактом травмы, сколько с ее психологическими последствиями. Это позволяет выстраивать терапевтический процесс более экологично, избегая преждевременной травматизации клиента.

Выводы. Полученные результаты поддерживают интегративный подход к консультированию, в рамках которого нарушения пищевого поведения рассматриваются как часть более широкой системы психологического функционирования. Работа с эмоциональной регуляцией, стыдом, образом тела и механизмами контроля может рассматриваться как ключевые направления психологической помощи, направленной не только на снижение симптоматики, но и на повышение общего уровня психологического благополучия.

Литература

1. Антонова, Н. Л. Социальные факторы формирования пищевых расстройств: опыт социологического исследования / Н. Л. Антонова, Д. В. Нагноенко // Acta Biomedica Scientifica. — 2024. — Т. 9, № 1. — С. 23–31. — DOI 10.29413/ABS.2024-9.1.3.

2. Бобровский, А. В. Является ли приступообразное переедание самостоятельным заболеванием? / А. В. Бобровский, Г. Э. Мазо, Е. А. Колотильщикова // Социальная и клиническая психиатрия. — 2015. — Т. 25, № 3. — С. 84–92.

3. Боголюбова, О. Н. Психологические и психофизиологические характеристики переживания стыда: роль неблагоприятного детского опыта / О. Н. Боголюбова, Е. В. Киселева // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. — 2015. — № 2. — С. 30–44.

4. Василькова, Ж. Г. Возможности психокоррекции и психотерапии при психогенном переедании / Ж. Г. Василькова // Психология. Психофизиология. — 2022. — Т. 15, № 4. — С. 47–58. — DOI 10.14529/jpps220405.

5. Кудашова, Л. Н. Факторы формирования образа тела ребенка: теоретический анализ проблемы негативного влияния / Л. Н. Кудашова // Вестник науки и образования. — 2026. — № 1 (168), ч. 1. — С. 44–48. — DOI 10.24411/2312-8089-2026-10106.

6. Левинцова, М. И. Взаимосвязь представлений о детском опыте и характеристик переживания стыда у взрослых / М. И. Левинцова, Н. Л. Плешкова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Психология. — 2023. — Т. 13, № 4. — С. 537–551. — DOI 10.21638/spbu16.2023.407.

7. Малкина-Пых, И. Г. Перфекционизм и удовлетворенность образом тела в структуре личности пациентов с нарушениями пищевого поведения и алиментарным ожирением / И. Г. Малкина-Пых // Экология человека. — 2010. — № 1. — С. 21–27.

8. Малкина-Пых, И. Г. Терапия пищевого поведения: справочник практического психолога / И. Г. Малкина-Пых. — Москва: Эксмо, 2007. — 1037, [1] с.: ил., табл. — ISBN 978-5-699-20742-8.

9. Ремиш, Е. С. Исследование психологических аспектов психогенного переедания / Е. С. Ремиш, С. В. Рыбников // Столыпинский вестник. — 2023. — № 1. — С. 163–175.

10. Терешечкина, М. Ю. Факторы влияния на формирование жизнестойкости в детском возрасте / М. Ю. Терешечкина // Вестник науки и образования. — 2025. — № 11 (166), ч. 1. — С. 46–49.

ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ У ЛИЦ С ОЖИРЕНИЕМ

Чехонина Ю. Г.[1, 2], Гаппарова К. М.[1]
[1] ФГБУН «ФИЦ питания и биотехнологии», Москва, Россия
[2] ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия
juliya_chehonina@mail.ru

Ключевые слова: ожирение, бариатрическая хирургия, психоэмоциональный статус, тревога, депрессия.

PSYCHODIAGNOSTIC INDICATORS AND FEATURES OF EMOTIONAL STATE IN PERSONS WITH OBESITY

Chekhonina Yu. G.[1, 2], Gapparova K. M.[1]
[1] Federal Research Center for Nutrition and Biotechnology, Moscow, Russia
[2] N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia
juliya_chehonina@mail.ru

Keywords: obesity, bariatric surgery, psychoemotional status, anxiety, depression.

Введение. Увеличение распространённости ожирения сопровождается высокой частотой психоэмоциональных нарушений, формирующих взаимоусугубляющий патогенетический круг с основным заболеванием [1, 3, 4]. Данные литературы свидетельствуют о неоднозначной динамике психоэмоционального статуса после хирургического лечения ожирения — наряду с улучшением качества жизни нередко сохраняются тревожно-депрессивная симптоматика и нарушения пищевого поведения, что подчёркивает необходимость комплексного подхода к реабилитации таких пациентов [1–5].

Цель. Оценка показателей тревоги и депрессии по шкале HADS у пациентов с ожирением в зависимости от наличия и вида бариатрического вмешательства для оптимизации комплексной программы реабилитации.

Материал и методы. Обследовано 47 пациентов, из них 31 женщина и 16 мужчин, находившихся на стационарном лечении с диагнозом ожирение I–III степени. Из них 35 пациентов перенесли бариатрические вмешательства. Больные были распределены на две основные группы в зависимости от вида оперативного вмешательства и группу сравнения. В первую группу вошли 14 пациентов, перенёсших продольную резекцию желудка (ПРЖ); во вторую — 16 пациентов, перенёсших минигастрошунтирование (МГШ). Группу сравнения составили 17 пациентов без бариатрического лечения в анамнезе. Давность оперативного вмешательства у пациентов основных групп варьировала от 6 месяцев до 10 лет. Всем пациентам в условиях стационара проводили психодиагностическое тестирование с использованием госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) для выявления соответствующих симптомов.

Результаты. По данным психодиагностического тестирования с применением госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS), у пациентов основных групп, перенёсших бариатрические вмешательства, выявлен повышенный уровень тревожно-депрессивной симптоматики по сравнению с группой сравнения.

В группе пациентов, перенёсших продольную резекцию желудка (ПРЖ; n = 14), субклинически выраженные проявления тревоги и депрессии зарегистрированы у 50% обследованных, клинически выраженные — у 25%.

В группе пациентов после минигастрошунтирования (МГШ; n = 16) субклинические проявления отмечены у 45%, клинически выраженные — у 29%.

В группе сравнения (пациенты с ожирением без бариатрического лечения в анамнезе; n = 17) соответствующие показатели составили 33% для субклинической симптоматики и 18% — для клинически выраженной.

Сравнительный анализ демонстрирует, что доля пациентов с субклиническими проявлениями тревоги и депрессии была наибольшей в группе ПРЖ (50%) и превышала показатель группы сравнения на 17 процентных пунктов (п.п). В группе МГШ этот показатель (45%) также превышал уровень группы сравнения, но в меньшей степени — на 12 п.п.

Относительно клинически выраженной симптоматики наибольшая доля зафиксирована в группе МГШ (29%), что на 11 п.п. выше, чем в группе сравнения. В группе ПРЖ доля составила 25%, превышая показатель группы сравнения на 7 п.п.

Выводы:

1. У пациентов с ожирением I–III степени, перенёсших бариатрические вмешательства (ПРЖ или ГШ), по данным психодиагностического

тестирования (HADS), отмечается более высокий уровень тревожно-депрессивной симптоматики по сравнению с пациентами, не имеющими хирургического лечения в анамнезе.

2. Выявленный повышенный уровень тревожно-депрессивных расстройств у пациентов после бариатрического лечения может снижать приверженность диетотерапии в послеоперационном периоде, что диктует необходимость учёта эмоционального статуса при разработке индивидуализированных диетологических рекомендаций.

3. Включение психотерапевтической поддержки и сопровождения в программы реабилитации пациентов после хирургического лечения ожирения является обоснованным и способствует повышению эффективности комплексной терапии алиментарно-зависимых нарушений, в том числе за счёт улучшения приверженности диетотерапии [2, 3, 5].

Литература

1. Гарданова, Ж. Р. Психологические факторы как предикторы принятия решения о хирургической коррекции при нарушении пищевого поведения и нарушении восприятия образа тела у пациентов после бариатрических операций / Ж. Р. Гарданова, М. А. Некрасов, Т. Н. Разуваева [и др.] // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. — 2023. — Т. 12, № 1А. — С. 190–199. — DOI 10.34670/AR.2023.36.91.019.

2. Неймарк, А. Е. Индивидуальная модель психологического сопровождения пациентов бариатрической хирургии «12 мишеней» / А. Е. Неймарк, Ш. А. Еганян // Ожирение и метаболизм. — 2023. — Т. 20, № 4. — С. 355–362. — DOI 10.14341/omet12936.

3. Четверкина, Е. Д. Приверженность к соблюдению врачебных рекомендаций у пациентов с морбидным ожирением до и после бариатрических операций / Е. Д. Четверкина, И. Л. Гуреева, Е. Р. Исаева [и др.] // Ученые записки Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова. — 2022. — Т. 29, № 4. — С. 16–24. — DOI 10.24884/1607-4181-2022-29-4-16-24.

4. Чехонина, Ю. Г. Особенности психоэмоционального статуса у пациентов с ожирением / Ю. Г. Чехонина, К. М. Гаппарова, О. А. Гладышев // Вопросы диетологии. — 2022. — Т. 12, № 2. — С. 15–19. — DOI 10.20953/2224-5448-2022-2-15-19.

5. Ялтонский, В. М. Динамика восприятия болезни и саморегуляции у пациентов с морбидным ожирением через три месяца после бариатрической хирургии / В. М. Ялтонский, И. Н. Абросимов, Н. А. Сирота [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. — 2024. — Т. 32, № 3. — С. 28–47. — DOI 10.17759/cpp.2024320302.

Раздел 8. ПРОБЛЕМЫ РЕАБИЛИТАЦИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

СВОЕВРЕМЕННОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО ПРИ ТИКОВЫХ РАССТРОЙСТВАХ В РАННЕМ ПОДРОСТКОВОМ ВОЗРАСТЕ (13 ЛЕТ): ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ, ЭТИОЛОГИЯ И ТЕРАПИЯ CPIT

Георгиева З. К.
ВТУ им. Святых Кирилла и Мефодия, Велико-Тырново, Болгария
zl.georgieva@gmail.com

Ключевые слова: тиковые расстройства, подростковый возраст, психологический профиль, раннее вмешательство, терапия CPIT.

TIMELY INTERVENTION FOR TIC DISORDERS IN EARLY ADOLESCENCE (AGE 13): PSYCHOLOGICAL PROFILE, ETIOLOGY, AND CPIT THERAPY

Georgieva Z. K.
St. Cyril and St. Methodius University of Veliko Tarnovo,
Veliko Tarnovo, Bulgaria
zl.georgieva@gmail.com

Keywords: tic disorders, adolescence, psychological profile, early intervention, CPIT therapy.

1. Клинико-психологический профиль: молодой человек с высокими достижениями и риском развития хронического заболевания

В современной клинической психологии переход от детства к раннему подростковому возрасту имеет решающее значение для закрепления поведенческих моделей. Клинические данные свидетельствуют о том, что, если патологические модели поведения и эмоциональная дезадаптация не будут скорректированы к тринадцати годам, возникает серьезный риск их перехода в хронические состояния, оказывающие влияние на социальную жизнь [3]. В этот «сенситивный период» у ребенка с высоким когнитивным потенциалом, подтвержденным с помощью таких стандартизированных методик, как WISC-IV (Шкала интеллекта Векслера для детей) и прогрессивные матрицы Равена, наблюдается особый психологический фенотип, при котором интеллектуальная одаренность парадоксальным образом становится этиологическим фактором возникновения тиков, таких как:

• Перфекционизм и когнитивный диссонанс: высоко функциональные молодые люди реально существуют в состоянии постоянного внутренне-

го конфликта между высокими академическими требованиями и личными стремлениями к совершенству. Этот перфекционизм порождает соматическое напряжение. Здесь проявляется «детский реализм»: подросток не способен воспринимать вещи объективно, такими, какие они есть, а преломляет их через эгоцентрический фильтр собственного страха неудачи.

• Чувствительность к вопросам справедливости и контроля: в ходе терапевтических сессий наблюдаем, что такие подростки часто фиксируются на ощущении потери контроля над собственным телом. Высокий уровень интеллекта усиливает их чувствительность к социальной справедливости, что при наличии тиков приводит к глубокой фрустрации и социальной депривации.

• Семейная динамика усиливает или подавляет симптоматику: с точки зрения Л. Выготского, семья должна функционировать в пределах «зоны ближайшего развития» подростка, обеспечивая основу для эмоциональной саморегуляции [1]. Такая поддержка должна способствовать развитию автономии, не допуская при этом формирования того «рекламного образа личности», о котором предупреждает Хаим Гинотт [2].

Этиология тиков часто связана с органическими нарушениями или специфическими функциональными особенностями центральной нервной системы (ЦНС), однако их развитие тесно сопряжено с социальным контекстом. Подростки тринадцати лет подвержены значительному риску «вторичной депривации» — состояния, при котором эмоциональные и социальные потребности подростка остаются хронически неудовлетворенными вследствие стигматизации и отвержения сверстниками. Такая изоляция подталкивает подростка к деструктивному поведению или аутоагрессии, превращая тик из неврологического симптома в сложную психосоциальную проблему.

2. Теоретическая и клиническая основа терапии CPIT

Комплексная поведенческая терапия тиков основана на научном предположении о том, что поведенческие модели обладают бесконечной гибкостью и поддаются модификации. Она базируется на функциональном анализе, который деконструирует тик из изолированного симптома в элемент сложной системы.

В рамках функционального анализа (методы STAR и ABC) мы применяем подход STAR (Settings — условия/обстановка, Triggers — триггеры, Actions — действия, Results — результаты). Анализ ABC позволяет выявить подкрепляющие факторы — например, то, как «стремление к контролю» или «скука» влияют на частоту тиков.

Модель STAR включает следующие этапы:

Условия (Settings): контекст, в котором возникает тик (например, отсутствие интереса к уроку, шум, зрительные раздражители, сильное стремление к контролю).

Триггеры (Triggers): специфическое внутреннее сенсорное напряжение, которое подросток ощущает перед тиком.

Действия (Actions): сам физический тик (частота, интенсивность, продолжительность).

Результаты (Results): мгновенное снятие напряжения, выступающее в роли «отрицательного подкрепления» и закрепляющее привычку; последствия, поддерживающие данное поведение (внимание, привычка, контроль).

Тренинг осознанности (Awareness Training): идентификация тика как конкретного физиологического действия. Подросток учится распознавать «предвестниковые позывы» (Premonitory Urges) — сенсорные сигналы, выступающие в роли внутренних пусковых механизмов (Triggers).

Конкурирующее действие (Competing Response): этот метод преподносится как форма «физической антитезы». Мы используем свойственное подростку стремление к совершенству, чтобы мотивировать его выполнять движение, физически несовместимое с тиком (например, ритмичное дыхание при вокальных тиках).

Модуляции среды и принципы подкрепления: клиническая точность требует создания структурированной обстановки с четкими физическими и визуальными границами (например, использование перегородок, ограничение слуховых и зрительных раздражителей). Ключевым элементом является применение принципов похвалы, сформулированных Хаимом Гиноттом [2]. Согласно источнику, прямая похвала личности подобна прямым солнечным лучам: она ослепляет и порождает неуверенность в себе. Поэтому в рамках методики CBIT подкрепление должно быть избирательным и касаться исключительно усилий и достижений подростка, а не его личности, чтобы избежать формирования неадекватного представления о себе.

3. Клинический протокол (8–10 сеансов)

Терапевтический план для работы с подростками в возрасте от 13 лет имеет структурированный характер и включает диагностику, поведенческую терапию и профилактику рецидивов.

Терапевтический процесс структурирован в 8–10 сеансов, с использованием клинической схемы CBIT-терапии, методологии STAR (Settings, Triggers, Actions, Results) и ABC-анализа для расшифровки функции тиков. Руководящим фактором является принцип индивидуального плана, разработанного с учетом профиля молодого человека.

Сессии 1–2: Функциональная оценка и «Детектив по поиску тиков».

Создание доверия. Оценка уровня интеллекта (тест WISC-IV) и проведение проективных методик. Разъяснение нейробиологической природы тиков.

Сессии 3–5: Построение иерархии и развитие навыка осознанности.

Подросток описывает свои тики с точки зрения их интенсивности. Вводится понятие «предвестниковое ощущение» (premonitory urge); терапевт учит подростка распознавать самые ранние признаки телесного напряжения. Цель — перенести процесс из подкорковых структур в лобные доли мозга, сделав его тем самым поддающимся волевой регуляции.

Формирование конкурирующей реакции: для блокирования выполнения тика используется физически несовместимая с ним поза. Этот метод непосредственно тренирует исполнительные функции, тем самым восстанавливая адаптивные способности и социальную интеграцию.

Сессии 6–7: Функциональные вмешательства и организация среды.

Анализ «триггеров» в школе и дома. Применение принципов «структурированной среды»: установление четких визуальных границ и минимизация зрительных и слуховых раздражителей.

Использование «визуальных расписаний» для обеспечения предсказуемости и чувства безопасности.

Сессии 8–9: Социальная интеграция.

Разработка плана действий для самостоятельного преодоления трудностей. Моделирование поведения в сложных социальных ситуациях. Это способствует преодолению социальной дезадаптации и фрустрации.

Техники релаксации и методы управления школьным стрессом. Например, диафрагмальное дыхание для снижения двигательного возбуждения или глубокое дыхание для регуляции эмоциональных состояний. Обучение навыкам ограничения зрительных раздражителей.

Сессии 9–10: Закрепление автономии и предотвращение рецидива.

Переход от внешних поощрений к внутреннему подкреплению.

Применение принципа «Помоги мне сделать это самому». Подросток берет на себя полную ответственность за выполнение терапевтической программы, что укрепляет чувство автономии и компетентности. Социальные истории и семейная модуляция. Использование историй для преодоления стигматизации. Согласование ожиданий родителей и учителей для обеспечения предсказуемости.

Долгосрочный эффект: CBIT формирует устойчивые навыки саморегуляции, выходящие за рамки простого уменьшения выраженности тиков. У подростка развиваются социальная зрелость и способность к самостоятельной жизни в обществе.

4. Заключение и клиническое значение

Своевременное вмешательство в возрасте до 13 лет имеет решающее значение для предотвращения перехода тикозных расстройств в хроническую форму. Терапия CBIT, это не просто механический инструмент подавления симптомов, а научно обоснованный метод восстановления «динамического равновесия» в психике подростка.

Клинический психолог и нейропсихолог не просто корректирует нежелательное поведение, а выступает в роли фасилитатора «самоорганизующейся системы» ребенка. Активизируя исполнительные функции и предоставляя инструменты для саморегуляции, терапия позволяет подростку перейти от непроизвольных импульсов к осознанному, волевому управлению собой, тем самым обеспечивая успешную социальную и жизненную адаптацию.

Литература

1. Виготски, Л. С. Въображение и творчество на детето / Л. С. Виготски ; превод от руски И. Димитров. — София : Наука и изкуство, 1982. — 143 с. : ил.

2. Гинът, Х. Децата и ние : нови решения на стари проблеми / Х. Гинът. — София : Булвест 2000, 1992. — 119 с.

3. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics : version 02/2022 / World Health Organization. — Geneva : World Health Organization, 2022. — URL: https://icd.who.int/browse/2022-02/mms/en (дата обращения: 18.10.2026). — Текст : электронный.

ПРОФИЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ УСТОЙЧИВОСТИ СПЕЦИАЛИСТОВ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Карапова А. И., Резанова Е. В.
Москва, Россия
a.karapova@icloud.com

Ключевые слова: профессиональная устойчивость, психодиагностика, профессиональное выгорание, профессиональная депрессия, медицинская реабилитация.

PROFILE-BASED ASSESSMENT OF PROFESSIONAL RESILIENCE IN MEDICAL AND SOCIAL REHABILITATION SPECIALISTS

Karapova A. I., Rezanova E. V.
Moscow, Russia
a.karapova@icloud.com

Keywords: professional resilience, psychological assessment, occupational burnout, occupational depression, medical rehabilitation.

Введение. Работа специалистов медико-социальной реабилитации связана с эмоционально насыщенным взаимодействием с пациентами и их семьями, высокой ответственностью и междисциплинарной коор-

динацией. Диагностика отдельных симптомов выгорания не всегда позволяет различить временное истощение, устойчивое неблагополучие и сохранное функционирование при высокой нагрузке. Профессиональная устойчивость рассматривается как интегративная характеристика эмоционального состояния, мотивационно-ценностной включённости и ресурсно-регуляторных возможностей [1–3]. Опросник профессиональной депрессии — ОПД (Occupational Depression Inventory, ODI) дополняет эту оценку показателем депрессивного дистресса, связанного с работой [4]. Его результаты имеют скрининговый характер и не являются клиническим диагнозом.

Цель. Апробировать профильный подход к диагностике профессиональной устойчивости сотрудников многопрофильной организации медико-социальной реабилитации и оценить его возможности для раннего выявления групп риска.

Материал и методы. Исследование проведено в 2025–2026 гг. в рамках двухлетнего организационно-психологического сопровождения региональной организации, оказывающей медицинскую, психологическую, социальную и педагогическую реабилитационную помощь. В штате более 200 человек. Обследования были анонимными; организации передавались только групповые результаты.

В 2025 г. организация стала одной из площадок адаптации и апробации русскоязычной версии ОПД. В двух независимых срезах обследованы 110 и 141 сотрудник; внутренняя согласованность методики в обеих выборках составила α Кронбаха = 0,93.

В 2026 г. обследованы 153 сотрудника. Трёхкомпонентная модель включала эмоционально-оценочный, мотивационно-ценностный и ресурсно-регуляторный компоненты. Применялись русскоязычные версии Maslach Burnout Inventory, ODI, Utrecht Work Engagement Scale, COPE-30, шкалы оптимизма и активности и опросника потерь и приобретений ресурсов. Девять показателей были ориентированы в направлении «выше — больше устойчивость», стандартизированы и использованы для объединения сотрудников в три группы. Профили сопоставлялись с оценками психологического климата, поддержки руководителя, нагрузки, сна, восстановления и намерения сменить работу.

Результаты. Устойчивый профиль включал 67 сотрудников (44%), промежуточный — 54 (35%), неустойчивый — 32 (21%). Устойчивый профиль характеризовался низким истощением (11,7 балла), высокой вовлечённостью (4,7 из 6), положительным ресурсным балансом (+47,7) и низким профессионально обусловленным депрессивным дистрессом (1,6 балла).

Промежуточный профиль сочетал повышенное истощение (28,3), сниженную вовлечённость (2,6 из 6) и близкий к нейтральному ресурсный баланс (+7,5). Сотрудники продолжали выполнять обязанности, но

сочетание истощения, снижения вовлечённости и сокращения ресурсов указывало на скрытый профилактический риск.

Неустойчивый профиль отличался наиболее высоким истощением (36,6), выраженным связанным с работой депрессивным дистрессом (16,2), отрицательным ресурсным балансом (–7,1) и более частыми неадаптивными копинг-стратегиями. При этом профессиональная компетентность оставалась относительно сохранной, поэтому внешнее выполнение обязанностей не исключало внутреннего неблагополучия.

Намерение сменить работу отметили 6%, 39% и 72% представителей трёх профилей. Благоприятный климат указывали 40% устойчивой и 3% неустойчивой группы, поддержку руководителя — 76% и 28%, очень высокую нагрузку — 6% и 44%. Сон 7–8 часов отмечали 57% устойчивых и 19% неустойчивых сотрудников.

Содержательные предложения дали 104 участника. Нагрузку, численность персонала и распределение обязанностей обозначили 48 человек (31%), график и рабочее время — 19 (12%); всего около 44% выборки связывали необходимые изменения с нагрузкой, кадровым обеспечением или расписанием.

Диагностика использовалась для дифференциации работы: поддержки ресурсов устойчивых сотрудников; профилактических тренингов и управленческой поддержки промежуточной группы; конфиденциальной помощи и анализа нагрузки в группе выраженного риска.

Выводы. Профильная диагностика позволяет перейти от отдельных симптомов к целостным вариантам профессионального функционирования и выявить промежуточную группу скрытого риска. Комплекс связывает индивидуальные показатели с условиями труда и помогает выбирать адресные меры на индивидуальном, командном и организационном уровнях. Применение подхода требует добровольности, конфиденциальности, групповой обратной связи и разграничения психологического скрининга и клинической диагностики.

Литература

1. Личностный потенциал: структура и диагностика / под редакцией Д. А. Леонтьева. — Москва : Смысл, 2011. — 680 с.

2. Платонов, К. К. Структура и развитие личности / К. К. Платонов. — Москва : Наука, 1986. — 254 с.

3. Bakker, A. B. Job Demands–Resources Theory: Taking Stock and Looking Forward / A. B. Bakker, E. Demerouti // Journal of Occupational Health Psychology. — 2017. — Vol. 22, no. 3. — P. 273–285. — DOI 10.1037/ocp0000056.

4. Bianchi, R. The Occupational Depression Inventory: A New Tool for Clinicians and Epidemiologists / R. Bianchi, I. S. Schonfeld // Journal of Psychosomatic Research. — 2020. — Vol. 138. — Art. 110249. — DOI 10.1016/j.jpsychores.2020.110249.

К ВОПРОСУ О ПРИМЕНЕНИИ МЕТОДА КАНИСТЕРАПИИ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Козловская Л. Т.
Частный центр по оказанию социальных услуг «Камкор»,
Усть-Каменогорск, Казахстан
lora12345@bk.ru

Ключевые слова: канистерапия, геронтология, качество жизни, адаптация, автобиографическая память, самооценка, аффективная память, дом-интернат, деменция, депрессия, коммуникация, эмоциональное состояние, одиночество, собака.

THE USE OF CANINE-ASSISTER THERAPY IN GERONTOLOGICAL PRACTICE

Kozlovskaya L. T.
Kamkor Private Social Services Center, Ust-Kamenogorsk, Kazakhstan
lora12345@bk.ru

Keywords: canine-assisted therapy, gerontology, quality of life, adaptation, autobiographical memory, self-esteem, affective memory, residential care home, dementia, depression, communication, emotional state, loneliness, dog.

Введение. В настоящее время темп жизни современных людей очень высокий и отражается на мотивациях, потребностях в каждой семье поразному. Отсутствие свободного времени, сокращение возможностей самостоятельно заботиться о членах семьи, имеющих преклонный возраст, инвалидность, либо нарушение когнитивных функций, подталкивают к принятию решений размещать близких в домах проживания с оказанием социальных услуг. Адаптация жильцов в домах-интернатах не всегда протекает легко. Чаще всего этот период осложняется депрессивным настроем, снижением уровня мотивации к жизни, реакциями отказа, негативизмом, агрессией, реакциями отказа к любой коммуникации, тяжелым субъективным переживанием чувства ненужности, отвержения, обиды и предательства.

Одной из важнейших задач любого дома-интерната является сокращение периода адаптации, повышение комфорта и качества жизни, мотивирование к жизни и улучшение когнитивного статуса, психоэмоционального состояния жильцов. Решение этой задачи требует метода, способного обойти любые субъективные барьеры при взаимодействии, в том числе и отказ от вербальной коммуникации. Поэтому, при выборе эффективной технологии, отвечающей этим требованиям, мы останови-

лись на инновационном для Республики Казахстан методе канистерапии. Канистерапия — это один из методов реабилитации, социальной адаптации, психологической поддержки, активно используется медиками, педагогами и психологами, здесь, наряду с канистерапевтом, психологом, кинологом значимым, живым, обладающим интеллектуальными способностями, активным участником является собака, подготовленная по специально заданному нормативу, отвечающему целям и задачам предоставляемой психологической помощи.

В международной практике выделяют два уровня канистерапевтического воздействия: AAA — активность с участием животного для улучшения настроения, и AAT — терапия с участием животного с четко поставленной терапевтической целью и протоколом [12, с. 112]. Также ценен метод физиологическим воздействием на организм человека в работе по снижению уровня стресса. Исследования E. Friedmann и S. Thomas показали, что 10–15 минут контакта с собакой достоверно снижают уровень кортизола, систолическое артериальное давление и частоту сердечных сокращений, повышая уровень окситоцина и серотонина. Метод активно применяется в России, Казахстане, Америке, Европе, и других странах.

Цель — пилотное применение метода канистерапии в геронтологической практике.

Материал и методы. На базе частного предприятия по предоставлению жилья и социальных услуг «КАМКОР» в г. Усть-Каменогорск, Республика Казахстан, в 2026 г. под руководством МойкеКызы Галия проведена адаптация и внедрение метода канистерапии в структуру деятельности центра с целью, улучшения психоэмоционального состояния и когнитивного статуса жильцов, повышения интереса и уровня мотивации к жизни.

Работа проводилась в три этапа: 1 этап — клиническая беседа и наблюдение, 2 этап — коррекционная работа с применением норматива по канистерапии уровня AAA — активность с участием животного для улучшения настроения; 3 этап — заключительный, клиническая беседа, обратная связь и оценка работы.

В эксперименте принимали участие мужчины и женщины в возрасте от 70 до 94 лет. В ходе клинической беседы и наблюдения выделились две группы с нарушением адаптации. В первой группе — 10 человек: 8 женщин и 2 мужчины, с нарушением слуха и номинативной функции речи, с отказом от вербальной коммуникации и снижением адаптации в коллективе. Люди из этой группы имели возможность самостоятельно передвигаться в пределах своих комнат, по территории дворового участка, самостоятельно спускаться и пониматься по этажам. В ситуации взаимодействия с другими жильцами они часто испытывали неудобства, связанные с необходимостью постоянно переспрашивать, с целью

получше расслышать, разобрать слова. Из-за быстрой речи партнера, нарушений объёма кратковременной памяти, снижения номинативной функции речи, слуха, трудностей в подборе слов при построении своего ответа постоянно испытывали раздражение и негативные эмоции. Во второй группе — 6 человек: 3 женщины и 3 мужчины, имеющих ограничения в передвижениях и самообслуживании (ампутация конечности, парезы, перелом бедренной кости), когнитивное снижение, деменция, чаще с депрессивным настроением и высоким уровнем тревожности, тормозящих процесс адаптации и способствующих проявлению негативизма, агрессивных реакций, отказу от коммуникации в коллективе. Люди из этой группы были ограничены в передвижениях, не могли выходить самостоятельно на улицу и имели обедненную сенсорную среду. Общим для обеих групп было наличие нарушений памяти и отсутствие интереса к жизни своей и коллектива, отказ от вербальной коммуникации. Люди из обеих групп не имели противопоказаний к работе с собакой по причине аллергии.

Результаты. Перед введением испытуемых в канистерапию психолог делал объявление о предстоящих мероприятиях и запрашивал согласие на участие во встречах в присутствии собаки. При этом выделялись три типа реакции: 1 — категоричный отказ на присутствие собаки; 2 — отказ от встречи с собакой; 3 — согласие на встречу с собакой. В ходе работы люди с первоначальным, категоричным отказом от взаимодействия с собакой остались при своем решении и не изменили своего негативного отношения к собаке на протяжении всего периода эксперимента. Люди с реакцией отказа от встречи с собакой проявили интерес к занятиям, наблюдая за теми людьми, которые уже взаимодействовали с собакой, и постепенно начали взаимодействовать с канистерапевтической группой. Люди, которые сразу дали своё согласие на работу с собакой, сохранили интерес и желание к работе с собакой на протяжении всего эксперимента.

2 этап — коррекционная работа с применением норматива по канистерапии уровня ААА — активность с участием животного для улучшения настроения. Первая встреча с собакой происходила всегда утром на прогулке по территории центра. Действия свободные — от приветствия собаки добрыми словами, поглаживания, сопровождения собаки по определенному маршруту, контактное взаимодействие; проводка собаки на поводке по маршруту, поглаживание, кормление собаки лакомством и взаимодействие с собакой, уложенной на колени, обязательное проговаривание комплиментов, добрых слов и благодарности собаке за встречу. Основной целью на этой встрече было мотивирование к увеличению речевой и двигательной активности. Также на утренних встречах с собакой иногда удавалось собрать несколько человек и увлечь в груп-

повое взаимодействие, провести совместную игру, что способствовало развитию коммуникативных навыков. Вторая встреча — индивидуальная — проходила в комнате.

1 группа — люди без ограничения в движениях. Структура занятия: 10 минут — приветствие, 20 минут — когнитивный тренинг либо ЛФК; 15 минут — рисунок; 15 минут — обсуждение рисунка с собакой, прощание с собакой и завершение встречи. Собака приходила в гости. Человек уже был предупрежден персоналом о том, что собака на территории центра и войдет в комнату через 10 минут. За это время испытуемый настраивался на встречу. Когда собака входила с психологом в комнату, то чаще всего завязывался разговор о собаках, звучали рассказы о собаках, которые когда-то были у этого человека или его близких. Беседы проходили всегда на позитивной волне. При наблюдении фиксировалось оживление мимики, зрительно моторной активности, кисти рук «оживали», пальцы становились более пластичными и подвижными в шерсти собаки, человек обнимал собаку, разрешалось брать собаку на колени, сообщалось о получаемом тепловом эффекте. Далее, предлагалось рассказать какую-то историю собаке, или о собаке, затем предлагалось нарисовать рисунок (любой) в присутствии собаки. В момент процесса рисования собака лежала рядом. В этот момент психолог предлагал выполнить упражнения на восстановление внимания, активного словаря и номинативной функции. Задавались вопросы и просьбы рассказать собаке, что нарисовано на рисунке, или назвать предметы, относящейся к той или иной категории в рисунке. Встреча завершалась по окончании рисунка, показа его собаке, благодарения собаки за встречу и обязательно спрашивали о возможности будущей встречи с собакой, совместно назначалась дата, отмечалась на календаре. Это способствовало запуску ощущения надежды и ожидание позитивного события в ближайшем будущем. Расставание с собакой протекало легко и быстро, но с позитивной надеждой на будущую встречу.

2 группа — люди с ограничением движений. У людей этой группы ярче проявлялись негативные эмоции — раздражительность, уныние, безысходность, отчаяние, они долго переживали свои обиды и упущенные жизненные возможности. У них наблюдались ограничения в передвижениях и самообслуживании (ампутация конечности, парезы, перелом бедренной кости), когнитивное снижение, деменция, хроническое одиночество, сенсорная, тактильная депривации усиливали дезадаптацию и депрессивные состояния, ухудшали качество жизни.

Структура занятия аналогичная. Люди этой группы ярче проявляли эмоциональный отклик на собаку, с большим удовольствием контактировали с нею, старались подольше её подержать в своих объятиях. Люди также разговаривали с собакой, рисовали рядом с

ней, но встречи протекали ярче (тактильно), более бережно выражались эмоции по отношению к собаке. Чаще старались продлить пребывание собаки в комнате, дольше её гладили и всегда являлись активными инициаторами в будущей встрече. Расставание с собакой протекало долго, люди чаще старались различными уловками продлить время общения.

Выводы. В ходе проведения эксперимента, на основании данных клинической беседы, метода наблюдения, и полученной обратной связи, выявлены психотерапевтические эффекты канистерапии. Присутствие собаки положительно влияет на эмоциональное состояние в обеих группах. В первой группе у людей, свободно передвигающихся по территории центра, общение с собакой способствует увеличению активного словаря и речевой активности, позволяет незаметно сблизить незнакомых между собой жильцов и расположить их к взаимодействию в дальнейшем. Во второй группе очень ярко проявилось снижение уровня тревожности и аутоагресии; смещение ощущения перспективы времени с прошлого в будущее («было в прошлом все плохо, теперь жду в будущем встречу с собакой»). Люди с ограничением в движениях легче вступали в работу на уровне человек-человек в присутствии собаки (занятия ЛФК, когнитивный тренинг, трудотерапия). Общение с собакой провоцирует актуализацию аффективной и автобиографической памяти, благодаря чему можно было выстраивать работу на основании воспоминаний о себе, событиях, чувствах, пережитых в прошлом и отзеркаленных общением с собакой. Проявление позитивных эмоций и проговаривание слов благодарности в адрес собаки запускало в речевом поведении формирование целого блока уважительного отношения и навыков конструктивного взаимодействия на уровне человек-человек. Работа с собакой снижает уровень тревоги и мотивирует к групповым занятиям в кабинете, способствует проявлению самостоятельности. Повышается самооценка, снижается чувство одиночества, появляется интерес к жизни. Занятия канистерапией мягко сменяет гиподинамию на активность с собакой, незаметно для человека.

Таким образом, канистерапия является методом, помогающем решить проблему адаптации и улучшения качества жизни людей в домах-интернатах, способствует улучшению их эмоционального и когнитивного статуса, расширяет круг общения, снижает уровень тревоги. Необходимо продолжить работу по изучению психотерапевтических эффектов канистерапии и внедрению этого метода в медико-социальные учреждения как безмедикаментозного метода, способствующего улучшению психоэмоционального состояния человека, нуждающегося в поддержке и помощи со стороны социальных и медицинских служб.

ИНТЕГРАЦИЯ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОГО ПОДХОДА В ГРУППОВЫЕ ТРЕНИНГИ ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ДЕМЕНЦИИ: ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ И ПРОГРАММА

Отставных В.
Независимый психолог-консультант, Тула, Россия

Ключевые слова: деменция, профилактика, экзистенциальный подход, групповой тренинг, пожилой возраст, осмысленность, социальная изоляция, когнитивное здоровье, немедикаментозная профилактика.

INTEGRATION OF THE EXISTENTIAL APPROACH INTO GROUP-BASED DEMENTIA PREVENTION TRAINING: THEORETICAL RATIONALE AND PROGRAM

Otstavnykh V.
Independent Counseling Psychologist, Tula, Russia

Keywords: dementia, prevention, existential approach, group training, older age, meaning in life, social isolation, cognitive health, non-pharmacological prevention.

