

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

**Диагностика в медицинской  
(клинической) психологии:  
традиции и перспективы  
(к 105-летию С.Я. Рубинштейн)**

*Материалы научно-практической конференции с  
международным участием 29-30 ноября 2016 года*

Москва  
2016

УДК 159.9  
ББК 88.4  
Д 44

*Редакционная коллегия:*

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

**Д 44 Диагностика в медицинской(клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн).**

Научное издание. 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.

ISBN 978-5-94051-149-7

Сборник сформирован по материалам всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы» (29-30 ноября 2016 года), проводимой ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет» и ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». В работах авторов рассматриваются научно-практические проблемы клинко-психологической диагностики в различных сферах медицинской (клинической) психологии, таких как пато- и нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития, диагностика в экспертизе, в психологии образования и в психологическом консультировании.

Целевая аудитория издания - научные работники, преподаватели, аспиранты, магистры, студенты, обучающиеся психологии и клинической психологии. Книга также будет полезна специалистам, работающим в области здравоохранения, социальной защиты населения и в системе образования.

УДК 159.9  
ББК 88.4  
Д 44

**ISBN 978-5-94051-149-7**

© ФГБОУ ВО МГППУ  
© ФГБНУ НЦПЗ  
© Коллектив авторов

### **От редакции (вместо вступления)**

Прошло 5 лет со времени проведения Всероссийской научно-практической конференции к 100-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн. Конференция 2011 года прошла успешно, привлекла внимание свыше пятидесяти авторов из Москвы, Санкт-Петербурга и других городов России и стран постсоветского пространства. Все мы, специалисты, объединены целым спектром общих проблем, имеющих в современной медицинской психологии, как в ее практическом, так и научном крыле. Материалы второй конференции по диагностике в медицинской психологии, посвященной Сусанне Яковлевне Рубинштейн (1911-1990), представляют срез современных исследований, методических подходов, областей приложения, вопросов образования в деятельности медицинских (клинических) психологов.

Задумывая вторую конференцию, посвященную памяти С.Я.Рубинштейн, мы сосредоточились на освещении проблем диагностики в медицинской психологии. Получены статьи и материалы более, чем от 100 авторов, представлены Россия и ее регионы, Белоруссия, Узбекистан, Украина, Молдова, Мексика.

Конференция посвящена 105-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн и, продолжая традицию конференции 2011 года, мы публикуем малоизвестные и малодоступные статьи С.Я.Рубинштейн. Первая статья – из Материалов совещания по психологии (1—6 июля 1955 г.), посвященная анализу психопатологического феномена – галлюцинаций, второй материал – это тезисы Четвертого Всесоюзного съезда невропатологов и психиатров, состоявшегося 1-7 июля 1963г. За ними следует статья ее ближайшей ученицы.

Вслед за этими работами, учитывая широкую направленность печатаемых материалов, мы разместили по алфавиту тексты всех остальных участников. Первая из таких работ представлена нашими коллегами из Мексики, она написана на английском, но ее аннотация, название и ключевые слова переведены на русский. Во всех остальных публикациях обязательно присутствует перевод названия, ключевых слов на язык международного общения – английский, что позволит нашим зарубежным коллегам хотя бы в самом общем виде познакомиться с материалами конференции. Все присланные материалы прошли редакторскую правку.

Сборник выпускается к началу конференции. Его электронные версии будут представлены на сайтах МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ, АДПП и ресурсах Медицинская психология в России и Psyjournals. В сборнике представлены материалы современных исследований в пато- и нейропсихологии, детской клинической психологии, в специальной психологии и дефектологии, психосоматике, перинатальной психологии, наркологии и других направлениях современной клинической психологии.

Печатая этот сборник, редакторы хотят выразить глубокую благодарность своему учителю, замечательному отечественному психологу - Сусанне Яковлевне Рубинштейн, стоявшей у истоков и научного, и практического направлений современной отечественной клинической психологии.

Выражаем признательность Татьяне Германовне Горячевой и ее Центру психодиагностики и психокоррекции за спонсорскую поддержку издания материалов конференции.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

От редакции (вместо вступления)	3
<b>Рубинштейн С. Я.</b> О рефлексорной природе галлюцинаций	17
<b>Рубинштейн С.Я.</b> Психологический эксперимент в психофармакологических исследованиях	25
<b>Мандрусова Э.С.</b> Взгляды С.Я. Рубинштейн на психокоррекцию и социальную реабилитацию психически больных	26
<b>Соловьева Ю., Кинтанар Л.Р.</b> Концепция синдромного анализа в детской нейропсихологии	29
<b>Абакумова И.В., Ермаков П.Н., Колтунова Е.А.</b> Диагностика уровня сформированности символической функции в период юности у глухих и слабослышащих	37
<b>Абдуллаева Ш.Х.</b> Проблемы психического здоровья учителей общеобразовательных школ	40
<b>Авилов А. Ю.</b> Применение теста Тематической Апперцепции в практике оценки транссексуальных тенденций у взрослых лиц с умственной отсталостью	42
<b>Анохина С.А., Карабашева Н.Г.</b> Особенности применения проективной методики «рисунок несуществующего животного» в условиях психиатрического стационара	45
<b>Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н.</b> Развитие концепта шизотипии и методы измерения шизотипических черт	49
<b>Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шапкратов Ш.Ш.</b> Психологическое исследование влияния личностных особенностей женщин на формирование эмоциональных расстройств шизоаффективного спектра	53
<b>Баз Л.Л., Барина Д.М.</b> Исследование памяти у детей среднего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости	56
<b>Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н.</b> Магическое мышление в структуре когнитивных процессов и защитных механизмов	58
<b>Балашова Е.Ю., Ковязина М.С.</b> Представления о психической норме в клинической психологии: подходы, исследования, перспективы	60
<b>Барабанов Р.Е.</b> Особенности эмоционально-личностной сферы лиц с нарушением голоса	63
<b>Барабанов Р.Е.</b> Применение программно-аппаратного комплекса «нейрософт» в психодиагностических целях в фониатрической практике	65
<b>Ббчук М.А., Лихачева Е.А., Печникова Л.С.</b> Особенности функционирования семьи у девочек-подростков с суицидальным поведением	66
<b>Белова М.Ш.</b> Значение гаджетов в развитии психики ребенка: к постановке проблемы	70
<b>Белопольская Н.Л.</b> Исследования личности в патопсихологическом эксперименте: возрастная идентификация и психологический возраст у наркозависимых и больных шизофренией	74

<b>Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р.</b> Сравнительный анализ эмоционально-поведенческих проявлений в дифференциальной диагностике детского аутизма и специфических нарушений развития речи	77
<b>Бочаров В.В., Шишкова А.М.</b> Проблемы исследования конструктивной личностной активности родственников больных с химической аддикцией	81
<b>Бочаров В.В., Васильева Н.Г.</b> Опыт диагностики эмоционального интеллекта у врачей	84
<b>Будыка Е.В., Захарченко Д.А., Петриков С.С., Рамазанов Г.Р.</b> Опыт проведения практических занятий по формированию профессиональных навыков у студентов-клинических психологов на базе неврологического стационара	87
<b>Бурлакова Н.С.</b> Модифицированная методика заполнения пробелов (рассказы Г.Эббингауза)	89
<b>Буслаева А.С., Венгер А.Л., Лазуренко С.Б.</b> Задачи психологической помощи ребенку в отделении реанимации	92
<b>Вагайцева М.В., Чулкова В.А., Карпова Э.Б.</b> Клинико-психологический подход к диагностике отношения к болезни на примере онкологических пациентов с диагнозом рака предстательной железы	96
<b>Василенко Т.Д., Селин А.В., Смирнов Н.В.</b> Структура социальных ценностей беременной женщины, имеющей телесный опыт бесплодия	99
<b>Васильева Т.Н.</b> Особенности оценки психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста	101
<b>Васина А.Н.</b> Психологическая диагностика при исследовании маститов как послеродовых осложнений	104
<b>Величковский Б.Б., Рупчев Г.Е., Султанова Ф.Р., Качина А.А., Каледа В.Г., Тихонов Д.В., Алексеев А.А.</b> Особенности подавления эмоциональной интерференции при депрессии	107
<b>Вещикова М.И.</b> Методика «оценка восприятия опасности с опорой на фотографии»	110
<b>Виноградова М.Г.</b> Исследование чувствительности к противоречиям у больных с расстройствами личности	112
<b>Власенкова И.Н.</b> Зрительные ассоциации у детей 8-11 лет в норме и при шизофрении	114
<b>Вологодина Я.О., Рощина И.Ф.</b> Особенности нейропсихологического статуса больных с депрессиями в позднем возрасте	117
<b>Воробьева Е.В., Ермаков П.Н.</b> Основные проблемы подготовки клинических психологов в южном федеральном университете	121
<b>Галасюк И.Н., Шинина Т.В.</b> Клиническая диагностика в социальной сфере: специалист – «немотивированный клиент»	124
<b>Гаранян Н.Г., Пушкина Е.С.</b> Методика социальных сравнений как средство диагностики поведенческого компонента социального познания	127
<b>Герасимчук М.Ю.</b> Диагностическая палитра депрессии	130

<b>Голубева К.К.</b> Депрессивные проявления и психологическое благополучие у матерей, ожидающих операции в связи с врожденным пороком ребенка до 1 года	132
<b>Горева Е. А., Сергиенко А.А.</b> К проблеме изучения произвольного внимания и стратегии принятия решения в неопределенной ситуации у детей с нарушением внимания и гиперактивностью	135
<b>Грибков Н. Б.</b> Связь алекситимических черт у детей младшего школьного возраста с характером их поведения в социуме	138
<b>Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н.</b> Клинический психолог в полипрофессиональной бригаде: подходы и перспективы	141
<b>Дьяченко А.С.</b> К вопросу о сверхценных увлечениях детей с расстройствами аутистического спектра и больных шизофрений (на примере увлечения метрополитеном)	144
<b>Енина В.В., Енин К.А., Занозин А.В.</b> Непатологические психические дисфункциональные состояния: сущность, классификация, методы диагностики	147
<b>Ермаков П.Н., Труфанова О.К.</b> Особенности внутренней картины болезни разных вероисповеданий	150
<b>Жигзу Е.И.</b> Особенности смысловой переработки эмоциональной информации подростками, больными шизофренией	153
<b>Завязкина Н.В., Раковская Н.М.</b> Психологическая типология самостигматизации при шизофрении	156
<b>Зверева М.В.</b> Самоуважение и самооценка у больных юношеского возраста с личностными расстройствами	158
<b>Зверева Н.В., Балакирева Е.Е., Жукова О.Н., Пятницкая Л.Н.</b> Значение раннего психомоторного развития в оценке когнитивного дизонтогенеза при эндогенной психической патологии у детей и подростков	161
<b>Зверева Н.В., Хромов А.И., Коваль-Зайцев А.А.</b> Сравнительный анализ непосредственной и опосредствованной произвольной памяти у детей и подростков с эндогенной психической патологией	164
<b>Иванов М.В., Богачева О.И., Воронкова Н.А.</b> Родительское отношение к болезни ребёнка (на примере расстройств аутистического спектра)	167
<b>Иванов Е.М.</b> Использование юмора в клинико-психологической диагностике психических расстройств	170
<b>Игумнов С.А., Солодухо В.В.</b> Диагностика и пути преодоления синдрома выгорания в медицинской среде	174
<b>Илхамова Д.И.</b> Психосоматические аспекты заболеваний органов пищеварительного тракта	175
<b>Казымаев С. А., Шендяпина М. В., Кашина Е. М. Казейкина Т.П., Кузьмина Е. , Шаповаленко Т. В., Лядов К. В.</b> Новые методики нейропсихологической оценки пациентов, перенесших инсульт: апробация оксфордского когнитивного скрининга (ОКС)	178
<b>Каримулина Е.Г.</b> Особенности зрительного непроизвольного запоминания у детей дошкольного и младшего школьного возраста	181

<b>Кац Е.Э., Сорокин В.М.</b> Эволюция взглядов С.Я. Рубинштейн на сущность умственной отсталости	183
<b>Каяшева О.И.</b> Смысл жизни как фактор антисуицидального поведения личности	186
<b>Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н.</b> Исследование адаптации к проводимому лечению у матерей детей с жизнеугрожающими заболеваниями: роль дистресса и совладания	188
<b>Кобзова М.П.</b> Исследование особенностей мышления с помощью методики «конструирование объекта» в разных социальных группах испытуемых	191
<b>Коваль-Зайцев А.А., Фураева Е.И.</b> Изучение детско-родительских отношений при помощи фланелеграфа у детей с расстройствами аутистического спектра	193
<b>Кожалиева Ч.Б.</b> Тенденции современных исследований в специальной психологии	196
<b>Комолов Д.А.</b> Аффективные и когнитивные звенья репрезентации тела с позиции психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза	199
<b>Корнеева В.А., Шевченко Ю.С.</b> Диагностические аспекты нейропсихологической коррекции	202
<b>Корсакова Н. К., Абдуллина Е. Г.</b> Диагностика тактильной сферы при нормальном и патологическом старении	204
<b>Корсакова Н.К., Парфенов Е.А., Плужников И.В.</b> К вопросу о природе тактильных галлюцинаций	207
<b>Костригин А.А.</b> Вклад П.П. Кащенко в развитие статистических исследований в психиатрии	210
<b>Кузнецова С.О., Абрамова А.А., Ениколопов С.Н.</b> Исследование враждебности проективными методиками	212
<b>Куканов А.А.</b> Использование метафорических карт в психокоррекционной работе с матерями детей с аутизмом	214
<b>Кукаркина Е.Б., Шапиро А.З.</b> Проблемы развития «лингвистической индивидуальности» в детском возрасте в норме и патологии (в свете теоретико-психологических взглядов и психолого-педагогической практики С.Я.Рубинштейн)	217
<b>Куликова О.С.</b> Рефлексивность / импульсивность как фактор социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении	222
<b>Латышева М.А.</b> Методика оценки интрацептивного восприятия и прогнозирование психосоматического развития в детском возрасте	225
<b>Левтерова-Гаджалова Д.С.</b> Мобильные приложения в психологической диагностике учеников с ОВЗ – альтернативы или перспективы	228
<b>Лещинская С.Б.</b> Диагностика субклинических черт аутистического спектра у студентов при помощи опросника AQ.	231
<b>Максименко М. Ю., Шаль Л.Г.</b> Особенности мыслительной деятельности при восприятии сюжетных картин у учащихся 6-11 классов с разным типом онтогенеза	234
<b>Малютина А.А.</b> К проблеме выделения патопсихологического синдрома при дерматозойном бреде	238

<b>Мамаев В.Л., Андреева Ю.В.</b> Влияние профиля межполушарной асимметрии на успешность распознавания эмоциональных состояний других людей у детей с задержкой психического развития.	241
<b>Машкова И.Ю., Семакова Е.В.</b> Уровневый подход в описании дефекта при аутизме	244
<b>Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., Зинченко О.О.</b> Моральные суждения и имплицитное отношение к жизни и смерти	247
<b>Мелёхин А.И.</b> Значение оценки субъективного возраста в клинической психологии старения	250
<b>Микеладзе Л.И., Балашова Е.Ю.</b> Восприятие времени и память при депрессиях позднего возраста	254
<b>Мисоченко М.С., Горячева Т.Г.</b> Нейропсихологический статус детей с внутриутробной гипоксией и асфиксией новорожденных в анамнезе	257
<b>Моталова Ю.И., Воробьева Е.В.</b> Влияние ретроспективных оценок стилей родительского воспитания на пищевое поведение молодых женщин	260
<b>Нарметова Ю.</b> Психодиагностические аспекты перинатальной психологии	263
<b>Нестерова А.А.</b> Клиническая и психологическая диагностика мигрантов: кросскультурная перспектива	266
<b>Носачев Г.Н., Носачев И.Г.</b> К размыванию понятий в структуре клинической психологии	269
<b>Оганесян Н.Ю.</b> Психомоторные методы исследования эффективности танцевально-двигательной психотерапии больных шизофренией	272
<b>Переpravина Ю.О.</b> О применении Мельбурнского опросника принятия решений (русскоязычная адаптация Корниловой Т.В.) в диагностике лиц с психическими расстройствами при оценке дееспособности	275
<b>Пискарева Т.К., Ениколопова Е.В.</b> Особенности эмоционального интеллекта у больных с поражением лобных долей мозга	277
<b>Польская Н.А.</b> Методы исследования эмоциональной регуляции при самоповреждающем поведении	280
<b>Пуговкина О.Д., Гудкова М.В.</b> Методы диагностики нарушений социального познания у больных депрессиями	284
<b>Рагозинская В. Г.</b> Проективные критерии алекситимии и методика чернильных пятен Роршаха	286
<b>Разорина Л.М.</b> Перспективы нормативной диагностики С.Я.Рубинштейн (на примере методики Сэва-Рубинштейн)	289
<b>Рогачева Т.В.</b> Возможности психоаналитической методики Л.Сонди при выявлении этиологии нарушений ритма у детей	292
<b>Романов А.А.</b> Обучающий эксперимент: принципы, особенности и возможности при диагностике развития и коррекции поведения детей с аутизмом	296
<b>Рощина И.Ф., Колыхалов И.В., Федорова Я.Б., Пономарева Е.В., Михайлова Н.М.</b> Клинико-нейропсихологическая диагностика психической деятельности пациентов с лобно-височной деменцией	299



<b>Русина Н.А.</b> Экспериментально-психологическая диагностика в психосоматике (на примере исследования пациентов онкологической клиники)	302
<b>Рыжов А.Л.</b> Оценка способности к преодолению противоречивых тенденций в рассказах Тематического апперцептивного теста	305
<b>Рычкова О.В., Холмогорова А. Б</b> Методика диагностики социальной ангедонии: адаптация и валидизация для русскоязычной выборки	308
<b>Саковская В.Г., Бровин А.Н., Мярс Т.Г.</b> Использование методики «Пиктограммы» в дифференциальной диагностике шизофрении	312
<b>Самарина И.И., Зверева Н.В., Казакова М.В., Балакирева Е.Е.</b> К проблеме анализа «модели психического» у младших школьников в норме и при эндогенной психической патологии	315
<b>Самойлова В.М., Епишин В.Е.</b> Слухоречевая память дошкольников с ОВЗ как показатель разновидности дизонтогении	318
<b>Седова Е.О., Горячева Т.Г</b> Нейропсихологический подход к диагностике нарушений формирования саморегуляции у младших школьников	322
<b>Семенова Н.Д.</b> Наследие Бориса Семенова (Boris Semeonoff) и современная клиническая психология Великобритании	325
<b>Сергиенко А.А.</b> Применение методики Н.Н. Николаенко «Тест на асимметрию зрительного внимания» в группе детей и взрослых относительной нормы и у детей с эндогенной патологией	328
<b>Слоневский Ю.А.</b> Место и значение традиционного патопсихологического обследования в моделях комплексного сопровождения и поддержки больных с расстройствами эндогенного круга и религиозной фабулой переживаний	331
<b>Солондаев В. К.</b> Патопсихологический эксперимент в постнеклассической перспективе	333
<b>Стоюхина Н.Ю.</b> Психодиагностическая деятельность врачей Нижнего Новгорода в 1920-1930 гг	336
<b>Стоянова И.Я., Каткова М.В.</b> Проблемы дифференциальной психодиагностики пациентов с шизотипическими расстройствами	341
<b>Султанова А. С., Иванова И. А.</b> К проблеме нормативных показателей в клинко-психологической диагностике	344
<b>Трифаненкова С.В</b> Пропедевтический этап, как начальная ступень диагностической и коррекционной работы с аутичным ребенком	347
<b>Тромбчиньски П. К.</b> «Опросник невротической личности Кол-2006» - адаптация и стандартизация в России	350
<b>Трушкина С.В.</b> Новые подходы к диагностике психического развития детей в раннем возрасте	352
<b>Трушкина С.В.</b> Диагностика родительской самооценки у матерей, имеющих детей раннего возраста с нормативным и задержанным развитием	356
<b>Туревская Р.А., Есиков Д.А.</b> Методика диагностики слухового внимания у детей с трудностями школьного обучения	359

<b>Узлов Н.Д., Семенова М.Н.</b> Психодиагностика глазами студентов: рефлексия некоторых организационных моментов психологического исследования	361
<b>Фанталова Е.Б.</b> Методика «ЗА и ПРОТИВ» как вариант исследования самосознания общей и клинической психологии	364
<b>Хаин А. Е.</b> Исследование эмоционального дистресса у подростков в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК)	367
<b>Харисова Р.Р., Чебакова Ю.В., Паршуков А.Ю.</b> Возможности исследования специфики опосредования процесса обобщения эффектами внешнего контекста при психических расстройствах	370
<b>Хрущев С.О., Выборных Д.Э., Федорова С.Ю., Кузьмина Л.А., Паровичникова Е.Н.</b> Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с заболеваниями системы крови при трансплантации костного мозга	373
<b>Чепелюк А.А.</b> Опыт применения модифицированного теста Г. Виткина для исследования когнитивных процессов при расстройствах личности	377
<b>Шагиясова А.</b> Отношение к болезни – как важный элемент объективного статуса больного	380
<b>Шпилова Е.С., Рощина И.Ф., Вологодина Я.О.</b> Клинико-нейропсихологическое исследование пациентов гериатрического стационара с биполярным аффективным расстройством	382
<b>Шипкова К.М.</b> «Модель психического» у пациентов с локальными поражениями мозга	384
<b>Щербакова А.М.</b> Обращение к образу дома в диагностике психологических ресурсов подростков с психическими заболеваниями	387

## **DIAGNOSTICS IN MEDICAL (CLINICAL) PSYCHOLOGY: TRADITIONS AND OUTLOOK**

**(by the 105th anniversary of S.Y.Rubinstein)**

<b>Editorial</b>	3
<b>Rubinstein S.Y.</b> On the reflex nature of hallucinations	17
<b>Rubinstein S.Y.</b> Psychological experiment in the psychopharmacological investigations	25
<b>Mandrusova E.</b> Psycho-correction and social rehabilitation of the mentally ill: S.Y.Rubinstein's view	26
<b>Solovieva Yulia, Rojas Luis Quintanar</b> Conception of syndromic analysis in child neuropsychology	28
<b>Abakumova I., Ermakov P., Koltunova E.</b> Diagnosis of the level of symbolic function at deaf and hearing impaired in adolescence period	37
<b>Abdullaeva Sh.</b> Mental health problems of secondary school teachers	40
<b>Avilov A.</b> Application test Thematic Apperception assessment transsexual tendencies in adults with mental retardation	42
<b>Anokhina A., Karabasheva N.</b> Features of the application of projective method "drawing of nonexistent animal" in the hospital of mental disorders	45
<b>Atadzhykova J., Enikolopov S.</b> Development of schizotype concept and assessment of schizotypal traits	49
<b>Babarahimova S., Iskandarova Y., Shaikramov Sh.</b> Psychological research influence personal characteristics of women in formation emotional disorders with schizoaffective spectrum	53
<b>Baz L., Barinova D.</b> Research of memory at children of middle school age with easy intellectual backwardness	56
<b>Bayramova E., Enikolopov S.</b> Magical thinking in the structure of cognitive processes and defense mechanisms.	58
<b>Balashova E., Kovyazina M.</b> Ideas about mental norm in clinical psychology: approaches, studies, perspectives	60
<b>Barabanov R.</b> Features of emotionally-personal sphere of patients with voice disorders	63
<b>Barabanov R.</b> Application software and hardware complex «neurosoft» the psycho-diagnosis purposes phoniatics practice	65
<b>Bebchuk M., Likhacheva E., Pechnikova L.</b> Family functioning in adolescents with suicidal behavior	66
<b>Belova M.</b> The value of the gadgets in the development of the child's psyche: to the problem	70
<b>Belopol'skaya N.</b> Personality analysis in pathopsychological experiment: age identification and psychological age of drug addicts and patients with schizophrenia	75
<b>Benilova S., Davidovich L.</b> Comparative analysis of emotional-behavioral manifestations in the differential diagnosis of infantile autism and specific developmental disorders of speech	78
<b>Bocharov V., Shishkova A.</b> Research problems of constructive personal activity of relatives of patients with chemical addiction	81

<b>Bocharov V., Vasileva N.</b> A case of diagnostics of emotional intelligence in doctors	84
<b>BudykaE., Zakharchenko D., Petrikov S., Ramazanov G.</b> Experience of clinical psychology students' practical training in neurology unit	87
<b>Burlakova N.</b> Modified completion test (designed by H. Ebbinghaus)	89
<b>Buslaeva A., Venger A., Lazurenko S.</b> The objectives of psychological assistance to the child in the intensive care de-partment	93
<b>Vagaytseva M., Chulkova V., Karpova E.</b> Methodological approach to the diagnosis of diseases related to the example of cancer patients diagnosed with prostate cancer	96
<b>Vasilenko T., Selin A., Smirnov N.</b> Structure of pregnant woman's social values, who have an infertility experience	99
<b>Vasilieva T.</b> Features evaluation of the psychological health of children of senior preschool age	102
<b>Vasina A.</b> Psychological diagnostics in the study of mastitis as postpartum complications	104
<b>Velichkovsky B., Rupchev G., Sultanova F., Kachina A., Kaleda V., Tikhonov D., Alekseev A.</b> Emotional interference inhibition in depression	107
<b>Veshchikova M.</b> Test "estimation of danger perception based on photos"	110
<b>Vinogradova M.</b> The study of the sensitivity to contradiction in patients with personality disorders	112
<b>Vlasenkova I.</b> Visual associations of children of 8 -11 y.o. under normal and schizopfhrenia conditions	115
<b>Vologdina Ya., Roshchina I.</b> Features of neuropsychological status of patients with depression in later life	117
<b>Vorobyeva E., ErmakovP.</b> The main problems of training of clinical psychology students at the southern federal university	121
<b>Galasyuk I.,Shinina T.</b> Clinical diagnostic in the social sector: specialist – "the unmotivated client"	124
<b>Garanian N., Pushkina E.</b> Social comparison measure as a tool for social cognition behavioral component's assessment	127
<b>Gerasimchuk M.</b> Diagnostic palette of depression	130
<b>Golubeva K.</b> Depressive symptoms and psychological welfare of mothers, awaiting for surgery due to children`s congenital disorder up to 1 year	132
<b>Goreva E., Sergienko A.</b> Cognitive bias task, context-dependent reasoning	135
<b>Gribkov N.</b> Communication alexithymia traits in children of primary school age with their behavior in society	138
<b>Dubicki, E., Nosachev G.</b> Clinical psychologist in polyprofessional brigade: approaches and prospects	141
<b>Dyachenko A.</b> To the question of overvalued hobbies of children with autism spectrum disorders and patients with schizopfhrenia (for example, hobbies metro)	144
<b>Enina V., Enin, K., Zanozin A.</b> Non-pathological mental dysfunctional state: essence, classification, methods of diagnosis	147
<b>Yermakov P., Trufanova O.</b> Features of internal picture of the disease urological cancer patients	150

<b>Jigau E.</b> Sense processing features of emotional information by teenagers with schizophrenia.	153
<b>Zaviazkina N., Rakovskaia N.</b> Psychological typology of self-stigmatization in schizophrenia	156
<b>Zvereva M.</b> Rosenberg self-esteem and Dembo-Rubinstein self-esteem in young people with personality disorder	159
<b>Zvereva N., Balakireva E., Zhukova O., Pyatnitskaya L.</b> Meaning of psychomotor development in the assessment of cognitive dysontogenesis in children and adolescents with endogenous mental disorders	161
<b>Zvereva N., Khromov A., Koval-Zaitsev A.</b> Comparative analysis of unmediate and mediated arbitrary memory in children and adolescents with endogenous mental disorders	164
<b>Ivanov M., Bogacheva O., Voronkova N.</b> Parental attitude to the child`s illness (the case of autism spectrum disorders)	168
<b>Ivanova E.</b> The usage of humor in clinical-psychological diagnostics of mental disorders	171
<b>Igumnov S., Solodukho V.</b> Diagnostics and ways of overcoming of the burnout syndrome in health workers	174
<b>Ilxamova D.</b> Psychosomatic aspects of diseases of the digestive tract	175
<b>Kazymaev S., Shendyapina M., Kashina E., Kazeykina T., Kuzmina E., Shapovalenko T., Lyadov K.</b> New methods of neuropsychological assessment of patients with stroke: use the oxford cognitive screening (OCS)	178
<b>Karimulina E.</b> Features of visual involuntary memory in children of pre-school and early school age	181
<b>Kats E., Sorokin V.</b> Evolution of S.Rubinstein`s view on mental retardation	183
<b>Kayasheva O.</b> The meaning of life as a factor antisuicidal of behavior	186
<b>Klipinina N., Enikolopov S.</b> Maternal maladaptation during the treatment process of children with life-threatening disorders: the role of distress and coping.	188
<b>Kobzova M.</b> Study of peculiarities of thinking by the procedure "construction of object" in different social groups of subjects	191
<b>Koval-Zaytsev A., Furaeva E.</b> The study of parent-child relationships using the flannel-graph in children with autism spectrum disorders	194
<b>Kozhalieva Ch.</b> Tendencies of current research in special psychology	196
<b>Komolov D.</b> Affective and cognitive links with the representation of the body position and psychosomatic ontogenesis and dysontogenesis.	199
<b>Korneeva V., Shevchenko U.</b> Diagnostic aspects of neuropsychological correction	202
<b>Korsakova N., Abdullina E.</b> Diagnosis tactile sphere in normal and pathological aging	204
<b>Korsakova N., Parfenov E., Pluzhnikov I.</b> The nature of tactile hallucinations	207
<b>Kostrigin A. P.P.</b> Kaschenko`s contribution to development of statistical researches in psychiatry	210

<b>Kuznetsova S., Abramova A., Enikolopov S.</b> The study of hostility projective techniques	213
<b>Kukanov A.</b> The use of metaphorical cards in psychocorrectional work with mothers of children with autism	214
<b>Kukarkina E., Shapiro A.</b> The problem of normal and pathological development of “linguistic personality” in childhood (in the light of theoretical psychological attitudes and psycho-educational practices of S.YA.Rubinshteyn)	217
<b>Kulikova O.</b> Reflection / impulsivity as a factor of social adaptation in first episode of paranoid schizophrenia	222
<b>Latysheva M.</b> Aptitude test of the interoceptive perception and prediction of the psychosomatic development in childhood	225
<b>Levtterova – Gajalova D.</b> Mobile applications in psychological diagnostics of students with special educational needs – perspectives or alternatives	228
<b>Leshchinskaia S.</b> The use of autistic spectrum quotient for diagnostics of the autistic traits in students.	232
<b>Maksimenko M., Shal L.</b> Features of mental activity in the perception of the scene images of school children of 6-11 grades with different types of ontogeny.	235
<b>Malyutina A.</b> On the problem of specifying the pathopsychological syndrome in delusional parasitosis	238
<b>Mamaev V., Andreeva Y.</b> Impact the profile of asymmetry on the success detection of emotional states of other people in children with mental retardation	241
<b>Mashkova I., Semakova E.</b> The level approach to the definition of the defect in autism	244
<b>Medvedeva T., Vorontsova O., Kazmina O., Zinchenko O.</b> Moral judgment and implicit associations with «life» and «death»	247
<b>Melehin A.</b> The importance of assessing subjective age in the clinical psychology of aging	250
<b>Mikeladze L., Balashova E.</b> Time perception and memory in late life depression	255
<b>Misochenko M., Goryacheva T.</b> Neuropsychological status of children with fetal hypoxia and neonatal asphyxia anamnesis	258
<b>Motalova Y., Vorobyova E.</b> The influence of retrospective evaluations of parenting styles on young women’s eating behavior	260
<b>Narmetova Y.</b> Psychodiagnostic aspects of perinatal psychology	263
<b>Nesterova A.</b> Clinical and psychological diagnosis of migrants: cross-cultural perspective	266
<b>Nosachev G., Nosachev I.</b> The blurring of concepts in the structure of clinical psychology	269
<b>Oganesian N.</b> Psychomotor methods for studying the effectiveness of dance movement therapy in patients with schizophrenia	272
<b>Perepravina Y.</b> Melbourne decision making questionnaire in structure of diagnostics of persons with mental disorders at assessment of capacity	275
<b>Piskareva T., Enikolopova E.</b> Emotional intelligence in patients with frontal lobe lesions	277

<b>Polskaya N.</b> Methods of studying emotional regulation in self-injurious behavior	280
<b>Pugovkina O., Gudkova M.</b> Methods of diagnosis of social cognition in patients with depression	284
<b>Ragozinskaya V.</b> Projective measures of alexithymia and the Rorschach inkblot test	286
<b>Razorina L.</b> The prospects for normative diagnostics of S.Y.Rubinstein (on the example of Seve-Rubinstein's technique)	289
<b>Rogacheva T.</b> Possibilities of psychoanalytic technique L.Szondi in identifying the etiology of cardiac arrhythmias in children	292
<b>Romanov A.</b> Educational experiment: the principles, features and possibilities for the diagnosis of the development and correction of the behavior of children with autism	296
<b>Roshchina I., Kolykhalov I., Fedorova Ya., Ponomareva E., Mikhaylova N.</b> Clinical and neuropsychological diagnosis of mental activity in patients with front temporal dementia	299
<b>Rusina N.</b> Experimental-psychological diagnostics in psychosomatic (on the example of patients of the oncology clinic)	302
<b>Ryzhov A.</b> Assessment of the capacity to negotiate contradictory tendencies in Thematic apperception test stories	305
<b>Rychkova O., Kholmogorova A.</b> Test for diagnosis of social anhedonia: adaptation and validation for russian population.	309
<b>Sakovskaia V., Brovin A., Miars T.</b> The «Pictograms» method usage in differential diagnosis of schizophrenia	312
<b>Samarina I., Zvereva N., Kazakova M., Balakireva E.</b> For the problem of the theory of mind analysis for primary school children with endogenous mental disorders and healthy control group children	315
<b>Samojlova V., Epishin V.</b> Audio verbal memory of disability accessible as an indicator of species dizontogenii	318
<b>Sedova E., Goryacheva T.</b> Neuropsychological approach to the diagnostics of self-regulation problems of junior schoolchildren	322
<b>Semenova N.</b> Boris Semeonoff and his legacy in contemporary clinical psychology in the UK	325
<b>Sergienko A.</b> Application of the method of N.N. Nikolaenko "Asymmetry test of visual attention" in a group of children and adults and the relative rate of children with endogenous pathology	328
<b>Slonevsky Y.</b> Place and significance of the traditional pathopsychological examination in models of complex accompanying and supporting of patients with endogenous mental disorders, and religious content of experience.	332
<b>Solondaev V.</b> Clinically-psychological experiment in post-nonclassic aspect	333
<b>Stoyukhina N.</b> Psychodiagnostic activity of the doctors of Nizhny Novgorod in 1920-1930s	337
<b>Stoyanova I., Katkova M.</b> Problems of differential psychodiagnostics of patients with schizotypal disorders	341

<b>Sultanova A., Ivanova I.</b> To the problem of normative data in clinical psychological diagnostics	344
<b>Trifanenkova S.</b> Propaedeutic phase, as the initial stage of the diagnostic and remedial work with an autistic child	347
<b>Trabczynski P.</b> «Neurotic personality questionnaire Kon-2006» - adaptation and standardization in Russian Federation	350
<b>Trushkina S.</b> New approaches to diagnostics of mental development in early childhood	352
<b>Trushkina S.</b> Parental self-assessment at mothers of small children with the standard and detained development	356
<b>Turevskaya R., Esikov D.</b> Methods of diagnosis of auditory attention in children with difficulties in school education	359
<b>Uzlov N., Semenova M.</b> Psychodiagnostics through the eyes of students: a reflection on some organizational issues of the psychological study	361
<b>Fantalova E.</b> Methodology "PROS and CONS" as a variant of the study of self-consciousness in general and clinical psychology	364
<b>Khain A.</b> Emotional distress in adolescents undergoing hematopoietic stem cell trans-plantation (HSCT)	367
<b>Kharisova R., Chebakova Yu., Parshukov A.</b> Possibilities study the specifics of the mediation process of external context effects in generalizations in mental disorders	370
<b>Khrushchev S., Vybornykh D., Fedorova S., Kuzmina L., Parovichnikova E.</b> Diagnosis of cognitive impairments in patients with hematological malignancies in bone marrow transplantation	373
<b>Chepelyuk A.</b> Experience in the application of the modified H. Witkin's test to study cognitive processes in personality disorders	377
<b>Shagiyasova A.</b> Attitude to illness - an essential element of objective of patient status	380
<b>Shipilova E., Roshchina I., Vologdina Y.</b> Clinical and neuropsychological study of patients geriatric hospital with bipolar disorder	383
<b>Shipkova K.</b> "The theory of mind" in brain-damaged patients	385
<b>Shcherbakova A.</b> The image of the house in psychological diagnostics of internal resources of mentally diseased adolescents	387



На данном этапе развития нашей науки значительный интерес представляет опыт применения данных современной советской психологии для анализа клинических фактов. Этот опыт особенно важен потому, что в последние годы в психиатрии возникла тенденция к полному отказу от психологического анализа, вызванная, возможно, разочарованием в непродуктивных данных идеалистической психологии.

В настоящем исследовании делается попытка использовать психологическую теорию и психологический эксперимент для изучения галлюцинаций.

Исследованию галлюцинаций в психиатрии посвящено огромное количество экспериментальных работ, статей и монографий.

На съездах и в печати поочередно обсуждались следующие вопросы: 1) являются ли галлюцинации ложными ощущениями, ложными воспоминаниями или ошибками суждения больных; 2) возникают ли галлюцинации вследствие поражения периферических отделов органов чувств или они появляются в результате поражения корковых центров (попутно противопоставлялась роль общего психического состояния больного и состояния отдельных рецепторов); 3) в последние годы разногласия вызывают вопрос о характере процессов в корковых центрах анализаторов, о том, связаны ли галлюцинации с возбуждением или торможением этих центров.

Не останавливаясь на разборе всех этих (в большинстве своем мнимых) альтернатив, отметим один, общий для допавловской психиатрии, неправильный принцип анализа. Вопреки рефлексорному принципу развития всех психических явлений, галлюцинации рассматриваются большинством авторов как некоторая «творческая» продукция больного мозга, возникающая вне зависимости от раздражителей внешней среды.

Подобное толкование галлюцинаций обнаруживает себя в трех разных аспектах: во-первых, в системе понятий, характеризующих обман чувств, во-вторых, в определении причин появления галлюцинаторных образов и, в-третьих, в принятых методах исследования галлюцинаторных явлений.

1. С особой отчетливостью это толкование галлюцинаций выступает, прежде всего, в общепринятом разделении обманов чувств на иллюзии и галлюцинации. Иллюзиями обычно называются искаженные восприятия реальных объектов, а галлюцинациями — восприятия без объектов, т. е. восприятия, не зависящие от внешних раздражителей. Так, например, если врач наблюдает, что больной принимает завывание ветра за чей-то плач, а висящее в темном углу платье — за человека, то такие ложные узнавания называются иллюзиями. Но если тот же врач-наблюдатель не может установить связи между явлениями внешней обстановки и ложными восприятиями больных, то такие восприятия обозначаются как галлюцинации.

Разграничение иллюзий и галлюцинаций было впервые введено французским психиатром Эскиролем (1838) и с тех пор неуклонно по традиции переписывается из учебника в учебник. Оно и поныне существует в программах по психиатрии и отражает довольно распространенный в психиатрии дуалистиче-

ский принцип анализа психопатологических явлений с уступкой физиологическому идеализму.

Уступка физиологическому идеализму в психиатрии маскируется иногда ссылкой на специфику патологических явлений. Рефлекторный характер психических процессов «допускается» для нормальной психики, а болезненные ее проявления рассматриваются не как искаженное отражение реальности, а как творческий процесс, обусловленный «изнутри», из самого мозга. Такая дуалистическая концепция была сформулирована немецким психиатром Гринингером. К подобному же дуалистическому толкованию психопатологических явлений приходят, к сожалению, некоторые современные советские психиатры, как, например, проф. О. В. Кербиков<sup>1</sup>.

С точки зрения рефлекторной теории психики, никаких восприятий без объекта не только в норме, но и в патологии быть не может, а искаженное, неадекватное отражение объекта есть уже иллюзия. Следовательно, никакой принципиальной грани между иллюзиями и галлюцинациями провести нельзя.

Характерно, что подобно всякому методологически ошибочному толкованию, это деление не оправдало себя и в клинической практике. Ни в клинике, ни в экспериментальных исследованиях обманов чувств оно не приобрело рабочего, делового значения.

2. Нарушение рефлекторного принципа происходит также при попытках определить причины возникновения галлюцинаторных образов.

В одном из учебников психиатрии для вузов<sup>2</sup> дается следующее определение галлюцинаций: «Галлюцинации — обманы чувств, которые не основываются на реальном объекте, на внешнем раздражителе; эти восприятия без объекта, целиком фугального происхождения и являются *представлениями, которые принятии свойства чувственного восприятия*» (курсив мой. — С. Р.).

Эту общепринятую трактовку галлюцинаций как усилившихся представлений разделяет в известной мере автор крупнейшей монографии о галлюцинациях проф. Е. А. Попов. Он объясняет галлюцинации следующим образом: в коре головного мозга возникает торможение, достигающее степени парадоксальной фазы. По закономерностям, характеризующим эту фазу, слабые раздражители вызывают более сильную реакцию, чем сильные. Профессор Е. А. Попов рассматривает представления человека как раздражители, но раздражители более слабые по сравнению с реально действующими в данный момент раздражителями внешнего мира. Поэтому при наличии парадоксальной фазы эти представления приобретают большую силу, чем объективные внешние раздражители, и как бы замещают их, т. е. выносятся наружу, становятся на место реальных объектов. При этом не отрицается, конечно, тот факт, что сами представления возникли некогда раньше, в результате воздействия внешнего мира. Но раз возникнув в прошлом опыте человека, эти представления затем продолжают самостоятельно существовать в сфере подсознательно-

---

<sup>1</sup> «Больное, бредовое сознание не столько отражает объективный мир, сколько творит его для себя. В бредовом познании следует видеть не столько отражение действительности, сколько отражение субъективного состояния больного» (О. В. Кербиков, Острая шизофрения, Медгиз, 1949, стр. 50-51).

<sup>2</sup> См. М. О. Гуревич, Психиатрия, Медгиз, М., 1949, стр. 40.

го и при возникновении парадоксальной фазы в мозгу начинают играть роль спонтанных раздражителей.

Не останавливаясь на критике всей теоретически очень спорной концепции проф. Е.А. Попова в целом, скажем, что в этой части он основывается на устаревшей и неправильной теории представлений, согласно которой они, подобно неизменным вещам на складе, хранятся в мозгу. Из его объяснений остается неясным: почему же в конечном счете одно из множества хранящихся якобы в мозгу представлений становится внезапно галлюцинаторным образом? Почему парадоксальная фаза приводит к конкуренции представлений с воздействиями внешнего мира?

Представления, необходимо участвующие в акте всякого восприятия и узнавания, несомненно, участвуют также в возникновении ложных восприятий или галлюцинаций. Но, как показывают исследования советских психологов (Теплов, Шемякин, Ананьев), для их появления как в нормальном, так и в патологическом акте восприятия нужно какое-либо внешнее воздействие (одно, либо цепь ассоциаций). Парадоксальная фаза, по учению И.П. Павлова, есть такое состояние коры, при котором искажается нормальное соотношение между внешними раздражителями и реакциями мозга. Считать же, что парадоксальная фаза может быть причиной интенсификации представлений и их спонтанного продуцирования во внешний мир, оснований нет.

Эксперименты проф. Е. А. Попова выявляют лишь условия, при которых у больных возникают галлюцинации, но не могут объяснить причин возникновения галлюцинаторных образов.

Здесь мы сталкиваемся с двумя разными рядами причинно-следственных отношений. Один ряд, например, таков: интоксикация (причина) — болезненное состояние мозга (следствие). Внешняя обстановка по отношению к этому ряду является условиями, в которых действует причина. Если же мы исследуем психопатологическое явление, то мы сталкиваемся со вторым рядом: внешнее воздействие (причина) — искаженное патологическое реагирование на него (следствие), а болезненное состояние нервных процессов в мозгу — условие этого реагирования.

Первый ряд характеризует динамику болезненного процесса, а второй ряд — особенности специфичных для человека видов психической деятельности в патологических условиях. Изучением этого второго ряда явлений и занята патопсихология. Психиатры обычно ограничиваются лишь первым рядом, и это приводит их не только к методическим, но и к методологическим ошибкам. Вот этот вопрос о методологии исследований психопатологических явлений, в частности — галлюцинаций, и есть третий вопрос, на котором следует остановиться.

Вопрос о методологии исследований психопатологических явлений, в частности галлюцинаций, заслуживает особого рассмотрения.

Поиски причин психопатологических явлений в самом мозгу есть также уступка или дань физиологическому идеализму. Найти физиологическую основу того или иного *состояния* не значит объяснить психопатологическое явление. Последнее есть результат реакций человека с больным мозгом на внешнее воздействие.

Если мы хотим узнать причины появления галлюцинаторных образов, нам нужно знать, как протекают слуховые, зрительные или иные восприятия больных, как эти больные слушают и смотрят, каковы их реакции на те или иные звуки или зрительные раздражители.

