

12. Legris J., Links P.S., van Reekum R., Tannock R., Toplak M. Executive function and suicidal risk in women with Borderline Personality Disorder. *Psychiatry research* 2012; 196(1): 101-8. doi: 10.1016/j.psychres.2011.10.008.
13. Richard-Devantoy S., Berlim M.T., Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. *Psychological medicine* 2014; 44(8): 1663-73. doi: 10.1017/S0033291713002304.
14. Greenwald A.G., Nosek B.A., Banaji M.R. Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85(2): 197-216.
15. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность Психологические исследования 2016; 9(46).

Рассказова Е.И., Ениколопов С.Н.
ПРИМЕНЕНИЕ РИСУНОЧНОЙ МЕТОДИКИ МОБИС В
ДИАГНОСТИКЕ ИМПЛИЦИТНОГО И
ЭКСПЛИЦИТНОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (НА
ПРИМЕРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ
ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА)

При широкой распространенности стандартизованных опросниковых методов диагностики их применение нередко ограничено очевидностью формулировок и невозможностью оценки неосознаваемых, имплицитных реакций (Бурлачук, 2006), что приобретает особое значение в патопсихологических исследованиях. Проективные методы, предлагая более широкую перспективу для понимания и интерпретации (Соколова, 1980), в свою очередь, вызывают вопросы в отношении валидности и интересубъективности полученных выводов. Рисуночные методики, требующие расположить объекты на листе, занимают промежуточную позицию: задавая возможности скрининговой диагностики, они претендуют на оценку имплицитных и эксплицитных представлений, не столь явную для респондента, как при оценке пунктов опросника, и на более единообразную интерпретацию (в связи с относительно низкой долей неопределенности в тестировании), по сравнению с традиционными проективными методиками.

Данная работа посвящена применению рисуночной методики оценки воздействия болезни и симптомов (МОБиС, Садаль-

ская и соавт., 2000) в диагностике отношения к болезни при психических заболеваниях. Методика представляет собой русскоязычную версию инструмента PRISM (Bucchi, Sensky, 1999, Bucchi et al., 1998) и направлена на скрининговую диагностику (занимает 4-6 минут и, учитывая ее простоту, может применяться при наличии небольших когнитивных нарушений у респондента). Респонденту дают лист А4 («Представьте, что это Ваша жизнь»), в правом нижнем углу которого расположен желтый круг диаметром 6 см («Представьте, что это Вы»), и просят разместить на листе круги диаметром по 4 см для следующих объектов – семья, работа/учеба, болезнь, а также для 2 психических и 2 соматических жалоб, которые наиболее для него важны. Выводы об отношении болезни и симптомов и их роли в жизни пациента делаются на основе сравнения расстояний.

Несмотря на привлекательность и краткость методики, она оставляет открытыми ряд вопросов. В какой мере на основе расстояний можно судить об отношении к болезни, и какие именно аспекты / проявления этого отношения измеряет методика? Как именно сравнивать расстояния от «Я» до болезни и до симптомов? Как учитывать расположение кругов работы/учебы и семьи?

Следует отметить, что сам методический прием не нов, применялся, в частности, в исследованиях идентификации с материальными объектами (Carter, Gilovich, 2012), социальными группами (Gomez et al., 2011), отношения к информационным технологиям (Емелин и соавт., 2016). В этих исследованиях была установлена важная роль как специфических феноменов (например, наложение других кругов на «Я» как признак слияния), так и общей стратегии рисования (в частности, выделена общая склонность располагать круги близко/далеко от «Я», искажающее влияние которой важно учитывать в исследовании). Более того, во всех этих исследованиях указывается, что инструмент предлагает лишь относительно грубую оценку.