Введение. Деменция представляет одну из наиболее значимых проблем глобального здравоохранения: по данным ВОЗ (2023), ею страдают более 55 миллионов человек, и ежегодно регистрируется около 10 миллионов новых случаев. В России, по оценкам, распространённость деменции составляет не менее 1,5 миллиона человек, при этом значительная доля случаев остаётся недиагностированной. Экономические и социальные издержки огромны, а фармакологическое лечение на данный момент не способно остановить или обратить нейродегенеративный процесс. В этих условиях ключевое значение приобретает профилактика — модификация факторов риска и поддержка когнитивного здоровья в предпенсильном и пенсионном возрасте.

Преобладающая модель профилактики деменции опирается на когнитивный тренинг, физическую активность, контроль сосудистых факторов и модификацию образа жизни [1]. Однако accumulating evidence указывает на то, что психологические и социальные факторы — субъективное ощущение осмысленности, наличие значимых межличностных связей, способность справляться с экзистенциальной тревогой — играют не менее важную роль в сохранении когнитивного здоровья. Продольные исследования показывают, что чувство цели и осмысленности жизни ассоциируется со снижением риска когнитивного снижения на 30% [6], а социальная изоляция увеличивает риск деменции на 50% [4].

Экзистенциальный подход в психологии, опирающийся на работы В. Франкла, И. Ялома, А. Лэнгле и Э. ван Дорен, предлагает теоретическую рамку, в которой профилактика когнитивного снижения рассматривается не только как нейропсихологическая задача, но и как работа с фундаментальными измерениями человеческого бытия — смыслом, конечностью, одиночеством и ответственностью. Интеграция этого подхода в групповые тренинги для пожилых людей может дополнить существующие протоколы, адресуя мотивационные, социальные и личностные факторы, которые часто остаются за рамками чисто когнитивных программ.

Теоретическое обоснование

1. Смысл и когнитивное здоровье. Виктор Франкл [8] постулировал, что стремление к смыслу является фундаментальной мотивацией человека. Альфрид Лэнгле (2016) развил это положение в рамках экзистенциального анализа, выделив четыре фундаментальные мотивации: способность быть (быть в мире с правом быть), способность быть собой (быть собой с ценностью быть), способность быть в связи (быть в связи с защитой быть) и способность к смыслу (быть для чего-то с ценностью действия). Каждая из этих мотиваций, не будучи реализованной, приводит к специфическому типу экзистенциального вакуума — состояния, которое, как показывает клинический опыт, особенно часто встречается у людей в позднем возрасте в условиях социальной изоляции и утраты ролей.

Эмпирические данные подтверждают связь осмысленности и когнитивного здоровья. Продольное исследование Boyle [6] с участием более 950 пожилых людей показало, что высокий уровень целенаправленности жизни снижает риск развития болезни Альцгеймера на 2,4 раза. Wilson [6] обнаружили, что отсутствие осмысленности ассоциируется с более быстрым когнитивным снижением и большей патологией в сером веществе на autopsy. Эти данные позволяют рассматривать работу со смыслом как самостоятельный мишень профилактического вмешательства.

2. Одиночество и социальная изоляция. Ирвин Ялом [15] описал одиночество как одну из четырёх данностей существования, с которой сталкивается каждый человек. Однако в позднем возрасте переживание одиночества обостряется — из-за утраты близких, выхода на пенсию, ограничения мобильности. Хроническое одиночество, по данным Hawkley & Cacioppo [9], связано с системным воспалением, повышенным кортизолом, снижением когнитивного контроля и, в конечном счёте, с ускорением когнитивного снижения. Социальная изоляция признаётся независимым фактором риска деменции [5].

Групповая форма работы обладает уникальным потенциалом для адресации этой данности: группа сама по себе создаёт значимые человеческие связи, которые могут частично компенсировать дефицит социального взаимодействия. Экзистенциальная групповая работа, в отличие от простого социального клуба, создаёт пространство, где одиночество не «развеивается», а проживается и разделяется, что само по себе терапевично.

3. Конечность и биографическая работа. Осознание конечности жизни в позднем возрасте — не просто источник тревоги, но и ресурс для интегративной биографической работы, которую Эрик Эриксон [7] описал как задачу стадии «целостность эго против отчаяния». Способность принять прожитую жизнь как осмысленное целое, по Эриксону, составляет основу психологического благополучия в позднем возрасте. Нейропсихологически, интегративная автобиографическая память относится к функциям, которые в наибольшей степени задействуют лобные доли — зона, которая при деменции страдает на ранних стадиях. Стимуляция биографической рефлексии может рассматриваться как специфическая когнитивная тренировка, одновременно имеющая экзистенциальный смысл.

Роберт Батлер [3] ввёл понятие «воспоминаний о жизни» (life review) как нормативного процесса в позднем возрасте. Экзистенциальный подход дополняет эту идею, акцентируя внимание не только на восстановлении фактов биографии, но и на поиске и пересмотре смыслов — что прямо соотносится с работой Лэнгле по «личностному экзистенциально-аналитическому обсуждению» и с яломовским пониманием терапевтической работы с конечностью.

Описание программы. Предлагаемая программа группового тренинга рассчитана на 8 сессий продолжительностью 90 минут каждая (1 раз в неделю) и предназначена для лиц предпенсильного и пенсионного возраста (55–75 лет) с субъективными когнитивными жалобами или факторами риска деменции, но без установленного диагноза деменции. Группа — 8–12 участников. Программа интегрирует три содержательных блока.

Блок 1. Когнитивно-активационный (каждая сессия, 20–30 мин). Включает упражнения на эпизодическую память, рабочую память, внимание, вербальную активность и исполнительные функции. Протоколы адаптированы из доказательных программ когнитивного тренинга [2, 13]. Упражнения носят игровой характер и встроены в групповой контекст (парная и командная работа), а не выполняются индивидуально за компьютером.

Блок 2. Экзистенциальный (каждая сессия, 40–50 мин). Центральный блок программы, структурированный вокруг четырёх экзистенциалов И. Ялома:

Сессии 1–2: Смысл. Знакомство группы. Упражнение «Линия жизни» — визуализация жизненного пути с выделением ключевых поворотных моментов и их смыслов. Обсуждение: что делало жизнь осмысленной на разных этапах? Что может быть смыслом сейчас? Работа с понятием «экзистенциальный вакуум» Франкла — нормализация переживания «а зачем теперь?» после выхода на пенсию.

Сессии 3–4: Одиночество и связь. Упражнение «Круги близости» — карта социальных связей. Групповая дискуссия: какое одиночество я знаю? Какое из него — разрушительное, а какое — плодотворное (по Фромму)? Техника «письмо значимому человеку». Формирование групповой сплочённости через разделение опыта.

Сессии 5–6: Свобода и ответственность. Обсуждение: что в моей жизни сейчас зависит от меня, а что — нет? Упражнение «Зоны контроля». Работа с установкой «уже поздно что-то менять» — её экзистенциальный анализ: где она защищает, а где — ограничивает? Техника «маленький выбор» — планирование одного нового действия на неделю.

Сессии 7–8: Конечность и целостность. Биографическая работа: «Письмо в будущее» — что я хочу оставить? Обсуждение конечности в безопасном групповом контексте. Подведение итогов: как опыт группы меняет мою картину себя и своей жизни. Прощание и завершение.

Блок 3. Социально-связующий (каждая сессия, 10–15 мин). Ритуалы начала и завершения, чаепитие, свободное общение. Между сессиями — «партнёрство»: участники парами созваниваются для короткого разговора. Цель — формирование устойчивых социальных связей, которые могут продолжиться после завершения программы.

Ожидаемые результаты и оценка эффективности. Предполагается пилотная апробация программы с оценкой по следующим критериям:

- Когнитивный скрининг: MoCA до и после программы, через 3 и 6 месяцев.
- Субъективная осмысленность: Purpose in Life subscale [12] до и после.
- Одиночество: UCLA Loneliness Scale [14] до и после.
- Приверженность: процент отсева (предполагается снижение отсева по сравнению с чисто когнитивным тренингом за счёт смыслообразующего контекста).
- Качественная обратная связь: полуструктурированное интервью с участниками после завершения программы.

Гипотеза: интеграция экзистенциального подхода повысит приверженность участников, субъективное ощущение осмысленности и со-

циальной включённости, а также покажет тенденцию к более стабильным или улучшенным показателям MoCA по сравнению с программой, включающей только когнитивный тренинг.

Обсуждение. Предлагаемая модель не претендует на замену доказательных протоколов когнитивной профилактики, а рассматривается как их дополнение. Ключевая идея состоит в том, что когнитивная активность, лишённая смыслового контекста, часто не воспринимается пожилыми участниками как ценная — отсюда высокий отсев и низкая мотивация в чисто когнитивных программах. Экзистенциальная рамка, напротив, придаёт ментальной активности личный смысл: «зачем мне тренировать память — чтобы помнить то, что было значимым, и чтобы оставаться в связи с теми, кто мне дорог». Это превращает профилактику деменции из медицинской задачи в экзистенциальную задачу — задачу продолжения быть в мире.

Ограничения. Предложенная программа требует эмпирической валидации. На данном этапе представлен теоретический конструкт и программа, подлежащая пилотной апробации. Необходимо контролировать наличие у участников депрессии и тревоги, которые могут маскировать когнитивный дефицит, и при необходимости направлять на индивидуальное консультирование.

Выводы. Интеграция экзистенциального подхода в групповые тренинги по профилактике деменции представляет перспективное направление, объединяющее когнитивную и экзистенциальную парадигмы. Работа со смыслом, одиночеством, свободой и конечностью в групповом контексте может повысить мотивацию участников, снизить социальную изоляцию и создать условия, в которых когнитивная активность обретает личную значимость. Дальнейшие исследования должны показать эмпирическую эффективность предложенной модели.

Литература

1. A 2-year multidomain intervention of diet, exercise, cognitive training, and vascular risk monitoring versus control to prevent cognitive decline in at-risk elderly people (FINGER): a randomised controlled trial / T. Ngandu, J. Lehtisalo, A. Solomon [et al.] // The Lancet. — 2015. — Vol. 385, no. 9984. — P. 2255–2263. — DOI 10.1016/S0140-6736(15)60461-5.

2. ACTIVE: a cognitive intervention trial to promote independence in older adults / J. B. Jobe, D. M. Smith, K. Ball [et al.] // Controlled Clinical Trials. — 2001. — Vol. 22, no. 4. — P. 453–479. — DOI 10.1016/S0197-2456(01)00139-8.

3. Butler, R. N. The life review: an interpretation of reminiscence in the aged / R. N. Butler // Psychiatry. — 1963. — Vol. 26. — P. 65–76. — DOI 10.1080/00332747.1963.11023339.

4. Cacioppo, J. T. Older adults reporting social isolation or loneliness show poorer cognitive function 4 years later / J. T. Cacioppo, S. Cacioppo // Evidence-Based Nursing. — 2014. — Vol. 17, no. 2. — P. 59–60. — DOI 10.1136/eb-2013-101379.

5. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission / G. Livingston, J. Huntley, A. Sommerlad [et al.] // The Lancet. — 2020. — Vol. 396, no. 10248. — P. 413–446. — DOI 10.1016/S0140-6736(20)30367-6.

6. Effect of purpose in life on the relation between Alzheimer disease pathologic changes and cognitive function in advanced age / P. A. Boyle, A. S. Buchman, R. S. Wilson [et al.] // Archives of General Psychiatry. — 2012. — Vol. 69, no. 5. — P. 499–505. — DOI 10.1001/archgenpsychiatry.2011.1487.

7. Erikson, E. H. The life cycle completed: a review / E. H. Erikson. — New York: W. W. Norton, 1982.

8. Frankl, V. E. Man's search for meaning: an introduction to logotherapy / V. E. Frankl. — Rev. ed. — New York: Washington Square Press, 1984.

9. Hawkley, L. C. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms / L. C. Hawkley, J. T. Cacioppo // Annals of Behavioral Medicine. — 2010. — Vol. 40, no. 2. — P. 218–227. — DOI 10.1007/s12160-010-9210-8.

10. Längle, A. The fundamentals of existential therapy / A. Längle // Existential Analysis. — 2016. — Vol. 27, no. 1. — P. 12–27.

11. Purpose in life and cerebral infarcts in community-dwelling older people / L. Yu, P. A. Boyle, R. S. Wilson [et al.] // Stroke. — 2015. — Vol. 46, no. 4. — P. 1071–1076. — DOI 10.1161/STROKEAHA.114.008010.

12. Ryff, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being / C. D. Ryff // Journal of Personality and Social Psychology. — 1989. — Vol. 57, no. 6. — P. 1069–1081. — DOI 10.1037/0022-3514.57.6.1069.

13. Valenzuela, M. Can cognitive exercise prevent the onset of dementia? Systematic review of randomized clinical trials with longitudinal follow-up / M. Valenzuela, P. Sachdev // The American Journal of Geriatric Psychiatry. — 2009. — Vol. 17, no. 3. — P. 179–187. — DOI 10.1097/JGP.0b013e3181953b57.

14. World Health Organization. Dementia: fact sheet. — Geneva: World Health Organization, 2023. — URL: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia (дата обращения: 30.09.2026).

Yalom, I. D. Existential psychotherapy / I. D. Yalom. — New York: Basic Books, 1980. — XII, 524 p. — ISBN 0-465-02147-6.

ОБ ЭКЗИСТЕНЦИАЛЬНОМ ПЕРЕОСМЫСЛЕНИИ ЖИЗНЕОСУЩЕСТВЛЕНИЯ В КРИЗИСНЫЙ ПЕРИОД

Павлинич С. Н.
Pacific International Hospital, Россия, Владивосток
Pavlsergei@mail.ru

Ключевые слова: экзистенциальный кризис, кризис середины жизни, экзистенциальная психотерапия.

ON THE EXISTENTIAL RE-EVALUATION OF LIFE-REALIZATION DURING A PERIOD OF CRISIS

Pavlinich S. N.
Pacific International Hospital, Россия, Владивосток
Pavlsergei@mail.ru

Keywords: existential crisis, midlife crisis, existential psychotherapy.

Введение. В условиях хронического полимодального стрессогенного воздействия, характерного для современного социокультурного контекста, проблема устойчивого жизнеосуществления индивида приобретает особую значимость. На ранних этапах онтогенеза, когда витальные ресурсы воспринимаются как безграничные, рефлексия по поводу содержательной стороны собственного бытия, как правило, минимальна. Однако по мере прохождения возрастных стадий трансформации подвергаются как целеполагание, так и ценностно-смысловое отношение к происходящему. Период пересмотра стратегий жизнеосуществления в зрелом возрасте нередко обозначается как возрастной кризис, в основе которого лежит изменение экзистенциального самосознания — переоценка индивидом собственной идентичности и траектории жизненного пути.

Экзистенциальная психотерапия как самостоятельное направление сформировалась в середине XX века в зоне интерсекции клинико-психологической практики и философской традиции. Её концептуальным предтечей признаётся датский философ Сёрен Кьеркегор, чьи труды, посвящённые феноменологии тревоги, проблеме свободы и парадоксу выбора, заложили теоретический фундамент экзистенциальной психологии. Первые попытки транспозиции экзистенциально-философских идей в клиническую практику предприняли Карл Ясперс и Людвиг Бинсвангер; в дальнейшем наиболее значимый вклад в развитие направления внесли Виктор Франкл — создатель логотерапии, концептуально опирающийся на опыт выживания в условиях концентрационного лагеря, — и Ролло Мэй, осуществивший систематизацию экзистенциального подхода в рамках американской психоло-

гической традиции. Методологическое своеобразие подхода состоит в том, что психологические страдания интерпретируются не как производные вытесненных инстинктивных импульсов или дисфункциональных когнитивных схем, а как следствие конфронтации индивида с базовыми данностями существования — конечностью, изоляцией, свободой и онтологической бессмысленностью. Согласно актуальным эмпирическим данным, лишь около 12% обратившихся в психотерапевтическую практику формулируют поиск смысла жизни в качестве эксплицитного запроса, в то время как 61% практикующих терапевтов фиксируют обращение к теме смысла в работе как минимум с одним клиентом, что свидетельствует о значительной латентной распространённости экзистенциальной проблематики.

Цель. Представить феноменологические характеристики экзистенциального кризиса и описать алгоритм практической работы специалиста-психолога при оказании психологической помощи лицам, переживающим данный тип кризиса.

Материалы и методы. Обобщение результатов клинико-психологических наблюдений, накопленных за 25-летний период профессиональной деятельности в области нейропсихологии и аналитической психотерапии, в сочетании с данными современных исследований, опубликованных в рецензируемых источниках по проблематике экзистенциальной психотерапии за последние пять лет.

Результаты. Согласно данным ВЦИОМ, 78% респондентов из числа граждан Российской Федерации признают реальность возрастных кризисов. Результаты опроса (250 респондентов) демонстрируют, что 67,9% обследованных хотя бы однократно переживали экзистенциальный кризис, а 34,7% указывают на его актуальное присутствие в текущий момент жизни.

В исследовании Дж. Фредиани, проведённом на выборке клиентов человекоцентрированной терапии (n = 145), средний возраст обратившихся составил 34,8 года (доля женщин — 62,1%). Это согласуется с мнением большинства специалистов, рассматривающих возрастной диапазон 30–45 лет как «пиковый» в отношении экзистенциальных обращений — период подведения промежуточных итогов, переоценки достигнутого и прямого столкновения с фактом конечности. По данным собственных клинических наблюдений, экзистенциальной проблематикой наиболее часто актуализируется контингент пациентов зрелого возраста, как правило, 40–45 лет, обладающих опытом личностной сепарации от родителей.

В эмпирическом исследовании Л. В. Сенкевич с соавторами (выборка 1124 респондента, возрастной диапазон 17–75 лет) установлено, что у лиц, не имеющих клинически выраженной патологии, интенсивность экзистенциального кризиса изменяется линейно — без резких скачкообразных флуктуаций, что указывает на распределённость экзистенциальных переживаний по всем возрастным этапам, а не только по периоду «средне-

го возраста». Тем не менее эмпирически выделяются следующие критические периоды: кризис четверти жизни (16–25 лет), в котором доминируют вопросы профессионального самоопределения и формирования идентичности (75% респондентов в возрасте 25–33 лет фиксируют переживание данного кризиса); кризис интимности (25–35 лет), сопровождающийся проблематизацией баланса близости и автономии, карьерного самоопределения и построения партнёрских отношений; кризис середины жизни (40–50 лет), характеризующийся переоценкой достигнутого и актуализацией вопросов смысла бытия; кризис позднего возраста, в котором преобладают ретроспективная рефлексия нереализованных возможностей, страх перед завершением жизненного пути и утрата конструктивной жизненной перспективы. По данным личной клинической практики, 72–80% от общего числа обращений приходится на кризис середины жизни, при котором пациент инициирует пересмотр и реинтеграцию накопленного опыта в контекст актуального настоящего.

Кризис середины жизни представляет собой нормативный этап онтогенетического развития личности. Его феноменологическая суть заключается в столкновении двух реальностей: актуально выстроенной жизненной конструкции и внезапно актуализирующегося ощущения «нереализованности». В психологическом плане это смысложизненный кризис — состояние, обусловленное неразрешёнными противоречиями в процессе поиска и практической реализации смысла жизни.