Между тем во многих психиатрических исследованиях в связи с отказом от психологических методов обнаруживается тенденция к тому, чтобы ограничиться изучением состояния мозга больного как такового вне анализа специфических для человека видов деятельности. Так, например, среди методов экспериментального изучения галлюцинаций больше всего известен так называемый фармакологический метод. Сущность его заключается в том, что введением определенных химических веществ (мескалин, гашиш и др.) в организм достигается такое изменение состояния человека, при котором возникают галлюцинации.

Во всех этих методиках исследования видна тенденция к установлению прямой причинной связи между болезненным состоянием мозга и определенной галлюцинаторной продукцией. Достаточно якобы путем отравления (или, по методике проф. Попова и других исследователей, путем частичного усыпления) вызвать у человека определенное болезненное состояние, и галлюцинации появятся сами собой, по внутренним, имманентно присущим данной болезни закономерностям.

Противопоставим этому метод исследования павловской школы. Меняя состояние своих подопытных животных фармакологическим или иным путем, вызывая у них, таким образом, болезненное состояние, И.П. Павлов и его ученики изучали затем характер искажений условнорефлекторной деятельности, возникших у этих животных. Для Павлова объектом изучения и в норме и в патологии были рефлекторные, а не спонтанно возникающие проявления животных; самую болезнь Павлов видел в искажении реакций или рефлексов на внешние раздражители, но отнюдь не в продуцировании патологических симптомов «изнутри». Следовательно, если сравнить проводившиеся психиатрами экспериментальные исследования галлюцинаций фармакологическим методом с принципами исследований павловской школы, то окажется, что «эксперимент» этих психиатров обрывался на том этапе, на котором только начинались основные проблемы павловских исследований. Некоторые факты этими интересными, но незавершенными и нечеткими опытами все же добывались: так, например, после введения мескалина у здоровых людей действительно появлялись галлюцинации. Это объяснялось тем, что яд изменял состояние нервной системы испытуемых, и в это время, пытаясь по-прежнему ориентироваться в ситуации, продолжая прислушиваться, присматриваться к окружающей обстановке, они воспринимали ее искаженно. Но экспериментаторы, игнорировавшие влияние этой внешней обстановки на испытуемого, не включавшие этих влияний в эксперимент, не могли, разумеется, правильно анализировать свои экспериментальные данные.

В настоящем исследовании сделана попытка обнаружить механизм возникновения слуховых галлюцинаций путем анализа процесса восприятия больных. При этом было стремление не только обусловить определенное качество и силу звуковых раздражителей, но и создать ситуацию, при которой ис-

пытуемые стремились бы к этим звукам прислушиваться, стремились бы к распознаванию предметного источника звуков.

Исследование проводилось в хорошо оборудованной психологической лаборатории Института имени Сербского. В тихую, относительно изолированную от звуков комнату поочередно вызывались испытуемые. В соседней комнате включался МАГ-800, репродуктор которого находился на расстоянии метра за спиной испытуемого. Исследование проводилось под предлогом проверки зрения и слуха.

Давалась инструкция: «А сейчас мы проверим ваш слух. В этой комнате будут слышны разные звуки, некоторые из них будут хорошо, ясно слышны, а другие плохо. Вы должны внимательно прислушиваться и рассказывать мне все, что будет слышно. Если какой-либо звук будет не совсем понятен, скажите хотя бы приблизительно, на что он похож. Для того, чтобы легче слушать, сядьте вот так (показ), удобнее, обопритесь о стол и прикройте глаза рукой». Высказывания испытуемых фиксировались.

Звуки-раздражители были сгруппированы в три различные серии.

Серия А состояла из набора элементарных звуков, предметный источник которых можно было определить с большим трудом (например, журчание воды, шелест бумаги и т. д.). Каждый из звуков однообразно длился минуту, затем после пятисекундной паузы начинался другой.

Серия Б представляла собой запись уличного шума летом, в котором можно было разобрать чирикание птиц, гудки автомобилей, голоса играющих детей и т. д.

Серия В состояла из набора отчетливых, легко различимых звуков, предметный источник которых легко установить (например, звон стеклянной посуды, кашель, шаги, произнесенное вслух слово, всхлипывание, свист, стук в дверь и т. д.). Продолжительность каждого звучания — несколько секунд, но интервалы между звуками — 40—50 секунд.

Были исследованы четыре группы испытуемых. Первая группа — здоровых, вторая группа — истериков, третья — больных в состоянии реактивной депрессии и четвертая группа больных с диагнозом — реактивный галлюцинозно-параноидный синдром. При исследовании каждой группы были обнаружены разные особенности слуховых восприятий.

Здоровые испытуемые без затруднений узнавали звуки серии В. т. е. такие, как кашель, шаги, свист, бульканье и т. д. Искажений, ложных восприятий не наблюдалось. Индивидуальные различия между испытуемыми проявлялись в характере высказываний: одни определяли звуки более точно, другие слегка фантазировали по поводу слышимого. При необходимости определить незнакомые, трудно различимые звуки серий А и Б испытуемые делали это не сразу. Вначале часто возникала ассоциация этого незнакомого звука с наиболее привычными по личному опыту и интересам представлениями. Так, например, многие связывали эти звуки с разными производственными шумами, в зависимости от того, каким видом труда они занимались в прошлом. Вслед за таким ошибочным предположением (или даже, вернее, высказанным вслух воспоминанием), как правило, возникала коррекция. Испытуемые сами поправляли себя, говорили иногда: «Нет, это не то, это другое» — и давали характеристику этого незнакомого им звука в более общих понятиях.

Результаты исследования истериков и депрессивных были очень своеобразны, но эти данные в настоящем сообщении мы пропускаем, так как прямого отношения к теме доклада они не имеют. Скажем только, что у истериков во время опыта на почве иллюзорной переработки звуков возникали кратковременные расстройства сознания делириозного типа с переключением в воображаемую ситуацию, а у депрессивных наблюдались два явления: 1) неузнавание предметного источника звуков при хорошем различении отдельных признаков звучания и 2) трудно объяснимое явление запаздывающего узнавания — нечто отличное от слухового эйдетизма, но, может быть, родственное ему. Перейдем к анализу экспериментов по четвертой группе, которые являются предметом сообщения.

Из девяти больных четвертой группы у восьми больных в клинике отмечалось наличие «истинных» слуховых галлюцинаций.

Анализ экспериментов по четвертой группе обнаружил следующее.

Во-первых, во время опыта у большинства исследуемых больных возникали слуховые обманы. Они отвечали кому-то, кто якобы к ним обращался, или повторяли те слова, которые слышали. При этом они продолжали частично правильно различать и описывать слышимые в лаборатории звуки, так что в протокольных записях было отчетливо видно, как складываются отдельные ложные слуховые восприятия на фоне тех или иных звуковых раздражителей.

Таким образом, данная методика дала возможность в экспериментальных условиях произвольно вызывать галлюцинации (замечу, кстати, что примерно то же было и во второй группе испытуемых).

Насколько важно иметь эту возможность объективного наблюдения галлюцинаторных явлений, не стоит и говорить. Известно ведь, что в подавляющем большинстве случаев в психиатрической клинике судят о характере галлюцинаторных явлений по субъективным описаниям больных.

К концу опыта, длившегося 30 минут, наблюдалось усиление галлюцинаторных явлений. Это обстоятельство дает основание полагать, что именно *длительное напряженное прислушивание* являлось фактором, способствующим появлению галлюцинаций. Такое объяснение представляется особенно убедительным, если сопоставить наши экспериментальные факты с клиническими наблюдениями. Известно, например, по данным старой немецкой психиатрии, что в условиях одиночного заключения, при тревожном прислушивании к отдельным звукам, также возникают галлюцинаторные состояния. Известны галлюцинации в военных условиях при затянувшихся дежурствах на посту. В интереснейших опытах Рончевского и Скальской напряженное присматривание в условиях темновой адаптации способствовало возникновению зрительных галлюцинаций.

То же состояние напряженного прислушивания и присматривания играет, видимо, роль в возникновении галлюцинаций у слепнувших и глухнувших в связи с поражениями органов чувств. Напряженное прислушивание создает то состояние нервных процессов, о котором писал В. Х. Кандинский, а именно — торможение переднего мозга в сочетании с возбуждением центров чувствительности.

Во-вторых, и это самое главное, благодаря особенностям экспериментальной методики, удалось обнаружить непосредственную зависимость слуховых

галлюцинаций от воспроизводимых магнитофоном звуков. Так, например, при звуках журчащей воды больной повторял услышанные им слова: «Пойдем поплаваем». Звук ударов по стеклу больная описывает так: «Звон, точно в церкви... на кладбище звонят...» — и вслед за тем говорит: «Кто-то сказал: «Я на кладбище нахожусь». Другая больная при звуках проезжающих автомобилей («гудки» серии В) произносит тоном человека, повторяющего чужую речь: «Нету... уехала... скрылась». Далее в серии Б слышно пощелкивание (принимаемое обычно многими испытуемыми за стрельбу). Больная опять повторяет слова: «Раз... два... расстреляли дуру такую».

При звуке всхлипывания больной услышал, как какая-то женщина называет его «хороший Михаил». Услышав звук, похожий на выстрел издали, другая больная сказала: «Выкрик бандитский какой-то... как будто сказали «Остановись!».

В серии Б при звуках перелистывания листов книги больная повторяет слышимые ею слова в такт шелесту бумаги: «Ты дрянь, ты дрянь... ты дрянь» и т.д.

Другая больная, прислушиваясь к звукам серии Б (слышен неопределенный шум), говорит: «Слышу шум. Может быть, это поезд?» И далее произносит тоном угрозы, как бы повторяя слова, которые ей сказали: «Я тебе дам поезд — так говорит кто-то». Экспериментатор спрашивает: «Кто?» «Я не знаю, кто так говорит», — отвечает больная.

Больная П. в звуках перелистывания бумаги тоже слышала слова: «Идем... идем» — и повторяла их в такт шелесту.

Больной К. в серии Б при звуках чириканья птиц заявил: «Соловьи в лесу... Кто-то там кричит: «Я потерялся».

Во всех приведенных примерах больные «слышали» слова, возникавшие по ассоциации с реальными звуковыми раздражителями. Таким образом, у больных, галлюцинации которых в клинике оценивались как «истинные», экспериментально удалось обнаружить зависимость этих словесных галлюцинаций от внешних раздражителей.

Такого рода зависимость появления ложных восприятий от звуковых раздражителей наблюдалась рядом авторов, такие факты описаны под названием функциональных галлюцинаций. Особенно интересные данные об этих функциональных галлюцинациях, т. е. о галлюцинациях, возникающих в связи со звуковыми раздражителями, приводятся в монографии проф. В. А. Гиляровского. Однако проф. Гиляровский указывает при этом на то, что случаи функциональных галлюцинаций редки, из них трудно делать какие-либо общие выводы, касающиеся возникновения галлюцинаций. Другие авторы также отмечают, что случаи таких функциональных галлюцинаций редки.

Между тем нам представляется вероятным предположение, что редкостью являются не сами функциональные галлюцинации. Быть может, исследования будущего покажут, что вообще все галлюцинации являются; в сущности, функциональными, редкостью же являются те случаи галлюцинаций, в которых функциональный характер удастся обнаружить при простом наблюдении, без специальных экспериментальных методов исследования.

Возникает вопрос: почему же при обычном клиническом наблюдении на глаз или на слух эта зависимость слуховых галлюцинаций от реальных звуко-

вых раздражителей не обнаруживается или обнаруживается чрезвычайно редко, а в нашем исследовании эта зависимость выступила отчетливо?

Ответ на этот вопрос, как нам представляется, заключается в следующем наиболее интересном факте настоящего исследования. Благодаря особенностям методики могли быть предъявлены тихие звуки, т. е. очень слабые звуковые раздражители. Звуки, воспроизводившиеся магнитофоном, были едва слышны. Если бы кто-либо вошел во время опыта и не прислушивался специально, то, вероятно, решил бы, что слуховые обманы возникали у наших испытуемых в обстановке полной тишины лаборатории. Никакими специальными приборами сила этих звуков не определялась. Нет также оснований называть их подпороговыми. Можно лишь приблизительно сказать, что эти звуки были *на пределе слышимости* и предметный источник этих звуков был очень трудно различим.

Нет никакого сомнения в том, что именно такими крайне слабыми, неясными звуками бывает насыщена всякая житейски определяемая тишина.

Нам представляется значительным указание одного из современных клиницистов-психиатров проф. И. Н. Введенского. В статье о галлюцинациях проф. И. Н. Введенский пишет: «Деление обманов чувств на иллюзии и г. со времен франц. психиатра Эскироля (Esquirol) общепринято в психиатрии, но до известной степени условно... не только в области мало дифференцированных ощущений запаха, вкуса, осязания, но и в отношении высших чувств — зрения и слуха, нельзя вполне исключить наличие слабых внешних раздражений...»<sup>3</sup>. Обращая особое внимание, на факт возможной слабости внешних раздражений, проф. И.Н. Введенский как бы подсказывает практический источник ошибочного толкования галлюцинаций и предугадывает путь к экспериментальному выявлению этой ошибки. Действительно, слишком слабые, быть может, пресенсорные раздражители окружающей обстановки не могли быть замечаемы наблюдающими галлюцинантов психиатрами, но могли играть значительную роль в возникновении галлюцинаторных образов.

Особо важное значение имеет опубликование исследований школы акад. К.М. Быкова (Г.В. Гершуни, А.Т. Пшоник). Эти исследования устанавливают тот факт, что условные связи могут быть выработаны на пресенсорные раздражители. Более того, такие условные связи могут быть патологически фиксированы и имеют потому большую патогенную роль.

При этом важно, что одно и то же по качеству колебание внешней среды может становиться то сенсорным, т. е. надпороговым, то пресенсорным. Эти переходы могут зависеть не только от абсолютной величины раздражителя, но и от его сигнального значения, т.е. от того, насколько велика для субъекта биологическая или социальная значимость того явления, сигналом которого данный раздражитель может служить.

Роль слабых пресенсорных раздражителей подчеркивалась также другими учениками И.П. Павлова. Так, проф. Ф.П. Майоров при описании патологической реакции подопытной собаки на звуковой раздражитель, находившийся

---

<sup>3</sup> «Большая медицинская энциклопедия», т. VI, М., 1929.



«на пороге слышимости», отмечает, что патогенное действие такого рода слабых раздражителей должно быть подвергнуто специальному изучению.

Непосредственное указание на рефлекторный характер слуховых галлюцинаций содержится в небольшой, но чрезвычайно интересной экспериментальной работе С.Л. Левина, вышедшей из лаборатории Н.И. Красногорского. С. Л. Левин выработал у здоровой девочки условный рефлекс на звуковой раздражитель, а потом, продолжая подкреплять раздражитель, постепенно уменьшал его силу до степени подпорогового раздражителя. У девочки возникли ложные слуховые восприятия, которые автор квалифицировал как слуховые обманы.

Приведенные экспериментальные данные настоящего исследования очень малы по количеству, так как исследование было неожиданно прервано. Однако эти данные приобретают известную убедительность при сопоставлении их с данными отечественной физиологии и клиники.

Особым вопросом остается вопрос о возможном ассоциировании искаженных слуховых восприятий с раздражителями внутренней среды организма. Об этом говорят опыты В. М. Бехтерева, которые дают основание предположить, что при длительном галлюцинировании происходит как бы «привязывание», присоединение звуковых восприятий к внутренним болевым ощущениям.

Выводы настоящего исследования, к сожалению, должны быть очень ограниченными.

Думается, что экспериментальные факты указывают: во-первых, на пригодность, продуктивность предложенной методики, хотя она и нуждается в улучшении; во-вторых, полученные экспериментальные факты, может быть недостаточные для доказательства определенных утверждений, являются все же достаточными для обоснования нижеследующей гипотезы.

Галлюцинации возникают рефлекторно, как фиксированная искаженная реакция на внешний раздражитель. Эта реакция может быть в большей или меньшей степени неадекватна раздражителю. Раздражитель может быть также настолько слабым, чтобы оставаться неразличимым для окружающих людей; наконец, в случаях длительного течения заболевания галлюцинаторные явления могут, вероятно, возникать при каких-либо интероцептивных ощущениях, к которым они по ходу болезни «привязываются» по механизмам комплексных цепных связей, постепенно фиксирующихся.

Источник: Материалы совещания по психологии (1—6 июля 1955 г.). М.: Издательство Академии педагогических наук РСФСР, 1957. С. 646-653

**Рубинштейн С.Я.**

**Психологический эксперимент  
в психофармакологических исследованиях**

**S.Y. Rubinstein  
Psychological experiment  
in the psychopharmacological investigations**

1. Изучение влияния различных фармакологических средств на психическое состояние больных требует использования чувствительных, объективных и надежных показателей. Такие показатели изменений психического состояния по критериям умственной работоспособности, состояния эмоциональ-

но-волевой сферы, тонуса активности и т.д. могут быть получены с помощью экспериментально-психологического исследования.

2. Для учета изменений психического состояния больных пригодными являются далеко не все те экспериментальные методики, которые используются при обычном исследовании больных. Методики, повторное применение которых вызывает упрямость, облегченную ориентировку в материале заданий, могут оказаться источником артефактов в психофармакологических исследованиях.

Использование надежных и достаточно адекватных методик экспериментально-психологического исследования в сочетании с предварительными (до лечения) фармакологическими пробами может способствовать углубленному изучению исходного психического состояния больных и выявлению симптомов, имеющих важное прогностическое значение при выборе терапевтических средств.

Нами проводятся исследования больных шизофренией, при которых психологический эксперимент сочетается с психофармакологическими пробами (однократные тормозящие и возбуждающие воздействия). Эти опыты позволяют выявить разную степень изменчивости состояния больных, а также качественные различия в сдвигах в особенностях их мышления и эмоциональных реакций.

Источник: Четвертый Всесоюзный съезд невропатологов и психиатров 1-7 июля 1963г. Тезисы докладов. Т1

**Мандрусова Э.С.**

**Взгляды С.Я. Рубинштейн на психокоррекцию и социальную реабилитацию психически больных**

Научно-Практический Центр Психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой, г. Москва, Россия

[ae.shapiro@yandex.ru](mailto:ae.shapiro@yandex.ru)

**Ключевые слова:** психокоррекция, социальная реабилитация, трудовая адаптация

**Mandrusova E.**

**Psycho-correction and social rehabilitation of the mentally ill: S.Y.Rubinstein's view**

SPC PZDP DMD them. GE Sukhareva, Moscow, Russia

**Keywords:** psycho-correction, social rehabilitation, labor adaptation

В своей многолетней научно-практической деятельности, связанной с патопсихологией, С.Я. Рубинштейн уделяла внимание проблемам психокоррекции психически больных. Важным элементом этого процесса является психотерапевтическое воздействие, проявляющееся в различных формах.

На сегодняшний день существуют различные методы и направления психотерапии (когнитивно-поведенческая, психоанализ, НЛП, системные семейные подходы, мотивационное консультирование, эриксоновский гипноз и т.д.)

Но, несмотря на очевидные преимущества, они не являются универсальными и не лишены недостатков. Основная цель психотерапии – лечение психопатологических феноменов: страхов, тревог, депрессивных проявлений, ипохон-

дических тенденций. Психотерапия позволяет освободиться от тягостных переживаний, реструктурировать дисфункциональные умозаключения, формирует адаптивные (гармоничные) модели поведения в стрессовых ситуациях. Однако она не способствует прямой социализации человека в аспекте его трудоустройства. В рамках психотерапии не уделяется должного внимания дальнейшей судьбе больного. Человек социален по своей природе и, если он не включен в работу на предприятии, являющемся ячейкой общества, как полноценный ее член, то как бы ни была эффективно проведена психотерапия, он не почувствует себя комфортно.

С.Я. Рубинштейн имела иной взгляд на психотерапевтические воздействия, считая их, без оказания реальной помощи больному в трудоустройстве, малоэффективными. Основной упор она делала на профилактику инвалидизации, на поиск потенциальных возможностей больного для продолжения его трудовой деятельности. Поэтому в психологических кругах до сих пор бытует мнение, что якобы она была яркой противницей психотерапии.

Будучи виртуозным экспериментатором, Сусанна Яковлевна очень высоко ценила значение экспериментальных данных. Следуя традициям школы Б.В. Зейгарник, она считала, что, только выявив с помощью эксперимента патологически измененные и сохранные «сильные» стороны психической деятельности больного, можно проводить коррекционную работу, обосновать учебные и трудовые рекомендации. В своей статье «О трудоустройстве психических больных» [4] она приводит конкретные проблемы, которые мешают социальной адаптации больных и на которые должна быть направлена коррекционная работа психолога.

Например, расхождение между объективными возможностями больного выполнять ту или иную работу и степенью его самооценки, а также уровнем притязаний. Очень часто больные претендуют на должности такого рода, с которыми справиться не смогут. В этом плане уместно вспомнить фразу английского писателя и философа 19-го века Томаса Карлейля «Приравняй свои притязания к нулю - и целый мир будет у ног твоих». Поэтому при их трудоустройстве необходимо проводить с такими людьми профориентационную работу, наглядно показывая по результатам обследования (тестирования) их потенциальные возможности и ненавязчиво убеждая в том, какую работу им следует выполнять, чтобы стать успешными, мотивированными и удовлетворенными своим трудом работниками.

Или, напротив, расхождения противоположного порядка. Больные ощущают свою неработоспособность, считают, что трудовая деятельность ухудшает их состояние. В то время как объективные экспериментальные данные показывают, что они достаточно трудоспособны. При умелом постепенном включении в работу такие «установки» могут быть компенсированы. Следовательно, при наличии расхождений между возможностями и устремлениями больных должна быть учтена сила компенсаторных механизмов. Их необходимо регулировать, способствовать их реализации.

Следующей задачей психотерапевтического воздействия С.Я. Рубинштейн считала существенную консультативную помощь семье больного, так как неправильное отношение к нему со стороны родных является серьезным источником декомпенсации и общего ухудшения психического состояния. Еще

одной проблемой является возможность контакта психических больных с ближайшими сотрудниками на работе. Особенно это проявляется в период первичной трудовой адаптации работников, важнейшими элементами которой являются социально-психологическая и психофизиологическая адаптация, т.е. принятие норм и правил существующей на предприятии организационной культуры и установление позитивного контакта с членами трудового коллектива. Менеджеры по работе с персоналом должны уделять большое внимание этому процессу. И поскольку в их профессиональные компетенции входит знание основ психологии и психодиагностики, то им следует понимать, что деятельность, связанная с общением, затруднена практически у всех категорий больных. Поэтому для успешной адаптации таких работников необходимо проводить корректирующую помощь психолога. Успешное психокоррекционное воздействие по этим направлениям способствует реальной адаптации больных в социуме.

В работах учеников С.Я. Рубинштейн – канд. псих. наук Л.Н. Поперечной [2],[3], а также студенток дефектологического факультета МГПИ им. Ленина - Д.И. Коломинской и Л.В. Акимовой [1] приведены описания конкретных случаев трудоустройства психически больных, как неудачных, так и успешных, осуществленных с помощью психологов.

Основное мнение С.Я. Рубинштейн состоит в том, что «психотерапевтическое воздействие на больного, оторванное, отделенное от практики его трудоустройства, рискует остаться малоэффективным, схематичным и хуже того – вовсе бесплодным. Именно сочетание психотерапевтических воздействий с трудовыми рекомендациями и реальной помощью в трудоустройстве поднимает психотерапевтические воздействия на более высокий уровень, делает это воздействие более продуктивным и действенным».

Несмотря на то, что С.Я. Рубинштейн высказывала свои взгляды более четверти века назад, они и сегодня остаются очень актуальными с точки зрения социальной реабилитации психически больных людей, позволяя им осуществлять трудовую деятельность и чувствовать себя полноценными членами нашего общества.

#### Литература

1. Коломинская Д.И., Акимова Л.В. Опыт трудоустройства психически неполноценной девушки. Сб. «Экспериментальные исследования в патопсихологии». М., 1976 С. 116-119.
2. Поперечная Л.Н. Декомпенсация подростков с церебральной недостаточностью и проблема их трудоустройства. Сб. «Экспериментальные исследования в патопсихологии». М., 1976 С. 97-107.
3. Поперечная Л.Н. Обучение и трудоустройство подростков с церебральной недостаточностью. Сб. «Проблемы патопсихологии» М.: 1972, С.207-214.
4. Рубинштейн С.Я. О трудоустройстве и трудовых рекомендациях психически больным. Сб. «Экспериментальные исследования в патопсихологии». М., 1976 С. 97-107.

**Solovieva Yulia, Rojas Luis Quintanar**

**Conception of syndromic analysis in child neuropsychology**

Puebla Autonomous University, Mexico

#### Abstract

According to qualitative approach for neuropsychological diagnosis and assessment, based on historical cultural paradigm of psychological development, specific meth-

ods for analysis of developmental problems and learning disabilities might be used. Such methods appear in relation to fundamental theoretical and methodological concepts of A.R. Luria theory of neuropsychology. These concepts are functional organization of human brain, complex functional system, neuropsychological factor and neuropsychological syndrome. These essential concepts were profoundly developed and applied for neuropsychological assessment and rehabilitation of patients with acquired brain injury. We believe that these concepts are also useful for modern child neuropsychology but require detailed methodological argumentation and research. The objective of our article is to intent argue the possibility of application of the concept of syndromic analysis for studies in child neuropsychology. We propose to enrich analysis of neuropsychological analysis of developmental problems with broad concepts of developmental psychology as psychological age and new psychological formations proposed by L.S. Vigotsky. In our opinion, developmental psychology and child neuropsychology may not exist as separate branches and should interchange methods and concepts. The concept of L.S. Vigotsky of primary and secondary defects in cases of participation of different levels of central nervous system are also essential for our understanding of the method of syndromic analysis in child neuropsychology.

**Keywords:** neuropsychological syndrome, child neuropsychology, assessment of development, qualitative assessment, Luria's approach, developmental problems, subcortical levels.

**Соловьева Ю., Кинтанар Л.Р.**

**Концепция синдромного анализа в детской нейропсихологии**

Независимый университет Пуэблы, Мексика

#### **Аннотация**

Согласно качественному подходу в нейропсихологической диагностике и коррекции, основанной на культурно-исторической парадигме психологического развития, могут быть использованы специфические методы для анализа проблем развития и трудностей в обучении. Такие методы выступают в тесных отношениях с фундаментальными теоретическими и методологическими понятиями теории нейропсихологии А.Р. Лурия. Это понятия функциональной организации мозга человека, комплексной функциональной системы, понятия нейропсихологического фактора и нейропсихологического синдрома. Вышеозначенные понятия основательно развивались и применялись для нейропсихологической диагностики и реабилитации пациентов с приобретенными поражениями мозга. Мы полагаем, что эти понятия так же могут быть применимы для современной детской нейропсихологии, но, вместе с тем, они требуют детальной методологической аргументации и дополнительных исследований. Целью нашей работы является утверждение возможности прикладного применения понятий синдромного анализа для исследований в детской нейропсихологии. Мы предполагаем обогатить аналитический аппарат нейропсихологического анализа проблем развития такими понятиями возрастной психологии, как психологический возраст и психологические новообразования (Л.С. Выготский). По нашему мнению, психология развития и детская нейропсихология не должны существовать как отдельные области научного

знания, необходим взаимообмен методов и понятий. Концепция Л.С. Выготского первичного и вторичного дефектов в случае участия разных уровней центральной нервной системы, так же важны для понимания метода синдромного анализа в детской нейропсихологии.

**Ключевые слова:** нейропсихологический синдром, детская нейропсихология, диагностика развития, количественная оценка, Луриевский подход, проблемы развития, подкорковый уровень

## **Introduction**

Child neuropsychology is a young branch of modern neuropsychology. It is well known that neuropsychology is the science, which consider brain bases of psychological process. According to historical and cultural psychology and activity theory, the origins of psychological processes are joint actions shared between adult and child. Only later during ontogenetic development, such action might turn into independent inner processes. Psychological process, as actions, cannot be understood as basic physiological functions provided by brain and by genetic mechanisms. The positive cultural destiny of child brain is participation in proposed cultural actions, which may include different levels of cortical and subcortical regulation and confirm flexible complex functional systems. Origin of functional systems is joined activity between adult and child and not brain by itself.

The negative destiny of cultural development is the total absence or luck of joint activities, which are essential for acquisition of new psychological formations of each psychological age (Vigotsky, 1984a). We would like to stress that such positive or negative situations of development may take place both in cases of positive and negative conditions of stage of central nervous system of the child, related to any biological risk or damage.

According to such conception, the reason of the difficulties is not the neurological risk or damage itself, but the absence of adequate cultural activity, which might guarantee psychological development. Vigotsky proposed concrete terms for description of such risk or damage as primary defect, while presence or absence of social interaction as secondary defect (Vigotsky, 1984b). Specialists in defectology (Russian term for Special Education used in Vigotsky's works and during the whole Soviet period), in his mind, should include both primary and secondary defect in description and understanding of each clinical case. We are convinced that child neuropsychologist, in majority of cases, do not realize the profound sense of this position or just do not consider it important. We might even say that very often psychologists and neuropsychologist make references to Vigotsky's work, but do not really use his conception to the practice of assessment and diagnosis. Frequently, the causes of difficulties are explained exclusively as a part of social life conditions or as a part of biological conditions of brain (Rains, 2004). Dialectical position of Vigotsky is not understood profoundly and not followed by the majority of neuropsychologists.

Especially, such situation is typical in authors who do not agree with conception of cultural origin of development. The opposite point of view, about genetic origin of cognitive functions, is more popular nowadays and is frequently expressed by modern authors (Rains, 2004; Rosselli, Matute y Ardilla, 2010). We propose to call this point of view as functional cognitive neuropsychology instead of cognitive neuroscience in order to avoid misunderstanding. It is possible to find a plenty of publica-

tions where biologists, psychologists and neurophysiologists claim for union between cultural and cognitive psychology. It is important to notice that neuropsychologists by themselves do not pay any attention to this tendency and continue to insist in usage of methods of psychometric and standardized assessment while working with children (Roselli et al. 2004). Such methods are against realization of conception of dialectic features of cultural development (Vigotsky, 1984a), flexible structure of psychological actions (Leontiev, 1975), idea of joint actions and even of Luria's conception of dynamic localization of brain functions (Luria, 1970, 1973). One of the coherent conclusions of this conception is that the localization of process in adult and children do not consider and that is impossible to make proper prediction about functional development according to classification of aphasia (Tsvetkova, 2001). As an example we want to remind to the readers that the majority of publications on the topic of attention deficit disorder constantly repeat participation of cortical frontal lobes, which is related to difficulties with executive functions and attention. Cognitive neuropsychologists speak about development only as result of maturation of brain and only repeat that these are functions of prefrontal cortex (Rubia et al. 2009; Matute, 2012). Our position is that if adults with impairment of executive functions and attention disorders are in many cases patients with brain injury in prefrontal zones, it doesn't mean that children with similar difficulties should be also patients with same brain damage and same localization of the problem.

Our own practice and research have pointed out that frontal cortical zones are totally preserved in children who receive diagnosis of attention deficit disorder, data, confirmed with data of electroencephalographic studies (Machinskaya & Semionova, 2004; Machinskaya, 2006). In majority of cases, behavioral and cognitive difficulties are related to dysfunctional stage or immaturity of regulatory systems of different subcortical levels (depending on age and on concrete picture of development of each child) of different levels of subcortical regulation.

Conception of dynamic localization should include modern positions of sensitive periods maturation of brain, but always together with consideration of sensitive periods of cultural modifications of joint activity for each psychological age. Biological risks may have different implications in different situation of social organization of cultural activities. Our own practice helps us to confirm this position. Children, which receive diagnosis of attention deficit disorder or autism, may present really different syndromes from the positions of qualitative syndromic analysis of each case. From the position of psychometric approach and register of external behavior, the children receive same diagnosis (DSM IV-V).

As examples, we can mention the well-known diagnosis of autism. The child with autism may have severe difficulties with regulation and control and emotional involvement on joint activity, behind which it is possible to find dysfunctional stage of subcortical structures of right frontal lobes (Morales et al. 2014). In a case of adolescent with diagnostic of autism, we have found severe difficulties of syntactic organization of speech and misunderstanding of complex grammar structures due to frontal cortical and subcortical pathology (Solovieva et al. 2012). It is also possible to find total absence of oral speech and directed activity related to pathology of basal ganglia and other subcortical systems and cortical structures (own clinic practice). In other cases, pathological stage of limbic level of regulation might be affected as a

reason of misunderstanding of emotional expressions in pictures, texts and conversations in adolescent (own clinic practice).

Programs of neuropsychological correction would be totally different in all mentioned cases and should necessarily include profound analysis of psychological age and its formations of each child. Generalization of cases, as it is always done according to DSM-IV/V (2014) has no real significance for understanding of the nature of difficulties and organization of correction, neither of scientific research related to the study of concrete mechanisms in different situations of developmental problems.

We would like to express our opinion of two ways of conceptual reasoning, which might be found in modern child neuropsychology. Both ways are reductionism in understanding of dynamic causes of developmental difficulties. Different kinds of reductionism are typical in first of all in psychology and later in neuropsychology and neuroscience in general as a constant tendency to explain complex cultural processes by elementary biological levels (Monteverde, 2015).

One option is reduction of difficulties to biological bases and total exclusion of cultural ages and of cultural actions. Such reduction is completed by approach, which is dominant used in qualitative assessment and description of difficulties by isolated cognitive functions. In such cases, we shall always have: attention deficit, mental retardation, problems of communication, speech impairments, retardation of psychological development and so on. This opinion is something like “all cognitive functions are products of brain, each function might be localized, we only can detect weak function, but neurologist or psychiatrists should tell us about the level”. This is the way of functionalist neuropsychology based on quantitative assessment.

Another opinion is that consideration of brain level (level of central nervous system) is not important for neuropsychology. Specialists can analyse cognitive process, functions and ask questions to parent and teacher about children’s behavior, but without any consideration of central nervous system. The opinion is something as “we agree that the brain takes part in cognitive development, but it is not our problem to find where and how”. Such way, if the way of DSM-IV/V (2014) and other methods based on questionnaires and analysis of behavior.

Many specialists, even as followers of cultural psychology and conception of Vigotsky, use traditional classification and terms for diagnostics such as autism and attention disorders. In our opinion, the goal of neuropsychologist is not to repeat the symptoms of the child (does not pay any attention or do not complete school tasks), but to explain the cause of such difficulties. The point is that one cognitive function, which suffers, is not the cause by itself. It is only one of the symptoms. The other point is, that, as Luria has written, it is not possible to find clinical cases, in which only one cognitive function will suffer and all others will be preserved. That is why Luria proposed to use the term “factor”. The term helps to understand psychophysiological nature of the difficulties of the patient. This is different level of analysis and do not correspond directly to brain structures neither to cognitive functions. The cause of the difficulties should always include both sides of cultural development:

- 1) *Primary defect* in Vigotsky’s terms or level of central nervous system, which might be damage, pathological stage or lack of neurophysiological maturity and
- 2) *Secondary defect*, which is the level of social situation of development in terms of Vigotsky or absence of rector activity of the age.



We believe in the importance of consideration of the term of neuropsychological factor for child neuropsychology. It happens so, that this term is not applied and not developed methodologically within child neuropsychology. It is possibly to hear opinions that this term is not helpful at all. We believe that it is not so. The conception of factor is a complex heuristic conception, which means inclusion of new levels in syndromic analysis. Similar idea was expressed in essential publication of Xomskaya (2002), but without any relation of child neuropsychology. Conception of factor should be no more related only to the theme of aphasia. It is perfectly possible to speak about subcortical systems and levels of representation of neuropsychological factors for different ages. In our opinion, this topic is non-explored in modern neuropsychology (Solovieva & Quintanar, 2014a, 2015; 2016).

After pioneer publication of Simmernitskaya (1985) dedicated to application of Luria's approach for analysis of brain injury in childhood, the interest of the authors turned more to consideration of situations of learning disabilities rather of acquired brain injury during infancy (Akhutina, 1998, 2001; Tsvetkova, 2001; Polonskaya, 2007; Akhutina & Pilayeva, 2012; Glozman & Potanina, 2004; Glozman, 2013; Mikadze, 2008). Particular situation of these publications is that the brain injury was never obvious and even absent in such cases. The idea of factor and syndromic analysis was lost, partially, under the pressure of "modern times" and the necessity to apply standardized methods of assessment. We want just tell Russian neuropsychologists that the usage of psychometric and standard procedure eliminates the possibility of flexible and dynamic consideration of each psychological age and qualitative syndromic analysis.

As we know, one of the essential concepts of neuropsychological methodology according to A.R. Luria is neuropsychological syndrome together with functions organization of brain, functional system and the "factor" as the element of functional system. According to Luria, such "factor" could be understood as psychophysiological mechanism responsible of all observed symptoms, developmental difficulties and problems in school learning, in all intellectual tasks according to the age and in day-to-day behavior. The factor or neuropsychological cause of the difficulty could not be identified only with the help of methodology of quantification or assessment of isolated cognitive functions as language, memory, attention, perception, intellect and so on.

The difficulty of the finding of neuropsychological factor or common causes in child neuropsychology is especially obvious. Only qualitative procedure of assessment has to provide specific information for the specialist for identification of predominant reason of difficulties from the point of view of central nervous system (Solovieva, Lázaro & Quintanar, 2008; Solovieva & Quintanar, 2008). The method of clinic assessment of personality and intellectual activity developed by representatives of cultural and historical and activity tradition are unique for this purpose (Zvereva, 2011).

In child neuropsychology, relation with nervous system means to establish the level of maturation (or lesion) of subcortical or cortical functional relations. It is important to separate cases of lack of neurophysiological maturation at different subcortical levels from cortical kinds of difficulties, which appear in adults as a consequence of brain damage. Specific feature of clinic assessment in infancy is that the effects of brain damage or immaturity can be expressed in a very generalized and

diffusive way, in comparison with same effects in adults (Zvereva; 2011; Rubinstein, 1998; Lebedinsky et al. 1999). The whole personality and activity of the child suffers (Slepovich & Poliakova, 2012) and even no progress in psychological development may take place. It is possible also to speak about risk situations of development in early age (Katona, 1988) and possibility of prevention of difficulties in development during the first year of life (Pelayo et al. 2013; Solovieva, Pelayo, & Quintanar, 2016).

The idea of existence of specific neuropsychological syndrome differs from syndromes established in DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). The syndrome can never be reduced only to one “cognitive function”, such as “attention deficit disorder”, dyscalculia, dyslexia, and dysgraphia. Neuropsychological syndrome includes always difficulties with diverse kinds of school actions. Even separate mentioning of some aspects of cognitive functions, such as language, memory and attention could not help for identification of the common factor of difficulties. Instead of psychometric way of assessment or isolated assessment of cognitive functions (Wechsler, 1987), we propose another scheme for qualitative syndromic analysis. In this scheme we include level of psychological mechanisms as neuropsychological factor, which has to be evaluated functionally during assessment. Another level of analysis is intellectual actions and formations of correspondent psychological age. Such analysis may include actions of school learning or symbolic actions at preschool age (Solovieva & Quintanar, 2012, 2013, 2014b). As a qualitative conclusion after fulfillment of syndromic analysis we obtain a judgment on 4 levels:

- 1) Involved neuroanatomical structure or level of neuronal maturation.
- 2) Neuropsychological factor.
- 3) Actions correspondent to of psychological age and personality.
- 4) Speech production or neurolinguistic level.

Each level should be characterized according to positive and negative aspects of development and learning of each child. Such levels could be studied by interdisciplinary manner, including specialists in neuroimaging or electrophysiology (Solovieva et al. 2013; Machinskaya, Sokolova & Krupskaya, 2007).

We understand that the logic of syndromic analysis is not common in neuropsychological practice and that the usage of psychometric perspective is much more popular. Nevertheless, we claim that it may be useful for our colleges abroad to know about such a methodology and it's usage in cases of Mexican children with developmental difficulties and learning disabilities. Future studies would allow precise other syndromes and to improve the whole qualitative methodology. Such methodology differs essentially from quantitative approach and could be not easily applied for statistic analysis or for psychometric assessment of large populations (Plaisted et al., 1983; Teeter, 1986; Roselli et al. 2004).

The usefulness of qualitative approach consists of the possibility of clinic-personified assessment of unique cases, which is helpful for proposals of strategies of correction and development. It is also useful for establishment of clear relation between level of nervous system, neuropsychological picture, psychological activity and personality. Between significant advantages of such a complex integrate approximation to clinic cases of difficulties in development and learning disabilities, we can mention the possibility to find the general causes on different levels: neuronal maturation, brain mechanisms, activity and personality.

## Conclusions

1. The concept of neuropsychological factor could not be isolated from the method of syndromic analysis.
2. Syndromic analysis represents a proper qualitative method in modern child neuropsychology.
3. Syndromic analysis, through of the level of factor, helps to establish relation between psychological age, activity and personality with level of maturation of cortical and subcortical structures.
4. Syndromic analysis may offer an integrative vision shared between cultural developmental psychology and neuropsychology.

## References

- Akhutina T.V. (1998) Neuropsychology of individual differences in children as a basis for usage of methods of neuropsychological correction in school. In: E.D. Homskaya y T.V. Akhutina (Eds.) *First International Conference International dedicated to the memory of A.R. Luria*. Moscow, Moscow State University.: 201-208.
- Akhutina T.V. (2001) Neuropsychological approximation to diagnosis and correction of learning difficulties in acquisition of witting. In: M.G. Irakovskaya (Ed.) *Modern approach to diagnosis and correction of speech disorders*. San Petersburg, University of San Petersburg.: 195-213.
- Akhutina T.V. & Pilayeva N.M. (2012) *Overcoming learning disabilities. A Vigotskian-Lurian neuropsychological approach*. Cambridge, Cambridge University Press.
- American Psychiatric Association (2000) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, Text Revision*. Washington DC, American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5®: Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5®*. American Psychiatric Pub.
- Glozman J.M. (2013) *Developmental neuropsychology*. London: Routledge.
- Glozman J.M., & Potanina A.Y. (2004) La concepción de A. R. Luria acerca de los tres bloques cerebrales para la corrección de la disgrafía y la dislexia. En: *Materiales de VII Conferencia Internacional de Psicología, Pedagogía y Sociología de lectura. Parte I*, Moscú: Ciencia.: 13-17.
- Katona F. (1988) Developmental clinical neurology and neurohabilitation in the secondary prevention of pre- and perinatal injuries of the brain. In: *Early identification of infants with developmental disabilities*. Grune & Stratton.: 121-144.
- Lebedinsky, V.V.; Markovskaya, I.F.; Lebedinskaya, K.S.; Fishman, M.N. y Trush, V.D. (1999). "El análisis clínico neuropsicológico y neurofisiológico de las anomalías del desarrollo psicológico de niños con disfunción cerebral mínima". En: E.D. Xomskaya (Ed.) *Compilación de neuropsicología*. Moscú, Sociedad Psicológica Rusa: 464-467.
- Leontiev A.N. (1975) *Activity, consciousness, personality*. Moscow, Moscow State University.
- Luria A. (1970a) The functional organization of the human brain. *Scientific American*, 222: 406-413.
- Luria A. (1973) The origin and cerebral organization of man's conscious action. In: S. Spair & A. Nitzburg (Eds.) *Children with learning problems: Readings in a developmental-interaction*. New York, Brunner/Mazel.: 109-130.
- Machinskaya R.I. (2006) Functional maturation of the brain and formation of the neurophysiological mechanisms of selective voluntary attention in young school children. *Human Physiology*, 32, 1.: 20-29.
- Machinskaya R.I. & Semenova O. (2004) Peculiarities of formation of the cognitive functions in junior school children with different maturity of regulatory brain systems. *Journal of Evolutionary Biochemistry and Physiology*, 40, 5.: 528-538.
- Machinskaya R.I., Sokolova L.S. & Krupskaya E.V. (2007) Formation of the functional organization of the cerebral cortex at rest in young schoolchildren varying in the maturity of cerebral

- regulatory systems: II. Analysis of EEG a-rhythm coherence. *Human Physiology*, 33, 2.: 129-138.
- Matute E. (2012) *Tendencias actuales de las neurociencias cognitivas*. México, Manual Moderno.
- Mikadze Yu.M. (2008) *Child neuropsychology*. Moscow, Piter Press.
- Monteverde E. (2015) *Historias épicas de la medicina*. México, Crítica.
- Morales A., Solovieva Yu., Lazaro E., Quintanar L. & Machinskaya R.I. (2014) Análisis neuropsicológico y neurofisiológico de una niña con autismo: estudio longitudinal con resultados de intervención. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 9, E2.: 72-79.
- Pelayo H., Solovieva Yu., Marroquín O., Corona T. & Quintanar L. (2013) Propuesta para la intervención interactiva para bebés con factores de riesgo neurológico. *Ciencias Clínicas*, 14, 1: 21-29.
- Plaisted J., Gustavson J., Wilkening G. & Golden C. (1983) The Luria-Nebraska neuropsychological battery-children's revision: Theory and current research findings. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12: 13-21.
- Polonskaya N.N. (2007) *Neuropsychological diagnosis in minor school age*. Moscow, Academia.
- Quintanar L. & Solovieva Yu. (2010) *Evaluación neuropsicológica del niño en la edad preescolar*. México, Universidad Autónoma de Puebla.
- Quintanar L. & Solovieva, Yu. (2008) Aproximación histórico-cultural: fundamentos teórico-metodológicos. En: J. Eslava, L. Mejía, L. Quintanar & Yu. Solovieva. *Los trastornos de aprendizaje: perspectivas neuropsicologías. Textos de neuropsicología Latinoamericana*.: Bogotá, Magisterio.: 145-182.
- Rains D.(2004) *Principios de neuropsicología humana*. México Ed. Mc Graw Hill.
- Rosselli M., Matute E. & Ardila A. (2010) *Neuropsicología del desarrollo infantil*. México, Manual Moderno.
- Rosselli M., Matute E., Ardila A., Botero V., Tangarife G., Echeverría S., Arbelaz C., Mejía M., Méndez L., Villa P. & Ocampo P. (2004) Evaluación Neuropsicologica Infantil (ENI): una batería para la evaluación de niños entre 5 y 6 años de edad. Estudio normativo colombiano. *Revista de Neurología*, 38, 8: 720-731.
- Rubia K., Smith A.B., Halari R., Matsukara F., Mohammad M., Taylor E. & Brammer M.J. (2009) Disorder-specific dissociation of orbitofrontal dysfunction in boys with pure conduct disorder during reward and ventrolateral prefrontal dysfunction in boys with pure ADHD during sustained attention. *The American Journal of Psychiatry*, 166, 1: 83-94.
- Rubinstein S.Ya. (1998) *Experimental methods in pathopsychology*. San-Petersburg, Lenato.
- Simernitskaya E. (1985) *Human brain and psychological processes in ontogenia*. Moscow, Moscow State university.
- Slepovich E. & Poliakova A. (2012) *Special Psychology*. Minsk, Superior School.
- Solovieva Yu. & Quintanar L. (2012) *Evaluación neuropsicológica en la edad escolar*. México, Universidad Autónoma de Puebla.
- Solovieva Yu. & Quintanar L. (2013) *Evaluación neuropsicológica infantil breve*. México, Universidad Autónoma de Puebla.
- Solovieva Yu. & Quintanar L. (2014a). Syndromic analysis of ADHD at preschool age according to A.R. Luria concept. *Psychology & Neuroscience*, 7, 4: 443-452.
- Solovieva Yu. & Quintanar L. (2014b) *Evaluación neuropsicológica para niños preescolares menores*. México, Universidad Autónoma de Puebla.
- Solovieva Yu. & Quintanar L. (2016) Análisis sindrómico en casos de problemas de desarrollo y aprendizaje: siguiendo a A.R. Luria. In: D.F. Da Silva, J.H. Ávila, H. Góis, J. Leonel, N. Ferreira, Yu. Solovieva & L. Quintanar (Eds.) *Neuroscience to Neuropsychology: The study of the human brain (vol. I)*. Barranquilla, Ed. Corporación Universitaria Reformada.: 387-414.
- Solovieva Yu., & Quintanar L. (2015). Qualitative síndrome analysis by neuropsychological assessment in preschoolers with attention déficit disorder with hyperactivity. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8, 3: 1-12.