Целью данной работы является выявление возможностей методики МОБиС при психических расстройствах в сопоставлении со стандартизованными инструментами диагностики репрезентации болезни, психопатологических жалоб, качества жизни. Особый интерес для нас представляла возможность сопоставле-

ния расположения болезни относительно «Я», семьи и работы/учебы с расположением других симптомов. Мы предполагали, что расположение конкретных симптомов задает более реалистичную, имплицитную и основанную на эмоциях оценку болезни так, как она переживается субъектом, а расположение болезни отражает когнитивную, эксплицитную и осознаваемую оценку. Выдвигались следующие общие предположения:

1. Близость болезни к «Я» описывает общую эксплицитную стратегию отношения к болезни: отдаление ее может означать не равнодушие, а стремление к отчуждению или отрицанию болезни, нередко объясняющееся защитной стратегией, направленной на сохранение субъективного благополучия и качества жизни. На эмпирическом уровне анализа можно выдвинуть следующие гипотезы:
 - Близость болезни к «Я» сопряжена с тяжестью «эгосинтонной симптоматики», депрессивными переживаниями, а также с оценкой болезни как более тяжелой, более угрожающей.
 - Отдаление болезни от «Я» связано с большей выраженностью позитивной симптоматики (сопряжено с нарушением критичности) и лучшими оценками качества жизни и благополучия.
2. Близость симптомов к «Я» не сводится к стратегии отношения к болезни и характеризует эмоциональную и личностную значимость симптомов. Эмпирические следствия этого предположения:
 - Близость симптомов к «Я» должна быть связана с эмоциональной реакцией на болезнь. Напротив, более далекое расположение симптомов от «Я», т.е. их меньшая эмоциональная значимость, может быть связана с лучшей критичностью и «проработкой», т.е. уровнем когнитивной инсайта.
 - При близком расположении симптомов к «Я» (т.е. их эмоциональной значимости) более далекое расположение от «Я» болезни является проявлением защитной стратегии и связано с отрицанием важности болезни (например, ее длительности, повторяемости).

Процедура и методы

В исследовании участвовали 81 пациент с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста, соответствующих критериям ультравысокого риска по развитию шизо-

френии (Омельченко и соавт., 2014, Yung et al., 2004), в возрасте от 16 до 27 лет (средний возраст $20,39 \pm 3,22$ года)¹. Критериями включения были: юношеский возраст (16-27 лет), психопатологическая симптоматика непсихотического уровня, наличие отдельных симптомов психотического спектра. Критерии исключения: отсутствие сопутствующей психической (ранее перенесенные психотические приступы, органическое психическое расстройство, алкоголизм, наркомания, умственная отсталость), клинически значимой соматической или неврологической патологии.

В соответствии с предварительным диагнозом по критериям МКБ-10 больные были подразделены на 3 группы: 1 группа (24 человек – 29,6%) – расстройства настроения (F31.3, F31.4, F32 (кроме F32.2), F33 (кроме F33.3), F34.); 2 группа (26 больных – 32,1%) – расстройства личности (F60), 3 группа (21 пациент – 25,9%) – шизотипическое расстройство (F21). В 10 (12,3%) случаях диагноз уточнялся. У большинства пациентов (61 человек, 75,3%) ведущим был депрессивный синдром.

Клинико-психопатологические методы. Для выявления и оценки психопатологической симптоматики, соответствующей критериям ультравысокого риска, применялась шкала SOPS (The Scale of Prodromal Symptoms, Miller et al., 1991, McGlashan et al., 2001), являющаяся «непсихотическим» аналогом шкалы PANSS и BPRS. В данной работе использовался общий балл (общая степень выраженности расстройств) и выраженность позитивных симптомов, которые оценивались дважды – при госпитализации и перед выпиской (через 1-1,5 месяца).

Психологическое обследование включало беседу, в рамках которой пациент рассказывал о своем заболевании и своей жизни, а также оценивал по шкале Лайкерта от 0 до 10 баллов (1) насколько тяжелым и (2) длительным было его состояние при попадании в больницу, (3) насколько оно мешало его жизни и (4) насколько эффективно лечение. Использовались следующие методики:

¹ Работа выполнена в группе по изучению психических расстройств юношеского возраста отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ (директор – проф. Т.П. Ключник).