Согласно подходу Л. А. Кожариной с соавторами, в динамике кризиса выделяются три фазы: предкритическая, собственно критическая и посткритическая. Принципиальное отличие экзистенциальной терапии состоит в том, что кризис рассматривается не как патологический симптом, подлежащий редукции, а как эвристический сигнал, требующий феноменологического осмысления.

Терапевтический процесс, как правило, развёртывается поэтапно. Первый этап — встреча с реальностью (1–2 месяца) — обеспечивает пациенту пространство вербализации накопленных переживаний в атмосфере безусловного принятия. Второй этап — исследование и переосмысление (2–4 месяца) — сфокусирован на деконструкции ценностно-ролевой идентичности: «Кто я за пределами социальных ролей?». Третий этап — конструирование смыслов (3–6 месяцев), представляет динамический переход от пассивной позиции поиска готового смысла к активному созиданию осмысленности посредством выбора, действия и отношения. Завершающий этап — интеграция, предполагает собой самостоятельное поддержание пациентом осмысленности актуального настоящего.

Критериями эффективности терапевтического вмешательства выступают: снижение интенсивности экзистенциальной тревоги, восстановление способности к принятию решений без парализующего страха, формирова-

ние устойчивого ощущения осмысленности в повседневной деятельности и принятие ответственности за собственный выбор. Таким образом, целевая установка терапии состоит не в симптоматической редукции, а в содействии индивиду в осмыслении собственного бытия, прояснении жизненных ценностей и принятии ответственности за выбор. Экзистенциальный подход осуществляет сдвиг фокуса с патологизации переживаний на феноменологическое исследование уникального опыта конкретного человека в его отношении к миру, Другим и самому себе в подлинном настоящем.

Выводы. Проведённый анализ позволяет заключить, что экзистенциальная проблематика имплицитно присутствует в запросах значительной части обращающихся за психологической помощью. Средний возраст обращения составляет приблизительно 35 лет, с пиковыми периодами в диапазонах 25–35 и 40–50 лет. Эффективная модель психологической поддержки при кризисе середины жизни должна включать: снижение уровня личностной дезадаптированности, расширение личностной и социальной компетентности, повышение устойчивости жизненных интересов, позитивную динамику осознанности личностных выборов и усиление степени субъектной включённости в проектирование жизненного пути.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ КАК СУПЕРВИЗОР В РАБОТЕ МЕЖДИЦИПЛИНАРНОЙ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ КОМАНДЫ

Рогачева Т. В.
ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России, Екатеринбург, Россия
TVRog@yandex.ru

Ключевые слова: супервизия, междисциплинарная реабилитационная команда.

CLINICAL PSYCHOLOGIST AS A SUPERVISOR IN THE WORK OF AN INTERDISCIPLINARY REHABILITATION TEAM

Rogacheva T. V.
Ural State Medical University of the Ministry of Health of Russia,
Yekaterinburg, Russia
TVRog@yandex.ru

Keywords: supervision, interdisciplinary rehabilitation team.

Введение в нормативные правовые документы [3] и функционирование в системе здравоохранения новой организационно-технологической едини-

цы реабилитационной помощи — междисциплинарной (или мультидисциплинарной) реабилитационной команды (МДРК) обозначило сложности в организации реабилитационного процесса. Несмотря на четкое определение руководства МДРК врачом по физической и реабилитационной медицине или врачом по медицинской реабилитации, тот круг вопросов, которые решаются членами данной команды, включает и функционал клинического психолога, который является обязательным членом МДРК.

МДКР выступает как динамичная и зависимая от множества факторов система, в которой формируются определенные коммуникативные паттерны, динамика, иерархичность, правила и нормы. В эту систему включены специалисты с разным образованием (врачи, специалист по физической реабилитации (например, инструктор ЛФК или кинезиотерапевт), специалист по социальной работе, логопед и пр.), оказывающие разные реабилитационные услуги. Системная работа предполагает слаженность, единую цель для каждого реабилитанта и соотнесенность задач. Считаем, что именно клинический психолог как имеющий профессиональную подготовку в понимании и корректировке системной динамики, межличностного взаимодействия, решения конфликтных ситуаций, профилактике профессионального сгорания и пр. может стать в МДКР сопровождающим, другими словами, организовать «межличностное взаимодействие с целью более эффективной и результативной помощи людям» [4, с. 91].

Какие варианты такого сопровождения возможны при организации и осуществлении реабилитационного процесса? На основании приказа об организации медицинской реабилитации можно выделить несколько реабилитационных мероприятий, когда возможны конфликты в МДКР. Например, при оценке реабилитационного потенциала важно учитывать не только клинический диагноз на основе Шкалы реабилитационной маршрутизации (ШРМ), но и показатели его активности (как способности клиента выполнять не только физические, но и психологические, социальные и др. функции) и участия (как активности и вовлеченности клиента в жизненную ситуацию) в соответствии с Международной классификацией функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья [2]. Другим сложным вопросом для многих членов МДКР является формулирование цели и задач проведения реабилитационных мероприятий. В нормативных документах четко обозначено, что цель общая для всей МДКР. Задачи разных специалистов также должны быть соотнесены с возможностями клиента. В данном случае клинический психолог может выступать как обучающий супервизор с целью «обеспечения постоянного пространства для анализа содержания и процесса» [4, с. 96] реабилитации клиента. Также клинический психолог выполняет и образовательную функцию, которая позволяет всем специалистам МДКР учиться учитывать в каждом реабилитационном случае соотношение

клинико-анамнестических факторов, клинико-психологических особенностей заболевания и психологических ресурсов клиента.

Именно психолог способен сформировать рабочий альянс как возможность каждого специалиста МДКР посмотреть на специфику клиента с другой стороны, понять свои ограничения в профессиональной деятельности, осознать свои сильные и слабые стороны, увидеть результат своей работы с позиции системы. Такая форма взаимодействия подразумевает активное взаимодействие и доверие между специалистами, что сказывается на реабилитационном процессе.

Другим направлением супервизорской деятельности клинического психолога в МДКР может выступать психологическое просвещение специалистов, участвующих в реабилитационном процессе. Здесь актуальны вопросы индивидуально-личностных особенностей клиентов, адекватных способов и приемов разрешения конфликтных ситуаций как с клиентами, так и внутри команды, профилактических приемов профессионального выгорания и пр.

Несомненно, результативность участия клинического психолога как супервизора в МДКР может быть низкой. Как указывают немецкие психологи Ф. Кюне, Дж. Маас, С. Визенталь, «неэффективные супервизии, как показали исследования, детерминированы снижением ценности самой супервизии, неэффективным осмыслением работы, сложностями в отношениях между супервизором и супервизантом [5, с. 9]. Как считают А. Я. Варга, И. Н. Галасюк и О. В. Митина, «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» [1, с. 124]. Но с другой стороны, неудачи способствуют как профессиональному росту, так и развитию личностного потенциала и осознаванию своих возможностей и ограничений как инструмента работы в МДКР.

Удачное совмещение функциональных обязанностей и супервизорских качеств позволяет клиническому психологу способствовать тому, что МДКР становится действительно системой, в которой успех зависит от способности специалистов работать вместе для достижения общей цели реабилитационного процесса.

Литература

1. Варга, А. Я. Представления супервизоров и супервизантов о профессиональной супервизии / А. Я. Варга, И. Н. Галасюк, О. В. Митина // Клиническая и специальная психология. — 2022. — Т. 11, № 1. — С. 120–140. — DOI 10.17759/cpse.2022110106.

2. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья / Всемирная организация здравоохранения. — Женева : Всемирная организация здравоохранения ; Санкт-Петербург : Институт усовершенствования врачей-экспертов, 2001. — 346 с.

3. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 788н : ред. от 16 сентября 2025 г. — URL: https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/403212204/ (дата обращения: 22.09.2026).

4. Ховкинс, П. Супервизия: индивидуальный, групповой и организационный подходы / П. Ховкинс, Р. Шохет ; перевод с английского Л. А. Колчановой. — Санкт-Петербург : Речь, 2002. — 352 с. : ил. — (Современная психотерапия). — ISBN 5-9268-0073-0.

5. Empirical research in clinical supervision: a systematic review and suggestions for future studies / F. Kühne, J. Maas, S. Wiesenthal [et al.] // BMC Psychology. — 2019. — Vol. 7. — Art. 54. — DOI 10.1186/s40359-019-0327-7.

РОЛЬ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОТБОРЕ ПАЦИЕНТОВ ДЛЯ КУРСА АУДИОВИЗУАЛЬНОЙ СТИМУЛЯЦИИ В УСЛОВИЯХ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Черепанова В. А.
МК ДВФУ, Владивосток, Россия
cherepanova.val@dvfu.ru

Ключевые слова: клинико-психологическая диагностика, медицинская реабилитация, тревога, депрессия, аудиовизуальная стимуляция.

THE ROLE OF CLINICAL PSYCHOLOGICAL ASSESSMENT IN SELECTING PATIENTS FOR AUDIOVISUAL STIMULATION COURSE IN MEDICAL REHABILITATION

Cherepanova V. A.
Medical Center of Far Eastern Federal University, Vladivostok, Russia
cherepanova.val@dvfu.ru

Keywords: clinical psychological assessment, medical rehabilitation, anxiety, depression, audiovisual stimulation.

В условиях медицинской реабилитации значимой задачей медицинского психолога является своевременное выявление эмоциональных на-

рушений и определение направлений психологического сопровождения пациентов. Перенесенное заболевание, изменение привычного образа жизни, ограничение активности и длительность восстановительного процесса могут сопровождаться повышением тревоги, эмоциональным напряжением, снижением настроения и нарушениями сна.

Клинико-психологическая диагностика в данном случае позволяет не только оценить актуальное эмоциональное состояние пациента, но и определить необходимость дополнительных мероприятий психологического сопровождения. Одним из инструментов оценки тревожной и депрессивной симптоматики является Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), разработанная A. S. Zigmond и R. P. Snaith [4]. Методика предназначена для выявления и оценки выраженности тревожных и депрессивных проявлений у пациентов медицинского профиля и широко используется в клинической практике.

Современная медицинская реабилитация включает применение различных немедикаментозных технологий, направленных на оптимизацию функционального и психоэмоционального состояния пациентов. Одним из таких направлений является аудиовизуальная стимуляция, предполагающая сочетанное воздействие звуковых и световых ритмических стимулов. Возможности применения аудиовизуального комплекса «ПРАК» в реабилитации пациентов с психосоматическими нарушениями представлены в отечественном методическом руководстве [1].

В практической работе медицинского психолога аудиовизуальная стимуляция может рассматриваться как дополнительный компонент психологического сопровождения пациентов, у которых в ходе клинико-психологической диагностики выявляются признаки эмоционального напряжения, тревожной и/или депрессивной симптоматики.

Целью настоящей работы является описание опыта использования результатов клинико-психологической диагностики при определении целесообразности включения пациентов в курс аудиовизуальной стимуляции и наблюдаемой динамики тревожной и депрессивной симптоматики в процессе медицинской реабилитации. В рамках практической деятельности медицинского психолога проводилось обследование пациентов, проходящих медицинскую реабилитацию. На этапе первичной консультации осуществлялась клинико-психологическая беседа, направленная на выявление особенностей эмоционального состояния, актуальных переживаний и жалоб пациента. Дополнительно применялась Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS).

По результатам первичной диагностики выявлялись пациенты с субклинически и клинически выраженными показателями тревоги и/или депрессии. Также учитывались субъективные жалобы пациентов на эмоциональное напряжение, снижение настроения, нарушения сна и трудно-

сти адаптации к заболеванию. При наличии соответствующих показаний результаты клинико-психологической диагностики использовались для определения целесообразности включения пациента в курс аудиовизуальной стимуляции как дополнительного направления психологического сопровождения. Занятия проводились с использованием аудиовизуального комплекса «ПРАК», предусматривающего сочетанное воздействие бинауральной акустической и ритмической световой стимуляции [1].

Курс включал десять сеансов продолжительностью 30 минут. Занятия проводились в условиях медицинской реабилитации в индивидуальном и групповом формате.

После завершения курса проводилось повторное обследование с использованием HADS. При сопоставлении результатов первичной и повторной диагностики наблюдалась положительная динамика эмоционального состояния пациентов. У всех пациентов, прошедших курс, отмечалось снижение выраженности, выявленной при первичном обследовании тревожной и/или депрессивной симптоматики. Характер динамики зависел от исходной выраженности эмоциональных нарушений. В ряде случаев показатели после завершения курса соответствовали диапазону, не указывающему на наличие клинически значимой тревожной или депрессивной симптоматики. В других случаях наблюдалось уменьшение выраженности симптомов при сохранении отдельных эмоциональных проявлений.

В процессе психологического наблюдения пациенты также отмечали снижение внутреннего напряжения, эмоциональную разгрузку, улучшение общего самочувствия и, в ряде случаев, улучшение качества сна.

Полученные наблюдения соответствуют направлению отечественных исследований, посвященных применению бинауральных воздействий в медицинской и психологической реабилитации. Котельникова и соавт. рассматривают бинауральные акустические биения как один из вариантов немедикаментозного воздействия в психологической реабилитации пациентов с нарушениями двигательных функций и отмечают изменения показателей психоэмоционального состояния в процессе реабилитации [2]. Возможности применения бинауральных акустических воздействий при психосоматических заболеваниях также рассматриваются в отечественной литературе [3].

В зарубежной литературе представлены данные о потенциальных возможностях бинауральной акустической стимуляции в отношении тревожной симптоматики. В обзоре Bjelland и соавт. подтверждена клиническая применимость HADS для оценки тревоги и депрессии у пациентов медицинского профиля [4]. Метаанализ García-Argibay и соавт. выявил положительные эффекты бинауральных стимулов по ряду исследуемых показателей, включая тревогу [5]. Вместе с тем результаты

исследований характеризуются неоднородностью используемых протоколов, что ограничивает возможность однозначной оценки специфической эффективности метода и определяет необходимость дальнейшего изучения условий его применения.

Таким образом, опыт практической работы показывает значимость клинико-психологической диагностики при определении направлений дополнительного психологического сопровождения пациентов в условиях медицинской реабилитации. Использование HADS позволяет выявлять пациентов с актуальной тревожной и депрессивной симптоматикой, учитывать выраженность выявленных нарушений при выборе дополнительных мероприятий и осуществлять последующую оценку динамики эмоционального состояния.

Наблюдаемая положительная динамика после курса из десяти сеансов аудиовизуальной стимуляции продолжительностью 30 минут позволяет рассматривать комплекс «ПРАК» как перспективный дополнительный инструмент в работе медицинского психолога с пациентами, имеющими тревожные и депрессивные проявления. При этом выявленные изменения не следует однозначно связывать исключительно с воздействием комплекса, поскольку эмоциональное состояние пациентов в период медицинской реабилитации определяется совокупностью клинических, психологических и социальных факторов.

Полученный практический опыт свидетельствует о целесообразности дальнейшего изучения возможностей аудиовизуальной стимуляции в медицинской реабилитации и накопления данных о динамике эмоционального состояния пациентов с использованием стандартизированных психодиагностических инструментов.

Литература

1. Бобровницкий, И. П. Применение аудиовизуального комплекса «ПРАК» в реабилитации пациентов с психосоматическими нарушениями: методическое руководство / И. П. Бобровницкий, С. Н. Нагорнев, А. Н. Разумов, С. А. Федоров ; под общ. ред. А. Н. Разумова. — Москва: ООО «Постатор», 2024. — 76 с. — EDN LNPODP.

2. Котельникова, А. В. Бинауральные акустические биения в психологической реабилитации пациентов с нарушением двигательных функций / А. В. Котельникова, А. А. Кукшина, Е. А. Турова, А. С. Тихонова // Вестник восстановительной медицины. — 2021. — Т. 20, № 1. — С. 60–69. — DOI 10.38025/2078-1962-2021-20-1-60-69. — EDN URHOXC.

3. Секирин, А. Б. Перспективы использования акустических бинауральных биений в терапии психосоматических заболеваний / А. Б. Секирин, А. Е. Майбродская // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2019. — № 12, ч. 1. — С. 105–109. — EDN VHTUNJ.

4. Bjelland, I. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review / I. Bjelland, A. A. Dahl, T. T. Haug, D. Neckelmann // Journal of Psychosomatic Research. — 2002. — Vol. 52, № 2. — P. 69–77. — DOI 10.1016/S0022-3999(01)00296-3.

5. García-Argibay, M. Efficacy of binaural auditory beats in cognition, anxiety, and pain perception: a meta-analysis / M. García-Argibay, M. A. Santed, J. M. Reales // Psychological Research. — 2019. — Vol. 83, № 2. — P. 357–372. — DOI 10.1007/s00426-018-1066-8.

РОЛЬ ЭМОЦИОНАЛЬНО-ЛИЧНОСТНЫХ ФАКТОРОВ В ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С КОГНИТИВНЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

Чикунова С. В., Фролова Е. В.
ФГБОУ ВО «ПИМУ» МЗ РФ, Нижний Новгород, Россия
102108@mail.ru

Ключевые слова: когнитивные нарушения, патопсихология, тревога, депрессия.

THE ROLE OF EMOTIONAL-PERSONALITY FACTORS IN THERAPY EFFECTIVENESS IN PATIENTS WITH COGNITIVE IMPAIRMENT

Chikunova S. V., Frolova E. V.
Privolzhsky Research Medical University, Nizhny Novgorod, Russia
102108@mail.ru

Keywords: cognitive impairment, pathopsychology, anxiety, depression.

Когнитивные нарушения являются одной из наиболее актуальных проблем современной неврологии, психиатрии и медицинской психологии. Увеличение продолжительности жизни населения сопровождается ростом числа пациентов с легкими когнитивными нарушениями, сосудистыми когнитивными расстройствами и деменцией. Наряду с клиническими характеристиками заболевания существенное влияние на эффективность терапии могут оказывать эмоционально-личностные особенности пациента, включая уровень тревоги, депрессии, мотивацию к лечению и сохранность когнитивного резерва [1, 4].

С позиций патопсихологического подхода С. Я. Рубинштейн оценка эффективности лечения должна включать анализ не только количественных показателей когнитивного функционирования, но и эмоционального состояния пациента, поскольку данные компоненты

тесно взаимосвязаны и определяют успешность реабилитационного процесса [3].

Цель исследования — выявить динамику когнитивных и эмоциональных нарушений у пациентов с когнитивными расстройствами различного генеза и определить роль эмоционально-личностных и клинических факторов в прогнозировании эффективности терапии.

Материал и методы. Исследование проведено на базе клиники памяти. В выборку вошли 80 пациентов с когнитивными нарушениями различного генеза в возрасте от 55 до 90 лет (средний возраст 71,4±5,8 года). Женщины составили 87,5% (70 человек) выборки, мужчины — 12,5% (10 человек).

В структуре диагнозов преобладали легкие когнитивные расстройства смешанного генеза (47,5%), сосудистого генеза (36,3%), органические и другие когнитивные расстройства (16,2%).

Для оценки когнитивного функционирования использовались шкалы Montreal Cognitive Assessment (MoCA), Mini-Mental State Examination (MMSE) и Frontal Assessment Battery (FAB). Эмоциональное состояние оценивалось по шкале Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Статистическая обработка данных проводилась с использованием методов описательной статистики, парного t-критерия Стьюдента и критерия Вилкоксона. Уровень статистической значимости принимался равным $p < 0,05$.