Solovieva Yu., García M., Machinskaya R. & Quintanar L. (2012) Evaluación neuropsicológica y electrofisiológica en un adolescente autista y su corrección. *Revista Chilena de neuropsicología*. 7, 2: 91-97.

Solovieva Yu., Lázaro E. & Quintanar L. (2008) Aproximación histórico-cultural: evaluación de los trastornos del aprendizaje. En: J. Eslava, L. Mejía, L. Quintanar & Yu. Solovieva. *Los trastornos de aprendizaje: perspectivas neuropsicologías. Textos de neuropsicología Latinoamericana*.: Bogotá, Magisterio.: 182-226.

Solovieva Yu., Machinskaya R., Quintanar L., Bonilla R. & Pelayo H. (2013) *Neuropsicología y electrofisiología del TDA en la edad preescolar*. México, Universidad Autónoma de Puebla.

Solovieva Yu., Pelayo H. & Quintanar L. (2016) Neuropsicología de la temprana infancia. In: D.F. Da Silva, J.H. Ávila, H. Góis, J. Leonel, N. Ferreira, Yu. Solovieva & L. Quintanar (Eds.) *Neuroscience to Neuropsychology: The study of the human brain (vol. I)*. Barranquilla, Ed. Corporación Universitaria Reformada.: 415-444.

Teeter P. (1986) Standard neuropsychological test batteries for children. In: J. Obrzut & G. Hynd (Eds.) *Child neuropsychology*. Orlando: Academic Press.: 187-227.

Tsvetkova L.S. (2001) *Actual problems of neuropsychology of infancy*. Moscow, Psychological, Pedagogical and Social Science Institute of Moscow.

Vigotsky L.S. (1984a) *Problems of child psychology. Selected Works. Vol. 4*. Moscow, Pedagogy.

Vigotsky L.S. (1984b) *Basic problems of modern defectology. Selected Works. Vol. 5*. Moscow, Pedagogy.

Weschler D.(1987) *Weschler Memory Scale-Revised*. New York, Psychological Corporation.

Homskaya E.D. (2002) El problema de los factores. *Revista Española de Neuropsicología*, 4, 2-3: 151-167.

Zvereva N. (2011) *Diagnosis in medical psychology: traditions and perspectives*. Moscow, Moscow Psychological and Pedagogical University.

**Абакумова И.В., Ермаков П.Н., Колтунова Е.А.**

**Диагностика уровня сформированности символической функции в период юности у глухих и слабослышащих**

Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия,  
[abakira@sfedu.ru](mailto:abakira@sfedu.ru), [paver@sfedu.ru](mailto:paver@sfedu.ru), [psyf@sfedu.ru](mailto:psyf@sfedu.ru)

**Ключевые слова:** символическая функция, глухие и слабослышащие

**Abakumova I., Ermakov P., Koltunova E.**

**Diagnosis of the level of symbolic function at deaf and hearing impaired in adolescence period**

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

**Keywords:** symbolic function at deaf and hearing impaired

**Материал и методика.** Для выявления особенностей символизации в период юности в рамках исследования особенностей смысловой сферы глухих и слабослышащих, была разработана авторская методика «Выявление особенностей символизации у неслышащих старшеклассников» (И.В. Абакумова, Е.А. Колтунова), которая состояла из тематических картинок-карточек с изображением символов определенной модальности. Для инициации активности участников исследования, к каждому блоку карточек-символов, были предложены проективные вопросы (10 вопросов к каждому блоку), которые помогали выявить:  
- в какой степени символ знаком респонденту (формальная составляющая);  
- на каком уровне употребляется данное понятие (на уровне универсального понятия как носителя только значения или на личностном уровне, наделяя их

личностным смыслом), выделялось понимание специфики символа по сравнению со знаком;

- готовность использовать данный символ при описании своих личностных ценностей и переживаний.

**Результаты.** После того, как участник обследования заполнял опросные листы, проводился контент-анализ представленных ответов. С помощью данной методики были выделены параметры, характеризующие уровни и особенности символизации респондентов:

- уровень осведомленности и понимания символических значений, представленных в методике. Было выделено три уровня: низкий (респондент не понимает символических значений представленных в диагностическом инструментарии); средний (респондент понимает межличностные формы смысла, заключенные в предложенных в карточках-символах, может интерпретировать их символическое значение); высокий (понимает символическое значение карточек-символов, может наделить их личностно-смысловыми интерпретациями, соотнести их значениями с другими символами, представленными в данной шкале, выделить их общие характеристики);
- уровни личностно-смысловой интерпретации символа (уровни личностной значимости символа) у респондентов. Было выявлено три уровня личностной значимости символов: «символы-свойства» - символизируется отдельный признак предмета, например, форма или цвет, респондент при этой форме интерпретации символа не видит разницы между интерпретацией символа и знака; «символы-композиции» - обобщение ряда свойств в единый устойчивый образ, например, архитектурные сооружения, такие как: Египетские пирамиды, Колизей и т.д., выход на межличностные формы смысла; «символы-метафоры», когда в качестве символа выступает скрытое свойство объекта, порождающее смысловые инициации самого респондента, наличие личностного смысла при смысловой интерпретации.

Проведенное исследование с использованием выше охарактеризованной авторской методики позволило выявить отличия по ряду значимых характеристик символизации:

- формальные показатели (количество символов, которые используют старшеклассники; количество значений символов, которые им известны);
- содержательные (как понимается содержание символа, уровень обобщения в основе символических понятий, соотношение значения-смысла в процессе использования понятия-символа);
- мотивационные (какие мотивы побуждают использовать понятия-символы: мотивы-стимулы или смыслообразующие мотивы).

Выявленные характеристики позволили выявить три группы респондентов по уровням развития символизации:

- группа старшеклассников, которые используют символы на уровне усвоенных (выученных) значений, при этом усвоение чаще всего находится на уровне эмпирического обобщения (выделяется один важный признак, а остальные свойства интерпретируются с большими сложностями или вообще не могут быть интерпретированы). Значение чаще всего интерпретируется в рамках определенной ситуации и не может быть экстраполировано (в роли символа) в иные ситуации. В эту группу в основном вошли неслыша-

щие старшеклассники, однако и ряд школьников из первой контрольной группы (учащиеся старших классов общеобразовательных школ) также показали этот уровень развития в понимании символов. Этот уровень развития символизации мы рассматривали как низкий;

- группа старшеклассников, которые используют символы на уровне определенного целостного обобщенного образа, могут интерпретировать его значение в различных ситуациях или содержательных контекстах. Данные старшеклассники способны интерпретировать внеличностные или межличностные формы смысла. Такой уровень развития символизации и интерпретации символа мы рассматривали как средний. Сюда вошли частично неслышащие старшеклассники, частично старшеклассники из общеобразовательных школ и несколько человек из группы победителей и лауреатов конкурсов ДА-НЮИ;
- группа старшеклассников, которые не испытывали затруднений при интерпретации понятий-символов на уровне личного смысла (могли интерпретировать ценностно-смысловые аспекты символа для себя), легко экстраполируют данный смысл в различные смыслообразующие контексты. В эту группу вошли лишь 3 неслышащих старшеклассника, 23 учащихся общеобразовательных школ и большинство школьников из контрольной группы школьников победителей и лауреатов конкурсов ДА-НЮИ. Данный уровень развития символизации мы рассматривали как высокий.

**Выводы.** Полученные данные позволили сделать следующие выводы:

- Неслышащие в период юности испытывают сложности в процессе генерализации смыслов, их генерализованные смыслы ориентированы на эгоцентриции. При таком типе доминантной центрации в качестве генерализованных могут рассматриваться лишь прагматические, операциональные, ситуационные смыслы, определяемые предметной логикой достижения цели в данной конкретной ситуации. Такие смыслы не являются личностными, они привязаны к ситуации, выполняют служебную регулятивную роль в ее осознании;

- Было установлено, что неслышащие старшеклассники в процессе символизации (использование символов и осмысление символа с точки зрения своих собственных ценностей), чаще всего мотивированы ассоциативными побуждениями, хорошо используют символы по аналогии, предпочитают символы, содержащие образные компоненты, затрудняются интерпретировать и использовать в реальной деятельности символы, содержащие абстрактные компоненты. Они стараются использовать символ как то, что существует в реальности, в то время как их слышащие сверстники рассматривают символ как источник причинно-следственных связей, как стимул для переживаний и более глубокого осмысления реальности и самого себя.

Литература

1. Абакумова И.В., Колтунова Е.А. Психологические особенности неслышащих в период юности. Российский психологический журнал. г. Москва. Изд. «Кредо». Том 11 № 4. Стр. 22-34
2. Колтунова Е.А. «Знаково – символическая система как компонент миропонимания». «Современные тенденции в образовании и науке». Ч.6. г. Тамбов. Изд.: ТРОО «Бизнес – Наука – Общество», 2013 год, стр. 60 – 62.
3. Михайлов М. А. Динамика смыслообразования и ее влияние на архитектуру личности // Журнал прикладной психологии. – 2005. – № 1. – С. 31–37.

4. Спирина Э. М. Функции символа // Знание. Понимание. Умение. – 2009. – № 2. – С. 205–211.
5. Abakumova I. V., Kruteleva L. Ju. Tolerance in the Structure of Life-Sense Strategies of the Modern Youth // The 13th European Congress of Psychology. – Stockholm, 2013.
6. Aristotle. De I interpretation // Aristotle. Organon, Categories et De I interpretation. – P.: Yrin., 1994.
7. Kruteleva L. Ju., Abakumova I. V. Life-sense Strategies as a Motivational-dynamic Characteristic of a Person // Procedia – Social and Behavioral Sciences. – 2013. – 86. – pp. 35–41.
8. Royce J. R., Powell A. Theory of personality and individual differences: factors, systems and processes. – Englewood Cliffs (N. J.): Prentice-Hall, 1983. – 304 p.

**Абдуллаева Ш.Х.**

**Проблемы психического здоровья учителей общеобразовательных школ**

Национальный университет Узбекистана, Ташкент

[Shairka-11@mail.ru](mailto:Shairka-11@mail.ru)

**Ключевые слова:** учитель, физическое и психическое здоровье, эмоциональная устойчивость, соматическая патология, психопрофилактика

**Abdullaeva Sh.X.**

**Mental health problems of secondary school teachers**

National University of Uzbekistan, Tashkent

**Keywords:** teacher, physical and mental health, emotional stability, somatic pathology, psychoprophylaxis

Педагогическая деятельность - одна из сложнейших областей человеческого труда. Исходя из задач, которые призван решать учитель, его важнейших для общества функций и сложности его деятельности, общество предъявляет высокие требования к личностным и профессиональным чертам учителя. Наиболее существенными являются: социальная и профессиональная ответственность, морально – нравственная чистота, постоянное совершенствование профессиональных знаний, умений и навыков. И, конечно, любовь к детям, без чего невозможна эффективная педагогическая деятельность. Необходимо подчеркнуть, что педагогическая деятельность насыщена различными напряженными ситуациями и разнообразными факторами, несущими в себе потенциальную возможность повышенного эмоционального реагирования. По степени напряженности нагрузка учителя в среднем больше, чем у менеджеров и банкиров, генеральных директоров и президентов ассоциаций, то есть тех, кто непосредственно работает с людьми. Условия деятельности приобретают очертания напряженной ситуации, когда они воспринимаются, понимаются, оцениваются как трудные, сложные, опасные.

Большинство исследователей сходятся во мнении, что причины напряженности педагогической деятельности обусловлены объективными и субъективными факторами. Под объективными факторами понимают внешние условия ситуации, ее сложность, то есть сложные, напряженные условия деятельности (загруженность рабочего дня, столкновение с новыми трудными ситуациями, повышенные интеллектуальные нагрузки и т. д.). Субъективными факторами обычно становятся особенности личности, провоцирующие чрезмерную чувствительность человека к определенным трудностям профессиональной дея-



тельности, — личностные (мотивационные, эмоциональные, социальные и другие) характеристики.

При рассмотрении сложности профессиональной деятельности педагога стоит учесть и его физическое и психическое состояние. Данное явление не может остаться без внимания, так как объектом педагогической профессии является будущее поколение. В общеобразовательных учреждениях возникает ряд требований к мобилизации педагога и наличие внутренних энергоресурсов, при этом наблюдается у учителей устойчивые отрицательные психические состояния, которые проявляются в перенапряжении и переутомлении, что в итоге вызывает синдром эмоционального выгорания. Это влечёт за собою невротические расстройства и психосоматические заболевания.

Учитель должен обладать высокой работоспособностью, также выдерживать сильные раздражители и уметь концентрировать своё внимание; быть всегда в эмоциональном тоне. Уметь себя сдерживать в любых ситуациях, быть терпеливым, собранным. В профессиональной деятельности надо быстро переключаться, быть способным к проведению занятий без предварительной подготовки. Следовательно, в педагогической работе успехов добиваются люди сильного, уравновешенного подвижного типов нервной системы. Это требование нейродинамики.

По описанию Ю.В.Моцкина, Н.В.Кузьмина опиралась на результаты своих исследований и утверждала, что эффективность деятельности педагога и хорошее самочувствие, учитывая положительное воздействие всех факторов, обеспечивают лабильность, нормальный темп реакций, эмоциональную устойчивость, а также высокий уровень саморегуляции.

Также В.В.Бойко проводил исследование в общеобразовательных учреждениях и отметил: повышенный риск патологии сердечно-сосудистой системы у 29,4% случаев, заболевания сосудов головного мозга у 37,2% педагогов, 57,8% обследованных имеют нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта. Вся выявляемая соматическая патология сопровождается клиникой неврозоподобных нарушений. В результате невротические расстройства выявились в 60-70% случаев. Состояние здоровья учителей обусловлено экономическими, социальными и жилищно-бытовыми факторами.

Если рассматривать зависимости эмоционального выгорания и пола, то, как пишет Форманюк Т.В.: «феминизированность профессии учителя имеет целый ряд отрицательных моментов». Среди них повышенная в сравнении с мужчинами - в три раза, цитируя Т.Н.Егорову, Колесникова отмечала следующие данные - заболеваемость психическими болезнями, высокая “стрессированность”, вызываемая бытовыми неурядицами из-за не меньшей загруженности работой по дому, недостаточности внимания, уделяемого домочадцам и многое другое.

Следует отметить, что в настоящий момент многие общеобразовательные школы переполнены, в классах выше сорока учащихся. Не стоит забывать, что происходит не только взаимодействие учителя с учениками, но также с их родителями, администрацией. Помимо своих должностных обязанностей учитель выполняет общественную работу, которая даёт дополнительную нагрузку на функциональное состояние работника. Также педагоги готовятся к следующему учебному процессу не во время рабочего дня, а дома. Таким образом,

школьная жизнь продолжается и вне школы, тем самым не давая отдохнуть от профессии.

Таким образом, присоединяясь к мнению В.В.Бойко, следует отметить, что в исследованиях прослеживается взаимосвязь нервно-психического статуса и функционального здоровья педагога. Тем самым можно предполагать, что функциональное здоровье учителя, также как и нервно-психический статус взаимосвязан с профессиональным выгоранием.

На основе теоретического анализа литературы, посвященной изучению различных аспектов педагогической деятельности учителя и, в частности, эмоциональной устойчивости, нами было показано, что система самоотношения учителя играет детерминирующую роль в определении особенностей эмоциональной устойчивости.

Как показали наши исследования, функциональное состояние здоровья учителя может быть первоначальным рычагом эмоционального выгорания, так и наоборот, состояние здоровья ухудшается по причине эмоционального выгорания. Поэтому для профессионального роста и развития необходимо следить за здоровьем и состоянием. Нервно-психический статус учителя, также может быть изменён из-за состояния здоровья, а быть причиной выгорания. Но если, учитель хорошо себя чувствует, то возможно, профессиональное выгорание породило изменение в нейродинамических процессах. Психологический климат в педагогическом коллективе вероятнее всего создаёт условия для возникновения эмоционального выгорания, а не наоборот.

Нужно отметить, что своевременные диагностические и коррекционные работы служат мощным источником для предотвращения и устранения эмоционального выгорания в педагогическом коллективе, а также обеспечения психологического благополучия педагогов.

**Авилов А. Ю.**

**Применение теста Тематической Апперцепции в практике оценки транс-сексуальных тенденций у взрослых лиц с умственной отсталостью**

Институт специальной педагогики и психологии, Санкт – Петербург, Россия  
[avilov.1981@mail.ru](mailto:avilov.1981@mail.ru)

**Ключевые слова:** тест тематической апперцепции, умственная отсталость

**Avilov A.**

**Application test Thematic Apperception assessment transsexual tendencies in adults with mental retardation**

Institute of special pedagogy and psychology, Saint – Petersburg, Russia

**Keywords:** thematic apperception test, mental retardation

**Введение.** По мнению автора Тематического апперцептивного теста (ТАТ) Г. Мюррея (1943), разработавшего эту методику в 30-х годах прошлого века, диагностическая ценность данной методики определяется ее способностью выявлять доминантные побуждения, эмоции, отношения, комплексы и конфликты личности, в том числе и те, которые субъект скрывает или не осознает. Интерпретация ТАТ модифицировалась разными авторами в зависимости от их концептуальных позиций [8, 10, 11], но в целом она не претерпела серьезных изменений и продолжает строиться на анализе проекции субъективного

мира испытуемого на содержание и возможную фабулу представленных в стимульном материале историй.

По данным ряда авторов, у лиц с транссексуализмом в получаемых проекциях часто встречается попеременная идентификация то с мужским, то с женским персонажем изображений, обнаружен отказ описывать внешность героев историй у клиентов с дисморфофобическими расстройствами, мрачный фон повествования и смерть героев в историях больных неврозами, склонность к тематике убийства и насилия у диссоциальных личностей [6, 7].

Несмотря на мнение о нежелательности использования ТАТ у лиц со слабым интеллектом, по нашим данным при легкой степени умственной отсталости (УО) и хорошей социализированности исследуемых это не только возможно, но и дает интересные результаты.

**Материал.** В исследовании приняли участие воспитанники одного из психоневрологических интернатов г. Санкт–Петербурга в возрасте от 19 до 37 лет. Все исследуемые - мужчины - проживали на территории интерната более 3–х лет, ранее воспитывались в детских домах и интернатах, большинство имели пороки соматического развития различного генеза (парезы, параличи, врожденные заболевания сердца и внутренних органов, эпилепсия и т.д.), неблагоприятную наследственность (алкоголизм и наркомании родителей, психические заболевания близких родственников).

**Задачи.** 1. Выявить возможности применения ТАТ к лицам с УО, 2. Определить гендерную специфику и особенности половой самоидентификации мужчин с УО.

**Результаты.** В результате проведенного исследования от 42 испытуемых были получены тексты со средней длиной рассказа в 110 слов. Само исследование проводилось индивидуально и сопровождалось тщательным и формализованным наблюдением за поведенческими феноменами отвечающих.

По результатам ТАТ нам удалось выявить следующие тенденции проекций личности в полученной литературной продукции – это значительное преобладание пониженного или даже мрачного фона повествования и негативного восприятия. Часть историй принимала своеобразный вид ипохондрических жалоб и монологов с элементами дисфории. Более выраженным по сравнению с перцептивным был аффективный фон повествования. Преобладала идентификация себя с женскими персонажами и смешанная идентификация. Подробно описывались чувства женщины к мужчине. Наблюдались длительные монологи от лица женщины с характерным внешним подражанием женским манерам и изменениями тембра голоса. Женщины в историях любовались мужской красотой, мужеством. При этом женщина была активна, а мужской персонаж появился лишь в качестве объекта, практически не рефлексировался, его действия не подлежали оценке. Это подтверждает данные об общей феминности мужчин с УО и нарушении полоролевых стандартов восприятия, а так же о феноменах кросс–дрейсинга при преобладании гомосексуальных любовных отношений у лиц с УО [1].

Истории были наполнены обилием специфической по эмоциональной модальности тематики, связанной со смертью, убийствами, тяжелыми заболеваниями. В содержании историй фигурировали такие заболевания как рак мозга, эпилепсия, травма черепа, СПИД, сифилис и т.п. В целом больничный контекст

общезития в большинстве историй играл роль фона повествования. Смерть героев, наступившая от болезни или в результате убийства, в историях сопровождалась несчастьями, затыжным страданием. Результатом смерти часто становилось одиночество и раскаяние. При этом выраженность страдания человека излагалась в рамках патологии на достаточно высоком уровне. Описания убийств часто носили сексуальный подтекст, а сами убийства совершались с изощренностью. Было отмечено, что большое количество таких тем как болезни, смерть, насилия, одиночества в историях имело не примитивный характер вульгарной грубости, а скорее вид астенической ипохондрии и эстетизации страдания. Р. Крафт-Эббинг [2013], Г.Б. Дерягин [2008], Г.Е. Введенский [2000], Н.В. Дворянчиков [1998] указывали, что в основе как виктимных, так и садистских тенденций, лежит повышенная фемининность, как осознанный, так и латентный гомозротизм. У части испытуемых гомосексуальные тенденции в историях имели явный и открытый характер. Женская агрессия преобладала над случаями мужской и носила характер злобы и коварства, сопровождаемые подлостью и колдовством. Таким образом, из полученных нами по методике ТАТ описаний отобранных картин отчетливо обнаружена мизогиния (женоненавистничество) в сочетании с общей фемининностью, уже описанная в других исследованиях лиц с УО [1].

**Выводы.** 1. Эмоциональная насыщенность стимульного материала делает возможным и даже целесообразным его применение на взрослых с легкой степенью умственной отсталости. 2. Тенденции полового самоопределения мужчин с умственной отсталостью представлены крайними вариантами фемининности в виде сензитивности, идентификацией с поведением женщин, преобладанием аффективной сферы над перцептивной, а также гомосексуальными эпизодами, общим астенически мрачным фоном и дисфорией. Эти особенности являются, вероятно, конституционально обусловленными и связаны с диэнтогенезом психического развития.

#### Литература

1. Авиллов А.Ю., Бизюк А.П. Гендерное поведение мужчин с умственной отсталостью в условиях психоневрологического интерната // Проблемы современного педагогического образования, 2016. №52. С. 286-304
2. Введенский Н.Г. Нарушение половой идентичности и психосексуальных ориентаций у лиц совершивших противоправные сексуальные действия. Автореф. дис. д-ра мед. наук. – М., 2000.
3. Дворянчиков Н.В. Полоролевая идентичность у лиц с девиантным сексуальным поведением Автореф. канд. - та псих. наук. – М., 1998.
4. Дерягин В.Б. Криминальная сексология. Курс лекций для юридических факультетов. - М.: Щит-М, 2008. - 552 с. Крафт-Эббинг Р. Половая психопатия. М.: Книжный клуб книгозек.: 2013. - 624 с
5. Крафт-Эббинг Р. Половая психопатия. М.: Книжный клуб книгозек.: 2013. - 624 с
6. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. М.: Смысл, 2000. - 254 с.
7. Соколова Е.Т. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях – М.: SvR-Apгyc, 1995. - 359 с.
8. Bellak L. The T.A.T., C.A.T., and S.A.T. in Clinical Use. 4 ed. N.Y.: Grune & Stratton, 1986. – 246 r
9. Murray H. Thematic Apperception Test Manual. Cambridge, 1943. 68 r.
10. Rapaport D. Diagnostig psihological testing. - University of London Press. – 1968. – 548 r.

11. Tomkins S.S. The thematic apperception test. - Grune & Stratton, 1947 – 321 r

**Анохина С.А., Карабашева Н.Г.**

**Особенности применения проективной методики «рисунок несуществующего животного» в условиях психиатрического стационара**

ГБУЗ ПКБ№3, Москва, Россия

[ansom@inbox.ru](mailto:ansom@inbox.ru), [alennoss@gmail.com](mailto:alennoss@gmail.com)

**Ключевые слова:** проективные методы, РНЖ, обонятельная чувствительность, шизофрения

**Anokhina A., Karabasheva N.**

**Features of the application of projective method "drawing of nonexistent animal" in the hospital of mental disorders**

Psychiatric clinical hospital №3, Moscow, Russia

**Keywords:** projective methods, olfactory sensitivity, schizophrenia

**Введение.** При проведении экспериментально-психологического исследования в психиатрическом стационаре широко используются проективные методы исследования личности. В ряде случаев именно эти методы позволяют получить крайне ценную в диагностическом плане информацию. Основой подобных методов исследования личности является выделенный в классическом психоанализе З.Фрейда феномен «проекции». В современной зарубежной психологии существует по крайней мере четыре наиболее распространенные точки зрения на проекцию и ее механизм [4].

«Классическая проекция» подразумевает трактовку этого явления как защитного механизма. Проекция рассматривается психоанализом наряду с другими формами психических защит как способ нейтрализации патогенного воздействия. «Атрибутивная проекция» предполагает склонность приписывать собственные мотивы, чувства, черты личности другим людям. По мнению В.С. Мерлина, проекция не искажает отражения объективной действительности, поскольку "самосознание генетически и функционально вторично и, в свою очередь, определяется объективными условиями жизни и деятельности" [4]. «Аутистическая проекция» основывается на модификации воспринимаемых субъектом явлений согласно собственным потребностям. Фрустрация потребности любого вида ведет к ее усилению и включению содержания потребности в процесс воображения.

«Рационализированная проекция» отличается от классической проекции тем, что личность отдает себе отчет в своем поведении, но склонна искать самооправдание.

Проективный метод как исследовательский подход предполагает, что индивид организует действия, исходя из своих собственных восприятий, эмоций, чувств и прочих аспектов своей личности. Проективные методы позволяют обнаружить те стороны личности, которые практически не обнаруживаются при использовании традиционных экспериментальных методов.

**Материалы и методы исследования.** При тестировании пациентов молодого возраста с подозрением на эндогенную патологию в блоке методика «Рисунок несуществующего животного». Материалом для анализа служат протоколы исследования данных пациентов. В ходе многолетней работы эмпирическая

необходимость привела к расширению стандартной инструкции за счет добавления ряда дополнительных вопросов. В настоящий момент при проведении исследования эмоционально-личностной сферы в процессе рассказа пациента о животном ему задаются, как правило, следующие вопросы:

Как называется животное? Какого оно размера? Как оно передвигается? Какого оно цвета? Чем оно покрыто, какая у него шкура? В каких природных условиях обитает это животное? Чем оно питается? Одно ли оно такое, их несколько или много? Какие они по образу жизни: одиночные, парные или стайные? Чем питается животное? С кем оно дружит, взаимодействует? Есть ли у него враги? Как оно ведет себя при встрече с врагами? Знает ли о нем человек? Какие взаимоотношения с человеком? Какова продолжительность его жизни? Сколько лет животному, которое Вы нарисовали? Опишите его характер. Хорошо ли оно приспособлено к жизни? Что можно изменить, чтобы оно стало более приспособленным? Какой из органов чувств у него развит лучше всего, преобладает?

Задачи дифференциальной диагностики наиболее актуальны при работе с пациентами, относящимися к группе «первого психотического эпизода». Зачастую это пациенты молодого возраста, в ходе исследования которых не выявляются грубых нарушений психической деятельности процессуального характера, вследствие чего сложно выделить ведущий патопсихологический синдром. В подобных случаях именно использование проективных методов может способствовать получению информации о «тонких» нарушениях эмоционально-личностной сферы, свойственных эндогенным пациентам.

В частности, при анализе рассказов пациентов об изображенном ими несуществующем животном был выявлен следующий феномен. При ответе на вопрос о том, какой орган чувств у животного является доминирующим, в ряде случаев был получен ответ, что преобладает обоняние. Приведенный ниже клинический случай пациента С., 1994 г.р., находившегося в стационаре в апреле 2016 года, иллюстрирует данный феномен.

Анамнез со слов больного, родителей и по данным сопроводительной документации. Единственный ребенок у родителей. Со слов родителей, наследственность психопатологически не отягощена, раннее развитие без особенностей. Окончил 9 классов общеобразовательной школы, поступил в техникум, обучение не закончил, был отчислен в связи с пропусками занятий. Служил в армии. Демобилизовался на общих основаниях в июле 2014 года. Проживает с родителями в отдельной квартире. Не женат, детей нет. В анамнезе употребление ПАВ («спайс», каннабиноиды) в течение 2-х лет, последний год не употребляет. Психическое состояние изменилось в ноябре 2014 года, когда стал проповедовать идеи Ошо, отказывался от приема мяса, занялся сыроедением. Стал нелеп в поведении: ел снег, обнимал деревья, говорил, что "везде любовь", "все братья", познакомился с человеком, который проповедовал языческие идеи. Стал уходить из дома. Данное состояние продолжалось с декабря 2014 по март 2015 года. Далее, до декабря 2015 года, состояние пациента было удовлетворительным. С декабря 2015 года вновь стал вести себя неадекватно, говорил о Боге, отказывался от еды, не спал по ночам. Стал замкнут, перестал общаться с родными. В начале марта ушел из дома, ездил по монастырям, через неделю был доставлен в ОВД (пытался забраться на судно в порту Ново-

российска). Вновь пытался убежать из дома, был удержан родителями, осмотрен дежурным психиатром ПОНП на дому. Стационарирован в психиатрическую больницу в порядке недобровольной госпитализации.

Психический статус. На беседу пришел самостоятельно. Контакт доступен, на вопросы отвечает в целом в плане заданного, расплывчато, витиевато. Ориентирован в месте, времени и личности правильно. Фон настроения несколько приподнят, благодушен. Заявляет, что последние две недели была "самые лучшие", "посмотрел на мир другими глазами". Заявляет, что может понять, плохой человек или хороший, по глазам, разговору, поведению. Заявляет, что намеревался уехать на юг, жить в монастыре, "просветлиться", "найти себя". Начиная рассуждать о Боге, о том, что "слишком много совпадений", "дежавю", которые "доказывали, что выбрал правильный путь". Эмоционально уплощен, монотонен. Формально критичен к состоянию, дал добровольное письменное согласие на госпитализацию и лечение.

Ниже приводится протокол исследования пациента С. методикой «Рисунок несуществующего животного».

«Животное называется Гипербот. Он летает, типа привидения, но увидеть его можно. По цвету желто-зеленое. Голова покрыта шкуркой, как у банана, а хвост призрачный. Ничем не питается, пьет только воду. Живет везде, где ему хочется. Один такой, появился из космоса. Открыт всем, но не навязывается. Не способен размножаться, т.к. один. По характеру миролюбивый. Продолжительность жизни 40 лет, а на данный момент ему 5. Хорошо приспособлен к жизни, т.к. пьет только воду и умеет летать. Из органов чувств у него лучше всего развито обоняние».

**Обсуждение результатов.** В нашем исследовании мы исходили из предположения о существовании связи между эндогенной патологией шизофренического спектра и нарушениями обонятельной функции. Согласно нашей гипотезе, эти нарушения по механизму проекции отражаются в ответах пациентов при составлении рассказа об особенностях придуманного ими несуществующего животного.

Результаты исследований, проведенных специалистами различных направлений медицины, обнаруживают наличие у исследуемой нами группы пациентов определённых нарушений обонятельной чувствительности. Так, в работе L. Korala et al. был обследован 131 пациент с шизофренией, у всех этих пациентов по данным UPSIT (обонятельный тест) было выявлено снижение способности распознавать запахи, а у 34,6% из них выявлялись обонятельные галлюцинации. У женщин чаще обнаруживались обонятельные галлюцинации, и у них были более высокие цифры по шкале UPSIT по сравнению с мужчинами [8].

Согласно исследованию P. Moberg et al., у пациентов с шизофренией имелись такие нарушения обоняния, как ухудшение идентификации запахов, изменение порога чувствительности различения запахов, нарушение обонятельной памяти, однако пол, возраст испытуемых, прием ими лекарств и наличие у них вредных привычек (курение) не сказывались на полученных результатах [5].

По сравнению с группой контроля, у пациентов с шизофренией был повышен порог обонятельной чувствительности с обеих сторон, имелись изменения

в различении и идентификации запахов и определении съедобности предоставленного пищевого компонента. У этих пациентов отмечалось также уменьшение объема гиппокампа и миндалины. Полученные данные подтвердили ведущую роль гиппокампа и амигдалы в возникновении обонятельного дефицита. Однако остается неясным, является ли нарушение обоняния при шизофрении первичным (поражаются обонятельные луковицы, обонятельные центры в коре и т. д.), либо оно возникает как следствие диффузного процесса повреждения в головном мозге, развивающегося при шизофрении [5].

Интересным представляется факт наличия анатомических изменений именно в тех областях головного мозга, которые активно участвуют в регуляции эмоциональных процессов. Лимбическая система, отвечающая за генерацию эмоций, включает в себя практически все отделы обонятельного анализатора и, по сути, является древним обонятельным мозгом [2]. По мнению В.В. Богданова с соавторами условием для того, чтобы запах привлек или отпугнул нас, являются положительные или отрицательные эмоции, с которыми мы его ассоциируем. Наиболее важной функцией обоняния является обращение нашего внимания на опасности окружающей среды (дым, ядовитые испарения) или на потенциально полезные запахи (например, запах пищи) [3].

Анализируя связь эмоциональных процессов с функцией обоняния, Т.Н. Брезина отмечает, что эмоциональный обмен может осуществляться как целенаправленно с помощью осознанных вербальных сообщений (например, сообщения о своём настроении), так и бессознательно, когда человек не отдаёт себе в этом отчет через невербальные каналы коммуникации (интонация, жесты, поза, обоняние). По мнению специалистов по психологии общения, невербальная коммуникация выполняет в общении функцию дополнения, замещения речи, а главное, репрезентации эмоциональных состояний партнёров по коммуникативному процессу [1].

Крайне интересно рассмотрение роли обоняния в контексте культурно-философского осмысления. Немецкий философ и культуролог Георг Зиммель отмечал, что окружающая человека сфера запаха выполняет функции межличностной дифференциации, является одной из причин межличностных симпатий и антипатий, которые имеют зачастую большие последствия для социальных отношений. По мнению автора, в современном мире люди разучились получать информацию с помощью обоняния, но подсознательно остро продолжают реагировать на обонятельные впечатления [7].

**Выводы.** Анализ протоколов исследования пациентов психиатрического стационара проективной методикой РНЖ позволяет утверждать, что дополнение стандартной процедуры вопросом о преобладающем органе чувств позволяет получить информацию, которая может выступать в качестве добавочного диагностического критерия при отграничении эндогенной патологии.

Исследования обонятельной функции показали, что существует достоверная корреляция между изменением обонятельной чувствительности и различными формами психической патологии. Доказано, в частности, что при шизофрении возникают обонятельные нарушения. Эти нарушения специфичны в отношении шизофрении и могут служить диагностическим критерием при ранней постановке диагноза. В результате проведенного нами качественного анализа протоколов экспериментально-психологических исследований можно утвер-



ждать, что нарушения обонятельной функции находят отражения в содержании рассказа пациента о несуществующем животном и, вполне возможно, являются патогномоничным для шизофрении признаком. Однако в настоящий момент не вполне ясен механизм формирования данной проекции. По нашему предположению, у пациентов с шизофренией в генезе данного феномена вероятнее всего задействован механизм аутистической проекции, т.е. проекции дефицитарных компонентов восприятия. Можно предположить, что существует связь между функционированием обонятельного анализатора, особенностями эмоционального реагирования и качеством коммуникации (как известно, нарушения этих компонентов психической деятельности отмечаются уже на относительно ранних стадиях шизофренического процесса). Для проверки данных гипотез требуются дальнейшие экспериментальные исследования.

#### Литература

1. Березина Т.Н. «Эмоционально обонятельный язык бессознательных коммуникаций в процессе человеческого общения» // Национальный психологический журнал. 2013. №4 (12). С.20-30.
2. Березина Т.Н. Возникновение позитивных и негативных базовых эмоций под влиянием базовых запахов // Вестник МГГУ им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология. 2011. №3. С.59-69.
3. Богданов В.В., Завадский А.В., Богданов В.В., «Нарушения обоняния и качество жизни» // Ринология, 2012 №4. С.65-71.
4. Бурлачук Л.Ф. Исследование личности в клинической психологии. Киев «Высшая школа», 1979.
5. Морозова С.В., Савватеева Д.М. «Обонятельные расстройства у пациентов с нейродегенеративными и психическими заболеваниями» // «РМЖ» 2014 №9. С.673
6. Музыченко Г.Ф. Проективная методика «Несуществующее животное» . СПб, «Речь», 2013.
7. Пленкова Н. А. «Георг Зиммель о социологической роли обоняния» // Вестник ВятГГУ. 2012. №4. С.60-63.
8. Good K.P. and al., Unirhinal olfactory identification deficit of young male patient with schizophrenia and related disorders: association with impaired memory function // Schizophr. Res. 2002. Vol. 56 (3). P. 211-223.

**Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н.**

**Развитие концепта шизотипии и методы измерения шизотипических черт**  
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[at\\_julia@gmail.com](mailto:at_julia@gmail.com), [enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru)

**Ключевые слова:** шизотипия, шизотипическое расстройство личности, методы измерения шизотипии, расстройства шизофренического спектра, психологическая диагностика

**Atadzhykova J., Enikolopov S.**

**Development of schizotype concept and assessment of schizotypal traits**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** schizotype, schizotypal personality disorder, schizotype assessment, schizophrenia-spectrum disorders, psychological diagnostics

В современной клинической науке в области исследования расстройств шизофренического спектра с неизбежностью возникает необходимость уточнения и углубления понимания категории шизотипии в различных контекстах: как

шизотипического расстройства личности; как дименсии нормальной личности; как наборе черт, встречающемся при различных формах расстройств шизофренического спектра. Клиническая практика предоставляет свидетельства того, что в широкую категорию, названной зарубежными авторами шизотипией [18, 19], в реальности оказываются включенными отличающиеся по ряду признаков группы пациентов. Само понятие шизотипии было введено в русле изучения особого типа личностей, характеризующихся странным, чуждаватым, эксцентричным поведением с чертами аутизма и шизоидии. Изначально эти личности описывались психиатрами 20 века как «фершробены» и помещались либо в группу больных шизофренией, либо в группу психопатий [2, 13, 15]. Наиболее актуальной проблемой стала дифференциация внешне сходных состояний, имеющих различное происхождение, а также сам вопрос о месте чуждаковости (фершробении, позже ассимилировавшейся в категорию шизотипии) в структуре аномальной и нормальной психики человека. Сегодня в отечественной общемедицинской практике поставлен вопрос о необходимости возвращения к понятию «фершробен» с целью решения проблем дефиниции и дифференциальной диагностики явления чуждаковости, до сих пор остающихся актуальными. Тем не менее, при разработке концепта «фершробен» необходимо учитывать накопленный теоретический и эмпирический материал в области исследования шизотипии ввиду исторической связанности, а также перспективы интеграции этих явлений.

Шизотипия рассматривается большинством исследователей как мультидименсиональный конструкт, существующий на континууме нейроонтогенетической уязвимости к развитию шизофрении и, соответственно, ассоциирующийся с факторами риска для развития расстройств шизофренического спектра [12]. В целом подходы к концептуализации и измерению шизотипии можно разделить на две основные группы: 1) клинические подходы, основанные на определениях шизотипии как синдрома или симптома; и 2) психометрические подходы, предполагающие измерение широкого спектра личностных черт [15]. В рамках последних исследователи обнаруживают тенденцию к расширению конкретных симптомов до более объемлющих дименсий, выходя за рамки патологических явлений (например, включая феномен переживаний по типу *déjà vu*). Исследования же клинического подхода можно условно разделить на два направления: так называемые «семейные» исследования и собственно клинические. Первые берут начало в работах описательного характера психиатров 20 в., где Э. Крепелин, Э. Кречмер и др. анализировали аномальные черты личности у родственников больных шизофренией. Так, Э. Крепелин описывал группу «эксцентричных личностей» среди родственников пациентов с шизофренией [15]. В дальнейшем Э. Блейлер разработал концепцию «латентной шизофрении», подчеркивая, что у родственников больных шизофренией могут быть обнаружены практически все комбинации соответствующих симптомов, однако выраженные в менее явной форме [5]. В традиции «семейных» исследований шизотипия формулируется как синдром и характеризуется рядом симптомов: эксцентричными и странными верованиями, поведением и наружностью; раздражительностью; социальной изоляцией; подозрительностью и др. Исследования второго направления клинического подхода – собственно медицинские – были посвящены изучению пациентов с расстройствами шизо-

френического спектра [14]. В этом кластере работ шизотипия предстает как фундаментально и специфически связанный с шизофренией концепт – отдельное расстройство, которое предполагает наличие мягкой формы характерных для шизофрении симптомов, а именно: магического мышления; ангедонии; симптомов, сходных с психотическими и др. В рамках этого направления исследований был сформулирован собственно термин «шизотипия» [19], а также основа для дальнейшей разработки современных моделей шизотипии – модель П. Мила, концептуализирующая шизотипию как необходимую, но недостаточную основу для развития шизофрении [18]. Эта узко медицинская модель, была положена в основу диагностических критериев шизотипического расстройства личности в DSM-III [14].

В русле разработки понятия шизотипии отечественными авторами наиболее перспективным направлением представляется спецификация этого понятия в соответствии с изначальными представлениями о явлении «чужаковости» как феномене «фершробен» [7], который может принимать различные формы: во-первых, широко признаваемых психопатоподобных изменений, сопровождающихся редуцицией энергетического потенциала и соответствующих одноименному шизофреническому дефекту; во-вторых, изменений личности относительно стабильного характера, характерных для ряда шизотипических личностей, в т. ч. так называемых «счастливых шизотайпов» [17]. В современной концептуализации синдром «фершробен» приобретает реальное клиническое значение в рамках исследования расстройств шизофренического спектра как характеризующий часть гетерогенной группы шизотипических личностей [6]. Рассмотрение дименсии шизотипии в более узком контексте феномена «фершробен» проясняет структуру ядра шизотипии, а в перспективе может способствовать решению ряда практических задач (дифференциальной диагностики, исследования факторов риска и др.). Кроме того, с методической точки зрения распространенный в отечественной клинической психологии патопсихологический эксперимент открывает новые перспективы изучения когнитивных и личностных особенностей личностей с изменениями типа «фершробен». Наконец, недостаточная ясность места шизотипического расстройства личности в концептуализации расстройств шизофренического спектра и неоднозначная интерпретация феномена шизотипии как таковой (как дименсии нормальной личности, клинического феномена или мягкой формы шизофрении) требует углубленного изучения структурного ядра феномена шизотипии. Восстановление статуса феномена «фершробен» в современной отечественной медицине и психологии способствует уточнению модели, поскольку предполагает тенденцию к точному определению границ конструкта и его ключевых признаков, а также имеет потенциальную диагностическую и прогностическую ценность при исследовании релевантной группы пациентов.