1. Рисуночная **методика оценки воздействия болезни и симптомов** (МОБиС, Садалская и соавт., 2000). В отличие от оригинальной версии, где все круги желтого цвета, а круг для болезни – красный; в данной работе, чтобы исключить чрезмерное отличие болезни от других объектов, мы предлагали респондентам выбрать для каждого объекта один круг из набора с разными цветами (цвета не анализировались). Кроме того, респонденты свободно называли любые четыре значимых для них симптома (которые могли быть психическими, соматическими или поведенческими).

Середина круга «Я» считалась началом координат. Координаты центров других кругов позволяли рассчитать их расстояние до «Я». При этом, поскольку расстояние может определяться общей стратегией рисунка (Емелин и соавт., 2016), мы рассчитывали относительные расстояния, деля абсолютные значения на среднее расстояние от «Я» двух других объектов – семьи и работы/учебы. Относительное расстояние болезни до «Я» считалось эксплицитной оценкой, а относительное расстояние центра тяжести всех названных пациентов симптомов до «Я» считалось имплицитной оценкой (характеризующим менее осознанное, но более субъективно значимое место болезни на листе-жизни). Расхождение между этими точками характеризовало расхождение между эксплицитным и имплицитным отношением к болезни.

2. **Опросник выраженности психопатологической симптоматики** (SCL-90R, Тарабрина, 2001) использовался для оценки субъективных жалоб на симптомы соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной тревожности, депрессивности, тревожности, враждебности, фобии, паранойяльности, психотизма. Общий симптоматический индекс представляет сумму всех ответов и характеризует как тяжесть, так и количество симптомов; индекс проявления симптоматики отражает только количество неотрицательных ответов, но не тяжесть симптомов; индекс выраженности дистресса является ключевым общим показателем и отражает среднюю субъективную тяжесть симптоматики.

3. Качество жизни оценивалось при помощи **шкалы счастья С. Любомирски** (HS, Осин, Леонтьев, 2008) и **краткого опрос-**

ника качества жизни и удовлетворенности в модификации для психических заболеваний (Q-Les-Q, Рассказова, 2012), оценивающего удовлетворенность в сферах здоровья, эмоций, активности и общения.

4. Для диагностики представлений о болезни использовался **опросник восприятия болезни Р. Мосс-Моррис** и соавт. (IPQ-R, Рассказова, 2016), оценивающий субъективные представления о длительности заболевания, его цикличности, последствиях, личностном контроле за заболеванием, уверенность в лечении и его способности контролировать состояние, понимание болезни, эмоциональное отношение к ней. Кроме того, при апробации опросника на выборке пациентов с непсихотическими заболеваниями были выделены четыре группы представлений о причинах болезни: средовые (внешние) факторы, личностные особенности, вредные привычки, ситуативные факторы.
5. Когнитивные убеждения о себе и мире оценивались при помощи **Шкалы когнитивного инсайта А.Бека** (BCIS, Рассказова и соавт., 2016), которая включает шкалы саморефлексивности и самоуверенности и используется для оценки критичности к своему опыту и вниманию к обратной связи со стороны других (в том числе, запросу этой обратной связи). Нарушение когнитивного инсайта считается когнитивным фактором развития психотических расстройств, а его восстановление – основной задачей когнитивно-бихевиоральной терапии при психических заболеваниях.

Обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0. Для дифференциации роли эксплицитного и имплицитного отношения к болезни применялась серия анализов модерации (Charlin, 2007), в которых в качестве независимой переменной на первом шаге включалось центрированное относительное расстояние болезни до «Я» (эксплицитное отношение к болезни), на втором шаге – центрированное относительное расстояние центра тяжести симптомов до «Я» (имплицитное отношение к болезни), на третьем шаге – их произведение (соотношение эксплицитного и имплицитного отношения). Все остальные переменные использовались как зависимые.