Анализ результатов показал статистически значимое улучшение когнитивного функционирования после прохождения курса терапии. Средний показатель MoCA увеличился с 24,79 до 25,81 балла ($p < 0,001$), MMSE — с 25,60 до 26,69 балла ($p < 0,001$), FAB — с 16,15 до 16,78 балла ($p < 0,001$).

Одновременно наблюдалось достоверное снижение выраженности тревожно-депрессивной симптоматики. Показатель депрессии по шкале HADS снизился с 5,13 до 4,01 балла ($p = 0,001$), показатель тревоги — с 6,94 до 5,60 балла ($p = 0,002$).

Наиболее выраженная положительная динамика отмечалась у пациентов с легкими когнитивными расстройствами сосудистого генеза. Полученные данные свидетельствуют о том, что эмоциональное состояние пациентов тесно связано с результатами когнитивной реабилитации и может рассматриваться как один из факторов прогноза эффективности терапии.

Выводы. 1. У пациентов клиники памяти после курса терапии наблюдается статистически значимое улучшение когнитивных функций по шкалам MoCA, MMSE и FAB.

2. Когнитивная реабилитация сопровождается достоверным снижением выраженности тревоги и депрессии по шкале HADS.

3. Наиболее благоприятная динамика отмечается у пациентов с легкими когнитивными расстройствами сосудистого генеза.

4. Эмоционально-личностные характеристики пациента оказывают существенное влияние на эффективность программы нейрореабилитации и должны учитываться при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

5. Комплексная оценка когнитивного и эмоционального статуса позволяет повысить точность прогноза и эффективность ведения пациентов с когнитивными нарушениями.

Литература

1. Захаров, В. В. Когнитивные расстройства в неврологической практике / В. В. Захаров, Н. Н. Яхно. — Москва : МЕДпресс-информ, 2021. — 320 с.

2. Лурия, А. Р. Основы нейропсихологии / А. Р. Лурия. — Санкт-Петербург : Питер, 2023. — 384 с. — (Мастера психологии). — ISBN 978-5-4461-1899-1.

3. Рубинштейн, С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии / С. Я. Рубинштейн. — Москва : Эксмо-Пресс : Апрель Пресс, 1999.— 448 с. — (Мир психологии). — ISBN 5-04-003883-6.

4. Liew, T. M. Depression, anxiety and progression of cognitive impairment: a systematic review and meta-analysis / T. M. Liew // Ageing Research Reviews. — 2023. — Vol. 85. — Article 101855.

5. Livingston, G. Dementia prevention, intervention, and care: 2024 report of the Lancet Standing Commission / G. Livingston, J. Huntley, K. Y. Liu [et al.] // The Lancet. — 2024. — Vol. 404, № 10452. — P. 572–628. — DOI 10.1016/S0140-6736(24)01296-0.

Раздел 9. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПОДХОДЫ В КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКЕ

ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАРАМЕТРОВ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И РИТМИЧЕСКИХ СОСТАВЛЯЮЩИХ ФОНОВОЙ ЭЭГ У ДЕТЕЙ 2–4 ЛЕТ С ЗАДЕРЖКОЙ РЕЧЕВОГО РАЗВИТИЯ

Буракова И. В., Воробьева Е. В.
ФГАОУ ВО «Южный федеральный университет», Академия психологии и педагогики, Ростов-на-Дону, Россия
evorob@sfedu.ru

Ключевые слова: задержка речевого развития, родительское отношение, ранний возраст, сиблинги, состав семьи, ЭЭГ.

THE RELATIONSHIP BETWEEN PARENTAL ATTITUDES AND RHYTHMIC COMPONENTS OF THE BACKGROUND EEG IN 2–4-YEAR-OLD CHILDREN WITH SPEECH DELAY

Burakova I. V., Vorobyeva E. V.
Southern Federal University, Academy of Psychology and Pedagogy, Rostov-on-Don, Russia
evorob@sfedu.ru

Keywords: speech delay, parental attitudes, early childhood, siblings, family composition, EEG.

Введение. Задержка речевого развития (ЗРР) у детей раннего возраста представляет собой речевой дефицит, системно связанный с моторными, когнитивными и сенсорными нарушениями [4]. Психическое развитие детей 2–4 лет, в том числе, речевое развитие, взаимосвязано с развитием мозговых структур и отражается в параметрах ЭЭГ [2]. Качество семейной среды (состав семьи), а также параметры родительского отношения определяют его нивелирование или усугубление [3]. Пути психического развития ребенка с ЗРР: компенсаторный и деструктивный, ухудшающий психические функции [5].

Цель. Выявление взаимосвязей между типом родительского отношения, составом семьи и ритмическими параметрами ЭЭГ покоя детей с ЗРР в сравнении с ровесниками с нормальным речевым развитием.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 79 семей с детьми в возрасте от 2 до 4 лет (из них: детей с ЗРР — 7, детей контроль-

ной группы — 42). Диагноз ЗРР был установлен врачом-неврологом и логопедом.

В работе применялся опросник родительского отношения («ОРО» А. Я. Варга, В. В. Столин), который имеет пять шкал родительского отношения: принятие — отвержение; кооперация; симбиоз; авторитарная гиперсоциализация; инвалидизация [1]. Проводился анализ заключений электроэнцефалографического исследования (ЭЭГ), а именно, ритмических составляющих фоновой ЭЭГ покоя с закрытыми глазами. Использовался электроэнцефалограф Нейрон-Спектр-63. Частота квантования: 500 Гц, с использованием монополярного монтажа. Фильтр верхних частот: 0,5 Гц. Фильтр нижних частот: 70,0 Гц. Использовалась анкета для родителей для выявления социально-демографических характеристик семьи (образование родителей, наличие сиблингов) и количества экранного времени, как времени, ежедневно проводимого ребенком перед экраном телевизора или гаджетов.

Родители заполняли опросник ОРО для определения типа родительского отношения. С помощью анкетных данных определялся состав семьи. Данные анализировались с использованием статистических методов (определение нормальности распределения по Шапиро-Уилку, корреляционный анализ по Спирмену, U-критерий Манна-Уитни).

Результаты. Частота бета-ритма в состоянии бодрствования отрицательно коррелирует в семьях с детьми с ЗРР с родительским отношением отвержения ($r = –0,34$, $p < 0,05$). Амплитуда бета-ритма в состоянии бодрствования: положительно коррелирует в семьях с детьми с ЗРР с родительским отношением симбиоза ($r = 0,54$, $p < 0,001$). Амплитуда тета-ритма в состоянии бодрствования, превышающая основной альфа-ритм, положительно коррелирует в семьях с детьми с ЗРР с родительским отношением кооперации ($r = 0,37$, $p < 0,05$). Наличие старшего сиблинга положительно коррелирует в семьях с детьми с ЗРР с родительским отношением симбиоза ($r = 0,33$, $p < 0,05$). Наличие сиблинга того же возраста отрицательно коррелирует в семьях с детьми с ЗРР с родительским отношением отвержения ($r = –0,53$, $p < 0,001$) и отношением авторитарной гиперсоциализации ($r = –0,56$, $p < 0,001$); отрицательно коррелирует в семьях с детьми контрольной группы с родительским отношением симбиоза ($r = –0,35$, $p < 0,05$). Наличие младших сиблингов отрицательно коррелирует в семьях с детьми с ЗРР с родительским отношением отвержения ($r = –0,37$, $p < 0,05$). Отсутствие сиблингов в семье положительно коррелирует в семьях с детьми контрольной группы с родительским отношением отвержения ($r = 0,38$, $p < 0,05$), с родительским отношением инфантилизации ($r = 0,42$, $p < 0,01$). Наличие сиблингов в семье, без учета очерёдно-

сти их рождения, отрицательно коррелирует в семьях с детьми контрольной группы с родительским отношением отвержения ($r = –0,38$, $p < 0,05$), с родительским отношением инфантилизации ($r = –0,42$, $p < 0,01$). Наличие полной семьи положительно коррелирует в семьях с детьми с ЗРР с родительским отношением инфантилизации ($r = 0,33$, $p < 0,05$). Наличие неполной семьи — корреляционные взаимосвязи не выявлены. Наличие расширенной семьи отрицательно коррелирует в семьях с детьми с ЗРР с родительским отношением инфантилизации ($r = –0,33$, $p < 0,05$). В ходе исследования были установлены значимые различия были выявлены между такими типами родительских отношений в семьях с детьми с ЗРР и в контрольной группе как: отвержение ($U = 458$, $p < 0,01$), кооперация ($U = 233$, $p < 0,01$), симбиоз ($U = 509,5$, $p < 0,01$), авторитарная гиперсоциализация ($U = 560$, $p < 0,05$).

Анализ показал, что состав семьи и ритмические составляющие фоновой ЭЭГ взаимосвязаны с параметрами родительского отношения у детей 2–4 лет с ЗРР и детей группы контроля. Родительское отвержение: у детей 2–4 лет с ЗРР риск снижается при наличии сиблингов и более высокой частоте бета-ритма в фоновой ЭЭГ. В группе нормы риск выше при отсутствии сиблингов. Симбиоз: у детей 2–4 лет с ЗРР риск выше при наличии старших сиблингов и высокой амплитуде бета-ритма в фоновой ЭЭГ. В группе нормы риск снижается при наличии сиблингов-сверстников. Кооперация: у детей 2–4 лет с ЗРР вероятность выше при доминировании тета-ритма над альфа-ритмом в фоновой ЭЭГ. Инфантилизация (Инвалидизация): в группе нормы риск выше при единственном ребенке. В семьях детей с ЗРР риск возрастает в полных семьях и снижается в расширенных. Таким образом, структура семьи и ритмические составляющие фоновой ЭЭГ ребенка взаимосвязаны с типами родительского отношения.

Выводы. Проведена оценка и анализ взаимосвязей между типом родительского отношения, составом семьи и ритмическими параметрами ЭЭГ покоя детей с ЗРР в сравнении с ровесниками с нормальным речевым развитием. Исследование подчеркивает важность выбора типов родительского отношения, базирующихся на кооперации, для речевого развития детей 2–4 лет с задержкой речевого развития.

Литература

1. Арбатская, Е. С. Диагностика выявления проблем в детско-родительских отношениях : методическое пособие / Е. С. Арбатская, Н. Ю. Дичина. — Ангарск : УМЦ РСО, 2017.

2. Воробьева, Е. В. Психофизиология детей и подростков / Е. В. Воробьева, И. А. Кайдановская. — Ростов-на-Дону ; Таганрог : Южный федеральный университет, 2018. — 175 с.

3. Вяткина, Л. Б. Особенности психического развития детей старшего дошкольного возраста, воспитывающихся в неполной/полной семье / Л. Б. Вяткина // Фундаментальные исследования. — 2013. — № 10-2. — С. 442–445.

4. Данилова, Е. И. Особенности коммуникативно-речевого развития детей третьего года жизни с задержкой речевого развития / Е. И. Данилова, Е. Е. Дмитриева // Инновации. Наука. Образование. — 2021. — № 46. — С. 1644–1650.

5. Роль семьи в формировании здорового образа жизни детей в дошкольном возрасте / С. Н. Виниченко, Н. К. Перевощикова, С. А. Дракина [и др.] // Мать и дитя в Кузбассе. — 2017. — № 4 (71). — С. 20–25.

КРОСС-КУЛЬТУРНЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ВЫСОКОФУНКЦИОНАЛЬНОГО АУТИЗМА У СПЕЦИАЛИСТОВ И ПРЕДПРИНИМАТЕЛЕЙ МОЛОДОГО И ЗРЕЛОГО ВОЗРАСТА

Давлетханова Д. Р., Меерсон А.-Л. С.
ФГБОУ ВО РГСУ, Москва, Россия
diana022099@gmail.com

Ключевые слова: высокофункциональный аутизм, социальный камуфляж, кросс-культурная психодиагностика, предприниматели.

CROSS-CULTURAL ASPECTS OF DIAGNOSING HIGH-FUNCTIONING AUTISM IN YOUNG AND MATURE PROFESSIONALS AND ENTREPRENEURS

Davletkhanova D. R., Meerson A.-L. S.
Russian State Social University, Moscow, Russia
diana022099@gmail.com

Keywords: high-functioning autism, social camouflage, cross-cultural psychodiagnostics, entrepreneurs.

Диагностирование высокофункционального аутизма (ВФА) у взрослого человека является достаточно трудной задачей, в связи с нормативным или высоким у них уровнем интеллекта [1, 2]. Неравномерность интеллектуального профиля таких людей выражается в повышенном системном мышлении, при парциальном дефиците невербальных навыков [2]. Пациенты с ВФА используют данный когнитивный ресурс для социального камуфляжа — маскинга, вклю-

чающего в себя три ключевых стратегии: ассимиляцию, маскировку ядерных симптомов расстройств аутистического спектра (далее — РАС) и искусственную компенсацию дефицитов взаимодействия [1, 5]. Интенсивное использование маскинга, скрывающее аутистические черты, часто мешает на приёмах у клинического психолога: ведет к гиподиагностике, мешает перенаправить человека к врачу-психиатру, возникают ошибки при постановлении диагноза; при этом ежедневное сокрытие симптомов (постоянное применение социального камуфляжа) перегружает нервную систему, вызывая выгорание, постоянную усталость и депрессивные состояния [4, 5]. Первые выраженные трудности в адаптации в обществе и, как следствие, обильное, но не всегда удачное, применения маскинга проявляются ещё в подростковом возрасте [1], трансформируясь в успешную сторону по мере взросления [5].

Профессиональный статус и возраст человека определяют характер и направленность стратегий социального камуфляжа: в начале своего карьерного пути, молодые специалисты применяют достаточно энергозатратный маскинг, копируя поведение своих коллег для удержания рабочего места и для выполнения должностных инструкций [5]. В связи с этим, молодые сотрудники быстро начинают сталкиваться с психоэмоциональным истощением, а клиницисты путают их РАС с расстройствами тревожного спектра или другими личностными девиациями [1]. Предприниматели зрелого возраста, имея больше автономии, начинают использовать свою независимость для изменения рабочей среды под себя и свои потребности: делегирование социальных функций, публичных переговоров, а собственные особенности — монотропизм и длительный гиперфокус, становятся бизнес-преимуществами [2, 5].

Этнокультурный контекст конкретной страны оказывает непосредственное влияние на паттерны маскинга и уровень сопутствующих ментальных трудностей: коллективистские культуры с «высоким контекстом» коммуникаций (страны Азии) и необходимостью «сохранения лица», вынуждают людей куда более тщательно скрывать признаки РАС [4, 5], что приводит к тяжёлым соматизациям стресса и рекордно поздней диагностике РАС [4]. В западных странах, благодаря признанию автономии «аутичной культуры», диагностика и верификация РАС проходит легче, а маскинг, преимущественно, сфокусирован на компенсации исполнительных функций [4]. В России клиническая практика осложняется: стигматизация ментальных расстройств и особенностей взрослых, недостаточная внутриструктурная интеграция между детскими и взрослыми психиатрическими службами, кроме того, проявление ВФА у отечественных специалистов часто ошибоч-

но списывают на шизоидную акцентуацию, личную эксцентричность [1]. Дополнительно диагностический профиль искажается гендерными факторами: женская способность к социальной мимикрии развита сильнее, что скрывает дефициты; и спецификой детско-родительских отношений, которые влияют на темпы выработки навыков автономной компенсации [1, 3].

Заключение. Для точной психодиагностики ВФА у предпринимателей молодого и взрослого возраста психологи должны опираться не на внешние факторы и дефициты общения, а на внутренне состоянии человека, подверженного постоянной необходимостью к маскингу и структуру профессионального выгорания [1, 5]. Прямой перенос и использование зарубежного стандартизированного инструмента (например, опросник CAT-Q) в отечественной практике невозможен, без предварительной кросс-культурной адаптации: валидизации шкал с учетом национальных коммуникативных канонов, специфике российской профессиональной среды и гендерным профилям [1, 4, 5].

Литература

1. Гусев, А. В. Проблемы диагностики высокофункционального аутизма во взрослом возрасте / А. В. Гусев // International Journal of Medicine and Psychology. — 2022. — Т. 5, № 6. — С. 83–88.

2. Козунова, Г. Л. Профиль интеллекта и личностные особенности у взрослых пациентов с высокофункциональным аутизмом / Г. Л. Козунова, А. Ю. Новиков, Б. В. Чернышев // Национальный психологический журнал. — 2023. — Т. 18, № 1. — С. 18–31. — DOI 10.11621/npj.2023.0102.

3. Филиппова, Н. В. Гендерные различия социально-коммуникативных навыков и эмоциональных реакций при расстройствах аутистического спектра / Н. В. Филиппова, Ю. Б. Барыльник, С. В. Сизов // Российский психиатрический журнал. — 2014. — № 4. — С. 38–43.

4. Keating, C. T. Cross-cultural variation in experiences of acceptance, camouflaging and mental health difficulties in autism: a registered report / C. T. Keating, L. Hickman, P. Geelhand [et al.] // PLOS ONE. — 2024. — Vol. 19, № 3. — Article e0299824. — DOI 10.1371/journal.pone.0299824.

5. Lundin Remnélius, K. Camouflaging in Autism: Age Effects and Cross-Cultural Validation of the Camouflaging Autistic Traits Questionnaire (CAT-Q) / K. Lundin Remnélius, S. Bölte // Journal of Autism and Developmental Disorders. — 2024. — Vol. 54, № 5. — P. 1749–1764. — DOI 10.1007/s10803-023-05909-8.

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ТРЕВОЖНО-ДЕПРЕССИВНЫХ СОСТОЯНИЙ: ОПЫТ ДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Дементьева А. А.
ФГБОУ ВО СПбПУ, Санкт-Петербург, Россия
dementieva_aa@spbstu.ru

Ключевые слова: тревожно-депрессивные состояния, социально-экономический статус, неблагополучный детский опыт, финансовая тревога, психодиагностика.

SOCIO-ECONOMIC DETERMINANTS OF ANXIETY-DEPRESSIVE STATES: DIAGNOSTIC RESEARCH EXPERIENCE

Dementieva A. A.
Peter the Great St. Petersburg Polytechnic University, St. Petersburg, Russia
dementieva_aa@spbstu.ru

Keywords: anxiety-depressive states, socio-economic status, adverse childhood experiences, financial anxiety, psychodiagnostics.

Введение. Тревожно-депрессивные состояния занимают промежуточное положение между нормальными эмоциональными реакциями и клинически очерченными расстройствами, что затрудняет их дифференциальную диагностику. Согласно данным ВОЗ, около 50% мирового населения сталкивается с нервно-психическими расстройствами, причём наиболее распространены депрессия и тревога. Люди с низким доходом страдают ими чаще, однако большинство исследований сосредоточено на объективных экономических показателях, тогда как роль раннего детского опыта и субъективного восприятия остаётся недостаточно изученной.