Для измерения шизотипических черт в клинических исследованиях были разработаны широко распространенные методы оценки шизотипии, а именно: «Шкалы Чапмана» [8, 10, 11] и Опросник шизотипических черт SPQ [20]. Кроме указанных, имеется большое число методов самоотчета и интервьюирования, направленных на диагностику шизотипических черт, обзору которых посвящен ряд работ авторов [12, 16]. В контексте исследования шизотипии в

отечественной клинической практике важно отметить, что лишь Опросник шизотипических черт был апробирован на российской популяции [3]. Эта методика была использована в ряде исследований, посвященных изучению связанных феноменов [4] или апробации других методик [1]. Клиническая практика требует усовершенствования методики оценки шизотипических черт для диагностики соответствующей группы пациентов, а также для уточнения структуры шизотипической личности.

#### Литература

1. Алфимова, М.В., Русскоязычная версия краткой шкалы жизнестойкости / М.В. Алфимова, В.Е. Голимбет // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – №4. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/russkoyazychnaya-versiya-kratkoy-shkaly-zhiznestoykosti> (дата обращения: 13.09.2016).
2. Ганнушкин, П.Б. Избранные труды / П.Б. Ганнушкин. – Москва: Медицина, 1964. – 58-74 с.
3. Ефремов, А.Г. Апробация методики выявления степени выраженности шизотипических черт (SPQ-74) / А.Г. Ефремов, С.Н. Ениколопов // Материалы Первой Международной конференции, посвященной памяти Б.В. Зейгарник. – М., 2001. – С.109-112.
4. Ильиных, А.Е. Повседневная креативность: выраженность шизотипических черт личности с точки зрения реальных творческих достижений [Электронный ресурс] / А. Е. Ильиных, Н. В. Асанова // Science Time. – 2015. – № 7. – С. 149-153.
5. Смулевич А.Б. Концепции шизофрении (история и современность) / А.Б. Смулевич // Материалы Школы Молодых Психиатров (Суздаль, 19—24 апреля 2015 г.). – Суздаль, 2015.
6. Смулевич, А.Б. Расстройства шизофренического спектра в общемедицинской практике / А.Б. Смулевич // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – № 1. – С. 4-9.
7. Binswanger, L. Verschrobenheit / L. Binswanger // Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie. – 1954. – Vol. 127. – P. 127-152.
8. Chapman, L. J. Body image aberration in schizophrenia / L.J. Chapman, J.P. Chapman, M.L. Raulin // Journal of Abnormal Psychology, 1978. – Vol. 87. – P. 399-407.
9. Chapman, L. J. Impulsive nonconformity as a trait contributing to the prediction of psychotic-like and schizotypal symptoms / L.J. Chapman, J.P. Chapman, J.S. Numbers, W.S. Edell, B.N. Carpenter, D. Beckfield // Journal of Nervous and Mental Disease, 1984. – Vol. 172. – P. 681-691.
10. Chapman, L.J. Scales for physical and social anhedonia / L.J. Chapman, J.P. Chapman, M.L. Raulin // Journal of Abnormal Psychology, 1976. – Vol. 85. – P. 374-382.
11. Eckblad, M. Magical ideation as an indicator of schizotypy / M. Eckblad, L.J. Chapman // Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1983. – Vol. 51. – P. 215-225.
12. Fonseca-Pedrero, E. Schizotypy Assessment: State of Art and future prospects / E. Fonseca-Pedrero, M. Paíno, S. Lemos-Giraldez, E. García-Cueto, A. Campillo-Álvarez, Ú. Vil-lazón-García, J. Muñiz // International Journal of Clinical and Health Psychology, 2008. – Vol. 8 (2). – P. 577-593.
13. Kahn, E. Die verschrobenen Psychopathen / E. Kahn // Handbuch der Geisteskrankheiten. – Berlin, 1928. – P. 448-460.
14. Kendler, K.S. Diagnostic approaches to schizotypal personality disorder: A historical perspective / K.S. Kendler // Schizophrenia Bulletin. – 1985. – Vol. 11 (4). – P. 538-553.
15. Kraepelin, E. Psychiatrie, 8. Aufl. Bd. IV, Teil III // E. Kraepelin. – Leipzig, 1915.
16. Mason, O. The Assessment of Schizotypy and Its Clinical Relevance / O. Mason // Schizophrenia Bulletin, 2015. – Vol. 41 (2). – P. 374-385.
17. McCreery, C., Healthy schizotypy: The case of out-of-body experiences / C. McCreery, G. Claridge // Personality and Individual Differences. – 2002. – Vol. 32. – P. 141-154.

18. Meehl, P. E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia / P.E. Meehl // American Psychologist. – 1962. – Vol. 17. – P. 827-838.
19. Rado, S. Dynamics and classification of disorders behavior / S. Rado // American Journal of Psychiatry. – 1953. – Vol. 110. – P. 406.
20. Raine, A. The SPQ: A Scale for the Assessment of Schizotypal Personality Based on DSM-III-R Criteria / A. Raine // Schizophrenia Bulletin. – 1991. – Vol. 17 (4). – P. 555-564.

**Бабарахимова С.Б., Искандарова Ж.М., Шаикрамов Ш.Ш.**

**Психологическое исследование влияния личностных особенностей женщин на формирование эмоциональных расстройств шизоаффективного спектра**

Ташкентский Педиатрический Медицинский Институт, кафедра психиатрии, наркологии, детской психиатрии, медицинской психологии и психотерапии,  
г.Ташкент, Республика Узбекистан  
[sayorababaraximova2010@gmail.com](mailto:sayorababaraximova2010@gmail.com)

**Ключевые слова:** тревожно-фобические нарушения, депрессивные расстройства, типологические особенности личности, шизоаффективные психозы у женщин

**Babarahimova S., Iskandarova Y., Shaikramov Sh.**

**Psychologik research influence personal characteristics of women in formation emotional disorders with schizoafektive spectrum**

Tashkent Pediatric Medical Institute,  
Department of Psychiatry, Addictions, Child Psychiatry,  
Medical Psychology and Psychotherapy;  
Tashkent, Uzbekistan.

**Keywords:** anxiety-phobic disorders, depressive disorders, personal characteristics, shizoafektive psychosis in women

**Введение.** Взаимодействие психогенных факторов, конституционально-личностных особенностей и шизоаффективного расстройства, равно как и других расстройств шизофренического спектра, остаются и в настоящее время одним из сложных и дискуссионных вопросов клинической психиатрии [1]. Однако в этих случаях недостаточно выделяется роль расстройствам тревожно-фобического круга в качестве отдельных психических проявлений, определяющих задержку на стационарном этапе лечения больных с шизоаффективными психозами и шизофренией и требующих направленной и специфической терапии [3]. Особенности эмоционального реагирования, многообразные варианты тревожно-фобических и депрессивных расстройств у женщин с учётом личностных особенностей всегда привлекали к себе внимание исследователей как клинических, так и психодинамических школ [2,4]. Установлено, что повышается частота возникновения тревожно-фобических и депрессивных расстройств у женщин с шизоаффективной патологией в зависимости от преморбидных особенностей личности, а также у женщин с низким социально-экономическим статусом [5].

**Цель исследования и задачи:** определить влияние типологических особенностей личности пациенток на формирование тревожно-фобических и депрессивных расстройств шизоаффективного спектра с целью улучшения медико-

психологической помощи данному контингенту больных и оптимизации психотерапевтической тактики.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 50 женщин с тревожно-фобическими и депрессивными расстройствами шизоаффективного спектра, находившихся на стационарном лечении в психиатрической больнице. Ведущими методами исследования являлись клиничко-психопатологический и патопсихологический. Из экспериментально-психологических методов диагностики для оценки выраженности депрессии и тревоги применялись шкалы тревоги и депрессии Гамильтона (HDRS, HARS), опросник тревожности Спилбергера-Ханина, а для определения личностных особенностей был использован опросник Шмишека-Леонгарда.

**Результаты.** Из 50 больных с шизоаффективным психозом, возникшим в сочетании с тревожно-депрессивными расстройствами, у 40% диагностирован депрессивный тип F-25.1, у 45% обследованных - маниакальный тип F-25.0, у 15% смешанный тип шизоаффективного расстройства F-25.2. В обследованной группе в результате тестирования с помощью опросника Спилбергера-Ханина выявлено наличие тревожно-депрессивных расстройств различной степени выраженности у 98% пациенток, при этом проявления тревоги были отмечены у 94% исследуемых, депрессии различных степеней тяжести – у 55% обследованных; более чем у половины пациенток было отмечено наличие проявлений тревоги средней степени выраженности (55%), у 36% обследуемых – без клинически значимой тревоги и у 10% пациенток – констатирована выраженная тревога. При исследовании конституционально-личностных особенностей с помощью опросника Шмишека-Леонгарда было выявлено, что личностные особенности обследованных пациенток не достигали степени психопатии (личностного расстройства), однако во всех случаях можно было отметить акцентуации тех или иных черт характера. Среди всех обследованных демонстративный тип личности встречался у 5 больных (10%), застревающий тип личности у 14 больных (28%), дистимический тип был выявлен в 40% случаев (20 обследованных), тревожно-боязливый тип у 6 больных (12%), в 10% случаев был выявлен эмотивный тип личности. По результатам тестирования было выявлено, что наиболее часто тревожно-депрессивные расстройства встречались у лиц с дистимическим и тревожно-боязливым типами личности. На фоне воздействия психотравмирующей ситуации легко возникали депрессивные расстройства тяжёлой и крайне тяжёлой степени по шкале Гамильтона. Депрессии средней степени тяжести были выявлены у 25% больных, их возникновение было связано с семейными конфликтами. У лиц с застревающим типом личности в 75% случаев была выявлена депрессия тяжёлой степени по шкале Гамильтона, депрессивные расстройства средней и крайне тяжёлой степени встречались в 12,5 % случаев. Лёгкое депрессивное расстройство по шкале Гамильтона было выявлено у 2 пациенток с демонстративным типом личности. В остальных случаях у лиц с демонстративным типом личности было выявлено депрессивное расстройство средней степени тяжести. При тревожно-боязливом типе личности чаще возникала депрессия средней степени тяжести по шкале Гамильтона (80%), и лишь у 2 пациенток была диагностирована депрессия тяжёлой степени. Среди всех обследованных эмотивный тип личности встречался в 10% случаев, и для этих пациенток характерным было развитие

депрессии средней степени тяжести. Развитие депрессии оказывало негативное влияние на работоспособность, на отношение к семье, самооценку, адаптацию в социуме. Для всех обследованных характерным было значительное снижение показателей физического здоровья, больные отмечали неспособность справляться с обычными физическими нагрузками, увеличением количества времени, затрачиваемого на выполнение своей работы, трудности и ошибки в работе. Больные с тревожно-боязливым типом личности жаловались на ухудшение физического здоровья, неспособность к функционированию в повседневной жизни даже при наличии депрессии средней степени тяжести. Больные с эмотивным типом личности с трудом выполняли физическую нагрузку, они также низко оценивали общее чувство благополучия, но при благоприятной обстановке в семье и сохранении привычных социальных контактов на фоне депрессии тяжелой степени эти показатели оставались на достаточно высоком уровне. У пациенток с тревожно-боязливым и застревающим типом личности на фоне депрессии тяжелой степени сокращалось количество социальных контактов, ухудшались отношения в семье, что создавало дополнительные переживания, формировало аутодеструктивные установки, идеи самообвинения, появлялись суицидальные мысли. У женщин с дистимическим типом личности отмечалась прямая корреляционная связь между выраженностью депрессивных расстройств и социальными взаимоотношениями, при этом депрессия средней степени тяжести в 100% случаев возникала на фоне семейных конфликтов, депрессия крайне тяжелой и тяжелой степени развивалась вследствие нарушения взаимоотношений на работе. Твердая жизненная позиция, характерная для данного типа личности, позволяла сохранять высокий уровень общего чувства благополучия. Женщины с демонстративным типом личности при наличии депрессии средней степени тяжести субъективно отмечали незначительное ухудшение социального взаимодействия и физического здоровья, в то время как объективные данные соответствовали степени тяжести аффективных расстройств. При наличии депрессии легкой степени тяжести женщины с демонстративным типом личности указывали на ухудшение физического здоровья и способность функционировать в повседневной жизни. Такая картина связана с наличием у женщин с демонстративным типом личности патологического фантазирования, завышением самооценки, замещением реальной жизни мечтой

**Выводы.** Психологическое исследование влияния конституционально-типологических особенностей личности пациенток на формирование эмоциональных расстройств шизоаффективного спектра даёт возможности определить более глубокий уровень тревоги и депрессии, полиморфизм клиники, является фактором предупреждения неблагоприятного прогноза заболевания, позволяет более дифференцированно осуществлять лечебно-реабилитационную помощь и оптимизировать психотерапевтический подход в выборе методов воздействия с учётом личностных особенностей.

#### Литература

1. Пантелеева, Г.П., Дикая, В.И. Шизоаффективный психоз // Руководство по психиатрии: в 2-х т. Т.1 / Под ред. А.С.Тиганова. М.: Медицина, 1999. - С.636-667.
2. Краснов, В.Н. Место расстройств аффективного спектра в современной классификации // Материалы Российской конференции «Аффективные и шизоаффективные расстройства». М.: Российское общество психиатров, 2003. - С.63-64.

3. Ротштейн В.Г. Теоретический аспект эпидемиологии тревожных и аффективных расстройств / Ротштейн В.Г., М.Н.Богдан, М.Е.Суетин // Психиатрия и психофармакология. 2005. - Т.7, №2.
4. Ротштейн В. Г., Богдан М. Н., Долгов С. А. Депрессии и коморбидные расстройства / под редакцией А.Б. Смулевича. - М., 1997 - - 308 с.
5. Бологов П. В., О клинической дифференциации шизоаффективного психоза (в соавт. с В. И. Дикой, А. Н. Корневым). //Материалы научно-практической конференции с международным участием "Аффективные и шизоаффективные психозы". Москва 1998. С.22-34.

**Баз Л.Л., Барина Д.М.**

**Исследование памяти у детей среднего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталости**

ГАОУ ВО МГПУ, Москва, Россия,  
[bazl@mail.ru](mailto:bazl@mail.ru); [dasha.barinova94@gmail.com](mailto:dasha.barinova94@gmail.com)

**Ключевые слова:** нейропсихологическая диагностика, память, дети среднего школьного возраста, легкая степень умственной отсталости

**Baz L., Barinova D.**

**Research of memory at children of middle school age with easy intellectual backwardness**

MGPU, Moscow, Russia

**Keywords:** neuropsychological diagnostics, memory, children of middle school age, easy intellectual backwardness

**Введение.** В трудах отечественных психологов при исследовании психического развития детей с умственной отсталостью проблемам памяти уделялось значительное место. Начиная с работ Выготского Л.С.(2003) Занковым Л.В. (1935), Замским Х.С. (1954), Дульневим Г.М. (1955), Петровым В.Г.(1959), Нудельманом М.М. (1965), Юодрайтисам А. (1980), Леонтьевым А.Н.(2000) и др. было доказано, что память умственно отсталых качественно отличается от памяти детей с нормативным развитием. Для них характерно: замедленность и непрочность запоминания, быстрое забывание, неточность воспроизведения, эпизодическая забывчивость, плохое припоминание, неразвитое логически опосредованного запоминания, сохранная или хорошо сформированная механическая память. Экспериментально изучалась слухоречевая, в меньшей степени зрительная память. В нашем исследовании мы поставили **цель исследовать** специфику памяти разной модальности у детей среднего школьного возраста с легкой степенью умственной отсталостью.

**Выборка.** В исследовании приняли участие: экспериментальная группа 15 учеников коррекционной школы (с диагнозом F70) и контрольной – 15 учеников обучающихся по программе массовой школы (в группах было равное количество девочек и мальчиков). Средний возраст испытуемых - 12 лет.

**Методики.** Использовались пробы на исследование памяти разной модальности из нейропсихологического теста Микадзе Ю. В., и др. [1]. Комплексная методика нейропсихологического обследования школьников состоит из трех основных блоков, каждый из которых включает в себя набор трех методик, необходимых для оценки состояния памяти в одной из основных модальностей: слухоречевой, зрительной и двигательной:



1) Методики слухоречевой памяти:

1А,1Б – запоминание двух групп по три слова с последующим воспроизведением;

1В – заучивание серии ситуативно связанных слов с последующим выполнением задания объединить их в рассказ.

2) Методики зрительной памяти:

2А – запоминание серии фигур в заданном порядке.

2Б – запоминание двух групп по три фигуры с последующим воспроизведением каждой из триад. Фигуры в группах имеют общий признак (графическая категоризация)

2В – фигуры в каждой из групп доступны объединению в единый структурно-целостный контур.

3) Методики двигательной памяти:

3А – позы запоминаются и воспроизводятся на правой руке.

3Б – позы запоминаются и воспроизводятся на левой руке.

3В – перенос позы с правой руки на левую.

3Г – перенос позы с левой руки на правую.

При оценке результатов рассматриваются 19 параметров памяти. Подсчитываются допущенные детьми ошибки при запоминании. Для статистической обработки результатов использовался U-критерий Манна — Уитни.

**Результаты.** Слухоречевая память. Полученные данные по двум группам были сравнены с помощью U-критерий Манна — Уитни. По всем параметрам за исключением одного были получены статистически значимые различия. Только по параметру синтагматизации различия были статистически не значимы. Перед детьми была поставлена задача объединить слова в целостную смысловую структуру. Только 1 ребенок из всех 30 обследуемых детей смог составить целостный рассказ. Из всех детей только несколько смогли составить 2-3 предложения. Как мы можем предполагать, отсутствие различия связано с тем, что составление рассказа является сложной психической функцией. Очевидно, что у детей даже нормального развития это является сложным в силу несформированности связного изложения текста. Хотя по представленным авторами методики нормативам для детей более раннего возраста (9 лет) это задание было доступно.

Зрительная память и двигательная память. Были найдены статистически значимые различия между группами по всем параметрам. Для всех проб были получены эмпирические значения большие, чем критические с  $p \leq 0.05$ . То есть, различия в двух выборках значимы по всем пробам. Было показано, что зрительная и двигательная память у больных детей с легкой умственной отсталостью статистически значимо хуже, чем в норме.

Результаты корреляционного анализа всех исследуемых параметров методик на запоминание по двум группам испытуемых. Между параметром прочности слухоречевой памяти и всеми параметрами зрительной памяти (эффективность, прочность, устойчивость к интерферирующим воздействиям, объем непосредственной зрительной памяти, регуляция и контроль, синтагматизация, сохранение порядка зрительной памяти 2 типа - неустойчивые ошибки), кроме параметра сохранение порядка 1 типа в зрительной памяти, выявлена прямая взаимосвязь. Чем выше значение прочности слухоречевой памяти, тем меньше

вышеописанные параметрам зрительной памяти. Так же некоторые параметры слухоречевой памяти (устойчивость к интерферирующим воздействиям слухоречевой памяти, объем непосредственной слухоречевой памяти, устойчивость к семантической отнесенности), положительно коррелируют со всеми характеристиками двигательной памяти. То есть, чем выше показатели по слухоречевой памяти, тем выше описанные ранее показатели двигательной памяти.

Таким образом, наличие большого количества корреляций у детей с умственной отсталостью указывает на гомогенность развития у них разных модальностей памяти.

Опишем наиболее значимые полученные корреляции у детей с нормальным развитием. Между параметром регуляции и контроля и параметрами двигательной памяти выявлена прямая взаимосвязь. Чем выше значение регуляции и контроля слухоречевой памяти, тем выше (лучше развита) двигательная память. Между объемом непосредственной слухоречевой памяти и объемом непосредственной зрительной памяти наблюдается прямая взаимосвязь. Чем больше объем слухоречевой памяти, тем меньше объем непосредственной зрительной памяти.

Так же выявлена прямая связь между параметром сохранения порядка слухоречевой памяти 1 типа (ригидные ошибки) и параметром регуляции и контроля зрительной памяти. Чем выше значение параметра сохранения порядка первого типа, тем выше (лучше развиты) показатели регуляции и контроля зрительной памяти. При этом если больше показатель по параметру сохранения порядка 2 типа (неустойчивые ошибки) слухоречевой памяти, тем меньше показатели (хуже развиты) регуляции и контроля зрительной памяти.

**Выводы.** 1. У детей с легкой умственной отсталостью результаты исследования слухоречевой, зрительной и двигательной памяти статистически значимо отличаются от аналогичных у детей с нормальным развитием. 2. Факт наличия большого количества взаимосвязей между компонентами разных видов памяти у детей с умственной отсталостью указывает на однородность развития у них разных модальностей памяти, которая в целом находится на низком уровне. У детей с нормативным развитием на данной выборке подобной однородности в развитии памяти не обнаружено.

Литература

1. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неудачающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. - М.: Изд-во «Российское педагогическое агенство.», 1997. 124с.

**Байрамова Э.Э., Ениколопов С.Н.**

**Магическое мышление в структуре когнитивных процессов и защитных механизмов**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** магическое мышление, конструктивное мышление, защитные механизмы

**Bayramova E., Enikolopov S.**

**Magical thinking in the structure of cognitive processes and defense mechanisms**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** magical thinking, constructive thinking, defense mechanisms

**Введение.** В настоящее время не существует единого определения магического мышления. Различными авторами магическое мышление определяется как убеждение, интуиция, ошибки мышления, архаичный вид мышления и защитный механизм [1,2,3,4,5,6]. Е.В. Субботский утверждает, что магическое мышление остается на бессознательном уровне у взрослых и проявляется в качестве феноменологического (магического) восприятия реальности [2]. Проявление магического мышления зависит от того, насколько глубоко в бессознательном «залегают» вера в магическое и насколько сильна психологическая защита от нее [2]. И.Я. Стоянова рассматривает прагматические (магические) убеждения как психологические защиты, целью которых является ослабление внутриличностного конфликта, обусловленного противоречием между инстинктивными импульсами бессознательного и интериоризированными импульсами среды. Автором отмечается, что прагматические образования выполняют в первую очередь мотивационно-регулятивную функцию, особенности которой в связи с восприятием не подвергаются детальному анализу.

**Материал и методы.** Группа респондентов включает 34 человека (12 мужчин и 22 женщины) в возрасте от 20 до 55 лет, имеющих среднее и высшее образование. Критерием попадания в выборку было понимание письменного русской речи и отсутствие у респондентов выявленных психических заболеваний. Методы исследования: адаптированная методика определения уровня магического мышления Mark Eckblad и Loren J. Chapman, опросник конструктивного мышления С. Эпштейна, опросник Р.Плутчик «Индекс жизненного стиля», модификация методики «Пиктограмма».

**Результаты и обсуждение.** В результате исследования было показано, что шкала магического мышления имеет значимую отрицательную связь со шкалой конструктивного мышления, и значимые положительные связи со шкалами эзотерического мышления и категорического мышления. Так же можно сказать, что шкала магического мышления связана с такими защитными механизмами как регрессия, проекция, замещение и реактивное образование.

Таким образом, можно говорить, что для людей с высоким уровнем магического мышления будут характерны следующие черты. Такие люди верят в загадочные, неподдающиеся научному толкованию, феномены, такие как привидения, астрологические данные, способность читать мысли, хорошие и дурные предзнаменования, общепринятые суеверия. У них снижена критичность и они склонны к опоре в поведении на тонкие необъяснимые ощущения, что может приводить к частичной утрате принципа реальности. Они склонны видеть мир в черно-белом цвете, им присущи ригидность мыслительных процессов и максимализм, они предвзяты, быстро раздражаются и злятся при столкновении с ситуациями, не вписывающимися в их стереотипы. В случае воздействия фрустрирующих факторов такие люди заменяют решение субъективно более сложных задач на относительно более простые и доступные в сложившихся ситуациях. Использование более простых и привычных поведенческих стереотипов существенно обедняет общий (потенциально возможный) арсенал преобладания конфликтных

ситуаций. С другой стороны, развитое категорическое мышление способствует принятию быстрых решений и моментальным решительным действиям.

Такие люди склонны приписывать неосознаваемые и неприемлемые для личности чувства и мысли другим людям, проявлять негативные эмоции на объекты, представляющие меньшую опасность или более доступные, чем те, что вызвали отрицательные эмоции и чувств. Люди с высоким уровнем магического мышления предотвращают выражение неприятных или неприемлемых для них мыслей, чувств или поступков путем преувеличенного развития противоположных стремлений.

#### Литература

1. Стоянова И.Я. Прагматические образования в норме и патологии: диссертация ... доктора психологических наук : 19.00.04/ Стоянова Ирина Яковлевна; [Место защиты: Том. гос. ун-т], Томск 2007.
2. Субботский Е.В. Развитие индивидуального сознания как предмет исследования экспериментальной психологии. / Субботский Е.В.// Психологический журнал, 2002, том 23, №4, с.90-102.
3. Субботский Е.В. Феноменальное и рациональное в сознании: борьба за доминантность. / Субботский Е.В. //Психологический журнал, 2001, том 22, №5, с.94-97.
4. Berenbaum H. Emotionak salience, Emotional Awareness, Peculiar Beliefs, and Magical Thinking./ Berenbaum H., M. Tyler Boden, and John P.// Baker University of Illinois at Urbana-Champaing, Emotion/ 2009 American Psychological Association 2009, Vol. 9, No. 2, 197–205.
5. Eckblad M. Magical ideation as an indicator of schizotypy. / Eckblad, M., Chapman, L. J. // Journal of Consulting and Clinical Psychology 1983, Vol. 51, No. 2, 2U-225
6. Subbotsky E. Magical thinking in judgments of causation: Can anomalous phenomena affect ontological causal beliefs in children and adults?/ Subbotsky E.// British Journal of Developmental Psychology (2004), 22, 123–152

**Балашова Е.Ю., Ковязина М.С.**

**Представления о психической норме в клинической психологии: подходы, исследования, перспективы**

МГУ им. М.В. Ломоносова, ПИРАО, ФГБНУ НЦПЗ, МГОУ, Москва, Россия,  
[balashova@yandex.ru](mailto:balashova@yandex.ru), [kms130766@mail.ru](mailto:kms130766@mail.ru)

**Ключевые слова:** психическая норма, клиническая психология, адаптация, развитие, патология

**Balashova E., Kovyazina M.**

**Ideas about mental norm in clinical psychology: approaches, studies, perspectives**

Lomonosov MSU, Psychological institute of REA,  
FSBSI MHRC, MSRU, Moscow, Russia

**Keywords:** mental norm, clinical psychology, adaptation, development, pathology

Категория психической нормы является важной составляющей понятийного аппарата психологии. Вместе с тем, в последние десятилетия определение психической нормы и ее границ стало полем оживленных дискуссий. Сегодня существует множество критериев нормы, предлагаемых разными исследователями. Не остаются в стороне и клинические психологи. Ведь само возникновение клинической психологии как самостоятельной области научного знания (в частности, оформление ее исторически наиболее ранней

области – патопсихологии) было связано с необходимостью экспериментального «изучения ненормальных проявлений психической сферы, поскольку они освещают задачи психологии нормальных лиц» [В.М. Бехтерев, 1907]. Нарушения психики В.М. Бехтерев считал отклонениями и видоизменениями нормы, подчиняющимися тем же основным законам. «Но, благодаря более выпуклой картине патологических проявлений душевной деятельности, нередко соотношения между отдельными составными элементами сложных психических процессов выступают намного ярче и рельефнее, нежели в нормальном состоянии» [В.М. Бехтерев, 1903].

В последние годы задача системного анализа категории психической нормы становится все более актуальной. Это связано, прежде всего, с логикой современного развития клинической психологии, которая, наряду с сохранением интереса к традиционным патологическим моделям, все чаще обращается к изучению функционирования нормальной психики [Е.Д. Хомская и соавт., 1997; В.В. Николаева, Г.А. Арина, 1996; А.Ш. Тхостов, 2002; и др.]. Интерес к проблеме нормы сегодня обусловлен и необходимостью комплексного решения все более усложняющихся диагностических и реабилитационных задач.

Какие же взгляды на норму «работают» в клинической психологии? Влияют ли они на развитие ее методологии, методов и конкретных методик эмпирических исследований? И может ли клиничко-психологическая практика изменить и обновить представления о психической норме?

Психическую норму часто определяют как отсутствие каких-либо патологических проявлений, нарушений психики. Серьезный недостаток такого «негативного» определения в том, что оно лишь приблизительно очерчивает границы нормального, но не раскрывает его сущности, качественной специфики. Кроме того, рассмотрение нормы в рамках традиционной дихотомии «норма - патология» требует также определения последней. Казалось бы, решению подобной задачи должен способствовать сохранявшийся на протяжении столетий устойчивый интерес медицины и естествознания к различным феноменологическим проявлениям патологических отклонений, к их роли в процессах биологической эволюции. Однако до сих пор в медицине доминирует упрощенное понимание патологии как болезни, отклонения от нормы. Психология должна придти к собственному, более глубокому пониманию патологии, опираясь не только на медицинскую, но и на философскую традицию, в которой «патос» означает изменения души под влиянием какого-либо воздействия, страдание, страсть [Философский энциклопедический словарь, 1983]. Не следует забывать и о том, что норма и патология не являются взаимоисключающими понятиями: у нормального, психически здорового человека должны отсутствовать психопатологические синдромы, но вполне могут встречаться отдельные патологические симптомы [Б.С. Братусь и соавт., 1988]. Интересно, что одним из важных признаков нормы считается доступность подобных патологических проявлений самостоятельной компенсации [Т.В. Ахутина, 2002]. В целом можно сказать, что понятия нормы и патологии обусловлены культурно-исторически, их границы достаточно подвижны; между нормой и патологией существует сложный континуум переходных состояний.

В клинической психологии также присутствует понимание нормы как средней величины (норматива), своеобразного критерия сравнения результатов тестирования [К.М. Гуревич, 1995]. Оно широко используется в исследованиях отдельных психических функций, проводимых с применением методов математической статистики. Однако, по мнению ряда авторов, среднестатистическая норма не должна абсолютизироваться [А.А. Корольков, В.П. Петленко, 1977; В.В. Лучков, В.Р. Рокитянский, 1987; Б.С. Братусь, 1996]. Такое понимание исключает из категории нормы все необычные психические проявления, не дает представления о качественных характеристиках психической деятельности, об индивидуальных особенностях личности и поведения в целом. Есть аспекты процессов и явлений, которые нельзя выразить в количественном виде и невозможно сравнивать со статистической нормой. Кроме того, она ограничена множеством рамок (возрастных, популяционных, средовых и др.). В некоторых случаях целесообразно опираться на понимание психической нормы как определенного комплекса индивидуальных особенностей личности и деятельности [Б.С. Братусь, 1996; Е.А. Климов, 1997].

Существует также взгляд на норму как возможность адаптации. Многие психические и поведенческие расстройства рассматриваются именно как состояния устойчивой дезадаптации. Не следует, однако, забывать о том, что болезнь в свою очередь можно рассматривать как форму адаптации к особым условиям существования, что в ряде случаев патологические процессы могут быть приспособительными и оставаться ими до тех пор, пока они сохраняют свою защитную функцию [И.В. Давыдовский, 1968; и др.]. Взгляд на норму как на возможность адаптации имеет и ряд других ограничений. Когда речь идет о социальной адаптации, являющейся необходимым условием эффективного взаимодействия членов социума в процессе совместной деятельности и общения, необходимо учитывать, что требования социума к индивиду всегда неоднозначны, как неоднороден и сам социум. На протяжении жизни личность находится в процессе постоянного поиска той социальной группы или субкультуры, в которой ее особенности оцениваются как характерные для нормы. В современных условиях нормальным должен быть признан субъект, не только успешно адаптированный к данной среде, но и способный к ее активному преобразованию.

В психологии развития норма рассматривается как диапазон колебаний, как конкретная исторически обусловленная система показателей данной популяции, в пределах которой существует многообразие индивидуальных вариантов, как динамическое развертывание оптимальной программы онтогенеза, детерминированной биологическими и социокультурными факторами [Психология развития, 2001; Н.Я. и М.М. Семаго, 2000]. Такой взгляд на норму логически связан с представлениями о зоне ближайшего развития; норма становится средством выявления благоприятных и неблагоприятных условий психического онтогенеза.

Наконец, психическую норму можно рассматривать как наличие определенных личностных черт, устойчивых нравственных ориентиров: подлинной заинтересованности в мире, оптимизма, продуктивности, способности к самореализации, к свободному осуществлению выбора из

различных альтернатив [И.И. Мечников, 1987; Э. Фромм, 1992, 1994; Б.С. Братусь, 1998; и др.]. Здесь норма выступает как некоторый «идеал», «образец» гармоничной личности.

Интересно, что разные направления клинической психологии демонстрируют «гетерохронность» в развитии проблемы нормы. В патопсихологии, исследующей «закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме» [Б.В. Зейгарник, 1986 с.5], сопоставление результатов больных с показателями здоровых испытуемых изначально было практически обязательным. Нейропсихологические исследования представляют собой неоднозначную картину. Отсутствие сравнения с результатами нормальных испытуемых характерно для многих нейропсихологических работ 60-х-70-х гг. прошлого века. Интерес нейропсихологии к проблеме психической нормы отчетливо проявился лишь во второй половине 80-х гг. и был обусловлен обращением к изучению индивидуальных различий и онтогенеза. Сегодня нейропсихологи активно разрабатывают проблему индивидуальных различий и типологии нормы; говорят о необходимости набора нормативов для разных возрастных периодов и социокультурных условий, о важности определения соотношения между нормой «психологической» и нормой, устанавливаемой по объективным медицинским показателям [Е.Д. Хомская, 2003; Ю.В. Микадзе, 2002; А.В. Семенович, 2002; и др.]. В современной клинической психологии изменяется трактовка ряда симптомов – они могут рассматриваться не в качестве патологических проявлений, а как компенсаторные новообразования психики [Н.К. Корсакова, Е.Ю. Балашова, 1995; Л.С. Цветкова, 2001].

Таким образом, в настоящее время в клинической психологии продолжается процесс осмысления категории психической нормы, уточняются и дополняются лежащие в ее основании критерии, развиваются научные направления, ставящие своей задачей теоретические и практические исследования данной предметной области.

**Барабанов Р.Е.**

**Особенности эмоционально-личностной сферы лиц с нарушением голоса**

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва, Россия,  
[rammich@rambler.ru](mailto:rammich@rambler.ru)

**Ключевые слова:** эмоционально-личностная сфера, патология голоса, гортанно-трахеальные заболевания

**Barabanov R.**

**Features of emotionally-personal sphere of patients with voice disorders**

Federal Research Clinical Otolaryngology Centre of the Russian Federation  
Healthcare Ministry, Moscow, Russia

**Keywords:** emotionally-personal sphere, voice disorders, laryngotracheal disease

**Введение.** Из-за пагубных средовых воздействий и риска серьезных гортанно-трахеальных заболеваний, а также различных голосовых нарушений в настоящее время частота эмоциональных расстройств и их негативных последствий среди взрослого населения растет, поскольку возрастает количество проблем, с

которыми сталкивается пациент в период своей болезни, что определяет актуальность настоящей работы.

**Цель работы** - исследование эмоционально-личностной сферы у лиц с нарушением голоса.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии Федерального медико-биологического агентства России». Было исследовано 50 пациентов с нарушением голоса в возрасте от 18 до 56 лет (33 мужчины и 17 женщин). Давность заболевания составляла от 1 недели до 7 лет. Контрольная группа была набрана из АОЧУ ВО «Московский финансово-юридический университет МФЮА». Было исследовано также 50 человек в возрасте 18-45 лет (29 женщин и 21 мужчина).

В данной работе использовались следующие методики: 1. «Самооценка тревожности» Спилбергера-Ханина; 2. «Тест на истощение жизненных сил и депрессию» А.А. Аппелса; 3. Опросник К. Изарда «Основные эмоциональные черты»; 4. «Шкала психосоциального стресса» Л. Ридера; 5. Методика диагностики показателей и форм агрессии А. Басса и А.Дарки.

**Результаты исследования.** Для оценки достоверности различий между выборками использовался U-критерий Манна-Уитни. В результате статистического анализа мы получили следующие данные:

1. Показатели ситуативной и личностной тревожности статистически значимо выше в группе больных респондентов, чем у здоровых  $U(50) = 72$ ,  $p < 0,1$  с преобладанием нестабильного эмоционального состояния, сопровождающегося напряжением, беспокойством, нервозностью.
2. У мужчин с патологией голоса выше показатели личностной и ситуативной тревожности, а у женщин с расстройствами голоса сильнее выражен психосоциальный стресс.
3. У респондентов с нарушением голоса преобладают такие эмоции как горе, страх, гнев. У здоровых преобладают возбудимость, интерес  $F(50) = 3,6$ ,  $p < 0,1$ , радость  $F(50) = 3,2$ ,  $p < 0,1$  и эмоциональная возбудимость  $F(50) = 3,23$ ,  $p < 0,1$ . Чувствительность к мнениям и чувствам других, социальная конформность, а также интерес к окружающему миру, удивление снижают риск возникновения голосовых расстройств.
4. Основными факторами, сопутствующими патологии голоса, являются такие эмоциональные черты, как отсутствие интереса к жизни, страдание и горе, невысокий порог возбудимости и, как следствие, позднее отреагирование чувств.

**Заключение.** Как мы выяснили, нарушение голоса – это сложное структурно-функциональное нарушение, требующее комплексного подхода не только к диагностике, но и к самой лечебно-коррекционной работе.

1. Больные с нарушением голоса обладают специфическим набором эмоционально-личностных и поведенческих качеств, которые оказывают серьезное влияние на ход течения заболевания, а во многих случаях являются первопричиной возникновения голосовой патологии;
2. Особенности эмоциональной сферы таких пациентов обуславливают важность и необходимость комплексного подхода к реабилитации такого рода больных. Требуется не только медико-педагогическая работа, но и психо-



- логическая коррекция, желательна с применением специальных психотерапевтических техник, которые направлены на изменение эмоционального и мотивационного фона данного контингента больных;
3. Программа оздоровительно-коррекционных мероприятий должна быть дифференцирована, патогенетически обусловлена и личностно ориентирована;
  4. На первом этапе работы, обучающиеся должны научиться достигать полного телесного расслабления, регулировать тонус собственного тела, осознанно избавляться от излишнего эмоционального напряжения. Для этого использовались задания на восприятие напряжения в теле и регуляцию тонауса. Всем лицам с нарушениями голоса рекомендовались упражнения, направленные на сознательное расслабление мышц, участвующих в голосообразовании, уменьшение напряжения артикуляционной мускулатуры.

**Барабанов Р.Е.**

**Применение программно-аппаратного комплекса «Нейрософт» в психодиагностических целях в фониатрической практике**

ФГБУ «НКЦ оториноларингологии ФМБА России», Москва, Россия  
[rammich@rambler.ru](mailto:rammich@rambler.ru)

**Ключевые слова:** психодиагностика, АПК «Нейрософт», нарушение голоса

**Barabanov R.**

**Application software and hardware complex «Neurosoft» the psycho-diagnostics purposes phoniatrics practice**

Federal Research Clinical Otolaryngology Centre of the Russian Federation  
Healthcare Ministry, Moscow, Russia

**Keywords:** psycho-diagnostics, АПК «Neurosoft», violation of voting

**Введение.** В отделении фониатрии ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России» большое внимание уделяют психоэмоциональному состоянию пациентов, обратившихся за помощью с нарушением голоса. Учитывая прямую зависимость между состоянием нервной системы и голосообразующим аппаратом, помощь при различных заболеваниях гортани необходимо оказывать с учетом этой взаимосвязи. Поэтому в отделении фониатрии широкое применение нашел программно-аппаратный комплекс «Нейрософт», использование которого стало неотъемлемой частью всего диагностического процесса.

**Цель** применения данного аппарата в рамках фониатрического кабинета – это диагностика, а также комплексная оценка психофизиологических и психологических свойств и функций организма пациентов с нарушением голоса.

К числу практических задач, решаемых с помощью АПК «Нейрософт» можно отнести: комплексную оценку эмоционально-личностной сферы пациентов с нарушением голоса с целью определения стратегии дальнейшей медико-педагогической реабилитации; оценку психофизиологического и психологического статуса детей, подростков и взрослых людей с патологией голоса; исследование внутренних особенностей личности: психических свойств и состояний, особенностей протекания психических процессов в целях

профилактики голосовых расстройств; исследование внешних проявлений индивидуальных особенностей личности: поведения, общения, деятельности в рамках предупреждения возникновения расстройства голоса; оценку эффективности терапевтического лечения и применяемых реабилитационных мероприятий с помощью блока клинических тестов.

Показанием к применению АПК «Нейрософт» в отделении фониатрии могут быть жалобы на: частую утомляемость; раздражительность; нарушение сна; головные боли; наличие страхов, фобий, панических атак; снижение социальной активности; проблемы в семье или профессиональной деятельности; повышенную эмоциональную чувствительность; наличие психоневрологических заболеваний; понижение эмоционального фона.

В этом случае выбор психофизиологических методик зависит от клинических проявлений, внутренней картины болезни и состояния пациента. Таким образом, программно-аппаратный комплекс «Нейрософт» позволяет объективно оценить психоэмоциональное состояние пациента и выявить связь между заболеванием голосового аппарата и функционированием центральной нервной системы. Это необходимо так как длительное неблагоприятное психоэмоциональное воздействие заметно уменьшает эффективность функционирования голосового аппарата, что приводит к снижению качества профессиональной деятельности, пациент при этом вынужден компенсировать это сверхвысокими психофизиологическими затратами как во время, так и после пребывания в стрессовом состоянии. Поэтому, своевременное проведение психофизиологического тестирования позволяет выявить у пациентов предрасположенность к личностной и реактивной тревожности, склонность к депрессии, снижение эмоционального фона и требуется для решения вопроса о необходимости назначения в дальнейшем релаксационной биоуправляемой терапии.

**Бebчук М.А., Лихачева Е.А., Печникова Л.С.**

**Особенности функционирования семьи у девочек-подростков с суицидальным поведением**

НПЦ ПЗДП ДЗМ им. Г.Е.Сухаревой,  
АНО "Институт интегративной семейной терапии",  
ф-т психологии МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия

**Ключевые слова:** суицидальное поведение, подростки, диагностика семьи

**Bebchuk M., Likhacheva E., Pechnikova L.**

**Family functioning in adolescents with suicidal behavior**

SPC PZDP DMD them. GE Sukhareva,  
ANO Institute Integrative systems therapy,  
Lomonosov MSU, Dept. of Psychology, Moscow, Russia

**Keywords:** suicidal behavior, adolescents, family diagnosis

**Целью** нашего исследования было изучение особенностей функционирования семьи, её структурных и коммуникативных параметров, их взаимосвязи с психической патологией и феноменом суицидального поведения у девочек школьного возраста для будущего совершенствования диагностики и методов психологической профилактики и коррекции.

Впервые на материале детской психиатрической больницы с привлечением

семьи рассматривался феномен суицидального поведения девочек школьного возраста с привлечением родителей уже на диагностическом этапе исследования.

**Материал и методы.** Всего в исследовании приняли участие 77 девочек с различными психическими расстройствами, находящихся в НПЦ ПЗДП им. Г.Е.Сухаревой в связи с суицидальными попытками или суицидальным поведением (с ноября 2014 по март 2016). В экспериментальную группу были включены 20 девочек-подростков 11-18 лет и члены их семей, которые были выбраны по «случайному» признаку: дата госпитализации этих девочек попала на вторники и четверги. Контрольную группу составили 57 девочек с суицидальным поведением без включения родителей в исследование.

Нами использовались следующие методы и методики: метод клинико-психологической беседы; методика самооценки Дембо-Рубинштейн (модификация А.М.Прихожан) с новой шкалой «значимость в семье», которая помогла оценить субъективное положение ребенка в семейной системе и его отношение к этой позиции; Семейная социограмма (Э.Г.Эйдмиллер); Шкала семейной адаптации и сплоченности (FACES-3) Тест Олсона для оценки особенностей функционирования семейной системы с точки зрения сплоченности и адаптации; Рисунок семьи для выявления особенностей внутрисемейных отношений и исследования структуры семейной системы (модификация В. Хьюлса и Дж. Дилео).

**Результаты.** Следует отметить, что наибольший риск суицидального поведения приходится на возраст 14-16 лет (из 50 чел. 43 осуществляли реальные попытки чаще путем самопорезов, причем 14 из них - повторные), тогда как в 11-13 лет преобладают суицидальные угрозы (из 24 чел., 13 чел. совершили суицидальную попытку чаще путем отравления).

В обеих выборках преобладающей стала группа психопатоподобных синдромов, она составила 12 человек (для N=20) и 35 человек (для N=57) соответственно. Менее распространенными были галлюцинаторные (2 и 5 наблюдений) и депрессивные синдромы (4 и 10 наблюдений). Наименее представленной стала группа, включающая невротические синдромы (1 и 4 человека) и синдромы нарушения микросоциальной адаптации (1 и 3 наблюдения).

Среди диагнозов самым распространенным в двух выборках являлся F92.8 (другие смешанные расстройства поведения и эмоций – 5 детей и 17 соответственно), менее распространенными стали F31.6 (биполярное аффективное расстройство – 3 и 7 наблюдений) и F91.2 (социализированное расстройство поведения – 2 и 5 человек).