Значимость модели на первом шаге говорит о том, что представления о болезни, симптомы или качество жизни связаны с эксплицитным отношением к болезни. Значимое улучшение модели ко второму шагу свидетельствует о роли имплицитного отношения к болезни, несводимой к явной оценке. Улучшение же модели к третьему шагу говорит о важности соответствия между эксплицитной и имплицитной оценками.

Результаты

➤ Графическое расположение болезни и симптомов и представления о болезни.

Расположение болезни и симптомов ближе к «Я» сочетается с оценкой заболевания как более тяжелого, длительного и мешающего жизненным планам ($r=-0,38$ - $-0,21$, $p<0,05$) – результаты регрессионного анализа показывают, что речь идет об общем эффекте эксплицитной оценки болезни (табл. 1). Кроме того, те, кто располагают болезнь дальше от «Я», более уверены в лечении и в том, что их состояние под контролем.

Эмоциональные переживания по поводу болезни представляют независимые эффекты эксплицитной и имплицитной оценок: более эмоциональное отношение отражается в приближении болезни к «Я», но еще больше эмоции связаны с приближением к «Я» конкретных симптомов. Страх негативных последствий болезни проявляется в приближении к «Я» симптомов, но не болезни.

Оценка длительности и цикличности болезни в будущем, а также роли личностных особенностей самого пациента в ее развитии опосредствуется взаиморасположением болезни и симптомов. Для понимания этого эффекта пациенты были разделены на три равные группы: расположившие симптомы близко, в средней степени и далеко от «Я»; затем проводились простые регрессии для сравнения эффектов. Если симптомы близко к «Я», дальнейшее расположение болезни тесно связано с оценкой ее как краткой и нециклической и непризнанием роли личности в болезни. Если же симптомы далеко от «Я», связи между расположением болезни и ее когнитивной оценкой нет (для сравнения, стандартизованные коэффициенты регрессии при близости симптомов к «Я» $\beta=-0,43$ – $-0,21$, при среднем расстоянии $\beta=-0,30$ – $-0,08$, при дальнем $\beta=-0,08$ – $0,01$).

➤ Графическое расположение болезни, психопатологические симптомы и качество жизни

Ни первоначальная выраженность психопатологических симптомов по шкале SOPS, ни их динамика не были связаны с показателями МОБиС. При большей выраженности позитивных симптомов пациенты располагали как болезнью ($r=0,29$, $p<0,05$), так и симптомы ($r=0,25$, $p<0,05$) дальше от круга «Я» и дальше друг от друга ($r=0,30$, $p<0,05$), т.е. расхождение между эксплицитной и имплицитной оценками болезни у них было выше. Те же связи, хотя и более слабые, сохранялись через 1-1,5 месяца, и в целом динамика позитивных симптомов в результате лечения была выше у тех, кто располагал болезнью дальше от «Я» и дальше от симптомов ($r=0,24$, $p<0,05$). Однако, результаты регрессионного анализа (табл. 1) указывают, что корреляции с эксплицитной и имплицитной оценкой болезни объясняются одним общим эффектом, а динамика полностью зависит от исходного уровня позитивных симптомов.

Пациенты располагают болезнью ближе к «Я» при большей средней выраженности и тяжести жалоб на психопатологические симптомы, в первую очередь, обсессивно-компульсивные и депрессивные. Общее субъективное счастье и качество жизни в сфере здоровья и эмоций коррелируют с большим расстоянием болезни и симптомов до «Я» ($r=0,22-0,31$, $p<0,05$), которое объясняется общим эксплицитным эффектом (табл. 1).

➤ Графическое расположение болезни и когнитивный инсайт

Более критичное отношение к своему опыту (когнитивный инсайт) связано с более далеким от «Я» расположением симптомов, но не болезни.

Табл. 1. Роль эксплицитного и имплицитного отношения к болезни в выраженности психопатологических симптомов, представлений о болезни и качестве жизни: результаты анализа модерации.