Проблемы диагностики. Теоретический анализ позволил обозначить ряд узловых дискуссионных моментов. Прежде всего, граница между тревожно-депрессивными состояниями (субсиндромальными формами) и расстройствами (клинически очерченными) остаётся подвижной. По данным Lamers et al. (2011), субсиндромальные симптомы отмечаются у 20–30% популяции, однако полноценные расстройства формируются лишь у трети таких случаев. В лонгитюдном исследовании Fava et al. (2019) за три года в диагностируемые расстройства перешли только 28% случаев. Отдельного внимания заслуживает вопрос об опросниковых методиках. Их применение без клинической верификации сужает возможности диагностических

выводов. Zimmerman et al. (2021) прямо отмечают, что данные PHQ-9, GAD-7 и HADS не могут быть основанием для клинического диагноза. Совпадение между «опросниковыми состояниями» и «клиническими расстройствами», по данным Levis et al. (2022), достигает лишь 58–62%. Ещё один аспект связан с феноменом «контекстуальной симптоматики» (Kendler et al., 2022). Он указывает на то, что до 70% «положительных» результатов опросников скорее отражают ситуационные реакции, чем устойчивые паттерны.

В рекомендациях COSMIN (2023) опросники рассматриваются как инструменты скрининга состояний и мониторинга симптомов. Для выявления расстройств они не предназначены.

Цель исследования — выявление взаимосвязи тревожно-депрессивных состояний и социально-экономического статуса личности.

Материал и методы. Выборка: 339 респондентов в возрасте от 16 до 85 лет (средний возраст 33,1 года), из них 209 женщин и 130 мужчин; большинство жители городских поселений (93,5%) с высшим образованием (49,6%).

Диагностический комплекс: Шкала депрессии А. Бека (BDI) в адаптации Н. В. Тарабриной; Шкала тревоги Спилбергера-Ханина (STAI) в адаптации Ю. Л. Ханина; опросник «Неблагоприятный детский опыт» (ACE-IQ) в адаптации А. А. Кибитова и соавторов; Шкала финансовой тревожности Р. Лихи в адаптации Т. В. Дробышевой и В. А. Садова; авторская анкета для оценки социально-экономических показателей. Статистическая обработка: коэффициент корреляции Спирмена и множественный регрессионный анализ (IBM SPSS Statistics 26).

Результаты. Корреляционный анализ выявил устойчивые положительные связи неблагополучного детского опыта (НДО) с наличием диагностированного психического заболевания ($r = 0{,}310$, $p < 0{,}01$), уровнем депрессии ($r = 0{,}501$, $p < 0{,}01$) и тревоги ($r = 0{,}334$, $p < 0{,}01$). Финансовая тревога обнаружила сильные связи с депрессией ($r = 0{,}527$, $p < 0{,}01$) и тревогой ($r = 0{,}612$, $p < 0{,}01$).

Регрессионный анализ подтвердил, что НДО оказывается значимым фактором для депрессии ($\beta = 1{,}111$, $p < 0{,}001$) и тревоги ($\beta = 0{,}493$, $p < 0{,}001$). Модель для депрессии объясняет 41,6% дисперсии, для тревоги 45,5%. Обнаружена значимая отрицательная взаимосвязь НДО с доходом семьи в детстве ($p < 0{,}001$). Это говорит о том, что риск накапливается: психологическая травма нередко идёт вместе с экономической депривацией.

Субъективная оценка материального положения дала более сильные отрицательные связи с депрессией ($r = -0{,}303$, $p < 0{,}01$) и тревогой ($r = –0{,}301$, $p < 0{,}01$), чем объективный доход. На выборке студентов ($n = 75$) с использованием MADRS, GAD-7 и Шкалы финансового бла-

гополучия CFPB было показано, что чувство контроля над финансами отрицательно коррелирует с депрессией ($r = –0,378$, $p < 0,01$) и тревогой ($r = –0,344$, $p < 0,01$). Среди значимых факторов тревоги в этой выборке выступили неожиданные доходы ($F = 6,467$, $p = 0,012$), неожиданные расходы ($F = 5,192$, $p = 0,024$) и чувство контроля над финансами ($F = 5,225$, $p = 0,023$).

Выводы. Неблагополучный детский опыт и низкий социально-экономический статус семьи тесно связаны с тревожно-депрессивными состояниями во взрослом возрасте. Заметную роль здесь играют субъективные оценки: самооценка материального положения, финансовая тревога и чувство контроля над финансами. По силе связи они превосходят объективные экономические показатели. В диагностический комплекс клинического психолога имеет смысл включать скрининговые инструменты для оценки финансовой тревоги и НДО. Результаты опросников при этом стоит интерпретировать как показатели состояний, а не как основание для клинического диагноза.

Литература

1. Дробышева, Т. В. Разработка тест-опросника «Шкала финансовой тревожности личности» (на основе методики Р. Лихи) / Т. В. Дробышева, В. А. Садов // Институт психологии Российской академии наук. Социальная и экономическая психология. — 2021. — Т. 6, № 2 (22). — С. 296–321. — DOI 10.38098/ipran.sep_2021_22_2_12.

2. Разработка и анализ психометрических свойств новой русскоязычной версии Международного опросника неблагоприятного детского опыта (ACE-IQ) / А. А. Кибитов, А. В. Трусова, К. В. Вышинский [и др.] // Консультативная психология и психотерапия. — 2024. — Т. 32, № 1. — С. 29–57. — DOI 10.17759/cpp.2024320102.

3. Хащенко, В. А. Субъективное экономическое благополучие и его измерение: построение опросника и его валидизация / В. А. Хащенко // Экспериментальная психология. — 2011. — Т. 4, № 1. — С. 106–127.

4. Childhood poverty and mental health disorders in early adulthood: evidence from a Brazilian cohort study / C. Ziebold, S. Evans-Lacko, M. C. R. Andrade [et al.] // European Child & Adolescent Psychiatry. — 2023. — Vol. 32, no. 5. — P. 903–914. — DOI 10.1007/s00787-021-01923-2.

5. Poverty, depression, and anxiety: causal evidence and mechanisms / M. Ridley, G. Rao, F. Schilbach, V. Patel // Science. — 2020. — Vol. 370, no. 6522. — Art. eaay0214. — DOI 10.1126/science.aay0214.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕСУРСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО СТАНОВЛЕНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ СПЕЦИАЛЬНОЙ ПСИХОПЕДАГОГИКИ: РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Жигэу Е. И.
ГПУ им. Иона Крянгэ, Кишинев, Молдова
e_jigau@mail.ru

Ключевые слова: профессиональное становление, психологические ресурсы, эмпатия, стрессоустойчивость.

PSYCHOLOGICAL RESOURCES OF PROFESSIONAL DEVELOPMENT OF SPECIAL PSYCHOPEDAGOGY SPECIALISTS: RESULTS OF A COMPREHENSIVE STUDY

Jigau E. I.
Ion Creangă State Pedagogical University, Chisinau, Republic of Moldova
e_jigau@mail.ru

Keywords: professional development, psychological resources, empathy, stress resilience.

Введение. Профессиональное становление специалистов специальной психопедагогики связано не только с освоением профессиональных знаний и умений, но и с развитием личностных и эмоционально-коммуникативных ресурсов, необходимых для взаимодействия с детьми с особыми образовательными потребностями. На разных этапах профессионального пути акцент смещается: у будущих специалистов — на формирование профессионально важных качеств, у практикующих педагогов — на сохранение адаптационных ресурсов и профилактику профессионального выгорания. Поэтому изучение психологических ресурсов предполагает комплексный диагностический подход, учитывающий личностные характеристики, эмоциональную саморегуляцию и адаптацию к профессиональным нагрузкам.

Теоретическим основанием такого подхода является представление о профессиональном становлении как длительном процессе развития личности в профессиональной деятельности. Оно включает не только освоение знаний, умений и способов деятельности, но и изменение отношения человека к профессии, себе как субъекту профессиональной деятельности и другим участникам взаимодействия. Профессиональное становление предполагает развитие профессионально значимых

качеств, самостоятельности и способности регулировать собственную деятельность в соответствии с требованиями профессии [1].

Важное значение имеет субъектная активность личности: специалист не только приспосабливается к внешним требованиям, но и выбирает способы действия, регулирует поведение, осмысливает профессиональный опыт и использует внутренние возможности для решения профессиональных задач. В этом контексте психологические ресурсы рассматриваются как индивидуально-психологические возможности, обеспечивающие активность, адаптацию, преодоление затруднений и сохранение продуктивности деятельности.

Для специалистов специальной психопедагогики эти ресурсы особенно значимы в связи с интенсивным межличностным взаимодействием и эмоциональной включённостью. На этапе подготовки важны эмпатия, личностная направленность и самостоятельность, а в практической деятельности — стрессоустойчивость, адаптивность, эмоциональная саморегуляция и субъективное благополучие. С позиций ресурсного подхода их значение определяется также условиями деятельности, профессиональными требованиями и способами совладания с трудностями.

Таким образом, профессиональное становление специалистов специальной психопедагогики представляет собой многокомпонентный процесс, объединяющий личностное развитие, профессиональную деятельность, эмоционально-коммуникативное взаимодействие и адаптацию к профессиональным нагрузкам. Психологические ресурсы при этом могут рассматриваться как совокупность взаимосвязанных характеристик, значение которых проявляется на различных этапах профессионального пути.

Цель исследования — представить результаты комплексного изучения психологических ресурсов профессионального становления специалистов специальной психопедагогики на основе двух взаимодополняющих исследований.

Материал и методы. В первом исследовании участвовали 38 студентов специальной психопедагогики первого и третьего курсов. Изучались эмпатия (методика В. В. Бойко), внушаемость и личностная направленность (опросник Б. Басса). Для анализа применялись U-критерий Манна-Уитни и коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Во втором исследовании участвовали 36 практикующих специалистов в возрасте 25–55 лет со стажем работы от 2 до 25 лет. Диагностический комплекс включал опросник профессионального выгорания Маслач, тест стрессоустойчивости и адаптивности Холмса-Раге (адаптация Н. С. Мешаловой) и методику субъективного благополучия Майерса. Диагностика проводилась до и после реализации программы, включавшей когнитивно-поведенческие техники, методы эмоциональной саморегуляции, супервизию/интервизию и ресурсно-ориен-

тированные практики, направленной на снижение профессионального стресса и эмоционального выгорания.

Комплексность подхода заключается в рассмотрении взаимодополняющих групп ресурсов на разных этапах профессионального пути: личностных и эмоционально-коммуникативных характеристик будущих специалистов и стресс-регуляторных и адаптационных характеристик практикующих педагогов. Междисциплинарный аспект представлен обращением к психологии профессионального развития, психодиагностике личности и психологии стресса.

Результаты. В исследовании студентов обнаружены небольшие различия между первокурсниками и третьекурсниками по общему показателю эмпатии: средние значения составили соответственно 23,1 и 24,7 балла ($p = 0,383$). Различия по внушаемости также не достигли статистической значимости: 11,3 и 10,1 балла ($p = 0,167$). Показатели личностной направленности имеют тенденцию к увеличению на третьем курсе: с 24,1 (29,9%) до 28,7 балла (35,5%; $p = 0,058$).

Корреляционный анализ выявил статистически значимую прямую связь внушаемости с направленностью на взаимодействие ($\rho = 0,54$; $p = 0,004$) и обратную — внушаемости и направленности на дело ($\rho = -0,40$; $p = 0,027$). Связь эмпатии и внушаемости значимой не оказалась ($\rho = 0,26$; $p = 0,270$). В группе третьекурсников установлена положительная корреляция эмпатии с направленностью на взаимодействие ($\rho=0,79$; $p=0,0068$). Полученные результаты указывают на неоднородность взаимосвязей между изученными характеристиками; межгрупповые различия следует рассматривать как сравнительные данные, а не как доказательство индивидуальной динамики развития студентов.

Во втором исследовании после реализации программы в экспериментальной группе отмечено снижение эмоционального истощения на 28%, тогда как в контрольной группе снижение составило 6%. Показатель деперсонализации в экспериментальной группе снизился на 19%; в контрольной группе существенных изменений не отмечено. Также в экспериментальной группе сообщается об увеличении профессиональной удовлетворённости на 22% и повышении показателя стрессоустойчивости/адаптивности на 31%.

Выводы. Результаты двух исследований позволяют рассматривать психологические ресурсы профессионального становления специалистов специальной психопедагогики как многокомпонентное явление, включающее личностные и эмоционально-коммуникативные характеристики будущих специалистов, а также адаптационные и стресс-регуляторные ресурсы практикующих педагогов. Данные студенческой выборки выявляют отдельные взаимосвязи эмпатии, внушаемости и личностной направленности; результаты исследования практикующих специалистов

показывают положительные изменения ряда показателей после участия в ресурсно-ориентированной программе. Таким образом, комплексный подход позволяет учитывать разные стороны профессионального становления и обосновывает разработку единой модели диагностики ресурсов профессиональной адаптации и профилактики выгорания.

Литература

1. Зеер, Э. Ф. Психология профессионального развития : учебное пособие / Э. Ф. Зеер. — 3-е изд., стер. — Москва : Академия, 2009. — 239, [1] с. : ил., табл. — (Высшее профессиональное образование. Профессиональное обучение). — ISBN 978-5-7695-5833-7.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ВОСПРИЯТИИ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ ПОДРОСТКАМИ

Завертяева А. А., Главатских М. М.
ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта», Калиниград, Россия
AZavertyaeva1@kantiana.ru

Ключевые слова: стресс, реакция на стресс, психофизиология, подростки, психофизиологические корреляты.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL REACTIONS OF ADOLESCENTS TO STRESSFUL SITUATIONS

Zavertyaeva A. A., Glavatskix M. M.
Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia
AZavertyaeva1@kantiana.ru

Keywords: stress, stress response, psychophysiology, adolescents, psychophysiological correlates.

Введение. В настоящее время до сих пор остается дискуссионным вопрос о норме и нормативах психической деятельности, соотношении адаптивных и патологических форм реагирования в чрезвычайных, кризисных и экстремальных ситуациях. Дети, в данном контексте, представляют собой особую и уязвимую группу. Данная группа населения имеет более высокую вероятность развития травматизации из-за несформированных механизмов коппинга. У детей симптомы стрессовых расстройств могут развиваться не только после воздействия стрессовых факторов и чрезвычайных ситуаций, но и в результате наблюдения за

чрезвычайными событиями, просмотра жестоких сцен по телевизору, столкновения в реальности в травмирующими событиями. Диагностика психологической травмы у детей до сих пор остается проблематичной, потому как проявление симптомов во многом зависит от возраста и от стадии развития ребенка. Согласно ряду исследований до 60% детей и подростков подвергались воздействию потенциальных травматических ситуаций. И по оценкам данных исследований, у 30% из них впоследствии развивается симптоматика ПТСР. Большинство из них будет испытывать только стертые симптомы, коморбидные состояния. Однако незначительное количество, примерно 10% от общего количества всех детей с ПТСР в возрасте до 18 лет, будет демонстрировать достаточно яркие симптомы травматизации [1].

Тем не менее, только психологических диагностик может быть недостаточно для выявления всех особенностей детской травмы. Разработка и внедрение в процесс диагностики психофизиологических методов, основанных на регистрации объективных показателей изменений физиологического состояния во время воздействия стрессового стимула, может существенно повысить вероятность выявления детей со стрессовыми расстройствами.

Цель исследования заключалась в изучении признаков психологической травмы методом стресс-проб на аппарате БОС «РЕАКОР».

Материал и методы. В рамках реализации проекта «Приоритет 2030 — Дифференциальная диагностика психической дезадаптации школьников с травматическим опытом» при помощи психофизиологического комплекса БОС «Реакор» была проведена оценка психофизиологического функционирования ребенка в покое, в стрессовых ситуациях и при активизации психотравмирующих событий.

В ходе эксперимента было обследовано 56 детей подросткового возраста. Все подростки обучались в общеобразовательных школах г. Калининград.

Результаты. Обнаружено, что значимыми факторами риска развития негативных психоэмоциональных состояний и деструктивных поведенческих паттернов являются:

— потеря одного или обоих родителей или иных близких людей;

— проживание в непосредственной близости от зоны боевых действий;

— множественные травматические события, связанные и не связанные с последствиями боевых действий;

— длительное воздействие сильного стрессового фактора;

— физическое / психологическое насилие;

— алкоголизация в семье;

— неуспеваемость в школе.

У мальчиков отмечалась большая острота проявления симптомов и подверженность травматическим событиям. У девочек были более выражены проявления интрузии, страха, тревоги и депрессии. Был выявлен изначально высокий уровень КГР, что свидетельствует о наличии тревожного состояния перед проведением тестирования. Во время стресс-тестирования уровень КГР оставался на высоких значениях. Пиковые показатели КГР приходятся на темы «Маша завела блог» (КГР = 1,09), «У меня обычная жизнь» (КГР = 1,02) и «Проступок» (КГР = 0,97). Анализ КГР при предъявлении тем «Суицид», «Развод», «Разные браки» и «СВО» свидетельствует о снижении вегетативной реакции, что может быть обусловлено механизмами психологической защиты (вытеснение, избегание) и блокировке реакций (среднее падение КГР составляет –0,62 мкСм от фона).

Анализ сердечно-сосудистой реактивности (ЧСС, ВРПВ, АСВ) показал стабильное учащение сердцебиения на 2,5 — 3,6 уд/мин. Максимальный прирост ЧСС наблюдался на социально значимых темах: «Не такой как все» (+6,3 уд/мин), «Бойцы 2 СВО» (+5,7 уд/мин), «Буллинг» (+5,2 уд/мин) и «У меня обычная жизнь» (+5,1 уд/мин). Снижение ВРПВ, резкий спазм сосудов наблюдался на темах «Маша завела блог» (–12,4 мс от фона) и «Развод» (–8,4 мс от фона) — данные темы спровоцировали острую, но кратковременную вегетативную реакцию (испуг, удивление, напряжение).

Показатели дыхательной системы (РД и ДАС ЧСС) характеризовались снижением РД (замиранием дыхания) на -0,22 и -0,42 от фона. Наиболее длительная задержка дыхания наблюдалась на нейтральных стимулах между стрессорами, что свидетельствует о замедленном восстановлении и невозможности расслабиться.

Анализ результатов тестирования показал, что подростки находились в тревоге еще до начала тестирования (исходный фон смещен в сторону симпатической активности). Наиболее яркий всплеск психофизиологических реакций (рост ЧСС, рост ДАС ЧСС, рост КГР) был виден при предъявлении стимулов, связанных с личной идентичностью и социумом (буллинг, внешний вид, обычная жизнь). Предъявление тяжелых стимулов (суицид, развод, СВО) приводило к резкому падению вегетативных реакций по сравнению с фоном. Однако, данные темы являются значимыми для подростков: на этапе отдыха физиологические показатели не возвращаются к исходному фону, а остаются на низких значениях. При работе с детьми педагоги-психологи должны учитывать то, что тяжелые темы способны заблокировать эмоции, привести к диссоциативным реакциям, активизировать дезадаптивные защитные механизмы.