Преобладающим по 2-м выборкам в группе эндогенных расстройств стал диагноз F31.6- Биполярное аффективное расстройство (15% и 12.2% соответственно), в группе экзогенно-органических расстройств наиболее часто встречался диагноз F 92.8- Другие смешанные расстройства поведения и эмоций, по двум выборкам (25% и 29.8% соответственно). Диагноз F 91.2- Социализированное расстройство поведения стал наиболее распространенным в группе психогенных расстройств (10% и 8.7% соответственно).

Полученные нами результаты указывают на заметное преобладание шантажно-демонстративного характера суицида среди обследуемых

подростков обеих групп (55% и 61.5% соответственно). Истинные суицидальные попытки были отмечены у 2-х и 6-ти человек (10% и 10.5%); импульсивные - в 3-х и 7-ми наблюдениях (15% и 12.2%). У 4-х и 9-ти девочек в исследуемой выборке суицидальное поведение выражалось суицидальными мыслями, угрозами и не было представлено суицидальными попытками.

Преобладающей по частоте суицидальных проявлений стала группа девочек из неполных семей (45%), на втором месте находились девочки из полных семей (30%), третье место занимали подростки, воспитывающиеся в смешанных семьях (15%), воспитанницы детских домов по частоте суицидальных проявлений находились на 4-м месте (10%).

Чаще всего суицидальные проявления отмечались у девочек-подростков, являющихся единственным ребенком в семье (60%); затем - у детей из многодетных семей (20%). В семьях, имеющих 2-х детей, частота суицидальных проявлений была ниже и составила 15% случаев.

В целом для исследуемой группы девочек-подростков характерны трудности контакта со сверстниками (60%). По критерию конфликтности было показано близкое соотношение: у 9-ти девочек отмечались конфликтные отношения со сверстниками, и у 8-ми не отмечалось конфликта. Обособленность, затрудняющая контакты со сверстниками, выявлена у 3-х девочек (15%). Для исследуемой группы девочек-подростков характерны так же трудности контакта со сверстниками (60%).

Анализ особенностей устройства семьи, семейного функционирования и семейного взаимодействия показал, что преобладающее число суицидальных проявлений отмечено среди девочек, воспитывающихся в неполных семьях (45%), а так же среди единственных детей в семье (60%).

Для большинства девочек характерны конфликтные отношения с членами семьи (85% - 17 человек). Преобладающим является конфликт с матерью (8 наблюдений - 40%), конфликт с семейным окружением (в основном, с бабушками) отмечен у 4 девочек (20%). Конфликтные отношения с отцом либо отчимом были менее распространенными и составили по 10 % соответственно. Необходимо отметить, что представления девочек-подростков о собственной значимости в семье у подавляющего большинства испытуемых оказались низкими, что может быть косвенным подтверждением суицидогенного влияния семьи на личность ребенка.

В работе не было подтверждено влияние душевной болезни и суицида у родителей на возникновение суицидальных проявлений у девочек-подростков. Эти данные могут быть аргументом в пользу гипотезы исследования и указанием на влияние именно специфики семейного взаимодействия на формирование суицидального поведения.

Результаты методики «Семейная социограмма» дают возможность подтвердить предположение о непосредственном влиянии особенностей семейного функционирования и, в частности, структурного аспекта на динамику возникновения и развития суицидальных проявлений у девочек-подростков. Так, были выявлены затруднения эмоционального контакта с членами семьи и наличие бессознательных негативных чувств у 18 испытуемых.

Параметр, характеризующий самооценку, значимость других членов семьи для

испытуемого и иерархию в семье, указывает на наличие неадекватных, несбалансированных позиций: либо высокая самооценка (9 чел.), либо низкая самооценка и неприятие образа «Я» (6 чел.). Параметр психологической дистанции между членами семьи также раскрывает конфликтные отношения в семьях и переживание чувства эмоционального отвержения - у 7 человек. Получены данные, указывающие на «центральное» положение подростка и его проблем в семье и на возможную повышенную ответственность ребенка (в частности, за дистанцию между родителями) – 5 человек.

Исследование (Тест Олсона) 20-ти семей показало следующие тенденции: семьи являются несбалансированными и занимают крайние значения по показателям сплоченности и гибкости/ригидности - что отражает проблемный уровень функционирования. Результаты соотносятся с выдвинутым предположением, что особенности семейного функционирования оказывают влияние на возникновение и закрепление проблемного (в т.ч. суицидального) поведения у девочек-подростков.

**Выводы.** 1. Семьи, воспитывающие ребенка с феноменом суицидального поведения, имеют особенности в своей структуре (хаотичная, ригидная структура), в психологической дистанции между членами семьи и затруднения эмоционального контакта членов семьи.

2. В семьях, в которых воспитываются девочки с феноменом суицидального поведения, есть особенности коммуникативной сферы: ощущение низкой значимости собственной фигуры в семье у подростка, конфликтные отношения между членами семьи. Семьи имеют проблемный уровень функционирования: являются несбалансированными и занимают крайние значения по показателям сплоченности и адаптации/гибкости.

3. В семьях, воспитывающих детей с психогенными расстройствами, наблюдается преобладание запутанной и хаотичной структуры. В семьях с детьми, имеющими эндогенное заболевание, наиболее часто встречались разобщенная и ригидная структуры. Высокий или нормальный уровень сплоченности в сочетании с ригидностью отмечался в семьях, в которых растут девочки с экзогенно-органическими нарушениями.

4. В психиатрическом стационаре большинство случаев суицидального поведения у девочек «шифруется» врачами, как психопатоподобный синдром и нарушения поведения, т.е. понимается как проблема ребенка, а не проблема его взаимодействия с окружающими и вытекающие из этих сложностей нарушения адаптации.

5. Реакция родителей на суицидальное поведение их детей оказалась различной. Родители детей с психогенными расстройствами отреагировали на суицидальное поведение ребенка и продемонстрировали готовность к изменениям через включение в диалог с ребенком. Родители детей, составляющих группу эндогенных расстройств, не проявили активной реакции на суицидальное поведение ребенка, либо это поведение вообще осталось для них незамеченным. Родители детей с экзогенно-органическими расстройствами так же не демонстрировали активной реакции на суицидальное поведение ребенка, либо проявляли тенденцию к усилению контроля над ребенком.

6. Роль семьи в формировании и закреплении суицидального поведения,

реакция родителей на суицидальную активность ребенка и кратность суицидальных попыток свидетельствует о необходимости включения родителей в психологическую помощь своему ребенку. Готовность семей участвовать в диагностических мероприятиях показала возможность включения родителей в работу с психологом в условиях детского психиатрического стационара с разработкой индивидуальной и дифференцированной программы коррекции.

**Белова М.Ш.**

**Значение гаджетов в развитии психики ребенка: к постановке проблемы**

ООО «Современная Академия развития», Москва, Россия

[marybelova-psy@yandex.ru](mailto:marybelova-psy@yandex.ru)

**Ключевые слова:** психотехнология, психологические последствия технологий, роль электронных устройств в развитии ребенка, поведение ребенка, гаджет

**Belova M.**

**The value of the gadgets in the development of the child's psyche: to the problem**

Modern Development Academy Ltd. Moscow, Russia

**Keywords:** psychotechnology, psychological consequences of technologies, the role of technical devices in the child-development, the child's behavior, gadget

С появлением и внедрением в повседневную жизнь различных современных технических средств (планшеты, смартфоны, игровые приставки и др. гаджеты) жизнь, несомненно, изменилась. Особенно сильно эти изменения сказались на жителях мегаполисов и крупных городов, где электронные технологии не только стремительно развиваются, но и сопровождают развитие ребенка уже с самого раннего возраста. На сегодняшний день дети, родившиеся в городах-миллионниках, не представляют свою жизнь без компьютера и осваивают современные устройства очень рано, едва научившись ходить. Важно отметить, что ранний возраст в жизни ребенка является наиболее ответственным периодом, когда развиваются психические функции, речь, начинается формирование личности [12].

В современном обществе технологии оказывают значительное влияние на психические процессы и отношения людей, становясь «психотехнологиями» [7]. Это обусловлено тем, что с помощью электронных устройств осуществляется целый ряд человеческих деятельностей, основу которых составляет познавательная, игровая и коммуникативная [3]. Гаджет, выступая одновременно и средством общения и получения информации, и банком игр, и инструментом для развлечения, становится также и средством формирования представлений о мире [12]. Существенное значение приобретает использование компьютерной техники как носителя программных и информативных систем при организации учебного процесса [6], в том числе дистанционного. Происходящие научно-технические изменения находят отражение и в детской игре [16]. Скачок в развитии электронной промышленности привел к тому, что жизнь современного ребенка стала изобиловать компьютерными играми различного рода [16]. Родители рассматривают гаджеты как средство для утешения, от-

влечения и развития детей. Замещение и подмена человеческого способа взаимодействия в семье электронным устройством представляет опасность, нарушая нормальный ход психического, социального, культурного и духовного развития детей [1]. Проблема возникновения новых форм психической патологии, обусловленных масштабными социальными переменами или применением современных технологий, становится все более актуальной [15].

Культурно-исторический подход Л.С. Выготского рассматривает социальную среду в качестве главного источника развития личности. Развитие ВПФ происходит по механизму интериоризации, «вращения» - ребенок присваивает жизненный опыт, усваивает внешнюю социальную деятельность в процессе овладения предметными действиями, речью, ролевыми играми [С.Я. Рубинштейн, Выготский]. В процессе развития ребенок усваивает не только содержание культурного опыта, но приемы и формы культурного поведения, культурные способы мышления. Опираясь на представления школы Л.С. Выготского о закономерностях психологического онтогенеза и об опосредованном строении ВПФ, А.Ш. Тхостов разрабатывает идею о «культурном» теле и его символической природе и присвоении телесного опыта. Для ребенка отправной точкой в освоении окружающего мира становится его собственное тело. Телесность встраивается в общий ход психического развития как ВПФ [17], и гаджет может в этом смысле «срашиваться» с индивидом уже в детском возрасте, когда грань между игрой и реальностью довольно размыта [14]. Периодизация детского развития в работах различных авторов отмечена кризисными периодами, претерпевающими моменты качественных перестроек, и критическими периодами становления конкретных психических функций. На каждом этапе ребенок является объектом социальных воздействий и обладает сензитивностью к определенным типам воздействия, что определяется возрастными возможностями [9]. В раннем возрасте, до 3 лет, доминирующей ВПФ является восприятие, когда дети легко получают полимодальный сенсорный опыт: глубина пространства, оживающие под пальцами фигуры, звуковое сопровождение. Постоянные манипуляции с планшетом способствуют замене эмоционально-насыщенного познания мира и превращают ребенка в «человека играющего», что может привести к нарушениям коммуникации, негативно отразиться на познавательной активности ребенка, и даже может сформировать аутистикоподобные черты в поведении.

Дошкольники, злоупотребляющие гаджетом, – это дети, не играющие в сюжетно-ролевые игры, не умеющие играть в игры с правилами, вырабатывать эти правила для себя. Поскольку, игра – источник развития и создает зоны ближайшего развития – утверждал Выготский [8], от особенностей генезиса игры и качественных характеристик уровня ее развития зависит формирование основных психологических новообразований дошкольного возраста.

Врачи-специалисты разных профилей, педагоги, психологи отмечают изменения в физическом и психическом здоровье ребенка, во многом связанные с современной социальной ситуацией развития, в особенности, с ее технической стороной. Опыт работы психологического консультативно-развивающего центра «Современная академия развития для детей» позволяет смоделировать пример школьника с чрезмерным использованием гаджетов. У значительного количества детей обнаруживается низкая мотивационная готовность к обуче-

нию в школе [8], слабость регуляторных функций и вербальной регуляции произвольного действия [1], хроническая гипоксия от нахождения в непроветриваемых помещениях, отвлекаемость, низкие нейродинамические показатели. Среди побочных эффектов от злоупотребления гаджетами следует отметить также ухудшение зрения, нарушение цикла сон-бодрствование, нарушения опорно-двигательного аппарата, осанки (дети много времени проводят в положении лежа в руках с электронным устройством), различные трудности в практике и моторике (для совершения манипуляций с гаджетом требуется лишь участие больших пальцев рук). Речь при этом идет о детях с минимальной мозговой дисфункцией, «практически здоровых» [1], но не справляющихся с программой обучения в школе, не успевающих за темпом работы класса/группы.

Данные примеры наглядно демонстрируют острую нехватку пособий и методических рекомендаций по этому направлению и показывают растущую у специалистов коррекционно-развивающей области потребность в новых диагностических инструментах, научно практическом обосновании коррекционной деятельности в ответ на современные запросы родителей. Именно здесь возникают вопросы подвижных границ нормы и патологии в оценке современных «орудий» (гаджетов). Норма отличается возможностью компенсации, которая происходит в случае, если среда предъявляет к ребенку требования в пределах его адаптивных возможностей [1]. В связи с этим, встает вопрос о создании условий для правильного развития ребенка в современной социальной ситуации (по С. Я. Рубинштейн).

В обществе закреплён стереотип о неблагоприятном влиянии планшета на неокрепшую психику ребенка. Несмотря на это, гаджеты используются родителем как средство отвлечения или утешения ребенка, например, при скрашивании ожидания врача, а также для приобретения личного времени взрослого [1]. Сами дети дошкольного возраста испытывают затруднение в классификации компьютера как электронной техники (это машина, которая помогает что-то делать, «поиграл, а игрушки убирать не надо») [2]. Среди последствий негативного влияния гаджетов на психику отмечается феномен ослабления потребности и мотивации в контакте с родителями у ребенка, взрослый трансформируется в «хранителя гаджета» и теряет способность влиять на поведение ребенка [1]. Отмечается подавление собственной активности ребенка, ведь отпадает необходимость в использовании предметов-заместителей [16], по которым мы могли бы судить о воображении в наглядно-действенной форме (Л.С. Выготский). Дети, с которыми никто никогда не играл, не могут сами изобрести игровые замещения и породить мнимую ситуацию [11]. Происходят изменения в лингвистическом составе речи дошкольников [2], речь изобилует повествованием об образах, взятых из компьютерных игр, зачастую носящих характер «shutters» («стрелялок»), ведь интерес к дидактическим играм дети проявляют нечасто. Общение и взаимодействие вытесняются из жизни ребенка, сменяясь уходом от реальности, замкнутостью, аутизацией. У таких детей притупляется чувство самосохранения, виртуальная игра позволяет «умирать» много раз, а также наделяет ребенка неэффективной копинг-стратегией: конфликтные ситуации решаются при помощи силы и оружия. Важную роль общения, как условие полноценного развития ребенка, подчеркивали многие



авторы (Л.С. Выготский, А.А. Леонтьев, Л.Ф. Обухова, Е.О. Смирнова, М.И. Лисина, А.А. Бодалев и др.). Таким образом, разрушается фундамент для освоения и развития ребенком способов саморегуляции.

Злоупотребление гаджетами таит в себе опасность проявления зависимости, которая в свою очередь, может быть и прямым следствием информатизации обучения и быта [4, 18]. Однако в МКБ-10 на данный момент не выделяется раздел «компьютерная зависимость» в силу новизны феномена.

Несмотря на все негативные последствия бесконтрольного использования гаджетов детьми, в литературе накоплены и данные о том, что компьютерные технологии, будучи инструментом создания комфорта и оптимизации деятельности, могут влиять на уровень мотивации и самооценки ребенка в положительном ключе [«Цифровой детский сад», Москва]. В учебном процессе он выступает средством моделирования предметного содержания объектов, средством организации учебной деятельности и форм контроля, а манипулятивно-игровая ориентация совместного действия может быть изменена на учебно – исследовательскую [6]. Более того, если родители полностью ограничивают ребенка от использования гаджетов, они создают разрыв коммуникации ребенка с одноклассниками (синдром «белой вороны»), задержку в культурном развитии ребенка.

Очевидно, что доступные формы использования гаджетов могут иметь как положительное, так и отрицательное влияние на развитие различных сторон психики (эмоции, общение, мышление). Исходя из этого, возможно поставить следующие теоретические и практические задачи исследования влияния гаджетов на развитие ребенка:

- Необходима разработка методологического аппарата, диагностических инструментов, коррекционных программ по данному направлению, способов оценки и прогнозирования влияния гаджетов на психику.
- Важно обозначить границы нормы и патологии, квалифицировать симптомы с нейропсихологической и патопсихологической составляющей.
- Следует обеспечить грамотное консультирование родителей по поводу обращения с гаджетами и органичного включения в среду ребенка; по поводу подбора компьютерных игр, познавательных занятий с использованием персонального компьютера для гармоничного развития ребенка, введение и прививание интереса к тренингам общения (программы «Играем без компьютера»), начинающих свою работу в некоторых консультативных центрах.
- Проведение психопрофилактических мер и психогигиенических мероприятий должно быть адекватным и регулярным.

Использование гаджетов не является заменой другим формам детской активности. Необходимы совместные усилия команды специалистов (педагогов, психологов, медиков и др.) и адекватная родительская позиция для успешной работы по уменьшению негативного влияния увлечения гаджетами в детстве.

#### Литература

1. Белоусова М.В., А.М. Карпов, Уткузова М.А. Влияние гаджетов на развитие коммуникации, социализации и речи у детей раннего и дошкольного возраста // Практическая медицина, № 9, 2014, с. 108-112
2. Бревнова Ю.А. Особенности влияния компьютерной техники на современную субкультуру детства// Фундаментальные исследования. – 2011. - № 12-3. – С.465- 468

3. Войскунский А.Е. Психологические аспекты деятельности человека в Интернет-среде// 2-ая Российская конференция по экологической психологии. Тезисы. М.,2000, с. 240-245
4. Вострокнутов Н. В., Пережогин Л. О. Зависимость от персонального компьютера, компьютерных игр и Интернета в детской психиатрической практике // Практическая медицина, № 38, 2009, с 31-35
5. Глозман Ж.М. Соболева А.Е. Нейропсихологическая диагностика детей школьного возраста, Научно-исследовательский Центр детской нейропсихологии им. А.Р.Лурия, 2014
6. Давыдов В.В., Рубцов В.В., Крицкий А.Г. Психологические основы организации учебной деятельности, опосредованной использованием компьютерных систем// Журнал «Психологическая наука и образование», № 2 с. 68-72
7. Емелин В.А. , Рассказова Е.И. , Тхостов А.Ш Технологии и идентичность: трансформация процессов идентификации под влиянием технического прогресса. Журнал «Современные исследования социальных проблем», № 9 , 2012
8. Карабанова О.А. Возрастная психология. Конспект лекций конспект. //Айрис-пресс, 2005
9. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. — СПб.: Питер, 2008.
10. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов 3-е изд., перераб. и доп.-М.: Просвещение, 1986.-192 с.
11. Смирнова Е. О. Детская психология. -- М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2006.
12. Табурца В.А. Влияние гаджетов на психику ребенка: маркеры проблемы, спектр последствий// Научно-методический электронный журнал «Концепт». -2016- Т. 15. – С. 1826–1830. – URL: <http://e-koncept.ru/2016/96284.htm>
13. Токарева Е.Н. Особенности развития общения ребенка раннего возраста со взрослым// Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения, 2011, с. 157 – 161
14. Тхостов А.Ш., Емелин В.А. От тамагочи к виртуальному ошейнику: границы нейтральности технологий// Психологические исследования (электронный журнал). — 2010. — № 6(14).
15. Тхостов А. Ш., Сурнов К. Г. Влияние современных технологий на развитие личности и формирование патологических форм адаптации: обратная сторона социализации// Психологический журнал. 2005. № 6.
16. Ширшова О. В. Анализ содержания и структуры игры современного дошкольника ISSN 2076-7099 No 3, с. 28-36, 2014
17. Шишковская А.В. Дефиниции «Я-телесного» в психологических исследованиях // URL: [http://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40806\\_full.shtml](http://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40806_full.shtml) - Психология телесности: теоретические и практические исследования
18. Young K.S. Psychology of computer use: addictive use of the internet: a case that breaks the stereotype. Psychological reports, 1996.

### **Белопольская Н.Л.**

**Исследования личности в патопсихологическом эксперименте: возрастная идентификация и психологический возраст у наркозависимых и больных шизофренией**

Московский Институт психоанализа, Москва, Россия  
[natalybelopolsky@mail.ru](mailto:natalybelopolsky@mail.ru)

**Ключевые слова:** психологический возраст, наркозависимые, больные шизофренией

**Belopol'skaya N.**

**Personality analysis in pathopsychological experiment: age identification and psychological age of drug addicts and patients with schizophrenia**

Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia

**Keywords:** psychological age, drug addicts, schizophrenics

**Проблема.** Традиционно выводы об особенностях личности больного на патопсихологическом исследовании делались на основе методов наблюдения и клинической беседы [1]. Следует признать, что эти методы являются важнейшими. Однако, во-первых, они надежны только в руках очень компетентного психолога, а во-вторых, все же не свободны от субъективной оценки психологом пациента.

Отправной точкой для исследования личности, а точнее самосознания больного явилась методика «Самооценка», разработанная С.Я. Рубинштейн, известная как уже классическая методика Дембо-Рубинштейн [2]. Эта методика имеет множество модификаций, так как легко подстраивается под различные задачи, как патопсихологических исследований личности, так и исследований в других направлениях психологии.

**Цель исследования.** В практике патопсихологической диагностики, на наш взгляд, сохраняется потребность в поиске и апробации новых методик, позволяющих исследовать личность больного в клинике и получать дополнительный диагностический материал.

В 2011 году нами была разработана и опубликована методика «Половозрастная идентификация для подростков и взрослых». Эта методика позволили нам расширить арсенал средств, подходящих для патопсихологической диагностики личности в клинике, а также начать цикл исследований, посвященных изучению нарушений половозрастной идентификации и представлений психически больных людей и лиц, переживающих жизненный кризис, о своем психологическом возрасте [3,4]. Оказалось, что нарушения половозрастной идентификации значительно коррелируют с психологическим возрастом психически больных людей, а также лиц, переживающих жизненный кризис[3].

В частности, совместно с дипломниками О.В. Кубарево и М. А. Корнеевым нами было проведено исследование двух категорий испытуемых.

**Выборка.** Первую группу составили 30 наркозависимых (15 мужчин и 15 женщин), являющихся резидентами Центра социальной реабилитации в возрасте от 19 до 36 лет. Вторую группу представляли 26 больных шизофренией (11 мужчин и 15 женщин) в возрасте от 20 до 35 лет, находящихся на стационарном лечении. Диагноз: параноидная форма шизофрении. Наличия деменции в историях болезни не отмечено. Контрольную группу составили 30 человек (15 мужчин и 15 женщин), не имевших опыта употребления наркотиков, не обращавшихся к психиатрам за помощью и прошедшие собеседование с клиническим психологом. Возраст испытуемых находился в диапазоне 20-36 лет.

Проблема психологического изучения личности лиц, страдающих наркозависимостью, является одной из современных проблем клинической психологии, так как наркотической зависимости подвержены лица разного возраста, практически с любыми отклонениями в психическом развитии. При злоупотреблении наркотическими веществами перестраиваются все изначаль-

ные установки человека на свое настоящее, прошлое и будущее. Наркотическая зависимость способна при игнорировании большой проблемы, нарушить все основные физические, социально-психологические и психические процессы.

**Результаты.** Было показано, что 80% наркозависимых имеет нарушения половозрастной идентификации. Так, самоидентификация взрослых больных производилась с образами более молодого возраста: юности, дошкольного и школьного детства и младенчества. Образ зрелости оказался не привлекательным для выборки вне зависимости от хронологического возраста. Юность выбрали 43%, остальным испытуемым больше нравились образы юности и детства. Непривлекательными образами стали образы старости и смерти, как и в нормативной выборке.

Психологический возраст у наркозависимых лиц оказался значительно моложе их паспортного возраста по сравнению с нормативной выборкой. Было установлено, что психологический возраст наркозависимых не зависит от их пола, уровня образования, социального статуса и стажа наркотизации. Описание своих возрастных особенностей наркозависимыми более соответствовали подростковому и юношескому возрасту.

У больных шизофренией было выявлено нарушение представления о непрерывности своего прошлого, настоящего и будущего, искажение чувства времени. Несмотря на то, что память больных шизофренией о прошлом остается сохранной, все те знания о себе, которые были у них до манифестации болезни, остаются, хотя и приобретают формальный характер, лишенный индивидуальности. Возрастная самоидентификация у больных сильно нарушена, она связана с негативным отношением к своему настоящему и идентификацией с возрастной позицией, предшествующей болезни. Негативное отношение к настоящему увеличивается по мере увеличения длительности заболевания.

Результаты исследования половозрастной идентификации показали нарушения возрастной идентификации по всем основным ее составляющим: нарушение возрастной самоидентификации, построение последовательности и выборы предпочтительных и негативных возрастных образов.

У больных шизофренией базисным расстройством переживания времени является блокировка будущего. Такое восприятие времени сопровождается чувством отстраненности, пустоты, ощущением, что события проходят мимо. Прошлое, вследствие искажения эмоциональной сферы также теряет свою личностную значимость и предстаёт в сознании больного человека как цепочка событий, никак не связанных друг с другом.

Нарушение ощущения непрерывности и целостности собственной жизни приводит к резким изменениям в самоощущении и самовосприятии больного, страдающего шизофренией, который воспринимает себя только в одной роли своего настоящего — роли пациента. Таким образом, обесцениваются возрастные идентификации и своего прошлого, и своего будущего. Отсутствует положительное эмоциональное ощущение, свойственное здоровым людям, когда они ощущают себя моложе или гораздо моложе своего паспортного возраста. Также отсутствует и отрицательное эмоциональное отношение, характерное для нормативной выборки, сопровождающее ощущение более старшего, по отношению к паспортному, психологического возраста.

Идентификация с ролью больного и негативная оценка своего настоящего создает условия для негативной оценки и своего прошлого, и своего будущего, снижает эмоциональную насыщенность жизни, повышает ощущение собственной беспомощности перед сложившимися обстоятельствами.

Задача по определению своего психологического возраста перестает быть эмоционально-личностной задачей и переходит в зону когнитивных задач. Больные должны припомнить свой хронологический возраст, который является единственным ориентиром в их оценке своего возраста вообще. Для проверки этой гипотезы мы предложили больным шизофренией определить их «лицевой возраст» с помощью зеркала. Задание привело больных в полное смущение. Они некоторое время смотрели на себя в зеркало, но не смогли дать оценку своему лицевому возрасту. Таким образом, было обнаружено нарушение еще одной составляющей структуры представления о своем возрасте, характерной для психически здорового и благополучного человека.

**Заключение.** Исследование половозрастной, возрастной идентификаций и психологического возраста дает важную диагностическую информацию о состоянии самосознания психически больного человека.

Полученные результаты позволили увидеть характерные для каждой выборки нарушения возрастной идентификации и представлений о своем психологическом возрасте. Так, основной особенностью наркозависимых лиц в достаточно широком объективном возрастном диапазоне оказались инфантильные представления о своей возрастной роли и эмоциональные ощущения привлекательности детского и юного возрастов.

Психологический возраст лиц, больных шизофренией, не обнаружил отклонений в сторону своего увеличения или занижения, а фактически продемонстрировал полное отсутствие эмоционального компонента в оценке своего субъективного возраста, как психологического, так и лицевого.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1986.
2. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Практическое руководство М.: Медицина, 1970.
3. Белопольская Н.Л. Экспериментальное исследование возрастной идентификации у людей, совершивших суицидальную попытку // Психологическая наука и образование. №10. 2010. С. 125-133.
4. Белопольская Н.Л., Виссарионова В.В., Шафирова Е.М. Определение хронологического возраста по лицу человека / Лицо человека как средство общения. М.: Когито-Центр, 2012. С. 33-44.

**Бенилова С.Ю., Давидович Л.Р.**

**Сравнительный анализ эмоционально-поведенческих проявлений в дифференциальной диагностике детского аутизма и специфических нарушений развития речи**

Центр развития речи АиБ, Московский педагогический государственный университет, Институт детства, кафедра дошкольной дефектологии,

Москва, Россия,

[sveta09ben@yandex.ru](mailto:sveta09ben@yandex.ru), [lrd81@yandex.ru](mailto:lrd81@yandex.ru)

**Ключевые слова:** диагностика, аутизм, речь, эмоции, поведение

**Benilova S., Davidovich L.**

**Comparative analysis of emotional-behavioral manifestations in the differential diagnosis of infantile autism and specific developmental disorders of speech**

Center of speech development AiB, Moscow state pedagogical University,  
Institute of childhood, Department of preschool defectology, Moscow, Russia

**Keywords:** diagnosis, autism, speech, emotions, behavior

**Введение.** В нашей стране и за рубежом в последние годы прослеживается значительное увеличение количества детей с системными специфическими расстройствами развития экспрессивно-рецептивной речи по типу афазии развития или сенсомоторной алалией (СРРЭРР) и детей с детским аутизмом (ДА) [1, 3, 6, 7]. В практике работы с неговорящими детьми специалисты сталкиваются с одной из самых сложных проблем – дифференциальной диагностикой тяжелых речевых нарушений с другими нарушениями развития психической сферы. При внешне сходных проявлениях могут быть принципиально разные расстройства. Системные нарушения речи и детский аутизм характеризуются общностью проявлений, в том числе эмоционально-поведенческих. Сложности диагностики, особенно ранней, приводят к постановке неправильного диагноза. Принципы проведения дифференциальной диагностики были нами изложены в предыдущих работах, в результате были изменен диагноз ДА на СРРЭРР у 85% наблюдавшихся детей [3, 6, 7]. Между эмоционально-поведенческими проблемами и расстройствами развития нервно-психической сферы существуют определённые связи. Встает вопрос о необходимости выявления различных эмоционально-поведенческих расстройств при системных нарушениях развития речи и детском аутизме. Недооценка этого приводит к тому, что системные нарушения речи у дошкольников расценивают как детский аутизм. При обоих расстройствах нами отмечены общие характерные эмоционально-поведенческие нарушения: двигательная расторможенность и импульсивность, нарушение активности внимания и поведения, церебральная истощаемость, тревожно-фобические расстройства, социально-тревожное расстройство, депрессивное поведение, тикозное расстройство, неорганический энурез, негативизм и отказ от продуктивной деятельности, нарушения поведения, ограничивающиеся условиями семьи (нарушение детско-родительских отношений). В данном исследовании мы не рассматривали аутистический спектр, т.к. это отражено в наших предыдущих работах [3, 6, 7].

**Цель.** Выявление диагностически значимых эмоционально-поведенческих нарушений, характерных для специфических расстройств развития речи и детского аутизма, фиксирование сроков появления позитивных новообразований в психоречевом развитии и редукции психопатологических проявлений.

**Материал и методы.** В течение 2012–2015 гг. в детском отделении Центра патологии речи и нейрореабилитации ДЗМ, на кафедре дошкольной дефектологии Института детства Московского педагогического государственного университета и Центра развития речи AiB г. Москвы проводилось наблюдение за 59 неговорящими детьми (41 – мальчик, 18 – девочек, возраст – от 2 лет 8 месяцев до 6 лет), поступившими без вербальных

средств общения, с выраженными проявлениями расстройств аутистического спектра, предварительным диагнозом «детский аутизм», задержанным психическим развитием и выраженными эмоционально-поведенческими расстройствами. Критерии включения в исследование: отсутствие вербальных средств общения; возраст от 2,5 лет до 6 лет, отсутствие эндогенного заболевания, информированное согласие родителей, отсутствие комплексной нейрореабилитации последние два месяца. Использовались методы: клиническое наблюдение (общее клиническое, неврологическое, психопатологическое, логопедическое); психологический, нейропсихологический, статистический. Дети прошли полное обследование у психиатра, невролога, логопеда, нейропсихолога, психолога. Диагностика проводилась в рубриках МКБ-10. Дифференциальная следящая диагностика осуществлялась в динамике на фоне комплексной нейрореабилитации с регулярным динамическим наблюдением у перечисленных специалистов, регистрацией динамики эмоционально-поведенческого состояния. Содержание комплексной нейрореабилитации: 1) индивидуальные и групповые логопедические занятия по методике Т. С. Резниченко (стимулирование появления речи с учетом когнитивного стиля восприятия информации и опорой на чтение); 2) индивидуальные и групповые психологические занятия, направленные на формирование речевой и интеллектуально-познавательной деятельности, когнитивных функций, коммуникативной сферы, нормализации эмоционально-поведенческих расстройств; 3) курсовая патогенетическая медикаментозная терапия – КПМТ, основанная на одновременном воздействии на взаимосвязанные звенья патогенеза [2, 5]; 4) психотерапевтическая поддержка семьи, коррекция детско-родительских отношений [4]; 5) логоритмические занятия; 6) нейросенсорная коррекция, 7) эрготерапия. Диагностически значимые показатели специалисты фиксировали после каждого занятия, они анализировались через 3–6–9–12–18 месяцев. Все данные верифицированы. Критерии оценки эффективности эмоционально-поведенческих расстройств: 5 баллов – выраженные психопатологические проявления; 4 балла – незначительное улучшение (умеренные постоянные проявления); 3 балла – улучшение (умеренные непостоянные проявления); 2 балла – существенное улучшение (проявления, возникающие в ситуации провокации); 1 балл – значительное улучшение; 0 баллов – отсутствие проявлений. Частота эмоционально-поведенческих нарушений при поступлении у всех пациентов: 1) двигательная расторможенность и импульсивность – у 100% наблюдавшихся детей, 2) нарушение активности внимания и церебральная истощаемость – 100%, 3) тревожно-фобические расстройства – 100%, 4) социально-тревожное расстройство – 87%, 5) депрессивное поведение – 87%, 6) тикозное расстройство – 33,3%, 7) неорганический энурез – 14,8%, 8) низкая самооценка и неуверенность в своих возможностях – 79,3%, 9) негативизм и отказ от продуктивной деятельности – 100%, 10) нарушение детско-родительских отношений – 96,3%.

**Результаты.** Через 18 месяцев от начала проведения нейрореабилитации диагноз ДА диагностирован у 16,0% детей, а СРРЭРР – у 84,0% пациентов, что соответствует данным, полученным в предыдущих работах [3, 6, 7]. У детей с ДА при поступлении выявлены: двигательная расторможенность и

импульсивность – 100%; нарушение активности внимания и церебральная истощаемость в 5 б. – 100%; тревожно-фобические расстройства 5 б. – 100%; негативизм и отказ от продуктивной деятельности 5 б. – 100%; нарушение детско-родительских отношений 5 б. – 100%; неорганический энурез 5 б. – 14,3%. При поступлении у этой категории детей не были зарегистрированы (0 баллов) социально-тревожное расстройство, депрессивное поведение, тикозное расстройство, низкая самооценка и неуверенность в своих возможностях. У детей с СРПЭРР при поступлении зарегистрированы: нарушение активности внимания и церебральная истощаемость в 5 б. – 59,5%; 4 б. – 21,3%, 3 б. – 12,8%, 2 б. – 6,4%; двигательная расторможенность и импульсивность в 5 б. – 100%; тревожно-фобические расстройства в 5 б. – 66,0%, 4 б. – 25,5%, 3 б. – 8,5%; социально-тревожное расстройство в 5 б. – 89,4%, 4 балла – 10,6%; депрессивное поведение в 5 б. – 89,4%, 4 б. – 10,6%; тикозное расстройство в 5 б. – 17,0%, 4 б. – 14,9%, 3 б. – 6,4%; неорганический энурез в 5 б. – 4,25%, 4 б. – 8,5%, 3 б. – 4,25%; низкая самооценка и неуверенность в своих возможностях в 5 баллов – 35,8, 4 б. – 42,5, 3 б. – 21,6; негативизм и отказ от продуктивной деятельности в 5 б. – 42,6%, 4 б. – 31,9%, 3 б. – 14,9%, 2 б. – 10,6%; нарушение детско-родительских отношений в 5 б. – 25,5%, 4 б. – 59,6%, 3 б. – 10,6%, 0 б. – 4,3%

У детей с ДА за весь период нейрореабилитации положительная динамика зафиксирована при следующих нарушениях: неорганическом энурезе через 18 месяцев до 3 баллов – 14,3% и нарушение детско-родительских отношений 5 б. – 0%, 4 б. – 4,3%, 3 б. – 2,1%, 2 б. – 4,3%, 1 б. – 0%, 0 б. – 4,3%. При остальных расстройствах показатели остались на уровне 5 баллов.

Напротив, у пациентов с СРПЭРР зафиксированы значимые положительные показатели во всех сроках: 3 – 6 – 9 – 12 – 18 месяцев. Через 18 месяцев зарегистрированы: нарушение активности внимания и церебральная истощаемость в 5 б. – 0%, 4 б. – 0%, 3 б. – 21,3%, 2 б. – 29,8%, 1 б. – 34,0, 0 б. – 14,9; двигательная расторможенность и импульсивность в 5 б. – 0%, 4 б. – 0%, 3 б. – 0%, 2 б. – 42,6%, 1 б. – 31,9%, 0 б. – 25,5%; тревожно-фобические расстройства в 5 б. – 0%, 4 б. – 0%, 3 б. – 34,0%, 2 б. – 25,5%, 1 б. – 19,2%, 0 б. – 21,3%; социально-тревожное расстройство в 5 б. – 0%, 4 б. – 0%, 3 б. – 25,5%, 2 б. – 31,9%, 1 б. – 10,7%, 0 б. – 31,9%; депрессивное поведение в 5 б. – 0%, 4 б. – 0%, 3 б. – 0%, 2 б. – 4,3%, 1 б. – 14,9%, 0 б. – 80,8%; тикозное расстройство в 5 б. – 0%, 4 б. – 0%, 3 б. – 0%, 2 б. – 2,1%, 1 б. – 2,1%, 0 б. – 95,8%; неорганический энурез в 5 б. – 0%, 4 б. – 0%, 3 б. – 0%, 2 б. – 0%, 1 б. – 2,1%, 0 б. – 97,9%; низкая самооценка и неуверенность в своих возможностях в 5 б. – 0%, 4 б. – 8,5%, 3 б. – 14,9%, 2 б. – 25,5%, 1 б. – 34%, 0 б. – 17,0%; негативизм и отказ от продуктивной деятельности в 5 б. – 0%, 4 б. – 0%, 3 б. – 21,3%, 2 б. – 29,9%, 1 б. – 34,0%, 0 б. – 14,8%; нарушение детско-родительских отношений в 5 б. – 6,4%, 4 б. – 4,3%, 3 б. – 8,5%, 2 б. – 21,3%, 1 б. – 17,0%, 0 б. – 42,5%. Выраженность эмоционально-поведенческих нарушений у детей с СРПЭРР к 18 месяцу комплексной нейрореабилитации, существенно уменьшилась и стала менее актуальной. Уровень этих расстройств у детей с ДА оставался таким же выраженным, как и при поступлении.

Резюме. Сравнительный анализ приведенных данных исследования достоверно показал обоснованную аргументацию в пользу проведения



предложенной системы фиксации клинически значимых показателей эмоционально-поведенческих расстройств при проведении следящей длительной дифференциальной диагностики на фоне комплексной нейрореабилитации детей с отсутствием вербальных средств общения и наличием расстройств аутистического спектра. Этот принцип позволил снять диагноз «детского аутизма» у 84% детей.

#### Литература

1. Белоусова М.В., Прусаков В.Ф., Уткузова М.А. Расстройства аутистического спектра в практике детского врача / Сб. трудов «Практическая медицина. Неврология». – №06 (09), 2009. – Казань, 2009.
2. Бенилова С.Ю. Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия в комплексном лечении тяжелых речевых расстройств у детей дошкольного возраста: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2004. – 20 с.
3. Бенилова С.Ю. Дифференциальная диагностика системных нарушений речи с детским аутизмом (опыт работы с неговорящими детьми) // Сб. трудов V Международного Конгресса «Молодое поколение XXI века: актуальные проблемы социально-психологического здоровья» 17-20 сентября 2013 года, г. Москва. – Москва, 2013.
4. Бенилова С.Ю. Влияние стилей общения с детьми на их развитие, деятельность и интеграцию // Учебное пособие для педагогов, дефектологов, психологов и детских врачей. – М.: В. Секачев, 2014. – 184 с.
5. Бенилова С.Ю. Патогенетические подходы к комплексному лечению нарушений речи у детей и подростков с последствиями органического поражения центральной нервной системой / Курсовая патогенетическая медикаментозная терапия // Пособие для врачей. – М.: В. Секачев, 2016. – 64 с.
6. Бенилова С. Ю., Давидович Л.Р. Логопедия. Системные нарушения речи (этиопатогенез, классификации, коррекция, профилактика) / С. Ю. Бенилова, Л. Р. Давидович. — М.: МПСУ; Воронеж: МОДЭК, 2012. — 544 с. — (Серия «Библиотека логопеда»).
7. Бенилова С.Ю., Резниченко Т.С. Новые подходы к проблеме дифференциальной диагностики системных нарушений речи и детского аутизма // журн. «Вопросы психического здоровья детей и подростков» – М., 2010. – №1. – С. 38 – 51.

**Бочаров В.В., Шишкова А.М.**

**Проблемы исследования конструктивной личностной активности родственников больных с химической аддикцией**

ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия  
[bochvikvik@gmail.com](mailto:bochvikvik@gmail.com); [shishaspb@mail.ru](mailto:shishaspb@mail.ru)

**Ключевые слова:** методология, родственники аддиктивных больных, «созависимость», конструктивная личностная активность, «выгорание»

**Bocharov V., Shishkova A.**

**Research problems of constructive personal activity of relatives of patients with chemical addiction**

Bekhterev Research Psychoneurological Institute, St. Petersburg, Russia

**Keywords:** methodology, relatives of patients with addictive disorder, «codependency», constructive personal activity, «burnout»

Согласно современным представлениям, родственники больных химической аддикцией играют значительную роль в этиопатогенезе данного расстройства. Кроме того, они оказывают существенное влияние на процесс терапии и реабилитации своих страдающих зависимостью близких. В этой связи, различные

исследователи фокусируют внимание на изучении психологии родственников аддиктов.

Анализ литературных данных по проблеме исследования психологии родственников больных с аддитивными расстройствами показал, что, в настоящее время общепринятые представления научного сообщества о близких больного ограничиваются описаниями феноменов, интерпретируемых различными авторами как проявления дисфункциональности личностного и семейного функционирования родственников. В отечественной литературе такая дисфункциональность, как правило, обозначается термином «созависимость» [1; 8; 10; 11].

Выступая в качестве основной парадигмы исследования психологии родственников аддитивных больных, концепция «созависимости» во многом определяет направленность большинства терапевтических мероприятий. Объясняя противоречивые феномены психической жизни родственников с позиции их болезненной причастности к аддитивной патологии - центральному патологическому процессу, в качестве основной мишени коррекции концепция «созависимости» постулирует разрыв связи аддикта с опекающими родственниками. Через призму данной модели конструктивная в своей основе поисковая активность родственников больного, обусловленная их стремлением найти наиболее эффективные методы лечения и оказания помощи их зависимому близкому, представляющая собой попытки совладать с болезнью родственника, рассматривается как неосознаваемое стремление восполнить их собственные личностные дефициты. Акцент на выявлении деструктивных поведенческих паттернов (провоцирующего поведения, потворствования и т.п.), способствующих поддержанию заболевания, сочетается с тотальным игнорированием конструктивной личностной активности родственников, направленной на преодоление болезни (зависимости от психоактивных веществ) близкого.

Существующее в настоящее время искаженное представление о психологии родственников аддитивных больных, обусловленное концептуальной односторонностью главенствующей в отечественной наркологии концепции «созависимости», а также низкая эффективность лечебных и реабилитационных мероприятий, приводит к тому, что, вступая во взаимодействие со специализированными учреждениями, родственники больных с химической аддикцией испытывают значительную фрустрацию, связанную с невозможностью реализации деятельности по поддержанию здоровья своих болеющих зависимостью близких. Описываемое различными авторами у родственников аддиктов снижение интереса к больному, развивающееся по мере течения его болезни, ощущение собственной бесполезности и беспомощности, разочарование в методах лечения и самом зависимом о ПАВ члене семьи, снижение жизненной энергии, а также возникновение психосоматических нарушений [2; 3; 6; 7; 9; 12; 13], по нашему мнению, в значительной мере могут представлять собой результат блокады их смыслообразующей деятельности. В этой связи, понимание условий и механизмов того, как конструктивная в своей основе активность личности близких больного – деятельность, направленная на преодоление болезни родственника, оказывается в конечном счете деструктивной для их личности представляется значимым для разработки программ психопрофилактики для родственников аддитивных больных.

Неизученность конструктивных аспектов деятельности родственников больных химической аддикцией, а также факторов, препятствующих ее реализации связана, главным образом, с отсутствием методологии и инструментария оценки.

Методология исследования феноменов, возникающих при хронической фрустрации деятельности человека, наиболее полно представлена в концепции профессионального «выгорания» [4; 5; 14; 15]. В этой связи, представляется перспективным изучение психологии родственников аддиктивных больных с позиции концепции «выгорания» как теоретического конструкта, наилучшим образом способного отражать феномены, возникающие при блокаде смыслообразующей деятельности. Такой перенос акцента с деструктивных и дисфункциональных аспектов личностного функционирования родственников, в свою очередь, позволит расширить исследовательский фокус в области изучения психологии родственников аддиктивных больных, потенциально дестигматизируя отношение специалистов и общества в целом к данному контингенту. Кроме того, предлагаемый подход к рассмотрению психологии родственников аддиктивных больных позволит избежать часто встречающегося в настоящий момент среди специалистов атрибутирования неудач, возникающих в ходе лечебного процесса к поведению близких больного.