Методика	Зависимые переменные	Шаг 1: Расстояние Я – болезнь		Шаг 2: Расстояние Я – симптомы		Шаг 3: Эффект взаимодействия		Общий R2
		β	R2	β	$\Delta R2$	β	$\Delta R2$	
Представления о болезни								
Само-оценка	Тяжесть болезни	-0,26*	7,0%*	0,20	0,6%	0,54	4,2%	11,8%
	Негативное влияние болезни на жизнь	-0,32**	10,5%*	0,02	0,0%	0,04	0,0%	10,5%
	Длительность болезни	-0,38**	14,3%*	-0,21	0,7%	0,17	0,4%	15,4%
IPQ-R	Длительность болезни	-0,19	3,7%	-0,14	0,3%	0,62*	5,6%*	9,6%
	Цикличность болезни	-0,18	3,3%	-0,42	2,8%	0,80**	9,4%**	15,6%
	Последствия болезни	-0,15	2,2%	-0,85**	11,7%*	0,34	1,7%	15,5%
	Контроль лечения	0,22*	4,9%*	-0,33	1,8%	-0,31	1,4%	8,0%
	Эмоциональные репрезентации	-0,24*	5,5%*	-0,64*	6,7%*	0,42	2,6%	14,8%
	Личностные причины болезни	-0,09	0,8%	0,24	0,9%	0,74*	8,0%*	9,6%
Психопатологические симптомы и качество жизни								
SOPS	Позитивные симптомы – замер I	0,29*	8,3%*	-0,12	0,2%	-0,17	0,3%	8,8%
SCL-90R	Обсессивность – компульсивность	-0,22*	5,0%*	0,14	0,3%	0,35	1,8%	7,1%
	Депрессивность	-0,26*	6,9%*	0,07	0,1%	0,54	4,3%	11,3%
	Общий симптоматический индекс	-0,23*	5,3%*	0,08	0,1%	0,45	2,9%	8,4%
	Индекс выраженности дистресса	-0,29**	8,8%**	-0,01	0,0%	0,52	3,9%	12,8%
HS	Субъективное счастье	0,34**	11,6%*	0,01	0,0%	-0,15	0,9%	12,5%
Q-Les-Q	Качество жизни – здоровье	0,26*	6,9%*	0,28	1,3%	-0,35	1,7%	9,8%
Когнитивный инсайт								
BCIS	Саморефлексивность	-0,14	1,9%	0,61*	5,8%*	0,15	0,3%	8,0%
	Общий уровень когнитивного инсайта	-0,17	3,0%	0,61*	6,0%*	0,19	0,5%	9,5%

Примечания. Указаны только зависимые переменные, оценка модели для которых достигала уровня значимости $p < 0,05$. * - эффект значим на уровне $p < 0,05$, ** - эффект значим на уровне $p < 0,01$.

Обсуждение результатов

▪ Расположение болезни по отношению к «Я» как признак когнитивной репрезентации угрозы и защитной стратегии.

В соответствии с общей гипотезой о том, что близость болезни к «Я» описывает общую эксплицитную стратегию отношения к болезни и характерно для защитной стратегии, меньшее расстояние болезни от «Я» связано с субъективной оценкой психического заболевания как более тяжелого, мешающего жизни и долгосрочного. Такие пациенты менее уверены в лечении и в том, что состояние можно контролировать, и жалуются на более тяжелые психопатологические симптомы, особенно – депрессивные и обсессивно-компульсивные (хотя общая объективная тяжесть их симптомов с показателями рисуночной методики не связана). Следует отметить, что это «эгосинтонные» симптомы, которые переживаются пациентами как особенно тягостные и нарушающие их жизнь.

Напротив, в пользу того, что расположение болезни дальше от «Я» носит защитный характер и может быть проявлением отчуждения болезни и не критичности к своему состоянию, свидетельствует положительная связь позитивной симптоматики и расстояния болезни от «Я», которая, хотя и ослабевает, но сохраняется в процессе лечения. Кроме того, эксплицитное отчуждение болезни в рисунке сочетается с большей удовлетворенностью своим здоровьем и жизнью в целом.