Выводы. Таким образом, в качестве психофизиологических маркеров стрессовых расстройств у подростков можно выделить:

— падение вегетативных реакций по сравнению с индивидуальным исходным фоном;

— замедленное восстановление, не возможность расслабиться и сохранение низких вегетативных реакций на этапах отдыха после стресс-этапов;

— взаимодействие с социальными ситуациями, в которые подросток вовлекается эмоционально, характеризуются выраженным кратковременным повышением реакций (КГР, ЧСС, ДАС ЧСС) по сравнению с исходным фоном и быстрой стабилизацией состояния на этапе отдыха.

Литература

1. Брязгунов, И. П. Посттравматическое стрессовое расстройство у детей и подростков / И. П. Брязгунов, А. Н. Михайлов, Е. В. Столярова. — Москва : Медпрактика-М, 2008. — 144 с. — ISBN 978-5-98803-105-5.

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ СОТРУДНИКОВ РАКЕТНО-КОСМИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ КАК ИНСТРУМЕНТ ПРЕВЕНТИВНОЙ ДИАГНОСТИКИ КРИЗИСНЫХ СОСТОЯНИЙ

Лагунова А. С.
ФГБУ «ФНКЦ КМиБ» ФМБА России, Москва, Россия
lagunovaa.a@mail.ru

Ключевые слова: психофизиологическое обследование, превентивная диагностика, стресс, кризисные состояния.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL EXAMINATION OF EMPLOYEES IN THE ROCKET AND SPACE INDUSTRY AS A TOOL FOR PREVENTIVE DIAGNOSIS OF CRISIS STATES

Lagunova A. S.
Federal State Budgetary Institution “Federal Research and Clinical Center of Cosmonautics and Biomedicine” of the Federal Medical and Biological Agency of Russia, Moscow, Russia
lagunovaa.a@mail.ru

Keywords: psychophysiological examination, preventive diagnostics, stress, crisis states.

Человеческий фактор остаётся ключевым источником риска в ракетно-космической отрасли. Цена ошибки несоизмерима с большинством

других сфер. Действующая система допуска фиксирует состояние на момент осмотра, но не прогнозирует развитие кризисных состояний в межосмотровый период. Хотя внедрение ежегодных профилактических медицинских осмотров, включающих в себя психофизиологическое обследование (ПФО) при наличии вредного и/или опасного фактора (4.1), во многом помогает устанавливать превентивные меры для психологического здоровья сотрудников [1, 3–5].

В данной статье представлено обоснование перехода от реактивной диагностики к превентивной и пути усовершенствования ПФО, в том числе с применением автоматизации и внедрением искусственного интеллекта (ИИ).

В исследованиях о специфике профессиональных стрессоров данной сферы проявления стрессоров сводят к трем видам реакций:

— психологические — появление чувства тревоги, беспокойства, уныния, тоски и т.п.;

— физиологические — гипертония, напряжение мышц, приводящие к частым головокружениям, головным болям и т.д.;

— физико-химические — проявляется в выработке определенных гормонов, регулирующих деятельность всех систем организма [2].

Остановимся на психологических проявлениях, которые чаще отмечаются на начальном этапе развития стрессового состояния и возникают в результате фрустрирующих ситуаций неудовлетворённых потребностей, чрезмерных требований, возможных ролевых конфликтов, непонимание или обесценивания своего предназначения, отсутствия опоры в лице руководства.

В зависимости от индивидуальных особенностей человека реакции на неудовлетворенность, проявляются в физиологических симптомах: головная боль, учащённое сердцебиение, трудности дыхания, мышечное напряжение. Длительные стрессовые ситуации выражаются в индивидуальных изменениях функционирования организма.

Прохождение автоматизированного ПФО позволяет оценить функциональные возможности и резервы сердечно-сосудистой и нервной систем организма. Выявить психологические и психосоматические проблемы человека, оценить умственную работоспособность, провести диагностику состояния и нервно-психического напряжения сотрудника.

Результаты ПФО используются для оформления заключений медицинских комиссий, формирования групп с различным уровнем психофизиологической адаптации, выявления на ранних этапах различных нарушений, многосторонней оценки сотрудников.

Обследование проводится по 5 основным параметрам: ПСМР (простая сенсомоторная реакция), ССМР (сложная сенсомоторная ре-

акция), РДО (реакция на движущийся объект), ВСР (вариабельность сердечного ритма), ММИЛ (модифицированный Миннесотский опросник).

Отмечая ограничения существующей практики, можно отметить, что однократность обследования не отражает динамику в течение одного календарного года. Кроме того, отсутствуют отраслевые нормы для диагностики сотрудников, прошедших жёсткий профессиональный отбор. Отсутствие возрастных разграничений в интерпретации результатов приводит к ошибочным трактовкам.

Необходимо расширение понятия индивидуального психофизиологического профиля, где точка отсчёта — не среднегрупповая норма, а личный профиль сотрудника, сформированный на этапе допуска, что повлечет за собой переход к непрерывному мониторингу. Данный вектор развития приведет к выставлению автоматических триггеров при выходе показателей за пределы индивидуального коридора.

Расширение использования результатов технологического прогресса и ресурсов ИИ поможет внедрить предиктивную аналитику, которая позволит рассмотреть не одного конкретного человека, а целое подразделение и динамику изменений. Фокус расширяется с одной конкретной личности со своими прогнозами кризисных состояний на контекст этой личности в окружении, в котором она находится.

Таким образом, можно сказать, что перспективой развития ПФО сотрудников ракетно-космической отрасли является расширение фокуса внимания с отбора на цепочку — отбор с последующим сохранением психического здоровья. Поскольку недостаточно просто «фильтровать», необходимо использовать обследование как инструмент профессионального долголетия. Отмечая перспективу использования ИИ, обучение языковых моделей на продольных данных можно использовать для прогноза декомпенсации и выявления латентных паттернов, недоступных глазу медицинского работника. Превентивная психофизиологическая диагностика позволяет выявлять кризисные состояния до клинической манифестации и до инцидента.

Литература

1. Методические указания по проведению медицинских осмотров и психофизиологических обследований работников объектов использования атомной энергии : № 32-023/20 : утв. первым заместителем Министра здравоохранения Российской Федерации И. А. Лешкевичем 8 июня 1999 г.

2. Михайлов, А. А. Проблема профессионального стресса работников производственных предприятий / А. А. Михайлов, А. Е. Кузьминский, Т. С. Смирнова // Московский экономический журнал. — 2019. — № 8. — С. 546–554.

3. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении требований к проведению медицинских осмотров и психофизиологических обследований работников объектов использования атомной энергии, порядка их проведения, перечня медицинских противопоказаний для выдачи разрешения на выполнение определенных видов деятельности в области использования атомной энергии и перечня должностей работников объектов использования атомной энергии, на которые распространяются данные противопоказания, а также формы медицинского заключения о наличии (отсутствии) медицинских противопоказаний для выдачи разрешения на выполнение определенных видов деятельности в области использования атомной энергии : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 июля 2020 г. № 749н. — Зарегистрирован в Минюсте России 11 сентября 2020 г. № 59782.

4. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров работников, предусмотренных частью четвертой статьи 213 Трудового кодекса Российской Федерации, перечня медицинских противопоказаний к осуществлению работ с вредными и (или) опасными производственными факторами, а также работам, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 января 2021 г. № 29н : ред. от 29 апреля 2026 г. — Зарегистрирован в Минюсте России 29 января 2021 г. № 62277.

5. Российская Федерация. Правительство. О Перечне медицинских противопоказаний и Перечне должностей, на которые распространяются данные противопоказания, а также о Требованиях к проведению медицинских осмотров и психофизиологических обследований работников объектов использования атомной энергии : постановление Правительства Российской Федерации от 1 марта 1997 г. № 233 // Собрание законодательства Российской Федерации. — 1997. — № 10. — Ст. 1176.

КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ДИНАМИКИ РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА С РАС НА ОСНОВЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ И ЭЭГ-ПОКАЗАТЕЛЕЙ

Лущекина Е. А.[1, 2], Ларионова Е. В.[1]
[1] Институт высшей нервной деятельности и нейрофизиологии РАН, Москва, Россия
[2] ФРЦ РАС МГППУ, Москва, Россия
elena.luschekina@yandex.ru

Ключевые слова: ранний детский аутизм, лонгитюдное исследование, анализ случая, психическое развитие ребенка, ЭЭГ.

COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE DEVELOPMENTAL DYNAMICS OF A CHILD WITH ASD BASED ON BEHAVIORAL AND EEG INDICATORS

Luschekina E. A.[1, 2], Larionova E. V.[1]
[1] Institute of Higher Nervous Activity and Neurophysiology Russian Academy of Science, Moscow, Russia
[2] Federal Resource Center for Organization of Comprehensive Support to Children with Autism Spectrum Disorders, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia
elena.luschekina@yandex.ru

Keywords: autism spectrum disorder, longitudinal study, case study, psychological development, EEG.

Введение. Расстройства аутистического спектра (РАС) характеризуются выраженной гетерогенностью клинических проявлений и неоднородностью индивидуальных траекторий развития [3]. Это создает ограничения для оценки состояния ребенка на основании одномоментного обследования, особенно при анализе эффективности коррекционного воздействия. Лонгитюдное наблюдение позволяет учитывать не только достигнутый уровень развития, но и направление и устойчивость изменений в отдельных функциональных сферах. Дополнительные возможности для оценки динамики могут предоставлять нейрофизиологические методы, в частности электроэнцефалография (ЭЭГ), позволяющая характеризовать функциональное состояние корковых сетей [1, 2].

Цель настоящей работы — показать возможности комплексного лонгитюдного подхода к оценке динамики развития ребенка с РАС на основе сопоставления поведенческих и нейрофизиологических показателей.

Материал и методы. Проанализированы данные мальчика с РАС, наблюдавшегося в возрасте от 5 лет 10 мес. до 8 лет 6 мес. в процессе коррекционного воздействия. Обследование проводилось на четырех возрастных срезах (5 лет 10 мес., 6 лет 10 мес., 7 лет 5 мес. и 8 лет 6 мес.). Поведенческая оценка включала характеристики социальной коммуникации, внимания, моторного, речевого и эмоционального развития; показатели оценивались количественно в баллах от 0 до 3, где 0 баллов — отсутствие навыка или максимально выраженное нарушение, а 3 — наличие навыка или минимально выраженное/отсутствующее нарушение, и дополнялись качественным клинико-психологическим анализом. В эти же возрастные периоды регистрировали ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования и при выполнении когнитивной нагрузки (счетная деятельность) и анализировали спектральную мощность альфа-ритма ЭЭГ в частотном диапазоне от 7.5 до 12.5 Гц, а также его реактивные изменения. Для каждого возрастного среза показатели альфа-ритма ребенка сопоставляли с данными соответствующей по возрасту группы нормотипично развивающихся детей с помощью t-теста Кроуфорда–Хауэлла.

Результаты. Полученные данные продемонстрировали нелинейный характер индивидуальной динамики. Наиболее выраженное улучшение наблюдалось в коммуникативной и речевой сферах через полтора года коррекционной работы (общение: 5 лет 10 мес. 0.5 балла → 7 лет 5 мес. 2.5 балла; речь: 5 лет 10 мес. 0.8 балла → 7 лет 5 мес. 2.2 балла); изменения в моторной и эмоциональной сферах были менее выраженными (моторное развитие: 5 лет 10 мес. 1 балл → 7 лет 5 мес. 2 балла; эмоциональное развитие: 5 лет 10 мес. 1 балл → 7 лет 5 мес. 2 балла), тогда как показатели внимания длительное время практически не изменялись (5 лет 10 мес., 6 лет 10 мес., 7 лет 5 мес. — 1 балл). После поступления ребенка в школу (последний срез наблюдения — 8 лет 6 мес.) вновь отмечались трудности в общении (1.5 балла), а также ухудшения в эмоциональной (1.67 балла) и моторной сферах (1.75 балла), при относительной сохранности речевых навыков (2 балла) и улучшении внимания (2 балла). Значительный регресс в большинстве сфер может быть связан со стрессом при переходе к школьному обучению.

Динамика поведенческих показателей в целом соответствовала изменениям альфа-активности ЭЭГ. На раннем возрастном срезе (5 лет 10 мес.) снижение мощности альфа-ритма как в состоянии спокойного бодрствования ((t(12) = –2.94, p = 0.01), так и при когнитивной нагрузке (t(12) = –2.60, p = 0.02) по сравнению с нормотипичными детьми соответствующего возраста сочеталось с выраженными нарушениями социальной коммуникации, внимания и моторной сферы. В возрасте

6 лет 10 мес. и 7 лет 5 мес. показатели альфа-активности приближались к нижней границе возрастной нормы (статистически не отличалась от нормотипичных детей соответствующих возрастов) одновременно с положительной динамикой поведения практически во всех сферах. На четвертом срезе (последний срез наблюдения — 8 лет 6 мес.) вновь выявлялось уменьшение фоновой альфа-активности ($t(10) = –3.92$, $p = 0.003$), а при когнитивной нагрузке наблюдалась нетипичная реакция — увеличение мощности вместо характерного для нормотипичных детей снижения. Этот период сопровождался регрессивными изменениями ряда поведенческих показателей, что может быть связано со сменой социальной ситуации (поступление в школу). При этом наблюдалось нетипичное для более ранних возрастных срезов улучшение показателей внимания, что, возможно, отражает адаптацию к требованиям школьного обучения.

Выводы. Таким образом, результаты демонстрируют информативность сочетания поведенческой и нейрофизиологической оценки в рамках длительного наблюдения. ЭЭГ в данном случае не рассматривается как самостоятельный диагностический маркер РАС, однако может выступать дополнительным инструментом мониторинга функционального состояния мозга и динамики коррекционного процесса. Комплексный лонгитюдный подход позволяет выявлять разнонаправленные изменения отдельных функций, учитывать влияние изменений социальной среды и получать более полное представление об индивидуальной траектории развития, чем одномоментное обследование.

Литература

1. Ларионова, Е. В. Лонгитюдное исследование альфа-активности ЭЭГ у ребенка с РАС в состоянии покоя и при когнитивной нагрузке / Е. В. Ларионова, Е. А. Лущекина // Физиология человека. — 2026. — Т. 52, № 3. — С. 33–45. — DOI 10.7868/S3034615026030038.

2. Лущекина, Е. А. Динамика поведенческих проявлений РАС на примере описания случая: лонгитюдное исследование / Е. А. Лущекина, Е. В. Ларионова // Аутизм и нарушения развития. — 2026. — Т. 24, № 3. — В печати.

3. Lord, C. Autism spectrum disorder / C. Lord, T. S. Brugha, T. Charman [et al.] // Nature Reviews Disease Primers. — 2020. — Vol. 6, no. 1. — Art. 5. — DOI 10.1038/s41572-019-0138-4.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЭЭГ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ПАЦИЕНТОК С ДЕПРЕССИЕЙ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ УРОВНЯ ВЫРАЖЕННОСТИ ПРИЗНАВАЕМОЙ АГРЕССИИ

Морева А. С., Олейчик М. И., Изнак Е. В.
ФГБНУ РНЦПЗ, Москва, Россия
mr.oleychik@mail.ru

Ключевые слова: депрессия, юношеский возраст, агрессивность, количественная ЭЭГ.

COMPARATIVE ANALYSIS OF EEG PARAMETERS OF PATIENTS WITH DEPRESSION DEPENDING ON THE LEVEL OF EXPRESSION OF RECOGNIZED AGGRESSION

Moreva A. S., Oleychik M. I., Iznak E. V.
Russian Mental Health Research Center, Moscow, Russia
mr.oleychik@mail.ru

Keywords: depression, adolescence, aggressiveness, quantitative EEG.

Введение. ЭЭГ-показатели у больных депрессией уже используются как неинвазивные нейрофизиологические маркеры для понимания патофизиологии расстройства и предсказания ответа на лечение. Изучение различий в ЭЭГ между больными с разным субъективным уровнем гетероагрессии может способствовать выявлению нейробиологических подтипов депрессии. Различия в уровне агрессивности связаны с особенностями аффективной регуляции, импульсивностью и социальным функционированием. Понимание их нейрофизиологических коррелятов может повысить точность диагностики и риск-оценки поведения.

Цель исследования — определение особенностей ЭЭГ и нейрофизиологических механизмов у пациенток юношеского возраста с депрессивными расстройствами в зависимости от уровня выраженности признаваемой агрессии.

Материал и методы. В исследовании приняли участие пациентки в возрасте 16–25 лет (N = 35; средний 19,2 ± 2,7), проходящие стационарное лечение в 3 отделении ФГБНУ «РНЦПЗ» с актуальным депрессивным состоянием (F31.3-4; F34.0).

Оценка уровня выраженности признаваемой агрессии проводилась с использованием опросника «Анкета диагностики проявлений психологического неблагополучия» [2]; степени тяжести депрессивного состояния — с использованием шкалы депрессии Гамильтона (Hamilton

Depression Rating Scale). Многоканальная фоновая ЭЭГ в состоянии бодрствования с закрытыми глазами регистрировалась в 16-ти монополярных отведениях. F7, F3, F4, F8, T3, C3, Cz, C4, T4, T5, P3, Pz, P4, T6, O1 и O2, по Международной системе 10-20, относительно ушных референтных электродов A1 и A2. ЭЭГ записывалась с помощью аппаратно-программного комплекса «Нейро-КМ» с программным обеспечением «BrainSys» [1].

Пациентки были разделены на группы с высоким (n = 17; средний балл по шкале «Агрессивное поведение» 3,2 ± 0,8) и низким (n = 18; «Агрессивное поведение» 1,2 ± 0,2) уровнем признаваемой агрессии. Группы значимо не различались по возрасту и тяжести депрессивной симптоматики ($p > 0.05$).

Статистическая обработка проведена в программе Statistica, версия 12.6. Значимость различий определялась с помощью критерия Манна-Уитни для независимых выборок с поправкой Бенджамини-Хохберга на множественные сравнения.

Результаты. По данным ЭЭГ в группе пациенток с высоким уровнем признаваемой агрессии выявлены значимо более высокие показатели значения СпМ бета1 поддиапазона ЭЭГ (13–20 Гц) в средневисочном (T4), теменном (P4) и в затылочном (O2) отведениях правого полушария; значения СпМ бета2 поддиапазона ЭЭГ (20–30 Гц) в правых центральной (C4) и теменной (P4) областях.

Согласно нейробиологической концепции Дэвидсона [3], усиленная агрессия ассоциируется с дефицитом нисходящих тормозных воздействий префронтальной коры на эмоциогенные структуры коры и подкорки. В группе пациентов с депрессией, сообщавших о более выраженной гетероагрессии, этот дефицит торможения отражался в электрофизиологических признаках гиперактивации правосторонних центрально-височно-затылочных областей, участвующих в регуляции негативных эмоций, включая агрессивность, и в патогенезе депрессии. Эти признаки проявлялись как статистически значимо повышенные значения бета-активности в указанных локализациях.