#### Литература

1. Баранок, Н. В. Влияние психотерапии созависимости родственников на стабилизацию ремиссии больных наркоманией / Н. В. Баранок, Е. М. Крупицкий // Обзорные психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 4. – С. 21–25.
2. Бочаров В. В. Нарушения личностного и семейного функционирования родителей пациентов, страдающих героиновой наркоманией / В. В. Бочаров, А. М. Шишкова // Вестник ЮУрГУ. Сер.: Психология. – 2013. – Т. 6, № 3 – С. 75–81.
3. Бочаров В.В., Шишкова А.М. Родители пациентов с героиновой наркоманией: личностное и семейное функционирование // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – N 1 (24). – С. 4 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг); английская версия публикации [http://mprj.ru/english %20version/2014\\_1\\_24/number09\\_sod.pdf](http://mprj.ru/english%20version/2014_1_24/number09_sod.pdf)
4. Бойко, В. В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других. – М.: Информ.-изд. дом «Филинь», 1996. – 469 с.
5. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. – СПб.: Питер, 2008. – 358 с.
6. Ерофеева, Н. А. Психологические особенности близких родственников пациентов с алкогольной и игровой зависимостью: автореф. дис. ... канд. психол. наук / Н. А. Ерофеева; Всерос. центр экстрен. и радиац. медицины им. А. М. Никифорова МЧС России. – СПб., 2013. – 22 с.
7. Загородникова, Е. В. Особенности взаимодействия в созависимой семье / Е. В. Загородникова // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2013. – № 29. – С. 19–24.
8. Николаев, Е. Л. Психологические особенности темпоральной перспективы личности в системе «зависимый-созависимый» / Е. Л. Николаев, О. В. Чупрова // Вестник Чувашск. гос. ун-та. – 2013. – № 2. – С. 102–105.
9. Сараев, М. А. Аутоагрессивное поведение у женщин, мужа которых зависимы от опиатов: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. А. Сараев; ННЦ наркологии. – М., 2009. – 21 с.
10. Чирко, В. В. Родители больных наркоманией: психология созависимостей (Сообщ. 1) / В. В. Чирко, М. В. Дёмина // Вопросы наркологии. – 2005. – № 2. – С. 19–29.

11. Шайдукова, Л. К. Преклинические изменения поведения Шейя у созависимых родственников больных опийной наркоманией / Л. К. Шайдукова, М. В. Овсянникова // Российский психиатрический журнал. – 2004. – № 6. – С. 33–36.
12. Morgan, O. J. Family interventions in substance abuse: current best practices / O. J. Morgan, C. H. Litzke. – Routledge, 2012. – 240 p.
13. Orford, J. Family members affected by a close relative's addiction: the stress-strain-coping-support model / J. Orford, A. Copello, R. Velleman, L. Templeton // *Drugs: Education, Prevention and Policy*. – 2010. – Vol. 17 (suppl. 1). – P. 36–43.
14. Schaufeli, W. B. Burnout: 35 years of research and practice / W. B. Schaufeli, M. P. Leiter, C. Maslach // *Career Development International*. – 2009. – Vol. 14 (3). – P. 204–220.
15. Shirom A. Burnout and health: current knowledge and future research directions / A. Shirom, S. Melamed, S. Toker et al. // *International Review of Industrial and Organizational Psychology*. – 2005. – Vol. 20. – P. 269–279.

**Бочаров В.В., Васильева Н.Г.**

**Опыт диагностики эмоционального интеллекта у врачей**

ФГБУ СПб НИПНИ им. В.М. Бехтерева, Санкт-Петербург, Россия,  
[vas006@yandex.ru](mailto:vas006@yandex.ru)

**Ключевые слова:** эмоциональный интеллект, смешанная модель, опросники, врачи

**Bocharov V., Vasileva N.**

**A case of diagnostics of emotional intelligence in doctors**

St.Petersburg V.M. Bekhterev Psychoneurological Research Institute,  
 St. Petersburg, Russia

**Keywords:** emotional intelligence, mixed model, questionnaires, doctors

**Введение.** В проведенном исследовании эмоциональный интеллект врачей рассматривается с точки зрения его адаптивной функции. Согласно авторам понятия «эмоциональный интеллект» Д. Мэйер и П. Сэловей он представляет собой сочетание способностей адекватно воспринимать, оценивать и выражать эмоции; использовать и генерировать эмоции, если они оказывают поддержку мыслям; понимать эмоции и эмоциональные знания; регулировать эмоции с целью содействия эмоциональному и интеллектуальному развитию [1]. Созданные с 1990 года концепции эмоционального интеллекта можно отнести к двум основным моделям: модели способностей и смешанные модели. В моделях способностей эмоциональный интеллект понимается как пересечение эмоций и познания (Д. Мэйер, П. Сэловей, Д. Карузо), в смешанных моделях – как сочетание умственных и персональных черт, присущих каждому конкретному человеку (Д. Гоулман, Р. Бар-Он, Д.В. Люсин).

Смешанные модели предполагают измерение эмоционального интеллекта с помощью опросников, основанных на самоотчете [2]. Д.В. Люсин с коллегами предложили структуру эмоционального интеллекта, состоящую из двух больших групп – способности к пониманию эмоций и способности к управлению эмоциями. Эти способности могут быть направлены как на собственные эмоции, так и на эмоции других людей [3]. Сходная модель положена в основу Методики измерения эмоционального интеллекта (МЭИ), автор М.А. Манойлова [4].

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 35 мужчин и 112 женщин, всего 147 человек, средний возраст (43,1±1,0) года. Все испытуемые

имеют высшее образование, работают врачами, большинство в государственных структурах (99%), средний стаж ( $13,5 \pm 0,8$ ) лет, 30 человек имеют ученые степени (20%). Рабочая нагрузка составляет в среднем ( $38,4 \pm 1,1$ ) часов. Работу по совместительству имеют 66 человек (45%), ночные смены есть у 33 врачей (22%). Испытуемые по принципу специальности были разделены на две подгруппы: физиотерапевты и психиатры. Физиотерапевты были выбраны в качестве представителей «дистантной», опосредованной модели общения с пациентами. Психиатры представляют «контактную» модель.

«Методика диагностики эмоционального интеллекта» (МЭИ) (М.М. Манойлова, 2008) была выбрана основной для изучения эмоционального интеллекта врачей. Согласно её теоретической базе эмоциональный интеллект подразделяется на внутриличностный и межличностный аспекты, каждый из которых, в свою очередь, содержит управляющий и понимающий компоненты. Методика включает 4 шкалы: «управление своими эмоциями», «осознание своих эмоций», «управление эмоциями других людей», «осознание эмоций других людей»; три интегральных индекса: внутриличностный и межличностный аспекты и общий уровень эмоционального интеллекта.

Для сравнения с другими профессиональными группами в работу была включена широко используемая в нашей стране «Методика оценки эмоционального интеллекта» Н. Холла [5]. Нужно отметить, что она имеет ряд недостатков. Обоснованность широкого применения её русскоязычного варианта ставят под вопрос Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова [6]. Мы использовали модификацию методики И.Н. Андреевой, согласно которой содержание шкалы «управление своими эмоциями» рассматривается как эмоциональная гибкость, шкалы «самомотивация» как произвольное управление своими эмоциями, шкалы «распознавание эмоций других людей» как способность воздействовать на эмоциональное состояние других людей [7].

**Результаты.** По результатам методики МЭИ психиатры и физиотерапевты не отличаются по структуре и выраженности эмоционального интеллекта. Врачи характеризуются средним эмоциональным интеллектом с неравномерным развитием составляющих его компонентов: высокий уровень «управления своими эмоциями», средний уровень «управления эмоциями других людей», низкий уровень понимания своих и чужих эмоций. У 35% испытуемых эмоциональный интеллект соответствует средним значениям, а у 55% - превышает норму.

«Понимающий» компонент эмоционального интеллекта у врачей соответствует низкому уровню, а «управляющий» - высокому. Не обнаружено значимых отличий между мужчинами и женщинами по уровню и структуре эмоционального интеллекта. Проявляется тенденция к росту уровня эмоционального интеллекта со стажем. Исследуемые врачи ( $5,6 \pm 4,0$ ) за счёт шкалы «управление своими эмоциями» отличаются более высоким уровнем эмоционального интеллекта по сравнению с рабочими и служащими ( $-4,8 \pm 6,5$ ) и медицинскими работниками ( $-0,2 \pm 4,5$ );  $p < 0,01$ .

У врачей выделяются три типа эмоционального интеллекта. Большинство относятся к управляющему типу (59%), вторым по распространенности является гармоничный тип (27%), редко встречается неопределенный тип (14%) и почти не встречается понимающий (названия типов Е.В. Сидоренко). Для вра-

чей управляющего типа характерно развитое умение управлять собой, высокий уровень контроля над своими эмоциями, склонность избегать задействовать свои чувства в работе. Возникающие разногласия часто связаны с невниманием к точке зрения другого человека. Врачи с гармоничным типом знают свои эмоциональные качества и понимают роль эмоций в рабочем общении, способны и сопереживать партнерам по общению и управлять их состоянием. У врачей с неопределенным типом возможности влиять на общение для достижения своих целей снижены. У испытуемых почти не встречается понимающий тип со склонностью к глубокой рефлексии, открытости и легкой идентификацией с партнерами по общению.

Интегративный уровень эмоционального интеллекта врачей по методике Н. Холла соответствует среднему диапазону значений по нормам методики (от 40 до 69). Значимых различий по общему уровню эмоционального интеллекта между психиатрами и физиотерапевтами не обнаружено ( $p > 0,1$ ).

Значения шкал «эмоциональная осведомленность», «самотивация», «эмпатия», «распознавание эмоций других людей» находятся в диапазоне средних значений, а «управление своими эмоциями», эмоциональная гибкость - низких, что характерно для российской выборки [7]. Мужчины ( $4,9 \pm 1,1$ ) и женщины ( $1,2 \pm 0,6$ ) различаются по шкале «управление своими эмоциями» ( $p = 0,006$ ). Мужчины способны в большей степени по сравнению с женщинами не застревать на отрицательных эмоциях, женщины склонны дольше переживать неприятные ситуации, им сложнее переключиться на положительный эмоциональный диапазон.

**Выводы (резюме).** Использование опросников для изучения эмоционального интеллекта в рамках смешанной модели позволяет получить представление о его структуре по аналогии с применением опросников при изучении личности.

Использованные в исследовании методики измерения эмоционального интеллекта Н.Холла и М.А. Манойловой показали непротиворечивые результаты.

Исследованная группа врачей характеризуется средним уровнем выраженности эмоционального интеллекта и неравномерностью развития составляющих его компонентов с преобладанием компонента «управление».

Не выявлено отличий в эмоциональном интеллекте врачей разных специальностей, но при этом эмоциональный интеллект врачей выше по сравнению с рабочими и служащими, медицинскими работниками.

#### Литература

1. Mayer, J.D. Emotional Intelligence meets traditional standards for an intelligence / J.D. Mayer, D.R. Caruso, P. Salovey // *Intelligence*. – 1999. – Vol. 27(4). – P. 267–298.
2. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Эмоциональный интеллект: русскоязычная адаптация теста Мэйера–Словей–Карузо (MSCEIT V2.0) [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2009. N 6(8). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 20.09.2016).
3. Робертс, Р.Д. Эмоциональный интеллект: проблемы теории, измерения и применения на практике / Р.Д. Робертс, Дж. Мэттьюс, М. Зайднер, Д. В. Люсин. // *Психология: журнал Высшей школы экономики*. 2004. – Т. 1., № 4. – С. 3–24.
4. Манойлова, М. А. Методика диагностики эмоционального интеллекта / М. А. Манойлова // *Акмеология* 2006. Методологические и методические проблемы: сб. / под ред. Н. В. Кузьминой, Л. И. Дубровиной. – СПб., 2006. – Вып. 11. – С. 99–104.
5. Ильин, Е.П. Эмоции и чувства / Е.П. Ильин. СПб.: Питер, 2001, 2007. – 752 с.

6. Сергиенко, Е.А. Эмоциональный интеллект: модель, структура теста (MSCEIT V2.0), русскоязычная адаптация / Е.А. Сергиенко, И.И. Ветрова // Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям / под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2009. – С. 308–331.
7. Андреева, И.Н. Понятие и структура эмоционального интеллекта / И.Н. Андреева // Социально-психологические проблемы ментальности: сб. тезисов науч.-практ. конф., Смоленск, 26-27 ноября 2004 г. – Смоленск: СГПУ, 2004. – В 2 ч. Ч.1. – С. 22–26.

**Будыка Е.В.<sup>1,3</sup>, Захарченко Д.А.<sup>2</sup>, Петриков С.С.<sup>2</sup>, Рамазанов Г.Р.<sup>2</sup>**  
**Опыт проведения практических занятий по формированию профессиональных навыков у студентов-клинических психологов на базе неврологического стационара**

<sup>1</sup>МГУ имени М.В. Ломоносова,

<sup>2</sup>НИИ скорой помощи имени Н.В. Склифосовского,

<sup>3</sup>МГМСУ имени А.И. Евдокимова, Москва, Россия  
[d.a.zaharcheko@gmail.com](mailto:d.a.zaharcheko@gmail.com), [ev-mgu@yandex.ru](mailto:ev-mgu@yandex.ru)

**Ключевые слова:** обучение клинических психологов, нейропсихологическая реабилитация

**Budyka E.V.<sup>1,3</sup>, Zakharchenko D.A.<sup>2</sup>, Petrikov S.S.<sup>2</sup>, Ramazanov G.R.<sup>2</sup>**

**Experience of clinical psychology students' practical training in neurology unit**

<sup>1</sup>Lomonosov Moscow State University

<sup>2</sup>Sklifosovsky Research Institute of Emergency Care

<sup>3</sup>Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov  
Moscow, Russia

**Keywords:** psychology students' education, neuropsychological rehabilitation

Подготовка специалистов в области нейропсихологии и нейрореабилитации предполагает выработку у студентов-будущих клинических психологов навыков осуществления профессиональной деятельности совместно с коллегами разного профиля. В настоящей работе кратко представлен опыт подготовки к будущей реабилитационной деятельности. Задача работы – охарактеризовать программу практических занятий, включающую освоение студентами методов и методик работы специалистов разного профиля в мультидисциплинарной бригаде для оказания всесторонней помощи в восстановлении после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). Для решения поставленной задачи представлена краткая программа спецтренинга профессиональных навыков в условиях неврологического стационара для больных с ОНМК, предполагающего проведение ранней реабилитации.

Предлагаемая программа была апробирована на занятиях со студентами выпускного курса факультета клинической психологии в условиях неврологического отделения для больных с ОНМК. Основное внимание в ней было уделено диагностике и реабилитации когнитивной сферы пациентов. Представляемая программа состояла из следующих разделов.

- Включение студентов в работу неврологического отделения для больных с ОНМК, в том числе наблюдение за работой специалистов: врачей-неврологов, врачей-реаниматологов, специалистов по лечебной физической культуре, медицинского психолога, логопеда-афазиолога, врача-

физиотерапевта, специалистов по массажу, среднего медицинского персонала.

- Участие студентов в работе медицинского психолога – проведение скрининговых методик оценки познавательных функций, проведение различных разделов комплексного нейропсихологического исследования, проведение занятий по нейропсихологической реабилитации.
- Сопровождение работы специалистов мультидисциплинарной бригады, отработка некоторых практических навыков логопедической реабилитации, двигательной реабилитации, ухода за больными.

Рассматриваемая программа была реализована на 25 ежедневных занятиях по 4 академических часа. Основная часть учебного времени отводилась на отработку навыков нейропсихологической реабилитации, которая включала как неспецифическую реабилитацию (общую активизацию пациента, установление и поддержание эмоционального контакта и положительного эмоционального фона), так и специфическую (в частности, улучшение произвольной регуляции психической деятельности, преодоление одностороннего пространственного игнорирования, коррекцию нарушений в ряде сфер – конструктивно-пространственного праксиса, мнестических функций, зрительного гнозиса). Использовались традиционные методики, ориентированные на преодоление имеющегося когнитивного дефицита. Например, для коррекции одностороннего пространственного игнорирования применялись различные задания, включающие рисование, соединение опорных точек в пространственно-ориентированных рисунках, прохождение рисуночных лабиринтов (начиная с сохранной стороны). Также применялись методики модификации внешней среды в соответствии с возможностями пациента, в частности, привлечение его внимания к игнорируемой стороне пространства с помощью бытовых стимулов (предпочитаемое блюдо во время еды, а также телевизор, радиоприемник располагались с игнорируемой стороны). Наряду с этим, большое внимание уделялось отработке навыков, обеспечивающих повышение уровня функциональной независимости пациента, в частности, навыков самообслуживания (таких как чистка зубов, надевание одежды, приготовление простой пищи и так далее). В данном случае сочетали нейропсихологическую реабилитацию, направленную на преодоление когнитивных нарушений, и эрготерапию.

В соответствии с рассматриваемой программой для решения реабилитационных задач студенты опирались на свои знания традиционных диагностических клиничко-психологических методик: таблиц Шульте-Платонова, интерпретации сюжетных картинок, решения арифметических задач, методик «4-й лишний» и «Аналогии». Кроме того, студенты, занимавшиеся по рассматриваемой программе, уже на этапе обучения участвовали в решении задач реабилитации совместно со специалистами отделения, будучи на базе ежедневно, зная контингент пациентов отделения, отслеживая в динамике их состояние, участвуя в коррекции индивидуальных программ помощи пациентам.

Итак, представленная программа практических занятий со студентами-клиническими психологами предполагает, в частности:

- ежедневные занятия с целью максимального погружения в профессиональную деятельность мультидисциплинарной реабилитационной бригады в условиях неврологического стационара;



- знакомство с методами работы смежных специалистов, а также применение элементов их методик в собственной деятельности.

**Бурлакова Н.С.**

**Модифицированная методика заполнения пробелов (рассказы**

**Г.Эббингауза)**

Факультет психологии МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия  
[naburlakova@yandex.ru](mailto:naburlakova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** патопсихология, патопсихологический эксперимент, нестандартизированные патопсихологические методики, методика заполнения пробелов Г.Эббингауза

**Burlakova N.**

**Modified completion test (designed by H. Ebbinghaus)**

Lomonosov Moscow State University, Dept. of Psychology, Moscow, Russia

**Keywords:** pathopsychology, pathopsychological experiment, nonstandardized pathopsychological tests, Ebbinghaus completion test

**Введение.** Рассказы Г.Эббингауза, известные также под названием методика заполнения пробелов, или заполнения пропущенных в тексте слов [9], относятся к традиционно используемому патопсихологическому диагностическому инструментарию. Еще в 1897 г. Г. Эббингауз, занимаясь преподавательской работой, создал эту методику для определения умственного развития студентов. Известно об использовании методики, либо ее различных модификаций, помимо патопсихологии также и в других областях психологии (Г.Мюрстенберг; У.Тейлор и др.).

В патопсихологии традиционно методика применялась для исследования характера ассоциаций (А.Ф.Лазурский), процессов «соображения»; «выявления развития речи, продуктивности ассоциаций» [9], а также проверки критичности больных [3, 5, 6]. А.Р.Лурия (1962) упоминает данную пробу в контексте оценки повествовательной речи, позволяющую выявить «в какой мере больной может оперировать сложными системами грамматических высказываний» [7].

Однако представляется, что помимо явной направленности этой диагностической методики, в ней существует еще и не в полной мере освоенный скрытый, «фоновый» потенциал. Это касается не только рассказов Г.Эббингауза, но и большинства патопсихологических методик. Систематическое аналитическое осмысление патопсихологического эксперимента включает в качестве одного из значимых аспектов как уяснение возможностей экспериментального модифицирования и варьирования традиционных методик, так и обращенность к совокупности получаемых с их помощью не только «прямых», но и косвенных данных, что актуально для задач реальной клинико-психологической работы патопсихолога [1]. Зачастую эти, казалось бы, косвенные данные о психической организации пациента являются как раз наиболее достоверными и объективными. Использование богатства возможностей «нестандартизированных патопсихологических методик» (как теперь называют большинство из используемых в отечественной патопсихологии методик) является визитной карточкой Московской школы экспериментальной патопсихологии. Но многие из находок не описаны и остаются исключительно достоя-

нием личного опыта профессионала. Исключением являются пиктограмма [13], модифицированная методика определения понятий [14], использование возможностей «Голкования пословиц» для выявления деструктивных особенностей личности [12]. Несмотря на солидный возраст рассказов Г.Эббингауза, «фоновые» их возможности остаются в значительной мере в тени, что с учетом компактности, доступности и информативности методики, представляется неоправданным.

**Методика.** Нами использовался вариант рассказа Г.Эббингауза, начинающийся фразой «Над городом низко повисли снеговые...». Этот рассказ носит описательный характер с драматическим подтекстом, создающим атмосферу начала невеселого, печально-депрессивного рассказа, что символизируется как погодным неистовством, так и присутствием одинокого ребенка, который не защищен, плохо одет и в целом беспомощен при столкновении с разгулом стихии. Акцент на безрадостном фоне в рассказе представляется ценным с точки зрения клинической значимости переживаний депрессивного характера и их возможных следствий. Рассказ создает определенную эмоциональную нагрузку для пациента, в чем-то возможно косвенно перекликаясь с той жизненной ситуацией, в которой он оказался, столкнувшись с опытом болезненных переживаний и находясь в условиях психиатрического стационара. Данное «созвучие» неявно провоцирует эмоциональное отношение пациента к рассказу, который выступает своего рода проективным стимулом.

В конструкции этого стимула есть свои особенности. Так, заложенные в отрывке характер одежды ребенка, а также общий стиль повествования отсылает к временной дистанции с историческим временем в настоящем, что может облегчать выражение проективных содержаний, либо, напротив, затруднять последующее продолжение рассказа, в условиях буквального, без позиции вживания, его прочтения. Кроме того, в рассказе до конца неясен смысл действий девочки в связи с сугробом, что невольно требует доопределения. Таким образом, организация текста выступает как своего рода «ловушка» для проекции, позволяя «жизненно естественно», экологично и что называется психогигиенично обратиться к сложным эмоциональным переживаниям и их оценкам, выявить характер возможности идентификации с персонажем, а также содержит в своей конструкции балансирующий элемент, со всеми вытекающими следствиями для клинико-психологической диагностики.

Объективно в тексте содержатся следующие оппозиции: погодное неистовство – и человек находящийся в «недружественных ему» обстоятельствах, что усиливается тем, что это столкновение неравных сил стихии и одинокого маленького ребенка; оппозиция холодной погоды (метели с ветром) – и незащищенности в плане одежды маленькой девочки; заостренной выразительности происходящего извне (холодный ветер выл как дикий...; на конце пустынной и глухой...; крайне скудная одежда...; посиневшие от мороза ручки...) – непроявленности чувств и переживаний ребенка, которые могут быть лишь реконструированы рассказчиком, опознаны и с учетом которых может быть построено дальнейшее повествование; оппозиция длящегося погодного катаклизма и указание на момент внезапности («вдруг девочка наклонилась»), который может содержать в себе потенциальный источник какой-либо трансформации тягостной ситуации; оппозиция хаотичного сильного вихреобразного движения при-

родных сил – и с трудом осуществляемого перемещения девочки с последующей остановкой. В дальнейшем выделенные оппозиции могут быть использованы как один из способов оценки в анализе результатов, полученных с помощью модифицированной нами методики.

Помимо традиционного варианта проведения методики [9], если размышлять о ней в направлении максимального методического эффекта в русле диагностических задач, нами было апробировано в условиях практикума по патопсихологии на базе ПБ №4 им. П.Б.Ганнушкина с взрослыми пациентами два модифицированных варианта, показавших свою информативность. В зависимости от диагностической задачи используется либо один, либо второй вариант. В первом варианте проведения пациента не только просили вставить в текст недостающие фрагменты, но и затем после прочтения текста вслух и при этом исправления (или не исправления) возможных ошибок, просили пересказать его. После этого (по аналогии с проективными методиками дополнения или завершения) просили придумать продолжение рассказа, после чего получившемуся повествованию необходимо было дать название. Через некоторое время процедура пересказа предлагалась пациенту вновь.

Во втором варианте проведения пациенту после вставления пропусков и прочтения текста вслух предлагалось сразу придумать продолжение. Пересказ и название текста следовали после субъективного завершения рассказа.

Таким образом, предложенные варианты отличались тем, когда требовалось пересказать рассказ. Первый вариант применительно к ситуации пересказа в большей мере был ориентирован на точность запоминания организованного по смыслу материала (пересказ не отстоял во времени после собственно интеллектуальной задачи и являлся ее естественным продолжением). Позже реализовывалась задача уяснения той роли, которую играло субъективное завершение в окончательном пересказе. Второй вариант представлялся более спонтанным: пациент, прочитав текст вслух, тут же придумывал окончание рассказа, не будучи озабоченным точностью запоминания и его экспликации для психолога. После этого звучала просьба пересказать рассказ и придумать название к нему. Данный вариант в большей мере позволял уяснить соотношение «объективного» содержания стимула и субъективного привнесения, которое получало возможность равноправного сосуществования с «объективным» фрагментом.

Таким образом, в каждом из вариантов по-разному методически реализовывалась тактика перехода от интеллектуального к проективному заданию [1, 2]. Однако в любом случае, как при первом, так и втором варианте, присутствовала интенция многостороннего целостного изучения мышления и личности больного [4, 10, 8, 11], причем, не только в плоскости выделения отдельных их аспектов и возможной их связи, но и естественно организуемого их проявления в ситуации обследования.

Принцип построения модифицированной методики можно назвать «каскадным». На разных этапах ее проведения происходит все больший сдвиг от собственно интеллектуального к проективному заданию, методически градуировано возрастает вклад личностной составляющей, постепенно и многократно с разной мерой неопределенности закладывается возможность выражения субъективных акцентов и привнесений. Тем самым исследователь получает как

результаты, касающиеся тех или иных психических функций (мышления, внимания и т.д.), так и приобретает доступ к внутреннему опыту пациента, в том числе к проекции скрытых внутренних образований, возможно, «стоящих» за нарушениями данных функций. Важно, что на всех этапах проведения для патопсихолога сохраняется возможность анализа и контроля экспериментально получаемого диагностического материала.

Работа с модифицированной методикой позволила разработать критерии качественной оценки получаемых с ее помощью данных применительно ко всем этапам ее проведения, выделить особенности ее выполнения пациентами с различными психическими расстройствами.

#### Литература

1. Бурлакова Н. С. Патопсихологический эксперимент: методология и перспективы // Вопросы психологии. — 2014. — № 3. — С. 3–14.
2. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребенка. — М.: ИОИ, 2001.
3. Зейгарник Б.В. Патология мышления. — М.: МГУ, 1962.
4. Зейгарник Б.В. Патопсихология. — М.: МГУ, 1986.
5. Кожуховская И.И. Методика исследования мышления и критичности// Вопросы психологии. — 1974. — №1.
6. Кожуховская И.И. Нарушение критичности у психически больных. Патопсихологическое исследование. — М.: МГУ. — 1985.
7. Лурья А.Р. Высшие корковые функции. — М.: Академический проект. — 3 –е изд. — 2000.
8. Николаева В.В. Б.В.Зейгарник и патопсихология// Психологический журнал. — 2003. — Т. 24. — № 3. — С. 13-21.
9. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики в патопсихологии. — СПб: Ленато. — 1998.
10. Рубинштейн С.Я. Специфика патопсихологических экспериментальных исследований // Вестн. Моск. Ун-та. Сер.14. Психология. — 1982. — № 3. — С. 3–9.
11. Соколова Е.Т. Перспективы развития методологии классического патопсихологического обследования в свете проективной парадигмы // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы / Под общ. ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.: МГППУ, 2011. — С. 74–81.
12. Соколова Е.Т., Цыганкова П.В. Перфекционизм и когнитивный стиль личности у лиц, имевших попытку суицида // Вопросы психологии. — 2011. — № 2. — С. 90–100.
13. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. — СПб: Речь. — 2003.
14. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении. Автореф. дис. на соиск. степени канд. психол.н. — М., —1983.

**Буслаева А.С., Венгер А.Л., Лазуренко С.Б.**

**Задачи психологической помощи ребенку в отделении реанимации**

ФГБУ Научного центра здоровья детей Минздрава России,  
ГБОУ ВО Московской области «Университет «Дубна», Дубна, Россия,  
[alvenger@gmail.com](mailto:alvenger@gmail.com), [perepisska@yandex.ru](mailto:perepisska@yandex.ru)

**Ключевые слова:** психологическая помощь, дети, отделение реанимации, тяжесть физического состояния

**Buslaeva A., Venger A., Lazurenko S.**

**The objectives of psychological assistance to the child in the intensive care department**

FSAI "SCCH" of the Ministry of Health of the Russian Federation  
Moscow region SEI for higher education University "Dubna", Russia

**Keywords:** psychological assistance, children, intensive care unit, the severity of the physical condition

**Актуальность.** Лечение в отделении реанимации является крайне психотравмирующим событием, как для ребенка, так и для его родителей. Известно, что самостоятельно справиться с возникшей эмоциональной нагрузкой в данной ситуации пациенту и его близким крайне трудно, что определяет необходимость оказания своевременной психологической поддержки.

**Цель:** выявить особенности психической активности детей из отделения реанимации и определить направления психологической помощи.

**Выборка.** Исследование проводилось на базе ФГАУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава России. В течение 2014 года были обследованы 11 детей с ревматическими болезнями в отделении реанимации (5 мальчиков и 6 девочек; 4 ребенка младшего школьного возраста, 7 детей – подросткового). Они пребывали в крайне тяжелом и тяжелом состоянии в связи с резким обострением основного заболевания. Все дети, включенные в исследование, находились в сознании.

**Методы.** Исследование начиналось с беседы с врачом и изучения медицинской документации для получения информации о состоянии здоровья ребенка. Тяжесть физического состояния определила невозможность использования стандартизованных методов психологического обследования. Обследование проводилось у постели больного, использовались наблюдение и свободная беседа с целью выявления особенности психической активности ребенка.

**Результаты.** Учитывая особенности психической активности детей, были выделены 3 группы: «инактивные», «пассивные и «относительно активные».

«Инактивные» (4 ребенка) - в крайне тяжелом состоянии, с выраженной дефицитарностью проявлений психической активности и с отсутствием эмоционального отношения к происходящему вокруг. У детей наблюдались нарушения сознания по типу оглушения, они слабо реагировали на голос взрослого и на происходящее вокруг, большую часть времени находились в состоянии дремы или сна. Отмечалась выраженная психическая астенизация, преобладали вегетативные проявления психической активности. Дети выглядели абсолютно беспомощными, не совершали активных, целенаправленных движений, не могли самостоятельно поднять голову, изменить позу, повернуться на кровати, взять и удержать предмет в руке. Они не инициировали общение с близким взрослым или врачами, не стремились сообщить о своих физиологических и психологических потребностях. Отмечалась утрата потребности в интимности при совершении физиологических актов. В ответ на обращение со стороны взрослых дети кратковременно прислушивались, иногда искали взглядом говорящего. Элементарные эмоциональные проявления были связаны, прежде всего, с улучшением или ухудшением физического состояния. В ответ на проведение болезненных медицинских процедур у детей появлялась

grimаса недовольства, они могли поморщиться, приоткрыть рот, простонать, непроизвольно отдернуть руку или ногу. В спокойном состоянии дети не демонстрировали эмоционального отношения к происходящему вокруг.

«Пассивные» (3 ребенка) - в нестабильно тяжелом состоянии, со слабыми и нестабильными проявлениями психической активности, у которых наблюдалось появление потребности во впечатлениях и общении, а также эмоциональное отношение к окружающему. Значительную часть суток они проводили в состоянии сна, а в состоянии бодрствования проявляли лишь кратковременный интерес к происходящему в отделении из-за быстрого утомления и низкой работоспособности. Обращение по имени или другие звуки сопровождалось кратковременной фиксацией взгляда на лице взрослого или на предмете. Дети могли в течение короткого времени проследить взглядом передвижение людей в отделении, однако внимание быстро рассеивалось, и взгляд останавливался на одной точке. Двигательная сфера характеризовалась пассивностью, целенаправленные движения осуществлялись ребенком ограниченно, с большим трудом, а при утомлении они становились вовсе недоступны. Дети не могли самостоятельно менять положение тела в пространстве, самостоятельно себя обслуживать. Вместе с тем, этим детям были доступны элементарные самостоятельные движения и действия, не требующие значительных физических усилий (взять предмет из рук взрослого, медленно повернуть голову в сторону и т. п.). Несмотря на желание ребенка осуществить то или иное движение (например, почесать рукой щеку или удержать в руке коробочку с соком), физических сил выполнить задуманное хватало лишь на короткое время. Были заметны слабые мимические и эмоциональные реакции на приближение и речь взрослого, стремление проследить за действиями медицинского персонала, событиями, происходящими вокруг, привлечь к себе внимание, т. е. у детей проявлялась потребность в общении и впечатлениях. Поведение и эмоциональные реакции детей усложнились во время проведения медицинских процедур, кормления и ухода, но дети быстро утомлялись и пресыщались от полученных впечатлений, взаимодействия с взрослыми. Они могли коммуницировать с взрослыми — чаще невербально (через звуки, изменение положения тела, мышечное сопротивление и др.). При улучшении самочувствия у детей появлялись отдельные речевые обращения к взрослым, проявлялось эмоциональное отношение к процессу лечения и к госпитализации. Наблюдались страхи, тревожность, плаксивость, сниженный фон настроения. Дети тяготились пребыванием в отделении реанимации. В беседе они отмечали, что «хотят уйти из отделения реанимации», «мечтают, чтобы поменьше болели руки», «чтобы разрешили снимать кислородную маску», «чтобы можно было есть обычную еду», «чтобы сердце билось не быстро» и др.

«Относительно активные» (4 ребенка) - в стабильно тяжелом состоянии с положительной динамикой, с устойчивыми проявлениями психической активности, актуализирующимися психологическими потребностями, демонстрирующие при взаимодействии. У «относительно активных» детей, в отличие от двух предыдущих групп, при взаимодействии с окружающими людьми проявлялись индивидуально-личностные особенности. Их психическая активность была устойчива. У детей отсутствовали признаки нарушений сознания, большую часть дня они проводили в состоянии бодрствования. В поведении

они отличались от двух предыдущих групп большей живостью, подвижностью. Они могли самостоятельно себя обслуживать (принимать пищу, сменить одежду и др.), были двигательльно активны, целенаправленно меняли положение тела в пространстве, но крайне быстро утомлялись. Дети не могли адекватно оценить состояние собственного здоровья, были склонны переоценивать свои физические и психические возможности.

В период улучшения физического состояния улучшалось и психологическое: актуализировалась потребность ребенка в общении с близким взрослым, потребности в безопасности, в познании, деятельности (рисовании, чтении, игре на компьютере, слушании музыки). У некоторых детей появлялось желание перейти из отделения реанимации в отделение ревматологии, где больше свободы, есть общение, можно использовать гаджеты и т. д. Однако физические ограничения, истощаемость психических процессов не позволяли в полной мере реализовать возникающие психологические потребности. Это приводило к реакциям протеста, повышенной эмоциональности, раздражительности, эмоциональной лабильности, страхам. Была ярко выражена тоска по родственникам. Подростки часто выражали сомнения в компетентности врачебных назначений, проявлялось недовольство по отношению к медицинскому персоналу, а также высказывались идеи о нецелесообразности продолжения лечения в отделении реанимации.

Во взаимодействии с психологом и с родителями эти дети могли выполнять инструкцию (например: «Расскажи мне, пожалуйста, о городе, в котором ты живешь, местах, где ты любишь бывать»; «Передай маме, когда она придет, что занятие с психологом для родителей будет в 17:00»; «Сейчас ты поешь, далее тебя осмотрит врач, а потом можно будет уже поиграть в настольную игру и посмотреть фильм»). Дети вступали в общение с медицинским персоналом, разными способами привлекали к себе внимание.

Направления психологической помощи. В силу тяжести физического состояния и особенности психического функционирования «инактивных» психологическая помощь не оказывалась, а осуществлялся систематический контроль психической активности ребенка для своевременного выявления положительных изменений.

Дети из группы «пассивные» нуждались в поддержке их потребности в общении и попыток к взаимодействию с взрослыми, в связи с чем психологическая помощь была направлена на актуализацию в сознании ребенка социального опыта, накопленного до лечения в отделении реанимации. Важными задачами психологического сопровождения являлись также эмоциональная поддержка ребенка в процессе лечения, снижение тревожности, отреагирование негативных переживаний, преодоление страхов, формирование положительного настроения на лечение, развитие умения понимать и выражать собственные психологические потребности.

Наличие у «относительно активных» детей проявлений возрастных и индивидуально – личностных потребностей определило направление психологической реабилитации. Ими стали восстановление доступных ребенку форм активности в процессе продуктивного взаимодействия с близким взрослым, постепенное включение ребенка в разнообразные виды деятельности, стабилизации эмоционального состояния.

## **Выводы.**

1. Психологическое состояние ребенка в отделении реанимации определяется тяжестью его физического состояния и не зависит от психологического возраста и личностных характеристик.
2. Чем тяжелее физическое состояние, тем меньше проявлений психической активности мы можем зафиксировать у ребенка. С улучшением состояния здоровья постепенно начинают актуализироваться психологические потребности и проявляться личностные и возрастные особенности ребенка.
3. Наблюдения показали, что физическое восстановление организма ребенка происходит медленнее, чем актуализация психологических потребностей. Невозможность реализовать возникающие психологические потребности может приводить к эмоциональным и поведенческим трудностям, что, с одной стороны, подтверждает необходимость, а с другой стороны, указывает направления психологической помощи.
4. Направления психологической помощи ребенка определяются степенью тяжести его физического состояния, уровнем психического функционирования и актуальными психологическими потребностями.

**Вагайцева М.В.**<sup>1, 2</sup>, **Чулкова В.А.**<sup>2, 3</sup>, **Карпова Э.Б.**<sup>3</sup>

**Клинико-психологический подход к диагностике отношения к болезни на примере онкологических пациентов с диагнозом рака предстательной железы**

<sup>1</sup> ГКУЗ «Хоспис №1», г. Санкт-Петербург,

<sup>2</sup> ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» МЗ РФ, г. Санкт-Петербург

<sup>3</sup> Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург  
[7707170m@gmail.com](mailto:7707170m@gmail.com), [vchulkova@mail.ru](mailto:vchulkova@mail.ru), [karpova@inbox.ru](mailto:karpova@inbox.ru)

**Ключевые слова:** онкопсихология, отношение к болезни, метод диагностики, рак предстательной железы

**Vagaytseva M., Chulkova V., Karpova E.**

**Methodological approach to the diagnosis of diseases related to the example of cancer patients diagnosed with prostate cancer**

Hospice № 1, Petrov Research Institute of Oncology,  
Saint-Petersburg State University, St. Petersburg, Russian Federation

**Keywords:** onkopsihologiya, attitudes to illness, diagnostic method, prostate cancer

**Введение.** В современном мире наблюдается неуклонный рост заболеваемости злокачественными новообразованиями. Создание новых высокотехнологичных методов лечения позволяют продлить жизнь онкологическим пациентам, и, вследствие этого, рак в настоящее время может рассматриваться как хроническое заболевание. Однако выраженная витальная угроза и отсутствие гарантий выздоровления создают для больного ситуацию высокого психотравмирующего риска, что приводит к необходимости более детального изучения последствий и влияния онкологического заболевания на личность. Мировые исследования показывают, что психологическое сопровождение больного способно снизить уровень его психической травматизации, существенно улучшить качество жизни пациентов. Диагностика влияния ситуации онкологиче-



ского заболевания на психику пациента является основой для оказания адекватной психологической помощи онкологическим больным.

Отношение к болезни является одной из признанных мишеней психотерапевтического воздействия. В отечественной медицинской психологии проблема влияния болезни на личность может рассматриваться в контексте психологической теории отношений, трактующей личность как систему отношений индивида, которую болезнь изменяет, и которая, в свою очередь, влияет на ее течение (Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 1999). При этом отношение к болезни не всегда однонаправленно коррелирует с клинической картиной заболевания. Понимание уникальности и сложности каждого отношения не отрицает возможности сходства отношений у разных людей и выдвигает задачу изучения особенностей отношений и закономерностей их динамики при различных значимых для человека ситуациях, какой, несомненно, является болезнь с витальной угрозой. В связи с этим встает проблема изучения отношения к болезни с учетом ее клинических характеристик, а также в контексте актуального психологического состояния больного и его взаимодействия с микроокружением. Сложность рассматриваемого психологического конструкта, которым является отношение, влечет трудности в выборе психодиагностического инструментария, который мог бы описать его максимально полно и всесторонне, принимая во внимание конкретные исследовательские задачи.

На кафедре психологии кризисных и экстремальных ситуаций факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета завершено исследование «Отношение к болезни у мужчин с диагнозом рака предстательной железы (РПЖ) после хирургического лечения». Отношение к болезни рассматривалось с позиций концепции отношений В.Н. Мяснищева, то есть как интегральная психологическая характеристика, проявляющаяся на когнитивном, эмоциональном и мотивационном уровнях.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие мужчины с диагнозом РПЖ, прошедшие радикальное лечение – простатэктомия – в НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, и мужчины, ранее перенесшие простатэктомия и проходящие симптоматическое лечение в Хосписе №1 (2002-2013). Общая численность группы составила 107 человек в возрасте от 48 до 84 лет. Пациенты находились на разных этапах течения заболевания – активного лечения, ремиссии и паллиативного лечения.

Базирующийся на теоретических представлениях подход к психодиагностике был нацелен на отражение интегральной категории отношения к болезни, во взаимодействии трех основных его компонентов: когнитивном, эмоциональном и мотивационно-поведенческим. Для диагностики отношения к болезни в этом исследовании применялись клинико-психологическая беседа, направленная на описание отношения к болезни, и набор психодиагностических методик, подобранных таким образом, чтобы объективировать данные клинико-психологического исследования и по возможности полно раскрыть особенности проявления отношения к болезни, спроецированные на три координаты.

Использование методик «Шкала самооценки» (авторская модификация методики Дембо-Рубинштейн), «Субъективный дифференциал времени», «Метод мотивационной индукции», «Уровень субъективного контроля» позволило

охарактеризовать отношение к болезни, спроецированное на все три его компонента.

Когнитивный компонент отношения к болезни, среди прочего, включает знания о болезни, усвоенные представления и установки относительно диагноза. Анализ полученных в исследовании данных показал, что на когнитивном уровне мужчины с диагнозом РПЖ после хирургического лечения имеют достаточно полное и реалистичное представление о заболевании, методах его лечения и возможных осложнениях в связи с простатэктомией; уровень информированности своих жен о заболевании и его последствиях субъективно оценивают высоко (84%).

Эмоциональный компонент отношения к болезни представляет те изменения в эмоциональной сфере личности больного, которые происходят с возникновением болезни, включая информирование о ней, и в процессе ее течения.

Анализ данных показал, что мужчины в выборке ретроспективно признают свои сильные переживания в связи с диагнозом, но бессознательно вытесняют актуальные переживания, рационализируют их. Результаты тестов отражают состояние подавленности, тогда как результаты субъективной оценки эмоциональной сферы отражают умеренное благополучие. Выявлено латентное напряжение у пациентов в группе ремиссии.

Мотивационно-поведенческий компонент отношения к болезни отражает изменения, связанные с болезнью и с процессом ее течения и закономерно зависит от этапа течения заболевания. Для всех этапов заболевания характерно стремление приспособиться к изменениям, связанным с заболеванием, находят поддержку в лице своих жен (89%); важным мотивом является участие в делах семьи. Для мужчин более молодого возраста значимым мотивом является восстановление эректильной функции. Следует отметить, что стремление «уйти в работу» является ведущей психологической защитой для всех участников исследования.

Также в исследовании использовались методика для психологической диагностики типов отношения к болезни «ТОБОЛ» (Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Карпова Э.Б., 2001) разработанная в НИПНИ им. В.М.Бехтерева и предназначенная для диагностики личностного реагирования на болезнь и других значимых отношений личности, связанных с болезнью; Я-структурный тест Аммона (G.Ammon, в 1997), в основе которого лежит психодинамическая теория структуры личности Аммона, созвучная концепции В.Н.Мясищева, и рассматривающая отношения как основу всех психических процессов, а структуру личности как отображение этой совокупности отношений; и адаптированная НИПНИ им. В.М.Бехтерева и методика оценки психического здоровья «МОПЗ» разработанная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева и предназначенная для диагностики функционирования личности в условиях болезни (Тупицын Ю.Я., Бочаров В.В., Иовлев Б.В., 2001). Эти методы позволили выделить группу пациентов с признаками психической дезадаптации, связанной с заболеванием.

**Результаты.** Результаты исследований в группе мужчин с неблагоприятной картиной психического здоровья (38%) показали, что эти мужчины более фиксированы на восстановлении половой функции как на приоритетно значимом атрибуте жизни, (тогда как мужчины в нормативной группе рассматривают

половую функцию как одну из набора жизненных ценностей); большое значение придать такому качеству жены как интеллект (можно предположить, что в семейной паре условиях повышенной тревоги или состоянии интеллектуальные качества жены становятся весьма важной характеристикой); в большей степени стараются контролировать свою жизнь в сфере неудач; для них чаще характерны социально дезадаптивные компоненты отношения, такие как тревожный, неврастенический и апатический; оценивают свое прошлое в целом и с точки зрения реализации задуманного значительно ниже.