▪ Расположение симптомов по отношению к «Я» как признак эмоциональной репрезентации болезни и критичности к своему состоянию.

Гипотеза о связи эмоциональной репрезентации болезни с расположением симптомов получила лишь частичное подтверждение: эмоциональные переживания в отношении болезни независимо связаны и с приближением к «Я» болезни, и с приближением симптомов. По-видимому, такое «смешение» эффектов объясняется тем, что эмоциональная репрезентация оценивалась утверждениями стандартизованного опросника, неизбежно «вбирая» в себя и аспекты когнитивной оценки эмоций. В пользу нашей гипотезы свидетельствует и то, что страх негативных последствий болезни проявляется в приближении к «Я» симптомов, но не болезни.

Напротив, более дальнее расположение симптомов от «Я» связано с более высоким уровнем когнитивного инсайта, характеризующего критичность и рефлексивность в отношении своих переживаний и ощущений, способность сомневаться и проверять их.

Дальнейшее направление исследований состоит в уточнении связи расположения симптомов с результатами применения других имплицитных тестов отношения к болезни (например, основанных на скорости реакции).

■ Соотношение эксплицитной и имплицитной оценок болезни в методике МОБиС.

Интересно, что расположение болезни информативно для понимания личностной ответственности за случившееся, а также представлений о течении болезни в дальнейшем только у тех, кто располагает симптомы близко к «Я». Можно предполагать, что лишь в случае, если конкретные симптомы, жалобы лично и эмоционально значимы для пациента, отдаление болезни от «Я» на листе характеризует недооценку болезни и отрицание своей ответственности: недооценку длительности, цикличности, а также своей роли в развитии заболевания. Если симптомы не значимы, расположение болезни не является информативным показателем, хотя, разумеется, может отражать более глубокие анозогностические проявления.

Выводы

Таким образом, можно сделать следующие **выводы**:

1. Рисуночная методика МОБиС представляет собой валидную скрининговую альтернативу опросниковым инструментам репрезентации болезни: близость болезни к «Я» связана с общей когнитивной оценкой тяжести и длительности заболевания, тогда как близость симптомов к «Я» - с их эмоциональной значимостью и страхом негативных последствий. Однако, следует отметить, что методика предлагает лишь самую общую картину.
2. Расположение болезни и симптомов в отношении «Я» должно интерпретироваться в соотнесении с расстоянием между «Я» и семьей, а также работой/учебой, поскольку на результатах методики могут сказываться как общие особенности

психологических границ пациента, так и индивидуальные особенности восприятия и рисования.

3. Отдаление болезни от «Я» может интерпретироваться как появление защитной стратегии, отчуждения и отрицания угрозы и тяжести болезни, сопряженное с меньшей критичностью к своему состоянию и большей тяжестью позитивной симптоматики. Напротив, отдаление конкретных симптомов от «Я» может свидетельствовать о большем спокойствии и большей критичности в оценке их влияния на жизнь пациента.
4. Отдаление болезни от «Я» может интерпретироваться как признак отрицания своей роли в развитии заболевания и недооценка ее хронического характера лишь в тех случаях, когда конкретные симптомы эмоционально значимы для пациента (и изображаются близко или на среднем расстоянии от «Я»). Если такой значимости нет, отдаление болезни от «Я» должно интерпретироваться как субъективно низкая значимость болезни, а не как защитная стратегия.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых, проект МК4230.2015.6 «Отношение к болезни и качество жизни при психических заболеваниях».

Список литературы

1. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. СПб: Питер, 2006.
2. Емелин В.А., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Информационные технологии в структуре идентичности человека: возможности и ограничения рисуночной методики // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 45. С. 3. URL: <http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n45/1233-emelin45.html>
3. Омельченко М.А., Голубев С.А., Никифорова И.Ю., Каледя В.Г. Риск манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2014. 6. С. 14-20.
4. Осин, Е.Н., Леонтьев, Д.А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия. / В кн. Материалы III Всероссийского социологического конгресса. М.: Ин-т социологии РАН, Российское общество социологов, 2008. (ISBN 978-6-89697-157-3). <http://publications.hse.ru/chapters/78753840/>.