Выводы. Учитывая отсутствие статистически значимых различий между группами пациенток с разным уровнем выраженности субъективной агрессивности в отношении тяжести депрессии, обнаруженные особенности пространственно-частотной организации ЭЭГ интерпретируются как отражение нейрофизиологических механизмов агрессивности, включая усиленную активацию правого полушария. Данный вывод может служить потенциальным биомаркером предрасположенности к агрессивному поведению у пациенток с юношеской депрессией различной степени тяжести, а также дополнить компьютерные и нейрофизиологические модели девиантного поведения пациентов с депрессией.

Литература

1. Митрофанов, А. А. Компьютерная система анализа и топографического картирования электрической активности мозга с нейрометрическим банком ЭЭГ-данных (описание и применение) / А. А. Митрофанов. — Москва, 2005. — 63 с.

2. Психологическая диагностика факторов риска вовлечения подростков в употребление наркотических веществ : разработка методического комплекса. Часть 1. Структура шкал и психометрические характеристики / Е. Г. Деменко, Е. И. Рассказова, А. Ш. Тхостов [и др.] // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. — 2018. — № 3. — С. 32–39. — DOI 10.31363/2313-7053-2018-3-32-39.

3. Davidson, R. J. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation — a possible prelude to violence / R. J. Davidson, K. M. Putnam, C. L. Larson // Science. — 2000. — Vol. 289, No. 5479. — P. 591–594. — DOI 10.1126/science.289.5479.591.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ГОТОВНОСТЬ К ГРУДНОМУ ВСКАРМЛИВАНИЮ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Мыценко В. В., Яковлева Н. В.
ФГБОУ ВО РязГМУ им. академика И. П. Павлова МЗ РФ,
Рязань, Россия
lera.artyomova11@mail.ru

Ключевые слова: психологическая готовность, грудное вскармливание, беременные женщины.

PSYCHOLOGICAL READINESS FOR BREASTFEEDING IN PREGNANT WOMEN

Mytsenko V. V., Yakovleva N. V.
Ryazan State Medical University named after Academician I. P. Pavlov,
Ryazan, Russia
lera.artyomova11@mail.ru

Keywords: psychological readiness, breastfeeding, pregnant women.

Введение. Исключительно грудное вскармливание (ИГВ) является лучшим способом питания младенцев по мнению ВОЗ [2]. Согласно данным Росстата за 2024 год, в России на грудном вскармливании до 6 месяцев находятся 44,4% детей, до года — 38,4% [1]. Психологические факторы выбора способа вскармливания менее изучены, что обуславливает актуальность исследования. Изучение готовности к грудному

вскармливанию во время беременности позволяет выявить эти факторы, не отягощенные послеродовыми трудностями.

Цель. Изучить мотивационный, познавательный, эмоциональный и волевой компоненты готовности беременных женщин к грудному вскармливанию.

Материал и методы. Психодиагностические методики (Шкала тревоги Спилбергера-Ханина; «Тест отношений беременной» И. В. Добрякова; Стиль саморегуляции поведения В. И. Моросановой; проективное исследование личности на основании методики «Незаконченные предложения»; авторская анкета), методы математической статистики (критерий различий Колмогорова-Смирнова, критерий корреляции Спирмена, критерий различий Манна-Уитни). В исследовании приняли участие 2 группы: 19 беременных женщин, не планирующих ИГВ; 43 — планирующие.

Результаты. У беременных женщин, не планирующих исключительно грудное вскармливание (ИГВ), выявлены особенности психологической готовности, связанные со сниженной субъективной значимостью грудного вскармливания и меньшей эмоциональной включённостью в данную сферу материнства. Для них более характерны гипогестогнозический и депрессивный типы психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД). Искусственное вскармливание воспринимается ими как нормативный вариант (69%), а представления о грудном вскармливании чаще сопровождаются эмоциональной нейтральностью, безразличием или ощущением пустоты (43%). При возможных трудностях 53% женщин готовы перейти на смесь, а 63% считают отказ от ИГВ приемлемым сценарием, что может отражать недостаточную устойчивость намерения и готовность к преодолению трудностей.

У женщин, планирующих ИГВ, чаще выявлялись оптимальный тип ПКГД и более высокий уровень моделирования. Для них характерны положительное эмоционально-ценностное отношение к грудному вскармливанию и готовность сохранять его при возникновении сложностей. В обеих группах способность к моделированию отрицательно связана с личностной и ситуативной тревожностью.

Выводы. Психологическая готовность к грудному вскармливанию определяется прежде всего мотивационным, эмоциональным и волевым компонентами. У женщин, не ориентированных на ИГВ, она характеризуется меньшей ценностью грудного вскармливания, эмоциональной нейтральностью представлений о нём и недостаточной готовностью преодолевать связанные с ним трудности. Женщины, планирующие ИГВ, отличаются более позитивным отношением к грудному вскармливанию, устойчивостью намерения и более выраженными возможностями планирования поведения. Различий в когнитивном компоненте готовности между группами не выявлено.

Литература

1. Грудное вскармливание детей первого года жизни // Федеральная служба государственной статистики : официальный сайт. — URL: https://rosstat.gov.ru/ (дата обращения: 05.01.2026).

2. Global strategy for infant and young child feeding / World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). — Geneva : World Health Organization, 2003. — 37 p. — ISBN 92-4-156221-8. — URL: https://www.who.int/publications/i/item/9241562218 (date of access: 05.01.2026).

ПСИХОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ПРИ ВОСПРИЯТИИ СТРЕССОВЫХ СИТУАЦИЙ У ПОДРОСТКОВ С РАЗНЫМ УРОВНЕМ СОМАТИЗАЦИИ

Смыслова К. В., Главатских М. М.
ФГАОУ ВО «БФУ им. И. Канта», Калининград, Россия
kristinasmyslova@yandex.ru

Ключевые слова: соматизация, стрессовые стимулы, психофизиологическая реактивность, частота сердечных сокращений, кожно-гальваническая реакция.

PSYCHOPHYSIOLOGICAL REACTIONS TO STRESSFUL SITUATIONS IN ADOLESCENTS WITH DIFFERENT LEVELS OF SOMATIZATION

Smyslova K. V., Glavatskikh M. M.
Immanuel Kant Baltic Federal University, Kaliningrad, Russia
kristinasmyslova@yandex.ru

Keywords: somatization, psychophysiological reactivity, autonomic nervous system, heart rate, electrodermal activity.

Введение. Подростковый возраст характеризуется лабильностью автономной регуляции, что отражается на физиологическом реагировании на стресс. Исследования связывают функциональные соматические симптомы с субъективным переживанием стресса, однако данные об автономной физиологической реактивности остаются неоднозначными [2, 3]. Соматизация рассматривается как вариант стрессового реагирования, при котором психоэмоциональное напряжение проявляется преимущественно телесными симптомами [1]. В связи с этим представляет интерес изучение физиологических показателей стрессовой реакции, а именно ЧСС и КГР у

подростков с различным уровнем соматизации при предъявлении эмоционально значимых стрессогенных и нейтральных стимулов.

Цель — выявить различия в психофизиологических реакциях на стресс у подростков с разным уровнем соматизации.

Материал и метод. В исследовании приняли участие 60 респондентов в возрасте 14–17 лет (средний возраст — 15,37 ± 0,96 года), из них 45 девушек (76,7%) и 15 юношей (23,3%). Для оценки соматических симптомов использовался Детский опросник соматических симптомов (Children's Somatic Symptoms Inventory, CSSI-8, адаптация: А. А. Золотарева, А. С. Хегай (2024). Психофизиологические показатели регистрировались с использованием системы биологической обратной связи (БОС) «Реакор» в начале и в завершение предъявления на экране эмоционально значимых стрессогенных и нейтральных текстовых стимулов: 48 последовательных предъявлений, среди которых 35 являлись стрессогенными текстовыми стимулами, 8 — нейтральными стимулами, а 3 — периодами отдыха. Результаты, полученные в процессе 48 замеров по каждому человеку, могут оцениваться как психофизиологический профиль реакций. Стрессогенные стимулы затрагивали темы межличностного отвержения, буллинга, отсутствия социальной поддержки, самооценки, экзаменационного стресса, семейных конфликтов и развода родителей, а также эмоционально значимых общественных событий. Для выявления психофизиологический профилей, проводился кластерный анализ методом k-means. Далее методом χ^2 Пирсона оценивалось соотношение выраженности соматизации и принадлежность к профилю, сравнивались КГР и ЧСС подростков разных профилей критерием Краскела-Уоллиса (H).

Результаты. Выявлено три психофизиологических профиля, в состав которых вошли 18 (30%), 33 (55%), 9 (15%) человек соответственно. χ^2 Пирсона достоверен ($\chi^2 = 9{,}030$, $p = 0{,}001$). Первый профиль включал преимущественно респондентов со средним уровнем романтизации — 9 человек (66,7%), Второй профиль характеризовался преобладанием высокого уровня соматизации (21 человек, 63,6%), Третий профиль включал респондентов с низким уровнем соматизации (6 человек, 66,7%). Было выявлено статистически значимое различие по показателю КГР ($H = 7{,}719$; $p = 0{,}021$), и отсутствие различия по ЧСС ($H = 4{,}385$; $p = 0{,}112$). Средние ранги КГР составили в трех группах: 29,00, 35,00 и 17,00. При средних значениях ΔКГР: –0,97 0,35, и –3,69.

При расчёте (Δ) положительное значение — увеличение показателя к концу предъявления стимула, а отрицательное — его снижение. Физиологически увеличение КГР отражает усиление активности экзокринных потовых желез, опосредованной симпатической судомоторной системой. Положительные изменения во втором профиле может отражать менее выраженную физиологическую габитуацию.

Выводы. Результаты исследования согласуются с данными публикаций, в которых сердечные и электродермальные показатели демонстрировали неодинаковое изменение при стрессовых воздействиях у лиц с функциональными соматическими синдромами [4]. Выявленные различия КГР согласуются с данными о связи соматизации с особенностями психофизиологического реагирования на эмоционально значимый материал [1] и изменениями автономного функционирования [4]. Это указывает на различное изменение периферической симпатической активации и степени её угасания при воздействии стимулов. Что позволяет рассматривать КГР как более чувствительный показатель различий между психофизиологическими профилями, в отличие от ЧСС. Полученные результаты могут быть интерпретированы в контексте физиологической габитуации: менее выраженное снижение КГР может отражать менее выраженное угасание судомоторной реакции при повторном эмоциональном воздействии. Что подтверждено в ранее проведенных исследованиях при соматизации [5]. Отсутствие значимых различий по ЧСС не подтверждает её связь с уровнем соматизации и согласуется с результатами ранее проведённых исследований [3]. Изменения ЧСС и КГР отражает особенности автономной регуляции при восприятии стресс-реакции [3]: ЧСС характеризует сердечную регуляцию, а КГР — периферическую симпатическую судомоторную активность, данные компоненты физиологического ответа изменяются неодинаково. Также они могут интерпретироваться в рамках концепции психофизиологического расхождения, описывающей возможное рассогласование физиологического и субъективного компонентов эмоциональной реакции, например, при алекситимии. Однако данная гипотеза в настоящем исследовании непосредственно не проверялась и требует дальнейшего изучения.

Литература

1. Психодиагностические и электроэнцефалографические корреляты соматизации у студентов вуза в период адаптации / В. В. Костыркина, М. М. Главатских, И. В. Реверчук, Ф. А. Стаценко // Психиатрия. — 2025. — Т. 23, № 1. — С. 60–69. — DOI 10.30629/2618-6667-2025-23-1-60-69.

2. Психофизиологические корреляты стресс-реакции в процессе нейрофеноменологического интервью подростков с хроническими заболеваниями / А. О. Алимова, М. М. Главатских, Н. В. Шиловская [и др.] // Психология и Психотехника. — 2025. — № 1. — С. 172–185. — DOI 10.7256/2454-0722.2025.1.73818. — EDN ZIMVAA.

3. Are cardiac autonomic nervous system activity and perceived stress related to functional somatic symptoms in adolescents? The TRAILS Study / K. A. M. Janssens, H. Riese, A. M. Van Roon [et al.] // PLOS ONE. — 2016. — Vol. 11, No. 4. — Art. e0153318. — DOI 10.1371/journal.pone.0153318.

4. Comparing autonomic nervous system function in patients with functional somatic syndromes, stress-related syndromes and healthy controls / M. Van den Houte, I. Ramakers, L. Van Oudenhove [et al.] // Journal of Psychosomatic Research. — 2025. — Vol. 189. — Art. 112025. — DOI 10.1016/j.jpsychores.2024.112025.

5. Rief, W. Is somatization a habituation disorder? Physiological reactivity in somatization syndrome / W. Rief, C. Auer // Psychiatry Research. — 2001. — Vol. 101, No. 1. — P. 63–74. — DOI 10.1016/S0165-1781(00)00240-7.

ПИЛОТНОЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МЕТОДИКИ APAIS У ПАЦИЕНТОВ С ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ПРЕДОПЕРАЦИОННОМ ПЕРИОДЕ

Соболева Ю. А., Афанасьева А. В.
ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» МЗ РФ,
Москва, Россия
jultatarenko@gmail.com
nana106938@gmail.com

Ключевые слова: предоперационная тревога, APAIS, качество жизни, ЛОР-патология, нейротизм.

PILOT USE OF THE APAIS IN PATIENTS WITH ENT DISEASES IN THE PREOPERATIVE PERIOD

Soboleva Y. A., Afanasyeva A. V.
Russian University of Medicine, Moscow, Russia
jultatarenko@gmail.com
nana106938@gmail.com

Keywords: preoperative anxiety, APAIS, quality of life, ENT pathology, neuroticism.

Введение. Предоперационный период у пациентов с хронической ЛОР-патологией представляет собой уникальную психологическую ситуацию, в которой пересекаются два стрессогенных фактора: длительное течение хронического заболевания, снижающее качество жизни [1], и непосредственная угроза, связанная с предстоящим хирургическим вмешательством и анестезией [3]. Предоперационная тревога отрицательно коррелирует с субъективной оценкой здоровья, влияет на приверженность лечению и послеоперационное восстановление [2, 3]. Для её оценки в зарубежной практике широко применяется Амстердамская

шкала предоперационной тревоги и потребности в информировании (APAIS) [5], однако русскоязычных данных о её использовании у пациентов оториноларингологического профиля недостаточно. Настоящая работа представляет пилотный опыт применения APAIS в выборке пациентов с хроническими ЛОР-заболеваниями в день госпитализации.

Цель. Провести пилотную апробацию методики APAIS и изучить уровень предоперационной тревоги и потребности в информировании у пациентов с хронической ЛОР-патологией, а также оценить её взаимосвязь с показателями качества жизни.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе хирургического отделения Клинического медицинского центра «Кусково». Выборку составили 29 пациентов с хроническими ЛОР-заболеваниями (искривление носовой перегородки, кисты и новообразования ЛОР-органов, хронический синусит, ринит, гайморит), находящихся на этапе предоперационной подготовки в день госпитализации. Возраст — от 18 до 69 лет ($M = 43,7 \pm 14,3$), из них 16 мужчин (55,2%) и 13 женщин (44,8%).

Использовались: Амстердамская шкала предоперационной тревоги и потребности в информировании APAIS (N. Moerman et al.; перевод — Ю. А. Соболева), опросник качества жизни SF-36 (адаптация А. А. Новика, Т. И. Ионовой). Статистическая обработка осуществлялась с применением непараметрических критериев (U Манна–Уитни, H Краскела–Уоллиса, ρ Спирмена) пакета прикладных программ SPSS Statistics 23.

Результаты. Средний балл по шкале тревоги APAIS составил $9,6 \pm 4,2$, что указывает на умеренный уровень предоперационного стресса в изучаемой группе. Показатель потребности в информировании — $4,9 \pm 2,7$ (максимум — 10 баллов), что отражает умеренную потребность пациентов в информации о предстоящей операции и наркозе.

Корреляционный анализ выявил значимые отрицательные связи предоперационной тревоги с такими показателями качества жизни как психическое здоровье ($\rho = –0,596$; $p = 0,001$), ролевое эмоциональное функционирование ($\rho = –0,554$; $p = 0,002$), жизненная активность ($\rho = –0,569$; $p = 0,001$), общиее состояние здоровья ($\rho = -0,525$; $p = 0,003$) и интенсивностью боли ($\rho = –0,502$; $p = 0,006$). Потребность в информировании отрицательно коррелировала с жизненной активностью ($\rho = –0,542$; $p = 0,002$) и психическим здоровьем ($\rho = –0,368$; $p = 0,049$).

Значимых гендерных различий по шкале тревоги APAIS не выявлено, а также нет значимых различий между нозологическими группами по результатам всех тестов.

Выводы.

1. Уровень предоперационной тревоги в выборке в целом — умеренный, однако её выраженность значимо связана со снижением показателей психологического компонента качества жизни.

Потребность в информировании положительно связана с тревогой и отрицательно — с жизненной активностью и психическим здоровьем, что обосновывает необходимость структурированного информирования пациентов в предоперационном периоде.

Отсутствие статистически значимых различий между нозологическими группами может указывать на универсальный характер психологических механизмов предоперационного стресса и необходимость психологического скрининга независимо от типа ЛОР-патологии.

Полученные непротиворечивые результаты по шкале предоперационной тревоги APAIS указывают на целесообразность дальнейшей адаптации методики.

Литература

1. Затолока, П. А. Оценка влияния хронической оториноларингологической патологии на качество жизни человека / П. А. Затолока // Оториноларингология. Восточная Европа. — 2024. — Т. 14, № 4. — С. 455–462. — DOI 10.34883/pi.2024.14.4.025.

2. Раджабов, Х. Т. Тревожные расстройства как фактор снижения качества жизни у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями / Х. Т. Раджабов // Research Focus International Scientific Journal. — 2026. — Т. 5, № 1. — С. 258–264. — DOI 10.66073/researchfocus.v5i1.1996.

3. Assaf, R. Assessing the efficacy of preoperative procedural patient education as an intervention to mitigate stress and anxiety among otorhinolaryngology surgery patients: a randomized controlled trial / R. Assaf, C.-J. Busch, T. Brzoska [et al.] // Laryngo-Rhino-Otologie. — 2024. — Vol. 103.

4. Lamm, T. T. Five-factor personality traits and functional somatic disorder: a systematic review and meta-analysis / T. T. Lamm, V. von Schrottenberg, A. Rauch [et al.] // Clinical Psychology Review. — 2025. — Vol. 115. — Article 102529. — DOI 10.1016/j.cpr.2024.102529.

5. Moerman, N. The Amsterdam Preoperative Anxiety and Information Scale (APAIS) / N. Moerman, F. S. A. M. van Dam, M. J. Muller, H. Oosting // Anesthesia & Analgesia. — 1996. — Vol. 82, № 3. — P. 445–451. — DOI 10.1097/00000539-199603000-00002.

Научное издание

Диагностика в клинической (медицинской) психологии: традиции и перспективы
Материалы Четвертой международной научно-практической конференции к 115-летию С.Я. Рубинштейн
26–27 ноября 2026

Под редакцией Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной

Компьютерная верстка *М.А. Баскакова*

Формат 60×90 1/16. Гарнитура «Times»
Электронное издание

Московский государственный психолого-педагогический университет
127051, г. Москва, ул. Сретенка, д. 29; тел.: (495) 632-90-77; факс: (495) 632-92-52