**Резюме.** Изучение отношения к заболеванию при РПЖ, и поиск путей формирования конструктивного отношения к нему, несомненно, позволит лучше понять переживания больных РПЖ и учитывать их при создании скрининговых программ для мужчин после 40 лет, целью которых является ранняя диагностика и своевременное лечение рака предстательной железы с перспективой сохранения мочеполовой функции.

**Василенко Т.Д., Селин А.В., Смирнов Н.В.**

**Структура социальных ценностей беременной женщины, имеющей телесный опыт бесплодия**

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, Курск, Россия  
[tvasilenko@yandex.ru](mailto:tvasilenko@yandex.ru), [alexspsey@gmail.com](mailto:alexspsey@gmail.com), [smirnov-nikv@yandex.ru](mailto:smirnov-nikv@yandex.ru)

**Ключевые слова:** беременность, опыт бесплодия, телесный опыт, социальные ценности

**Vasilenko T., Selin A., Smirnov N.**

**Structure of pregnant woman's social values, who have an infertility experience**

Federal state educational establishment  
of higher professional education Ministry of Health  
of the Russian Federation «Kursk State Medical University», Kursk, Russia

**Keywords:** pregnancy, experience, infertility, bodily experience, social values

**Введение.** Ситуация беременности – особый период в жизни женщины, который связан с изменениями в личностных структурах и особым восприятием своего тела. С беременностью связаны специфические переживания изменений в организме, которые включаются в телесный опыт женщины. Бесплодие как трудная жизненная ситуация также имеет свои особенности. Опыт лечения от бесплодия, переживание женщиной невозможности стать матерью с последующим успешным зачатием ребенка – все это оказывает влияние на различные аспекты телесного опыта. В частности, изменения в личности затрагивают социальные ценности женщины, что отражается в специфических особенностях социальных аспектов телесного опыта [3]. Знание этих особенностей позволит оказать грамотную психологическую помощь женщинам в состоянии бесплодия и будущим мамам, которые имели успех в лечении этого недуга.

Интеграция телесного опыта лечения бесплодия как сложной жизненной ситуации в субъективную картину жизненного пути беременной женщины может оказывать влияние на социальные ценности личности. В исследованиях Т.Д. Василенко показано, что социальные ценности женщин с опытом бесплодия трансформируются, утрачивается интерес к жизни, а события перестают

иметь значение [2, 3]. Бежина Х.В. отмечает особенности в формировании жизненных целей и удовлетворенности прожитой жизнью у женщин с опытом лечения от бесплодия [1].

**Материал и методы.** Гипотезой исследования выступило предположение: если в опыте беременной женщины имеет место лечение от бесплодия, то у нее будут отмечаться специфические особенности социальной сферы в сравнении с женщинами без негативного опыта.

В исследовании применялся следующий диагностический инструментарий: анкета, методика «Жизненные стремления» Э. Дэси, Р. Райана в адаптации Т.Д. Василенко и А.В. Селина [2]. Выборку составили 38 беременных женщин: 20 - без опыта лечения от бесплодия, 18 - с опытом лечения от бесплодия. Исследование проводилось на базах ОБУЗ «Областной перинатальный центр» и ОБУЗ «Курская Городская больница № 2».

**Результаты.** В результате статистической обработки были обнаружены значимые различия по параметрам «Изменение ощущений» (Анкета), «Общество (достижение)» и «Здоровье (важность)» («Жизненные стремления», Э. Дэси, Р. Райан). В результате качественного анализа данных, полученных с помощью анкеты, были обнаружены различия в ответах испытуемых с опытом лечения от бесплодия на стимул «Многие не знают, что я боюсь...», выявляющий скрытые страхи испытуемых.

Полученные данные по фактору «Общество (достижение)» свидетельствуют о том, что женщины с опытом лечения бесплодия отмечают более высокий уровень достижения цели служения обществу в сравнении с женщинами без негативного опыта. Возможно, это объясняется тем, что, прибывая в ситуации невозможности реализации социальной роли матери, женщины компенсировали это стремлением к служению обществу. Поэтому теперь, после восстановления своих репродуктивных возможностей, женщины с опытом лечения от бесплодия высоко оценивают свое достижение стремления к служению на благо общества.

Результаты по фактору «Здоровье (важность)» свидетельствуют о том, что женщины с опытом лечения бесплодия отмечают более высокую значимость для себя здоровья как жизненного стремления в сравнении с женщинами без негативного опыта. Это связано с опытом нарушения репродуктивной функции, обусловленной наличием расстройств гинекологического спектра.

Пережив опыт лечения от бесплодия как состояния нездоровья, женщины начинают больше ценить свое здоровье, обращать внимание на изменения в состоянии своего организма. Понимание, что ситуация невозможности реализации себя в роли матери была обусловлена состоянием репродуктивной сферы, дает беременной женщине знание о том, насколько важно заботиться о своем здоровье. Осознав, что от ее состояния, зависит жизнь и здоровье малыша, женщина стремиться к сохранению и укреплению своего физического и психического благополучия.

Статистическая обработка результатов анкеты показала значимые различия по показателю «Изменение ощущений». Это свидетельствует о том, что женщины, имеющие опыт лечения от бесплодия, больше уделяют внимание изменениям, которые происходят в их организме в связи с беременностью. В среднем женщины с опытом лечения бесплодия отмечают большие изменения в

своих ощущениях по сравнению с женщинами без негативного опыта. Негативный опыт прошлого повышает сосредоточенность женщины на внутренних ощущениях, которые необходимы для повышения уверенности будущей мамы в благоприятном течении беременности.

Данные, полученные в ходе качественного анализа анкеты, свидетельствуют о том, что 3 из 6 женщин с опытом лечения от бесплодия испытывают страх одиночества. Когда семья пребывает в статусе «бесплодного брака», отношения между супругами естественным образом нарушаются, чаще возникают конфликты на почве невозможности зачать малыша. При этом отсутствует связующее звено – ребенок – способное сохранить и укрепить брак. Эти факторы вызывают у женщины патологический страх остаться одной, т.к. для создания, сохранения и укрепления семейных отношений необходимо наличие возможности реализации социальной роли родителя. И, несмотря на восстановление репродуктивной функции, все равно у женщины сохраняется страх одиночества.

Другие 50% беременных женщин с опытом лечения от бесплодия отмечают наличие страха «потерять» ребенка. Опыт неудачных попыток забеременеть, знание о наличии в прошлом заболеваний, которые затрудняют процессы оплодотворения, и возможности невынашивания ребенка создают у женщины страх вновь потерять возможность быть матерью. При этом возрастает ценность самого ребенка, его жизни и здоровья, что повышает опасения его утраты. В контрольной выборке специфических особенностей в ответах на стимулы «Многие не знают, что я боюсь...» выявлено не было.

**Выводы.** Беременные женщины с опытом лечения бесплодия отмечают более высокий уровень достижения цели служения обществу и более высокую значимость здоровья как жизненного стремления. Наличие опыта лечения от бесплодия повышает внимание женщины к изменениям телесных ощущений. Беременные женщины с опытом лечения бесплодия испытывают страх одиночества и боятся потерять ребенка.

Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта «Женщина в ситуации бесплодия: личностные детерминанты переживания социального опыта», проект № 15-06-10378.

Литература

1. Бежина Х.В. Структура социальной идентичности женщин с нарушениями репродуктивной функции. Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Ярославль, 2012.
2. Василенко Т.Д. Телесность и субъективная картина жизненного пути личности. Автореф. дисс. ... доктора психол. наук. Санкт-Петербург, 2011.
3. Василенко Т.Д., Селин А.В., Мангушев Ф.Ю. Смысловые аспекты телесного опыта хронического соматического заболевания. // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье», № 2, 2016 г. С. 116-121.

**Васильева Т.Н.**

**Особенности оценки психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста**

Государственное казенное учреждение системы образования Астраханской области «Центральная психолого-медико-педагогическая комиссия»,  
г. Астрахань, Россия,  
[t.n.vas@inbox.ru](mailto:t.n.vas@inbox.ru)

**Ключевые слова:** психологическое здоровье, отклонения в психическом развитии

**Vasilieva T. N.**

**Features evaluation of the psychological health of children of senior preschool age**

State institution of the system of education of the Astrakhan region  
"Central psycho-medical-pedagogical Commission", Astrakhan, Russia

**Keywords:** psychological health, deviations in mental development

Здоровье ребенка, в том числе психологическое, зависит от множества причин, в основе которых так или иначе лежат социально-психологические закономерности [1]. В отечественной науке и практике существуют разные подходы к пониманию психологического здоровья. О. В. Хухлаева определяет психологическое здоровье как динамическую совокупность психических свойств человека, обеспечивающих гармонию между потребностями индивида и общества и являющихся предпосылкой ориентации индивида на выполнение своей жизненной задачи, самоактуализацию. И. В. Дубровина рассматривает психологическое здоровье как психологические аспекты психического здоровья, то есть как совокупность личностных характеристик, являющихся предпосылками стрессоустойчивости, социальной адаптации, успешной самореализации и отмечает, что психологическое здоровье «относится к личности в целом, находится в тесной связи с высшими проявлениями человеческого духа и позволяет выделить собственно психологический аспект проблемы в отличие от медицинского, социального, философского и других аспектов» [2]. И. А. Еремицкая, уточняя понятие сущности психологического здоровья личности, рассматривает его как динамическое состояние внутренней, субъективной гармонии личности, позволяющее ей раскрывать и реализовывать свои возможности и актуализировать собственные потребности на любом этапе онтогенеза [3].

Именно психологическое здоровье ребенка в дошкольном возрасте подвержено негативному влиянию со стороны различных социальных факторов окружающей среды. Анализ результатов обследования детей дошкольного возраста (от трех до семи лет) специалистами центральной психолого-медико-педагогической комиссии Астраханской области показывает, что общее количество выявляемых отклонений в психическом развитии в детской популяции Астраханской области на протяжении десяти лет остается относительно стабильным. При этом, среди выявляемых расстройств психики и поведения у детей дошкольного возраста отмечается тенденция к увеличению нарушений когнитивной сферы легкой степени и расстройств личности и поведения вследствие соматической болезни или повреждения и/или дисфункции головного мозга, частоты общих расстройств психологического развития (гиперактивные расстройства, сочетающиеся с умственной отсталостью и расстройством аутистического спектра, в том числе, ранний детский аутизм, атипичный аутизм), а также увеличению частоты впервые диагностированных эмоциональных расстройств и расстройств поведения (гиперкинетическое расстройство поведения, несоциализированное и социализированное расстройства поведения). Анализ социальной ситуации развития детей различных районов Астраханской области, имеющих достоверно установленные отклонения в

состоянии психического здоровья, показывает, что в 75-89% случаев фиксируется низкое качество жизни семьи (включая отсутствие стабильного источника дохода или доход ниже прожиточного минимума, неудовлетворительные жилищные условия, низкий уровень образования как минимум одного из родителей и другие). Проводимые в ходе углубленного обследования опросы и анкетирование родителей показывают, что от 45 до 65% семей имеют отягощенную наследственность со стороны родителей либо ближайших родственников. До 79% детей с нарушениями здоровья однократно или систематически попадали в ситуации физической и/или вербальной агрессии преимущественно со стороны ближайшего окружения [4].

На наш взгляд, состояние психологического здоровья детей дошкольного возраста отражает не только возрастные и индивидуальные особенности развития детей, но и характер образовательной среды и условий семейного воспитания. В качестве показателей состояния психологического здоровья дошкольника могут быть выделены: характер межличностных отношений дошкольника, возрастные и индивидуальные характеристики когнитивной, аффективной и регулятивной сфер, которые могут выступать критериями его оценки. Выделение структурных компонентов, показателей и критериев оценки психологического здоровья дошкольников позволит разработать и внедрять конкретные психопрофилактические программы, обеспечивающие благополучное психологическое развитие детей.

Существующее противоречие между острой потребностью в научно обоснованных программах сохранения и формирования психологического здоровья детей дошкольного возраста и отсутствием технологии его оценки, не позволяет обеспечить возможность системной, комплексной работы психологической службы образовательной организации по сохранению, приумножению и восстановлению полноценного психологического здоровья детей. Причём, следует отметить отсутствие в практической психологии интегрального показателя, позволяющего оценить психологическое здоровье дошкольников, комплекса методик и критериев его диагностики. Большую значимость для решения практических задач в сфере сохранения и укрепления психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста приобретает разработка модели комплексной оценки состояния психологического здоровья детей в старшем дошкольном возрасте. Своевременная, динамичная и комплексная оценка состояния психологического здоровья дошкольника создаёт возможности для своевременного выявления и предупреждения неблагоприятных тенденций в развитии детей. Таким образом, необходимость обеспечения возможности сохранения, приумножения и восстановления полноценного психологического здоровья приводит к необходимости выявления факторов (критериев), выступающих показателями и параметрами комплексной оценки психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста. Использование комплексной оценки для выявления объективных данных о состоянии психологического здоровья позволит обеспечить психологическое благополучие развития детей дошкольного возраста в образовательной среде.

#### Литература

1. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья.— СПб.: Речь, 2006.

2. Дубровина И.В. Психическое и психологическое здоровье в контексте психологической культуры личности // Вестник практической психологии образования, № 3, 2009. - с. 17-21.
3. Еремицкая И.А. Психологическое здоровье: к сущности понятия// Психологическое здоровье подрастающего поколения: проблемы и пути решения [Текст]: материалы Международной научно-практической конференции. 19–20 ноября 2009 г. /сост.: И. А. Еремицкая. – Астрахань: Издательский дом «Астраханский университет», 2009.
4. Куликова Н.В., Васильева Т.Н. Состояние психического здоровья детской популяции как один из факторов национальной безопасности страны // Сборник трудов II Всероссийской научно-практической дистанционной интернет - конференции «Окружающая среда и здоровье населения» посвященной 75-летию КГМУ. /Под редакцией декана медико-профилактического факультета КГМУ, профессора кафедры общей гигиены А.М.Черных – Курск: КГМУ, 2010 – 1 CD.

**Васина А.Н.**

**Психологическая диагностика при исследовании маститов как послеродовых осложнений**

Московская служба психологической помощи населению,  
МГМУ им. И.М. Сеченова, г.Москва, Россия  
[vsnssh2@mail.ru](mailto:vsnssh2@mail.ru)

**Ключевые слова:** психологические факторы возникновения маститов, телесный опыт, практика заботы о себе, социальная ситуация развития

**Vasina A. N.**

**Psychological diagnostics in the study of mastitis as postpartum complications**

Moscow service of psychological assistance to the population,  
MSMU n. a. I. M. Sechenov, Moscow, Russia

**Keywords:** psychological factors mastitis, bodily experience, practice self-care, social situation of development

**Введение.** Психологическая диагностика при исследовании маститов как послеродовых осложнений в настоящее время не является достаточно разработанной. При этом данное заболевание является одним из самых распространенных осложнений послеродового периода, поэтому подбор диагностического инструментария и исследование психологических аспектов данного заболевания будет полезно многим женщинам.

**Материал и методы.** Для того чтобы изучить психологические факторы маститов на сроке 3 дня после родов, т.е. до потенциального времени возникновения маститов, мы исследовали всех женщин, соответствующих критериям: а) 1-я беременность; б) естественные роды; в) замужество; г) возраст от 19 до 30 лет; д) желанный ребенок; е) отсутствие соматических осложнений и травматических событий в послеродовом периоде; ж) грудное вскармливание не менее 2х месяцев. Далее мы отслеживали характер протекания последующего послеродового периода у каждой женщины. Из всех исследованных женщин для сравнительного анализа были отобраны 2 группы: 50 женщин с нормальным протеканием послеродового периода и 50 женщин, у которых на протяжении 1,5 месяцев после родов был мастит. Чаше мастит возникал на сроке 1,5 – 2 недели после родов. На сроке 1,5 месяца после родов эти 2 группы исследовались повторно.



В исследовании изучались следующие психологические категории: телесный опыт, особенности социальной ситуации развития, личностные особенности, эмоциональное состояние, представления о протекании послеродового периода. Для этого использовались методики: «классификация ощущений», ШВП, СМИЛ, УСК, PARI, «Ценностные ориентации», «Шкала депрессии», а также – самостоятельно разработанные методики: Шкала ощущений в послеродовом периоде, анкета на определение уровня концентрации на груди до беременности, «Интро-, проприо- и экстрацепция в послеродовом периоде» (ЭПИ), «10 ощущений», анкета для женщин в послеродовом периоде, методика «Мой послеродовой период», «Мотивационная готовность к материнству», «10 чувств», «10 отличий».

Существует 2 пути, чтобы показать взаимосвязь психологических факторов и соматических состояний. 1. При отсутствии первоначальных отличий в соматическом состоянии 2-х исследуемых групп показать, что при наличии некоторых различающихся факторов в этих группах будет отличаться и их соматическое состояние; 2. Показать, что действие психологических факторов коррелировано с соматическими, т.е. чем более выражены некоторые психологические факторы, тем хуже соматическое состояние.

Несмотря на то, что первоначальных, регистрируемых врачами, соматических различий в обеих группах не было, при более пристальном исследовании оказалось, что эти группы на сроке 3 дня после родов различны не только по психологическим факторам, но и по нарушениям самочувствия. Таким образом, с помощью данных методик были найдены предвестники такого заболевания как лактационный мастит (относительное увеличение количества физических ощущений, связанных с грудной областью, с общим состоянием, с последствиями родов и т.д.). Но в связи с данными по самочувствию оказалось, что исследование должно пойти по 2-му возможному пути.

**Результаты.** По результатам методик на изучение самочувствия и телесного опыта были обнаружены сопутствующие лактационному маститу клинические феномены: особенности строения груди и становления лактации (более длительное расцеживание, в т.ч. в некоторых случаях с применением аппаратного вмешательства, более поздний приход молока, повышенное количество женщин с «немолочной» грудью, т.е. с втянутыми сосками и т.п.), более тяжелое прохождение беременности и родов, другие сопутствующие осложнения, особенно - дистонические симптомы и т.д.

Применение анкеты на определение уровня концентрации на груди до беременности показало, что у женщин с маститами на протяжении жизни не было практики заботы о себе. Это проявлялось в отсутствии заботы о груди как об элементе внешности (редкое ношение вещей, подчеркивающих достоинства груди т. д.) и как об источнике телесных ощущений и состояний (редкое использование средств по уходу за телом и т.д.). Также показано, что эту заботу они не получали и от матерей, начиная с младенчества, что воплотилось в отсутствии их собственной заботы о себе. Последнее же отразилось в более негативном восприятии своего тела у женщин с маститами по сравнению с женщинами группы «норма». При этом оказалось, что чем меньше матери женщин с маститами предоставляли такую заботу своим дочерям и соответственно чем меньше женщины с маститами на протяжении жизни заботились о себе, тем

больше компонентов утяжеления мастита в послеродовом периоде у них наблюдалось.

При изучении других особенностей телесного опыта было показано, что для телесного опыта женщин с маститами свойственны более развитая, чем у женщин с нормальным протеканием послеродового периода, система взаимодействия с внутренними, особенно негативными, телесными ощущениями; повышенный уровень метафоризации, внутренней разработанности; сниженный уровень дифференцированности; неинтегрированность; внедрение новых критериев классификации телесных ощущений (связанных с дополнительной мотивационной нагрузкой по отношению к рождению ребенка и по отношению к собственному личностному становлению как женщины); повышенная концентрация на груди при отсутствии концентрации на груди до беременности и в пубертате; изменение восприятия ощущений, имеющих несильно выраженную негативную окраску, на положительное или нейтральное.

При исследовании детско – родительских отношений было выявлено, что особенности воспитания в родительской семье женщин с маститами отличаются от особенностей воспитания женщин группы «норма», что выявляется как до, так и после возникновения заболевания. Для особенностей воспитания женщин с маститами со стороны их матерей в детстве характерны: недостаточность телесного контакта и менее оптимальный характер телесного контакта, являющиеся определяющими в психологическом риске возникновения мастита, а также нарушение отношения к семейной роли, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, излишняя концентрация на ребенке и некоторые отклонения в оптимальном эмоциональном контакте с ребенком. Это повлияло на негативное восприятие себя, как матери, у женщин с маститами по сравнению с женщинами группы «норма».

Анкета для женщин в послеродовом периоде показала, что и в настоящее время со стороны матерей женщин с маститами по отношению к их дочерям наблюдается недостаточность телесного контакта (они и во взрослой жизни редко обнимают своих дочерей и т.п.). Также оказалось, что в настоящей жизни матери женщин с маститами оказывают последним меньше поддержки при воспитании ребенка и т.д. Т.о. у женщин с маститами имеется социальная ситуация существования в послеродовом периоде, отличная от той, которая имеется у женщин группы «норма». Анкета также показала, что вклад в социальную ситуацию развития вносит и отношение мужей женщин с маститами, которые гораздо реже и в меньшей степени поддерживают своих жен по сравнению с мужьями женщин группы «норма».

Таким образом, социальная ситуация существования в послеродовом периоде и отсутствие практики заботы о себе создают почву для возникновения мастита. Кроме телесного опыта и социальной ситуации развития мы исследовали также личностные особенности, эмоциональное состояние и представления женщин в послеродовом периоде. Было выявлено, что личностные особенности, эмоциональное состояние и представления женщин с маститами отличаются от соответствующих характеристик женщин группы «норма» как до, так и после возникновения заболевания. Оказалось, что женщин с маститами характеризует психологическая неготовность к материнству, пониженный уровень женственности и оптимистичности, шизоидность, интровертированность,

повышенная концентрация на себе, высокий уровень интернальности в области неудач, в области семейных отношений, в области здоровья и т.д. Не каждая личностная особенность женщин с маститами создает риск для возникновения мастита. Среди перечисленных такой чертой мы считаем выраженный недостаток женственности, который проявляется, в т. ч. и в отсутствии заботы о себе, в частности, о груди, которая является символом женственности.

Также оказалось, что эмоциональное состояние женщин с маститами характеризуется снижением настроения и наличием послеродовой депрессии, и они имеют более негативные представления о прохождении послеродового периода, чем женщины группы «норма». Данные характеристики не являются непосредственной почвой для возникновения мастита, но могут усугублять уже имеющиеся предпосылки для возникновения мастита. Например, снижение настроения, обычно сопровождается меньшим желанием заниматься собой, в т.ч. уходом за своей грудью и т.д. А более негативные представления о протекании какого-нибудь периода могут способствовать снижению настроения, влияние которого на возникновение мастита было показано выше.

**Резюме.** Таким образом, мы осуществили подборку и разработку психологических методов для исследования маститов как послеродовых осложнений, и было показано, что существуют не только соматические, но и психологические факторы маститов, среди которых основными, на наш взгляд, являются социальная ситуация существования в послеродовом периоде и отсутствие практики заботы о себе.

**Величковский Б.Б., Рупчев Г.Е., Султанова Ф.Р., Качина А.А.,  
Каледа В.Г., Тихонов Д.В., Алексеев А.А.**

**Особенности подавления эмоциональной интерференции при депрессии**

Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова,  
ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
[velitchk@mail.ru](mailto:velitchk@mail.ru)

**Ключевые слова:** депрессия, рабочая память, эмоциональная интерференция, подавление

**Velichkovsky B., Rupchev G., Sultanova F., Kachina A., Kaleda V.,  
Tikhonov D., Alekseev A.**

**Emotional interference inhibition in depression**

Lomonosov Moscow State University, Faculty. of Psychology,  
FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** depression, working memory, emotional interference, inhibition

**Введение.** Клиническая и суб-клиническая депрессия широко распространена в развитых странах, включая Россию [1]. Это делает актуальным изучение психологических механизмов развития депрессивной симптоматики. Одним факторов развития депрессии может быть низкая эффективность подавления негативной эмоциональной интерференции в рабочей памяти [4]. Под рабочей (оперативной) памятью понимается система процессов оперативного хранения и переработки умственных репрезентаций в целях решения познавательных задач [3]. Под негативной эмоциональной интерференцией понимается вызванная предъявлением негативно окрашенной стимуляции активация ум-

ственных репрезентаций в рабочей памяти, которые (1) не связаны с актуально решаемой задачей и (2) препятствуют эффективному выполнению актуально решаемой задачи. Снижение эффективности решения задач под влиянием негативной интерференции может быть связано с тем, что низкая эффективность подавления вызванной предъявлением негативной стимуляции irrelevantной активации препятствует активации репрезентаций, связанных с решением задачи. При этом активация рассматривается как разделяемый ограниченный ресурс, необходимый для решения любых познавательных задач [2]. Нарушение решения познавательных задач под влиянием негативной интерференции, в свою очередь, проявляется в нарушениях адаптации. Данная работа направлена на проверку предположения о сниженной эффективности подавления негативной эмоциональной интерференции при депрессии.

**Материалы и методы.** Выборка. В исследовании приняли участие 31 здоровый испытуемый (магистранты факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, 10 мужчин и 21 женщина, средний возраст - 32 года) и 29 больных депрессивным спектром расстройств (9 мужчин и 20 женщин, средний возраст - 49 лет).

**Задание.** Испытуемые выполняли версию задачи внутреннего переключения (Internal Shift Task, [4]). Предъявлялись последовательности фотографий лиц людей (от 10 до 14 лиц в последовательности), варьирувавших по полу (мужской, женский) и по выражению (эмоция «Злость», нейтральное выражение). Фотографии лиц были отобраны из базы изображений эмоций KDEF [5]. Задачей испытуемых было подсчитывать «в уме» количество мужских и женских лиц (нейтральной условие) или «злых» и «нейтральных» лиц (эмоциональное условие). После предъявления последовательности результаты подсчета заносились испытуемым в специальный бланк. Переход к показу следующего лица осуществлялся нажатием клавиши, время реакции регистрировалось. В каждом условии предъявлялось 10 последовательностей стимулов. Условия были сбалансированы по схеме АББА. Задание предъявлялось на экране ноутбука и было запрограммировано в ПО E-Prime 2.0.

**Обработка данных.** Анализ данных проводился с помощью дисперсионного анализ с повторными измерениями с факторами депрессия, условие, переключение (повторение категории лица или её изменение по сравнению с предыдущим лицом), валентность предъявляемого лица, валентность предыдущего лица. Анализ проводился в ПО SPSS 17.0. Учитывая поисковый характер исследования, как значимые на уровне тенденции рассматривались результаты с  $p < 0,2$ .

**Результаты.** Были обнаружены значимые эффекты факторов условия ( $p < 0,01$ ), переключения ( $p < 0,01$ ) и взаимодействия переключения и условия ( $p < 0,01$ ). В эмоциональном условии время реакции на лицо было значимо выше, чем в нейтральном условии. В пробах с переключением категории лица время реакции было значимо выше, чем в пробах с повторением категории. Замедлением при переключении было значимо выше в эмоциональном, чем в нейтральном условии.

Была обнаружена тенденция к взаимодействию факторов валентности лица и депрессии ( $p = 0,182$ ). Группа больных характеризовалась увеличенным временем обработки негативных лиц по сравнению с нейтральными, в то время как

такого различия в группе здоровых не наблюдалось. Также был обнаружена тенденция к взаимодействию факторов условия, валентности и депрессии ( $p=0,162$ ). В нейтральном условии в обеих группах не было обнаружено замедления обработки негативных лиц. Однако в эмоциональном условии (в котором выражение предъявляемого лица находилось в фокусе внимания) такое замедление было обнаружено, причем только в группе больных.

Дополнительный анализ (t-критерий) показал, что возможной причиной замедления обработки негативных лиц больным является замедление обработки негативных лиц в пробах, следующих за пробами с негативным лицом ( $t=-1,65$ ,  $p=0,1$ ). В случае последовательного предъявления негативных лиц у больных отсутствует эффект ускорения переработки в пробах с повторением (обратный показанному выше эффекту замедления переработки в пробах с переключением). Таким образом, у больных предъявление негативной стимуляции в предыдущей пробе продолжает оказывать негативное влияние на последующую пробу. У здоровых испытуемых такого специфического влияния предыдущей негативной пробы не обнаруживается.

**Выводы.** Проведено исследование влияния негативной эмоциональной интерференции на переработку информации в рабочей памяти у здоровых людей и больных депрессией. Показано, что депрессия сопровождается замедленной переработкой негативной стимуляции, когда она находится в фокусе внимания. Показано, что специфической причиной такого ухудшения может быть сниженная эффективность переработки негативной стимуляции в пробах после проб с негативной стимуляцией. Такое снижение эффективности переработки при повторении негативных проб у больных депрессией ярко контрастирует с увеличением эффективности переработки проб при повторении категории стимула, наблюдаемым у здоровых испытуемых.

Возможным механизмом указанного эффекта может быть сниженная эффективность подавления активации негативных репрезентаций, переставших быть актуальными для решения текущей задачи. Низкая эффективность подавления активации irrelevantных негативных репрезентаций может приводить к недостатку когнитивных ресурсов, выделяемых на решение текущей задачи в рабочей памяти. В частности, указанный механизм может лежать в основе руминаций – навязчивых негативных мыслей, характерных для депрессивных состояний [6]. Связанная с неэффективным подавлением негативной интерференции неспособность к эффективному подавлению руминаций может лежать в основе характерных для депрессии когнитивных нарушений посредством редукции ресурсов, доступных для решения задач в рабочей памяти [4].

Исследование выполнено при поддержке РГНФ, грант №16-06-00065

#### Литература

1. Бритов А.Н., Елисеева Н.А. и др. Влияние психологических факторов на интегральную характеристику здоровья (по данным проспективного популяционного исследования). Клиническая медицина. 2015 (1): 56-62.
2. Канеманн Д. Внимание как усилие. М.: Смысл, 2006.
3. Baddeley A. Working memory: theories, models, and controversies // Annual Review of Psychology. 2012. V. 63. P. 1-29.
4. De Lissnyder E., Koster E., De Raedt R. Emotional interference in working memory is related to rumination // Cognitive Therapy and Research. 2012. V. 36. P. 348-357.

5. Lundqvist D., Flykt A., Ohman A. The Karolinska directed emotional faces – KDEF, CD ROM from Department of Clinical Neuroscience, Psychology section, Karolinska Institutet, ISBN 91-630-7164-9.
6. Treynor W., Gonzalez R., Nolen-Hoeksema S. Rumination reconsidered: A psychometric analysis // Cognitive Therapy and Research. 2003. V. 27. P. 247-259.

**Вещикова М.И.**

**Методика «оценка восприятия опасности с опорой на фотографии»**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
[mveshchikova@gmail.com](mailto:mveshchikova@gmail.com)

**Ключевые слова:** восприятие опасности, подростковый возраст, проективные методы

**Veshchikova M.**

**Test “estimation of danger perception based on photos”**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** anger perception, adolescence, projective methods

**Введение.** Исследования восприятия опасности представляют интерес для клинической психологии в связи с проблемами рискованного поведения, тревожных и бредовых расстройств [3, 4, 5]. Имеющиеся работы по данной тематике не предлагают инструментов, удовлетворяющих как исследовательские, так и диагностические задачи одновременно. В связи с этим была разработана методика, доступная к использованию в патопсихологической диагностике. Методика «Оценка степени опасности с опорой на фотографии» построена на принципе категоризации материала. Стимульный материал представлен 21-й карточкой с фотографиями потенциально опасных мест и ситуаций, с которыми можно встретиться в повседневной жизни. Набор включает в себя карточки с изображениями природных опасностей (сложные погодные условия, природные катаклизмы), опасностей антропогенной среды (транспортные средства, загрязняющие предприятия и т.п.), опасностей социального происхождения (маргинальные члены общества, места больших скоплений народа и т.п.). Набор имеет стандартную последовательность предъявления, при которой чередуются опасности различного происхождения и степени серьезности последствий. Цель методики – выявить субъективный уровень опасности у испытуемого.

**Материалы и методы.** В инструкции предлагается разделить все карточки на три группы по степени опасности. Если испытуемый просит пояснить, какие группы имеются в виду, ему дается ответ «очень опасные, средние и наименее опасные».

Для статистической обработки используются следующие показатели:

- Количество карточек, отнесенных к каждому из трех уровней опасности (общее и по каждому из источников опасности),
- Интегральный балл воспринимаемого уровня внешней опасности, рассчитываемый путем присвоения баллов каждой карточке, которая отнесена: к безопасным ситуациям - 0 баллов, к опасным – 1 балл, к очень опасным – 2 балла.

В процессе выполнения методики фиксируются комментарии испытуемого, касающиеся критериев разделения карточек на группы или содержания карто-

чек, если они противоречат частотным трактовкам или вызывают у испытуемого сильные эмоциональные переживания [1;2]. Методика апробировалась на подростковой выборке, поскольку в этом возрасте наблюдается резкий рост случаев рискованного поведения, как для здоровых подростков, так и для страдающих психическими заболеваниями.

В исследовании приняли участие 153 подростка в возрасте от 11 до 17 лет. Контрольная группа – 90 подростков (60 девочек, 35 мальчиков), учащихся средних общеобразовательных школ № 820 и №659 г. Москвы, школы №1 г. Электросталь (Московская обл.), ГБОУ Лицей №1451 г. Москвы, ФГБОУ СПО "Электростальский медицинский колледж ФМБА" г. Электросталь. Клиническая группа – 64 человека (29 девочек, 35 мальчиков), пациентов с диагнозами F20, F21, F25, F07, проходивших лечение в ФГБНУ «Научный Центр Психического Здоровья» и ГКУЗ «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков» Департамента здравоохранения г. Москвы.

**Результаты.** При расчете интегрального балла по всей методике выявляется значимое повышение балла природной опасности в патологии по сравнению с нормой (по критерию Манна-Уитни подтверждается на уровне значимости 0,05).

При рассмотрении распределения ответов по источникам опасности отмечается снижение доли природных угроз от общего числа ответов (в клинической группе – 33% социальных угроз, 38% антропогенных и 29% социальных; в контрольной – 36%, 37% и 27% соответственно). При этом следует отметить, что различия между распределением ответов в клинической и контрольной группах выражены слабо.

При оценке отдельных карточек обнаруживаются различия между контрольной и клинической группами в частоте отнесения ситуации к уровням опасности. Здоровые подростки чаще относят к наиболее опасным угрозы, которые на уровне общественного сознания расцениваются как серьезные: часто и драматично упоминаются в СМИ, обсуждаются в контексте техники безопасности (пожар, дорожное движение, брошенные объекты).

Подростки с психическими заболеваниями чаще относят к безопасным фотографии маргинальных и криминальных слоев населения. Такой результат может проистекать из сложностей понимания социального контекста больными подростками, неумения считывать внешние маркеры маргинальных групп, слабо выраженной брезгливости. Такая тенденция указывает на уязвимость подростков с расстройствами шизофренического спектра перед делинквентными группами: не распознавая в них угрозу, подростки могут становиться их жертвами или участниками.

Здоровые подростки склонны приписывать низкий балл опасности ситуациям, являющимся частью повседневного опыта: сложные погодные условия в городской среде, многолюдные места. Такие ситуации дают богатый положительный опыт взаимодействия, давая повод к недооценке угрозы.

На качественном уровне обнаруживается более выраженное эмоциональное отношение к изображенным ситуациям у подростков клинической группы. Они высказываются о своих страхах, либо об интересе к изображенной ситуации, в то время как подростки контрольной группы больше ориентированы на прямое выполнение инструкции. Среди подростков с психической патологией

наблюдаются случаи личностно окрашенного отношения к заданию, введение дополнительного критерия оценки ситуаций (например, соответствие изображенных ситуаций нормативному поведению, источник опасности).

**Выводы.** Разработанная методика показывает свою пригодность для исследовательских задач и также может быть использована в диагностике. Для введения точных критериев оценки результатов требуется расширение выборки на прочие возрастные группы и увеличение ее размеров. На данном этапе методика позволяет выявить выраженные изменения субъективного уровня опасности, своеобразия критериев оценки, установки на поиск риска.

#### Литература

1. Вещикова М.И., Зверева Н.В. Исследование восприятия опасности у подростков в норме и при эндогенной психической патологии [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. Том 6. № 1. С. 312–324. doi:10.17759/psyedu.2014060133
2. Вещикова М.И. Восприятие опасности подростками и его связь с личностными чертами у подростков в норме и при психической патологии/ М.И. Вещикова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2015. – Т. 8, № 1. – С. 56–62.
3. Brandtstädter J., Voss A., Rothermund K. Perception of Danger Signals: The Role of Control // Experimental Psychology, 2004. Vol. 51(1). P. 24-32.
4. Breakwell Glynis M. The Psychology of Risk. New York: Cambridge UP, 2007. 335 p.
5. Heenan A. et al. Assessing threat responses towards the symptoms and diagnosis of schizophrenia using visual perceptual biases //Schizophrenia research. – 2014. – Т. 159. – №. 1. – С. 238-242.

### **Виноградова М.Г.**

#### **Исследование чувствительности к противоречиям у больных с расстройствами личности**

МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия,  
[mvinogradova@yandex.ru](mailto:mvinogradova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** когнитивные процессы, личностные расстройства, чувствительность к противоречиям, антонимы

### **Vinogradova M.**

#### **The study of the sensitivity to contradiction in patients with personality disorders**

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

**Keywords:** cognitive processes, personality disorders, sensitivity to contradiction, antonyms

**Введение.** Хорошо известная специалистам «мягкость» когнитивных нарушений при расстройствах личности характеризуется в ситуации патопсихологического эксперимента малой выраженностью отклонений в выполнении, их фрагментарностью и незначительным снижением продуктивности по сравнению с принятыми нормами и критериями. Кроме того, отличительным признаком подобных когнитивных нарушений является их неустойчивость (часто представляющая в экспериментальном патопсихологическом исследовании как легкость возвращения к верному выполнению или даже в некоторых случаях как высокая результативность), а также зависимость стилевых и содержательных особенностей деятельности от эмоциональной значимости материала и аффективной насыщенности всей ситуации исследования. Учитывая данную



специфику когнитивных процессов больных с расстройствами личности, в эмпирическом исследовании представляется перспективным изучение чувствительности к противоречиям, как на уровне феномена, так и на уровне механизмов когнитивных процессов (например, абстрагирования, категоризации, выделения главного и второстепенного, определения фоновых и центральных параметров материала, установления иерархии признаков и т.д.). В качестве методологической основы такого исследования выступают положения, разработанные в московской патопсихологической школе, о методе патопсихологического эксперимента, при реализации которого «становится возможным познание причин и закономерностей развития и исчезновения явления, то есть его сущности» [1].

**Методы.** В проводимых нами исследованиях использованы как классические патопсихологические методики («Толкование пословиц», «Классификация понятий», «Сложные аналогии»), так и авторские («Противоречивые высказывания» Тхостов А.Ш., Виноградова М.Г.) и специально разработанные: «Противоположные высказывания на основе теста Дж. Роттера» (совместно с Тхостовым А.Ш., Богословской М.В.), «Оценка антонимов» (совместно с Шарая О.В.).

**Результаты.** Обобщение результатов исследований показывает, что для испытуемых условной группы нормы при работе с противоречивым материалом свойственна достаточная чувствительность к противоречивости парных высказываний, и количество непротиворечивых ответов во всех предложенных методиках больше, чем ответов, противоречащих друг другу. Антонимические пары были доступны не только для адекватной оценки, но и для продуктивного использования при создании самоописания, антагонистического и идеального образов себя. Полученные результаты свидетельствуют о способности испытуемых к удержанию последовательности суждений, о наличии у них разработанной и в целом непротиворечивой системы ценностей, которую они способны транслировать при выполнении методик, как при эксплицитном, так и при имплицитном предъявлении противоречивого материала. При этом появление противоречивых ответов в методиках у здоровых испытуемых может быть связано со спецификой использованного стимульного материала – высказываний, относящихся к сфере обыденных представлений, неотъемлемой характеристикой которой является доступность взаимоисключающих оснований для суждений при их не-симульном использовании (что обеспечивает гибкость и адаптивность поведения в некоторых случаях принятия решения в обыденной жизни).

Выполнение методик больными с ананкастным (обсессивно-компульсивным), шизотипическим и истерическим расстройствами личности характеризуется неравномерностью чувствительности к противоречиям у разных групп больных. Больными с ананкастным расстройством личности преодоление противоречивости предъявляемых в методиках высказываний осуществлялось за счет более частого отвержения обеих альтернатив. В этой группе оценка пар высказываний как несопоставимых являлась устойчивой стратегией выполнения. Работа с материалом антонимических пар в некоторых случаях вызывала непреодолимые затруднения, в основном заключающиеся в фиксированности испытуемого на наличии дополнительных синонимических рядов, попытка

учесть которые приводила к расширению круга рассматриваемых явлений и к недоступности однозначного выбора. При шизотипическом расстройстве личности в ряде случаев отмечалось дополнение больными противоречивых утверждений смысловыми оттенками, что позволяло нивелировать противоположность высказываний, а в некоторых вариантах даже образовывать общую систему из двух стимульных высказываний, с использованием искаженных оснований для суждений. Антонимические пары анализировались испытуемыми данной группы по формальным параметрам, что особенно ярко выражалось в поляризации формулировок при составлении антагонистичного и идеального образов себя. При истерическом расстройстве личности отмечалось наиболее выраженное снижение чувствительности к противоречиям. Но сопоставление результатов методик с результатами выполнения больными теста интеллекта Д. Векслера показало, что объяснение подобного снижения не сводимо к снижению показателей продуктивности интеллекта, а представляет собой специфический результат когнитивно-аффективного взаимодействия. Сочетание склонности этих испытуемых придавать суждениям избыточную универсальность (глобальность в противоположность конкретности) при тенденции избегания выбора, отвержения (конъюнкция в противоположность дизъюнкции) можно рассматривать как особый вариант когнитивного стиля при истерическом расстройстве личности. Вывод об относительной автономности феномена «ситуационной глобальности» согласуется с клиническими наблюдениями, а также с описаниями поведения истерических личностей в повседневной жизни. Данные им многочисленные клинические характеристики содержат указания на сочетание, парадоксальное в некоторых случаях, сохранности интеллектуальной продуктивности, способности к адекватному, «сверхреалистичному» реагированию наряду с неожиданными яркими проявлениями нарушений переработки и использования информации, а также нарушениями логики суждений, поступков.

**Выводы.** Сопоставление вербальной продукции больных с расстройствами личности и испытуемых группы условной нормы обнаружило на материале лексической антонимии разные способы структурной и смысловой обработки информации, в частности, особенности реализации мыслительных операций «противопоставление» и «сравнение». Подтверждено, что нарративы испытуемых с личностными расстройствами имеют специфические эмоционально-смысловые характеристики, отражающие особенности их когнитивно-аффективного стиля в целом. На материале работы с противоречивыми высказываниями выявлена неоднородность чувствительности к противоречиям у разных групп больных с расстройствами личности и выделены основные стратегии реагирования на противоречивую информацию больных с ананкастным, шизотипическим и истерическим расстройствами личности.

Литература

1. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. -М., 2004, 224 с.

**Власенкова И.Н.**

**Зрительные ассоциации у детей 8-11 лет в норме и при шизофрении**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,

[Irene-v@mail.ru](mailto:Irene-v@mail.ru)

**Ключевые слова:** шизофрения, младший школьный возраст, ассоциативный эксперимент, графическая деятельность, зрительные ассоциации

**Vlasenkova I.**

**Visual associations of children of 8 -11 y.o. under normal and schizophrenia conditions**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** schizophrenia, young school age, association experience, graphical activity, visual associations

**Введение.** В настоящее время всё больше работ посвящается исследованию специфики операциональной и содержательной стороны мышления у детей с расстройствами шизофренического спектра [1,5,6,7]. Актуальность представленного исследования важна, прежде всего, в целях своевременной диагностики при обследовании групп риска развития психических заболеваний, и разработки коррекционных программ помощи. Работа продолжает направление исследований ассоциативных процессов у больных шизофренией детей [2,3,4]. Данный фрагмент научных исследований направлен на выявление ведущих механизмов в основании ассоциативных процессов у детей, страдающих расстройствами шизофренического круга, в рамках зрительной модальности.

**Цель исследования** – изучение особенностей ассоциативной и графической деятельности в зрительной модальности у детей, страдающих шизофренией.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 60 детей младшего школьного возраста от 8 до 11 лет. Основную группу (ОГ) составили 30 детей с диагнозом шизофрения детский тип F20.8, проходивших лечение в стационаре в детском клиническом отделении Научного центра психического здоровья РАМН и Научно-практическом центре психического здоровья детей и подростков Департамента здравоохранения г. Москвы. Контрольную группу (КГ) составили 30 здоровых детей, учащихся ЦО № 1811 «Измайлово» г. Москвы.

Методом нашего исследования является вариант модификации ассоциативного эксперимента, используемый для изучения графической деятельности и вербальных ассоциаций в зрительной модальности.

Стимульный материал состоял из шести геометрических фигур, три из которых завершённые – круг, квадрат, равнобедренный треугольник, а три незавершённые – полукруг, прямой угол, острый угол. Испытуемым предлагались бланки, на каждом из которых были размещены десять одинаковых геометрических фигур из вышперечисленных и давался вариант их дорисовывания до реального предмета. Перед детьми ставилась задача выбирать из бланков по одному и заполнять его в произвольном порядке так, чтобы изображения не копировали образец. Инструкция: «Дорисуйте деталь до реального предмета и назовите, что вы изобразили».