5. Садалская Е. В., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Оценка влияния заболевания на повседневную жизнь больных психосоматическими расстройствами (первый опыт применения в России метода PRISM) // Тезисы докладов Межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы адаптации больных хроническими заболеваниями» (6 - 8 июня 2000 г., г. Самара). Самара, 2000. С. 111 - 113.
6. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М.: Издательство МГУ, 1980.
7. Рассказова Е.И. Русскоязычная апробация опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2016. 1. С. 123-142.
8. Рассказова Е.И., Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледя В.Г. Когнитивный инсайт и динамика симптомов ультравысокого риска по шизофрении у больных с непсихотическими формами психических расстройств в юношеском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2016. 116(8). С. 9-16.
9. Рассказова, Е.И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии. // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. 9(4). С. 81-90.
10. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
11. Büchi S., Sensky T. PRISM: Pictorial representation of illness and Self measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. // Psychosomatics. 1999. 40(4) P. 314–320.
12. Büchi S., Sensky T., Sharpe L., Timberlake N. Graphic representation of illness: A novel method of measuring patients' perceptions of the impact of illness. // Psychotherapy and Psychosomatics. 1998. 67(4–5). P. 222–225.
13. Carter T.J., Gilovich T. I am what I do, not what I have: the differential centrality of experiential and material purchases to the self. // Journal of Personality and Social Psychology. 2012. 102(6). P. 1304–1317.
14. Chaplin W.F. Moderator and mediator models in personality research // In Robins R.W., Fraley R.C., Krueger R.E. (eds) . Handbook of research methods in personality psychology. N.Y.: The Guilford Press, 2007. P. 602–632.
15. Gomez A., Brooks M.L., Buhrmester M.D., Vazquez A., Jetten J., Swann W.B. On the nature of identity fusion: insights into the construct

and a new measure. // Journal of Personality and Social Psychology. 2011. 100(5). P. 918–933.

16. Miller T, McGlashan T, Woods S, Stein K, Driesen N, Corcoran C, Hoffman R, Davidson L. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. // Psychiatric Quarterly. 1999. 70. P. 273-287.
17. McGlashan T., Miller T., Woods S., Hoffman R., Davidson L. A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. / In: Miller T, Mednick S, McGlashan T, Liberman J, Johannessen J, eds. Early Intervention in Psychotic Disorders. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001. P. 135-149.
18. Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P., McGorry P.D.. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. // Schizophrenia Research. 2004. 67. P. 131–142.

Рупчев Г.Е., Алексеев А.А.

**ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ АБСТРАКТНОГО
МЫШЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ «УРОВЕНЬ
АБСТРАКТНОГО МЫШЛЕНИЯ» (НА МАТЕРИАЛЕ
ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОК)**

Введение. В психологии способность к пониманию пословиц и поговорок давно рассматривается как один из показателей развития мышления [5]. Область применения различных вариантов методик, основанных на интерпретации пословиц, достаточно обширна. Пословицы могут применяться для определения уровня умственного развития, выявления его особенностей [5], и, конечно, в диагностике патологических изменений мышления при различных формах психопатологии [1]. В классической книге Сусанны Яковлевны Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологии» этому посвящен отдельный раздел – «Соотношение пословиц, метафор и фраз» [6].

Сама возможность применения интерпретации пословиц и поговорок в качестве задания для оценки абстрактного мышления определяется ее особым содержанием. Пословица содержит одновременно две мысли: частную и конкретную, и обобщенную – переносный смысл. Переносный смысл не лежит на поверхности, а его раскрытие требует торможения непосредственных ассоциаций [3], которые рождает пословица; анализа связей, абстрагирования и обобщения. При этом мир пословиц предоставляет исследователю огромные возможности в подборе уже гото-