Параметры количественного анализа:

1. Количество продуктивных ассоциаций. За продуктивные мы принимали изображения, которые отличались графически и вербальные ассоциации к ним не повторялись.
2. Время, необходимое на дорисовывание каждого из шести бланков, и общее время, требующееся на выполнения всего задания в целом.

### 3. Стандартность вербальных ассоциаций к графическому изображению.

**Результаты.** Статистическая оценка результатов графической деятельности больными шизофренией детьми и здоровыми испытуемыми показывает значимые различия по анализируемым нами количественным параметрам. При анализе параметра продуктивности было выявлено, что среднее количество продуктивных ассоциаций в группе больных шизофренией детей значимо ниже, чем в группе здоровых сверстников. Сравним продуктивность в основной и контрольной группе. По серии «Завершенные изображения» она составила в ОГ 66% и в КГ 95% соответственно (различия статистически значимы на уровне 0,001). По серии «Незавершенные изображения» в ОГ – 55% и в КГ – 88% (различия статистически значимы на уровне 0,001). Продуктивность ассоциаций в ОГ снижается за счёт того, что у больных шизофренией детей отмечается тенденция к упрощению задания (объединение нескольких фрагментов в одну ассоциацию или нескольких ассоциаций в единый сюжет), множества повторяющихся рисунков и вербальных ассоциаций к ним, а также фактов полного или частичного копирования образца.

Анализ среднего времени выполнения заданий выявил статистически значимые различия по серии «Завершенные изображения». Среднее время выполнения заданий в ОГ составило 14 минут и в КГ – 30 минут (различия статистически значимы на уровне 0,001). Несмотря на то, что в среднем времени выполнения заданий по методике «Незавершенные изображения» между здоровыми и больными шизофренией детьми нет значимых различий (среднее время выполнения заданий КГ составило 23 минуты, в ОГ – 19 минут), данные показатели существенно различаются при качественном анализе лежащих в их основе механизмов. Минимальные значения времени в норме свидетельствуют о стремлении ребенка быстрее выполнить задание и несущественно сказываются на продуктивности ассоциативной деятельности. У больных шизофренией детей минимальные значения временных показателей связываются с повышением непродуктивных ассоциаций. Максимальные значения времени в норме показывают дети, подошедшие к выполнению заданий творчески или с большим чувством ответственности. Их изображения отличались оригинальностью и тщательным прорисовыванием деталей. Увеличение времени выполнения заданий у больных шизофренией детей сказывается на продуктивности ассоциаций, проявляется в колебаниях работоспособности и коррелирует с обеднением ассоциаций и увеличением повторных изображений.

При анализе стандартности зрительных ассоциаций было выявлено снижение коэффициента стандартности в группе больных шизофренией детей по сравнению с нормой в серии «Завершенные изображения». Коэффициент стандартности в ОГ составил 19%, в КГ -29% (различия статистически значимы на уровне 0,001). Следует отметить, что снижение коэффициента стандартности в ОГ сочеталось с низкой продуктивностью ассоциаций. Сопоставление ассоциативных образов выявило, что у больных шизофренией детей в основном присутствуют изображения неживых объектов («шалаш», «воздушный змей», «мозаика» и т.п.), а также букв, цифр и геометрических фигур в отличие от здоровых детей, которые наряду с неживыми изображениями довольно часто продуцируют образы растений, животных, людей («цветок», «лиса», «подруга»).

## **Выводы.**

1. Продуктивность ассоциативного процесса больных шизофренией детей снижена по сравнению со здоровыми детьми. Механизмом недостаточной продуктивности выполнения задания больными шизофренией детьми является повышение вербальной и перцептивной инертности.
2. Динамические показатели ассоциативного процесса у больных шизофренией детей характеризуются пониженным темпом установления связей.
3. Содержательные показатели ассоциативного процесса характеризуются снижением коэффициента стандартности.

Ассоциативный эксперимент, проводимый в целях дальнейшего уточнения оснований мыслительной деятельности у больных шизофренией детей, подтверждает наше предположение о том, что нарушение ассоциативного процесса при шизофрении проявляется в изменении количественных, содержательных и динамических показателей зрительных ассоциаций по сравнению с нормой, а используемый стимульный материал и процедура проведения исследования могут быть внесены в арсенал экспериментально-психологических средств для дифференциальной диагностики.

### **Литература**

1. Алейникова С.М. Особенности развития мыслительной деятельности у детей, больных шизофренией. Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1984
2. Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Вербальные ассоциации на обонятельной основе у детей 8-11 лет в норме и при шизофрении // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – Москва, 2014. – № 1. – 144с. – С. 68-71
3. Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Экспериментальное исследование особенностей ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей младшего школьного возраста, больных шизофренией // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – Москва, 2010. – № 2. – 143с. – С. 46-56.
4. Зверева Н.В., Власенкова И.Н., Тимофеев И.В. Полимодальные вербальные ассоциации у детей в норме и при шизофрении. // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2006. – № 4. – С. 32-40.
5. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). Методические рекомендации. М., 2014. 40 с.
6. Мелешко Т.К. Об особом типе формирования познавательной деятельности при шизофрении. // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / под ред. Ю.Ф.Полякова, М., 1982.
7. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / под ред. М.Ш.Вроно. М., 1986. С. 146-160.

**Вологодина Я.О., Рошина И.Ф.**

**Особенности нейропсихологического статуса больных с депрессиями в позднем возрасте**

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** депрессии позднего возраста, нейропсихологическая диагностика, когнитивная сфера

**Vologdina Ya., Roshchina I.**

**Features of neuropsychological status of patients with depression in later life**

FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** late-life depression, neuropsychological diagnostics, cognitive sphere

**Введение.** В XXI веке в России клиническая психология старения в тесном контакте с геронтопсихиатрией продолжает давнюю и плодотворную традицию многоаспектных научных исследований. Возросший в последние десятилетия интерес к проблеме изменений психической деятельности в «третьем возрасте» делает проблему поиска методов и приемов, чувствительных к изучению особенностей и выявлению специфических аспектов психического функционирования пожилых людей особенно актуальной. По-прежнему лидирующее положение среди дисциплин, занимающихся анализом процессов развития, принадлежит нейропсихологии. Нейропсихологический метод синдромного анализа А.Р.Лурия [5, 6], широко зарекомендовавший себя при работе с разными вариантами дизонтогенеза, является адекватным и информативным и в психиатрической практике [7, 10].

В последние годы в рамках отечественной нейрогеронтопсихологии проведен ряд исследований оценки текущего когнитивного статуса и прогноза состояния у больных при аффективных расстройствах, в частности, депрессиях позднего возраста. Применение специальных шкал, оценивающих степень подкорковой, лобной и височной дисфункции, показало, что у больных с неблагоприятным исходом депрессии имели место более выраженные симптомы со стороны лобных структур мозга, чем у пациентов с благоприятным течением заболевания [1].

Наша работа продолжает начатые в отечественной психиатрии циклы эмпирических исследований в рамках данного подхода [7, 9]. Ее целью является исследование особенностей когнитивной сферы и выявление основных маркеров патологических состояний при депрессиях в «третьем возрасте». Объектом нашего исследования стала когнитивная сфера при нормальном и патологическом старении. Предметом – особенности состояния ВПФ в норме и при депрессиях в пожилом возрасте. Исследование проводилось в отделении №6 (заведующий отделением – А.И.Колесниченко) отдела гериатрической психиатрии (руководитель – профессор С.И.Гаврилова) ФГБНУ НЦПЗ.

**Материал и методы.** В экспериментальную группу вошли 30 больных в возрасте от 55 до 75 лет, средний возраст – 66,7 лет. Среди них 8 женщин и 22 мужчины. Больные были комплексно обследованы в отделе гериатрической психиатрии (обследование психиатром, неврологом, терапевтом, МРТ-головного мозга). У всех пациентов экспериментальной группы была диагностирована аффективная патология (рекуррентное депрессивное расстройство, тревожная депрессия с паническими атаками и ипохондрическими расстройствами, затяжная апато-адинамическая депрессия средней степени тяжести, биполярное аффективное расстройство, апато-адинамическая депрессия средней степени тяжести, реактивно-спровоцированная тревожно-апатическая депрессия).

Контрольную группу составили 25 здоровых испытуемых в возрасте от 55 до 75 лет, средний возраст – 62,7 лет. Среди них – 14 женщин, 11 мужчин. Клиническая и контрольная группы были равноценными по образовательному уровню.

Комплексное нейропсихологическое обследование, дополненное рядом сенсibilизированных проб [11, 13], включало оценку операциональных, регуля-

торных и нейродинамических параметров психической деятельности. Синдромный анализ (по А.Р.Лурии) результатов, полученных в ходе проведения нейропсихологического обследования, позволил нам описать структуру и проанализировать особенности состояния ВПФ в норме и при депрессиях в позднем возрасте. Использовалась система количественной оценки продуктивности и эффективности психической деятельности, которая разработана в общей нейропсихологии на базе факторного анализа [3, 12, 15 и др.]. В ней дифференцированно рассмотрены патофеномены и механизмы, приводящие к дефициту: объема и избирательности непосредственного и отсроченного воспроизведения эталонов памяти, пространственных представлений, счета и т.п. Статистическая обработка результатов проводилась с использованием программы SPSS Statistics (критерий углового преобразования ( $\phi^*$ ) Фишера).

**Результаты.** Полученные результаты указывали на следующие различия в состоянии ВПФ в клинической и контрольной группах испытуемых. При нормальном старении снижались такие компоненты психической деятельности как:

- реципрокная координация рук ( $p \leq 0,01$ ),
- пространственные представления в условиях копирования с перешифровкой ( $p \leq 0,01$ ),
- избирательность при непосредственном воспроизведении в зрительной сфере (6 фигур) ( $p \leq 0,01$ ),
- слухоречевая память в звене избирательности при непосредственном и отсроченном воспроизведении (6 слов) ( $p \leq 0,05$ ).

В экспериментальной группе имел место более широкий спектр нарушений ВПФ. Недостаточность наблюдалась в 90% проб, что принципиально отличало клиническую группу от нормативной когорты. При депрессиях в пожилом возрасте по сравнению с контрольной группой статистически значимыми оказывались различия в:

- сфере пространственных представлений ( $p \leq 0,05$  и  $p \leq 0,01$  в зависимости от пробы),
- зрительной памяти в звене объема и избирательности при непосредственном воспроизведении ( $p \leq 0,01$ ),
- пробах на динамический праксис ( $p \leq 0,05$  для обеих рук),
- слухо-речевой памяти в звене объема, как при непосредственном, так и при отсроченном воспроизведении ( $p \leq 0,05$  по обоим критериям),
- счетных операциях ( $p \leq 0,01$ ),
- произвольной регуляции деятельности ( $p \leq 0,05$ ).

Качественный анализ результатов нейропсихологического исследования позволил обнаружить у пациентов с депрессией ряд таких симптомов, как структурно-топологический дефицит (при копировании) и поштриховое выполнение пробы (при копировании и в самостоятельном рисунке). Также наблюдались негрубые ошибки программирования, произвольной регуляции и контроля за протеканием собственной деятельности, которые не достигали грубой степени выраженности и, как правило, элиминировались в результате первичной или вторичной коррекции.

У пациентов экспериментальной группы были обнаружены трудности удержания программы в пробах на динамический праксис, имели место персеверации при вычитании и экфории слухоречевых и зрительных стимулов на следах памяти, трудности программирования при решении задач, «соскальзывания» при подборе аналогий в пробах на название ассоциативных рядов, ошибки при выставлении стрелок на «немых» часах и др. Указанная недостаточность была патогномична именно для испытуемых экспериментальной группы и свидетельствовала о значимо более выраженном по сравнению с контрольной группой дефиците со стороны правого полушария, а также снижении функций со стороны передних отделов головного мозга.

Снижение нейродинамических параметров психической активности, характерное для экспериментальной группы, которое проявлялось в общем замедлении темпа деятельности, латенция при включении в задания, позволило говорить и о выраженных по сравнению с популяционной выборкой симптомах со стороны глубинных структур мозга ( $p \leq 0,01$ ).

### **Выводы.**

1. Проведение комплексного нейропсихологического обследования позволило выделить ряд функций, снижение которых было характерным для испытуемых экспериментальной группы (прежде всего пространственный анализ и синтез), и в связи с этим рассматривать ряд нейропсихологических проб как имеющих дифференциально-диагностическое значение для квалификации ранних (начальных) стадий патологических форм старения, в частности депрессивных расстройств.
2. Учет полученных данных будет иметь особое значение для осуществления эффективной консультативной, профилактической, коррекционной и психотерапевтической помощи и способствовать, в свою очередь, успешной адаптации и функционированию пожилых людей в социуме.

#### Литература

1. Балашова Е.Ю., Ряховский В.В., Щербакова Н.П. Нейропсихологическая оценка лобной дисфункции в прогнозировании исхода депрессий позднего возраста. Материалы IV Конгресса "Нейрореабилитация-2012", 27-29 февраля 2012 г., Москва, с.13-14.
2. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном старении и при болезни Альцгеймера // Нейродегенеративные заболевания. Фундаментальные и прикладные аспекты / Под ред. академика М.В. Угрюмова. М. 2010. С. 304-312.
3. Корсакова Н.К. Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. – М.: Изд. центр «Академия». – 2003.
4. Корсакова Н.К. Типология нормального старения и факторы риска декомпенсации: нейропсихологический подход // «Нейрореабилитация - 2011». Материалы III-его Международного конгресса. М. 2011. С.77-78.
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. – М.: Академия, 2009. – 384с.
6. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М. Академический проект, 2000, 512 с.
7. Психиатрия: Научно-практический справочник / Под ред. академика РАН А.С.Тигонова. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016.
8. Рощина И.Ф., Балашова Е.Ю. Клиническая психология старения в России: истоки, проблемы и перспективы // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова). – М.: МГППУ, 2013. – с. 142-156.



9. Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б. Нейропсихологический подход в изучении структуры и динамики синдрома мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте // Психиатрия. – 2009. – №1. – с.32-35.
10. Руководство по гериатрической психиатрии / Под ред. С.И.Гавриловой. - М.: Пульс, 2014.
11. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: Учебное пособие, - 2-е изд., испр. и доп. – М.: Генезис, 2008.
12. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М., 2002.
13. Семенович А.В., Умрихин С.О. Пространственные представления при отклоняющемся развитии: Методические рекомендации к нейропсихологической диагностике. – М., 1998.
14. Симерницкая Э.Г. Мозг человека и психические процессы в онтогенезе. – М.: Изд-во Московского Университета, 1985.
15. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс-диагностики «Лурия-90». – М.: Знание, 1991.
16. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. – М., 1996.
17. Штернберг Э. Я. Геронтологическая психиатрия. – М.: «Медицина», 1977.

**Воробьева Е.В., Ермаков П.Н.**

**Основные проблемы подготовки клинических психологов в Южном федеральном университете**

Южный федеральный университет, г. Ростов-на-Дону, Россия,  
[evorob@sfedu.ru](mailto:evorob@sfedu.ru), [paver@sfedu.ru](mailto:paver@sfedu.ru)

**Ключевые слова:** подготовка клинических психологов

**Vorobyeva E., Ermakov P.**

**The main problems of training of clinical psychology students at the Southern Federal University**

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

**Keywords:** training of clinical psychology students

Академия психологии и педагогики (АПП) ЮФУ является ведущим научно-исследовательским и образовательным центром Южного федерального округа, способствующим развитию системы профессионального образования региона и дающим возможность получения качественного образования в области психологии. Программа подготовки специалистов «Клиническая психология», реализуемая в Академии психологии и педагогики Южного федерального университета, отвечает потребностям современной общественной практики. Сложившаяся в настоящее время в Южном федеральном округе (ЮФО) обстановка обострила потребность в квалифицированных клинических психологах, специально подготовленных для работы с людьми в чрезвычайных ситуациях, в системе реабилитации лиц, участвовавших в военных действиях. Квалифицированные специалисты в области клинической психологии необходимы также в работе по созданию и реализации специализированных региональных целевых антинаркотических программ, действующих в ЮФО. Имеется потребность в психологах в области социальной защиты инвалидов, в психокоррекционной и реабилитационной работе с больными СПИДом и наркозависимыми, в работе с подростками, с детьми с ограниченными возможностями всего Южного федерального округа. К числу задач, решаемых клиническими психологами, относятся: психогигиена и психопрофилактика; выявление групп

риска психических отклонений в различных социальных и возрастных группах; организация психокоррекционной и психотерапевтической помощи населению; трудовая, военная, судебная, медико-психолого-педагогическая экспертизы и др. Программа имеет целью профессиональную подготовку специалистов в области клинической психологии с практическим уклоном. Она направлена на развитие у студентов профессиональных, общекультурных универсальных (общенаучных, социально-личностных, инструментальных) компетенций, а также - на формирование профессионально- и социально-значимых личностных качеств; предполагает сопряжение профессионального образования с развитием гуманитарной культуры, формированием интеллектуально оснащенной, социально ответственной личности.

Программа ориентирована на общую психолого-гуманитарную подготовку специалистов - клинических психологов, обладающих широким кругозором, способностью учиться и умением самостоятельно приобретать новые компетенции.

Объекты профессиональной деятельности выпускника – клинического психолога: человек с трудностями адаптации самореализации, связанными с его физическим, психологическим, социальным и духовным состоянием, а также системы и процессы охраны, профилактики и восстановления здоровья; распространение информации и формирование знаний о психологических факторах психического и физического здоровья и здоровом образе жизни; изучение психологических факторов дезадаптации и развития нервно-психических и психосоматических заболеваний; изучение психологических факторов формирования поведения, направленного на поддержание, сохранение, укрепление и восстановление здоровья; выявление лиц с повышенным риском развития заболеваний, психологической и социальной дезадаптации; психологическая диагностика, направленная на решение диагностических и лечебных задач клинической практики и содействия процессам коррекции, развития и адаптации личности; психологическое консультирование в рамках профилактического и реабилитационного процессов, в кризисных и экстремальных ситуациях, а также в целях содействия процессам развития и адаптации личности; психологическая экспертиза в связи с задачами медико-социальной (трудовой), педагогической, судебной и военной экспертизы. Предполагаемая сфера профессиональной деятельности выпускников: в образовательных учреждениях, психолог-консультант в различных антикризисных центрах и центрах по связям с общественностью, медицинских учреждениях, консультативных центрах и др.

Программа подготовки специалистов нацелена на получение студентами базового образования в области клинической психологии и предоставляет широкие возможности дальнейшего профессионального развития выпускников. Уникальность образовательной программы определяется сочетанием академических традиций гуманитарного образования и внедрением современных и инновационных технологий обучения. К образовательному процессу привлекаются ведущие российские ученые, развивающие авторские научные школы (П.Н. Ермаков, Е.В. Воробьева, О.К. Труфанова, М.П. Аралова, Л.А. Дикая И.В. и др.) и специалисты, имеющие практический опыт психологической работы в учреждениях различных профилей. Кроме того, ежегодная модернизация образовательной программы позволяет оперативно внедрять в учебный

процесс новейшие достижения психологической науки и обучать студентов современным технологиям психологической диагностики, профилактики и коррекции.

Структура образовательной программы включает в себя блок дисциплин, состоящий из базового и вариативного модулей; блок практик и блок государственной итоговой аттестации. Дисциплины базовой части составляют 65 %, а вариативной – 35 % от общего объема образовательной программы; общая трудоемкость программы составляет 330 зачетных единиц (реализуемых в течение 5,5 лет обучения).

Основная образовательная программа предусматривает проведение практик обучающихся. Практики закрепляют знания и умения, приобретаемые студентами в результате освоения теоретических курсов и специальных дисциплин, вырабатывают практические навыки и способствуют комплексному формированию общекультурных, общепрофессиональных и профессионально-прикладных компетенций обучающихся. Учебная практика проводится в целях получения первичных профессиональных умений и навыков. Производственная практика проводится в целях получения профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности. При реализации данной образовательной программы предусматриваются следующие виды практик: учебная: учебно-ознакомительная (2 недели), педагогическая — 2 недели, производственная — 2 недели, преддипломная и супервизия (10 недель). Практики проводятся как в сторонних организациях, так и на кафедрах и в лабораториях факультета, обладающих необходимым кадровым и научно-техническим потенциалом. Базы для прохождения практик студентов специалитета «Клиническая психология» ЮФУ: Южно-российский центр развития толерантности и профилактики экстремизма (ЮФУ), Многофункциональный антикризисный центр «Психологическая поликлиника» (ЮФУ), Научный экспертно-консультационный центр прикладной юридической психологии (ЮФУ), Лаборатория психофизиологии и экспериментальной психологии (ЮФУ), Лечебно-реабилитационный научный центр «Феникс», ГБУ «Психоневрологический диспансер», г. Ростова-на-Дону, Центры психологической помощи больным СПИДом, Служба «Телефон доверия» при областном Центре социальной помощи семье и детям, Школа-интернат для умственно отсталых детей № 41, Отделение нейрохирургии БСМП №1, Инспекции по делам несовершеннолетних, Учебный центр Следственного комитета по Ростовской области, Лаборатория когнитивной психофизиологии факультета психологии ЮФУ. Лаборатории ЮФУ оснащены оборудованием, лаборатория психофизиологии и экспериментальной психологии имеет следующее оборудование: устройство психофизиологического тестирования УПФТ-1/30 "Психофизиолог"; комплекс реабилитационный психофизиологический для тренинга с БОС «РЕАКОР» (четырёхканальный полиграфический блок пациента «РЕАКОР») (2 экз.); мобильный (переносной) электроэнцефалограф-регистратор «ЭНЦЕФАЛАН-ЭЭГР-19/26»; электроэнцефалограф-анализатор ЭЭГА-21/26 «ЭНЦЕФАЛАН 131-03» модификация 03 (8 каналов ЭЭГ и 6 полиграфических каналов) в комплектации (исследование вызванных потенциалов, эгоскоп, анализ сердечного ритма, полиграфические каналы для БОС-тренинга, стабиллоплатформа, электростимулятор и др.) с БОС-тренингом; полиграф «Поларг» - для проведения

полиграфических обследований в научных исследованиях, для практикума студентов.

Доля преподавателей, имеющих ученую степень и/или ученое звание, в общем числе преподавателей, обеспечивающих образовательный процесс по данной основной образовательной программе, составляет 85 процентов; ученую степень доктора наук и/или ученое звание профессора имеют 20 процентов преподавателей.

По результатам мониторинга статистических данных по направлению подготовки 37.05.01 «Клиническая психология» (очная форма обучения) за последние два года, основные риски невыполнения показателей эффективности образовательной программы включают в себя, в первую очередь, риски по невыполнению контрольных цифр приема абитуриентов. Это обусловлено, прежде всего, отсутствием бюджетных мест на очной форме обучения и необходимостью привлечения абитуриентов на условиях полного возмещения затрат, а также сравнительно высоким пороговым баллом ЕГЭ, необходимым для зачисления на образовательную программу. Стратегия преодоления этих рисков включает в себя активную профориентационную работу и привлечение к обучению в специалитете по данному направлению не только абитуриентов из числа выпускников общеобразовательных школ и учреждений среднего профессионального образования, но и лиц, уже имеющих опыт работы и интересующихся возможностями применения психологических знаний в собственной трудовой деятельности. Результаты мониторинга статистических данных по остальным параметрам эффективности деятельности программ свидетельствуют о стабильном выполнении запланированных показателей. Средний проходной балл абитуриентов составил 69 баллов, что является достаточно высоким результатом для направления, реализуемого на условиях полного возмещения затрат.

**Галасюк И.Н., Шинина Т.В.**

**Клиническая диагностика в социальной сфере: специалист – «немотивированный клиент»**

ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва, Россия,  
[igalas64@gmail.com](mailto:igalas64@gmail.com), [schinina@list.ru](mailto:schinina@list.ru)

**Ключевые слова:** психологическая диагностика, мотивация, междисциплинарная команда, отношение психолога

**Galasyuk, I., Shinina T.**

**Clinical diagnostic in the social sector: specialist – "the unmotivated client"**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** behaviour of psychologist, interdisciplinary team, psychological diagnostic, motivation

**Введение.** Современные достижения в научно-практической сфере, связанной с аномальным развитием, позволяют профессионалам получить богатую палитру диагностических методов работы с различными видами психопатологии уже на стадии обучения в вузах (Л.С. Выготский, С.Я. Рубинштейн, В.В. Лебединский, В.И. Лубовский, Т.Г. Горячева, Н.В. Зверева, М. Раттер, М.М. Семаго, Н.Я. Семаго и др.). На практике из всего существующего мно-

гообразия диагностических приемов и вариантов эксперимента психолог должен уметь выбрать те, которые помимо решения клинической задачи, соответствуют образовательному уровню, психическому состоянию и отношению клиента к исследованию [4]. В данной статье мы остановимся на влиянии экспериментатора, психолога на отношение клиента к процедуре психологической диагностики, что с нашей точки зрения является основой для получения достоверной информации.

С.Я. Рубинштейн в своих рекомендациях по применению психодиагностических методик патопсихологам указывала, что анализ отношения больных к исследованию позволяет выявить существенные показатели заболевания. Приведенные в ее трудах примеры-кейсы экспериментальных исследований иллюстрируют следующее высказывание автора в отношении больного: «Огромный интерес представляет то, как они относятся к этой проверке: охотно, старательно или негативистично выполняют инструкции; заинтересованы в хорошей оценке их решений или безразличны к ней» [4]. Сусанна Яковлевна давала детальные рекомендации по поводу ответов психолога на ту или иную эмоциональную реакцию больного во время выполнения конкретной методики, а также более общие рекомендации относительно поведения профессионала. Так, например, «Умение ставить вопросы и делать замечания – это особое искусство экспериментатора. Его реплики, замечания и вопросы обязательно должны быть скупыми и односложными... Недопустимо, если экспериментатор слишком много говорит и спрашивает» [4]. Таким образом, ученый явно дает понять, что обучаясь конкретной методике необходимо не только соблюдать последовательность определенных шагов, правила оформления протоколов исследования и т.д., но и осознанно влиять на поведение больного, способствуя отделению причины явления от условий, в которых оно развивается и определению условий, усиливающих, ослабляющих либо уничтожающих явление.

У авторов данной статьи не вызывает сомнений, что в большинстве своем психологи применяют методы диагностики достаточно квалифицированно, однако насколько осознанно профессионалами их влияние на поведение клиента и, соответственно, достоверность полученных результатов? Мы намеренно уходим от слова «больной», так как на сегодняшний день патодиагностические методики широко используются в различных сферах, в том числе в социальной. У клиентов, которые получают помощь в социальных учреждениях, не всегда имеются нарушения в развитии, но есть проблемы в поведении, что требует вмешательства специалистов [2,3]. Такие клиенты, за редким исключением, не приходят к психологу с запросом найти причину их проблем. Если, например, говорить о подростке, который начинает прогуливать школу, агрессивно вести себя в школе и дома и т.д., так это у окружающих возникают с ним проблемы. Такой подросток явно не будет проявлять активности при предложении заполнить какие-либо методики. Сейчас на примере реального случая мы проиллюстрируем важность профессионального поведения специалиста в работе с клиентом.

**Кейс** «Подросток С.». Семейный анамнез.

Подросток С. Возраст: 13 лет. Родители развелись, когда ребенку было 3 года. С тех пор ребенок видит маму один раз в год, с папой связь не поддерживается, воспитывается бабушкой и дедушкой в городских условиях.

До 5 класса ребенок учился на «4» и «5». Был достаточно благополучен в школе, дома, был социально адаптирован.

Кризисный момент. Отсутствует информация о триггерном механизме, запустившем делинквентное поведение подростка: проявлении агрессии в отношении близких людей (бабушки), одноклассников, учителей. На момент первой встречи психолога с подростком специалист не имел возможности побеседовать с родственниками ребенка и сформулировать гипотезу о причинах изменений поведения ребенка. Есть факт сегодняшнего дня. Причина попадания в социальную службу: при подготовке домашнего задания, отказывался его делать, и после настоятельных требований бабушки последовала бурная реакция подростка, который повалил бабушку на диван и стал ее душить. Данный поступок стал поводом для телефонного звонка социальным службам.

Психологический контекст: психологу очень важно готовиться к встрече с клиентом и собирать информацию об анамнезе и семейной ситуации клиента.

Первый контакт с психологом. До встречи с психологом подросток был подвергнут допросу в правоохранительных органах. Эмоционально был закрыт и сдержан. В таком состоянии его привезли в организацию поддержки семьи и детства. При этом психолог, устанавливая контакт, задал следующие вопросы: «Расскажи что случилось? С кем ты живешь? Как ты сюда попал?». Внезапно подросток проявил физическую агрессию в отношении психолога.

Профессиональная экспертиза. Этот кейс разбирался нами на супервизионной группе с психологами Центра, в который был доставлен подросток С. При обсуждении специалисты выдвинули гипотезу, что вопросы, с которых профессионал начал беседу с подростком, могли стать провоцирующим фактором, тем триггерным механизмом, который запустил агрессивное поведение подростка. Сами по себе вопросы психолога являются классическим подходом в установлении контакта с клиентом, который имеет мотивацию на психологическую помощь. В предложенном кейсе, базовые знания, диагностические методики, технологии, работа по инструкции мешает увидеть базовые потребности клиента. За этим упускается главный элемент в работе с клиентом – творчество, готовность специалиста к работе с немотивированным клиентом.

На сегодняшний день, становится очевидной необходимость обучения психологической диагностики и методам работы членов междисциплинарной команды специалистов социальной сферы. «Если педагоги и воспитатели — субъекты воздействия, то в эту работу должно входить образование педагогов и воспитателей по курсу детской клинической психологии; рекомендации для педагогов — как общие, по фундаментальным закономерностям дидонтогенеза и — более узко — по определенным категориям детей (дети-аутисты, дети с нарушениями моторной и сенсорных сфер, с задержкой психического развития и др.), так и частные — по каждому конкретному ребенку» [1].

По окончании высшего учебного заведения специалисты приходят на работу с желанием реализовать полученные знания и зачастую с идеальным представлением о том, что клиент ожидает помощи и будет активно содействовать

специалисту в проведении диагностических, лечебных и иных процедур. Однако, на практике, сталкиваясь с клиентом, которого обязали прийти к психологу по разным причинам, профессионал не всегда готов к агрессии или полному отсутствию мотивации к сотрудничеству. С одной стороны, существуют некие алгоритмы действия специалиста, при проведении диагностических процедур, которые зависят от особенностей диагноза. С другой стороны, специалисты теряют спонтанность и нечто неуправляемое во взаимоотношениях в диаде «специалист-клиент» в процессе клинического эксперимента.

Рассуждая о нагрузке специалиста – психолога, С.Я. Рубинштейн подчеркивает, что в работе практиков всегда содержатся элементы исследования и творчества [4]. Последнее, как нам кажется, особо важно в работе с «немотивированными» клиентами.

#### Литература

1. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Детская клиническая психология: история и современное состояние // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 2(31). – С. 2 [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 07.10.2016).
2. Краснова О.В., Галасюк И.Н., Шинина Т.В. Психология личности пожилых людей и лиц с ограничениями здоровья: Учебное пособие для слушателей профессиональной переподготовки по специальности «Психологическая деятельность в учреждениях социальной сферы» / Под ред. О.В. Красновой. – СПб.: КАРО, 2011. – 320 с. (Галасюк И.Н. С. 33-70, С. 303-316.)
3. Психология социальной работы: Учебник для бакалавров / И.Н.Галасюк, О.В.Краснова, Т.В.Шинина; под ред. докт. психол. наук О.В.Красновой. – М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К», 2013. – 304 с. (Галасюк И.Н. - С.84 – 184, 212 – 243).
4. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с. (Серия «Мир психологии»).

**Гаранян Н.Г., Пушкина Е.С.**

**Методика социальных сравнений как средство диагностики поведенческого компонента социального познания**

МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России),  
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия  
[garanian@mail.ru](mailto:garanian@mail.ru), [liza.pushkina@mail.ru](mailto:liza.pushkina@mail.ru)

**Ключевые слова:** Шкала ориентации на социальные сравнения, русскоязычная версия, валидизация

**Garanian N., Pushkina E.**

**Social comparison measure as a tool for social cognition behavioral component's assessment**

Moscow Research Institute for Psychiatry,  
MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** Social Comparison Orientation measure, Russian version, empirical validation

**Введение.** Понятие «социального сравнения» введено L. Festinger, который рассматривал их как фундаментальную потребность человека, связанную с поиском критериев для точной оценки собственных личностных качеств, суждений и способностей [4]. Накапливаются сведения о том, что стратегии социальных сравнений связаны с широким кругом клинических феноменов - состояниями эмоциональной дезадаптации и выгорания, депрессивными расстрой-

ствами, неудовлетворенностью телом и расстройствами пищевого поведения, личностной патологией [1, 3]. Психотерапевтические вмешательства, прерывающие процесс частых и болезненных сравнений, улучшают как настроение, так и отношение к собственному физическому облику [3]. Изучение стратегий социальных сравнений, и разработка методов их диагностики становятся приоритетными научно-практическими задачами.

Изучая вариабельность характеристики в общей популяции, F. Gibbons и B. Buunk ввели понятие «ориентации на социальные сравнения» (SCO – social comparison orientation) [5]: «По отношению к индивидам с низким SCO, индивиды с высоким SCO находят больше поводов для сравнений, проводят больше времени в сравнениях с другими, испытывают более сильные реакции (чувства) при сравнении себя с другими, в большей мере основывают собственные оценки на сравнениях с другими людьми» [3]. Лица с высокими показателями SCO наделены характеристиками, создающими риск по расстройствам аффективного спектра, – фокусировкой внимания на собственном «Я», повышенным интересом к чувствам и мыслям других людей, негативной аффективностью и «неопределенностью относительно собственного “Я”». F. Gibbons и B. Buunk создали англоязычную методику, тестирующую индивидуальные различия в ориентации на социальные сравнения с помощью 11 пунктов [5]. Валидность опросника доказана в исследованиях с привлечением 22 дополнительных методик в США и Нидерландах. В соответствии с учением Л. Фестингера опросник тестирует два параметра социальных сравнений, которые различаются по своей глубинной природе: (а) сравнение способностей (пункты 1-6 в оригинальной версии) и (б) сравнение мнений (пункты 7-11 в оригинальной версии). Несмотря на интерес российских специалистов к проблематике социальных сравнений [1, 2], не существует отечественных методик, диагностирующих эту черту. С целью восполнения указанного дефицита шкала «Ориентация на социальные сравнения Iowa-Netherlands» (Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure, INCOM) была включена в проект «Социальное познание в норме и патологии: модели и методы изучения, диагностики, развития и коррекции».

**Материал и методы.** Русскоязычная версия инструмента создана путем перевода командой из трёх экспертов-психологов со свободным владением английским языком. В исследовании приняли участие 582 испытуемых студентов 1 – 6 курсов ВУЗов (г. Москвы, Санкт Петербурга, Ярославля, Архангельска, Северодвинска, Твери, Уфы, Самары, Саратова, Севастополя) в возрасте от 17 до 24 лет (средний возраст – 20,8 лет). Основная часть испытуемых находилась в возрасте от 18 до 20 лет. Девушки среди испытуемых составили 54,2% опрошенных, юноши – 45,8%.

**Результаты.** Эмпирическая валидизация шкалы включала следующие процедуры:

- 1) Анализ описательных статистик. По каждому пункту были вычислены частота выбора каждого из ответов (от 1 до 5), среднее и стандартное отклонение, построены гистограммы распределения. Все пункты шкалы получили большое количество ответов; это свидетельствует о незначительных трудностях в их понимании испытуемыми. Ответы по пунктам, отражающим стремление испытуемых сравнивать себя с другими по параметру



«способности», стремятся к более высоким показателям, что объясняется включенностью испытуемых в учебную деятельность. Показатели ответов по пунктам, отражающим восприятие себя как склонных к частым социальным сравнениям, напротив, оказываются смещенными влево (к более низким баллам), что служит индикатором психологического благополучия испытуемых.

- 2) Определение факторной структуры опросника (посредством эксплораторного факторного анализа методом главных компонент с вращением факторных структур по методу VARIMAX). Выделены 2 фактора (70,6% дисперсии ответов) – «Сравнение способностей» пункты 1,3,4,6,7,10,11) и «Сравнение мнений» (пункты 2,5,8,9). Это факторное решение совпадает с представлениями авторов о двухкомпонентном составе конструкта «ориентация на социальное сравнение». Результаты конфирматорного факторного анализа показывают неплохое соответствие модели ранее установленному двухфакторному решению).
- 3) Проверка внутренней консистентности опросника (с помощью коэффициента корреляции  $r$  – Spearman, коэффициентов  $\alpha$ -Cronbach и Guttman Split-half). Положительные корреляционные связи пунктов шкалы между собой, а также с общим показателем в совокупности с высокими показателями  $\alpha$ -Cronbach (0, 775) и Guttman Split-half (0, 751) свидетельствуют о приемлемой надежности русскоязычной версии методики.
- 4) Оценка конструктивной валидности опросника производилась посредством гендерных и возрастных сравнений (критерии t-Student и U-Mann-Whitney). Ожидалось, что в силу склонности к конкурентному поведению юноши будут в большей мере ориентированы на сравнение способностей, что нашло подтверждение в исследовании. По фактору «Ориентация на сравнение мнений» гендерные различия не выявлены. Фактор возраста не влияет на рассматриваемые характеристики. Полученные данные подтверждают конструктивную валидность русскоязычной версии методики INCOM.
- 5) Оценка влияния социальной желательности на ответы испытуемых. Значимых корреляционных связей опросника со Шкалой социальной желательности Кроуна-Марлоу выявлено не было, что свидетельствует о низком влиянии социальной желательности на ответы испытуемых.
- 6) Проверка внешней валидности опросника (через выявление корреляционных связей с симптомами эмоционального неблагополучия). Были выявлены значимые корреляционные связи между показателями ориентации на социальные сравнения и симптомами депрессии, тревоги, беспокойства, ревности, зависти, а также общим повседневным стрессом в студенческой жизни. Такие связи показателей Шкалы ориентации на социальные сравнения с результатами валидизированных методик, измеряющих теоретически близкие конструкции, подтверждают валидность методики INCOM.
- 7) Проверка тест-ретестовой надежности методики INCOM. В данной части исследования принимали участие 25 студентов московских ВУЗов (12 юношей и 13 девушек), средний возраст – 20 лет, интервал между двумя замерами – 4 недели. Для статистического анализа полученных данных применялись критерий T-Wilcoxon и коэффициент корреляции  $r$ -Spearman. Результаты показывают отсутствие различий между показателями опрос-

ника при двукратном измерении. Между показателями первого и повторного тестирования зафиксированы сильные положительные статистически достоверные связи.

**Выводы (резюме).** Проведенная статистическая обработка результатов показывает, что измеряемый шкалой признак является стабильным во времени, а сама методика имеет высокую тест-ретестовую надежность.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 14-18-03461) на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава

России  
Литература

1. Гараян Н.Г. Теория социального сравнения в клинической психологии // Психологический журнал РАН. 2015. Т. 36. № 4. С. 23–36.
2. Самойленко Е.С. Проблемы сравнения в психологическом исследовании. М.: издательство «Институт психологии РАН». 2010.
3. Dijkstra P., Gibbons F., Buunk A. Social comparison theory / Social Psychological foundations of clinical psychology. Maddux J., Tangney J. (Eds.). 2010. New York. London: Guilford Press. P. 195-210.
4. Festinger L. A theory of social comparison processes // Human Relations, 1954. V. 7. P.117–140.
5. Gibbons F., Buunk B. Individual differences in social comparison: Development of a scale of social comparison orientation // Journal of Personality and Social Psychology. 1999. V. 76. P. 129–142.

**Герасимчук М.Ю.**

**Диагностическая палитра депрессии**

ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М.Сеченова,  
Кафедра психиатрии и наркологии, Москва, Россия

**Ключевые слова:** депрессия, аффективные расстройства, диагностика, хронобиология, суточные колебания

**Gerasimchuk M.**

**Diagnostic palette of depression**

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University,  
Department of psychiatry and narcology, Moscow, Russia

**Keywords:** depression, affective disorder, diagnosis, chronobiology, diurnal variations

**Введение.** Междисциплинарность – вектор развития современной медицины, в области душевного здоровья это тесное взаимодействие психиатров (наркологов, психотерапевтов, сексологов), клинических психологов, дефектологов, социальных работников, врачей интернистов. Формирование полноценного представления о диагностических возможностях в рамках клинической практики должно базироваться как на накопленном опыте, так и его переосмысления, интеграции в современные реалии практического здравоохранения.

«Нет ничего более властного в жизни человека, как ритм» [Павлов И.П.]. Знание основ науки хронобиологии (от др.-греч. χρόνος — «время»), интегративной при рассмотрении ее в социальной системе, дает новое преломление получаемых в ходе беседы, наблюдения и психологического эксперимента фактов и закономерностей. Циркадианные ритмы рассматривают как соб-

ственную спонтанную (эндогенную) и генетически закреплённую цикличность биологических процессов в организме [1].

С.Я. Рубинштейн в книге “Экспериментальные методики патопсихологии” при описании корректурной пробы при “чрезвычайно медленном темпе работы при депрессии” отмечает “возможность сравнения качества работы больного в разные дни и часы... показатели скорости могут зависеть от индивидуальных особенностей”, таким образом, закладывая основы для дифференцированной оценки результатов [2,3]. Ведь для “больных с депрессивными синдромами, отвечающих с паузами, скупое, односложное”, характерен абсолютно особый ритмологический паттерн, отличный от здорового состояния.

В.Н. Краснов (2009) относит суточный ритм с усилением депрессии в утренние часы к основным симптомам депрессивного эпизода [4]. У части больных особенно мучительные состояния наблюдаются не только в утренние часы, но и в послеобеденные, наплыв мучительных навязчивых страхов – в вечернее время.

На основании исследования, проведенного автором, среди больных (n=45) старше 18 лет, с установленным диагнозом депрессии в рамках «Биполярного аффективного расстройства» [F.31], «Депрессивного эпизода» [F.32.] и «Рекуррентного депрессивного расстройства» [F.33], хронобиологические нарушения занимают значительное место как в субъективных жалобах (нарушения сна, сезонность, периодичность наступления фаз и др.), так и при объективной оценке. Суточные колебания настроения при этом выступают стержневым признаком, основополагающей характеристикой десинхроноза.

Для клинического психолога, участвующего в диагностической работе при нозологической и топической дифференциальной, индивидуально-личностной типологической диагностике, установлении структуры и степени выраженности нарушений высших психических функций важно учитывать суточные закономерности изменения состояния аффективного больного, что предполагает: тщательный предварительный анализ медицинской документации (по настоящему эпизоду и анамнестических данных), заочное “знакомство” с потенциальным испытуемым, его индивидуальным паттерном течения заболевания, вынесение окончательных результатов исключительно после неоднократной работы в разные часы, учет времени и продолжительности приема психофармакотерапевтических средств, комплаенс, достаточный уровень профессионализма, нацеленность на результат в командной работе с другими специалистами.

**Выводы (резюме).** Персонализированный индивидуализированный подход к каждому больному не всегда подразумевает дорогостоящие, трудно доступные в рутинной практике методики и программы, но вдумчивый, осознанный подход к каждому больному. Хронобиологический анализ дает значимые преимущества в скорости и качестве работы. Клинико-психологическая диагностика, базируясь на знании закономерностей течения аффективных расстройств, повышает потенциал специалиста, эффективность в определении прогноза болезни, выявлении факторов риска и профилактике.

Литература

1. Зоопсихология и сравнительная физиология. Учебно-методический комплекс /И.Н. Плещинский, Н.В. Звёздочкина. – Казань: Казанский федеральный университет, 2010.

2. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с. (Серия «Мир психологии»). — с. 51
3. Гутман Л. С. Экспериментально-психологические исследования
4. маниакально-меланхолического психоза (состояние сосредоточения внимания, умственная работоспособность и ассоциации). — Серия докторских диссертаций. Спб., 1909, № 15.
5. Краснов В.Н. Аффективные расстройства. В кн.: Психиатрия. Национальное руководство. М 2009; 490—524.

**Голубева К.К.**

**Депрессивные проявления и психологическое благополучие у матерей, ожидающих операции в связи с врожденным пороком ребенка до 1 года**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,  
[kirakonstantinovna@yandex.ru](mailto:kirakonstantinovna@yandex.ru)

**Ключевые слова:** психология, материнство, ОВЗ, эксперимент, депрессия

**Golubeva K.**

**Depressive symptoms and psychological welfare of mothers, awaiting for surgery due to children`s congenital disorder up to 1 year**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** psychology , motherhood , disability , experiment , depression

**Введение.** Рождение в семье ребенка с нарушениями развития влечет за собой специфические трудности, которые претерпевает семья в процессе ухода за ним и воспитания. Семья с ребёнком с нарушениями развития — это семья с особым статусом, особенности и проблемы которой определяются не только личностными особенностями всех её членов и характером взаимоотношений между ними, а также большей занятостью решением проблем ребенка, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, однако, главное — специфическим положением в семье ребёнка с нарушениями развития, которое обусловлено его болезнью. Основной задачей родителей, оказавшихся в таком положении, является преодоление психологического стресса и эмоциональных трудностей, так как без этого невозможно решать проблемы воспитания ребенка с нарушениями развития. Более того, присутствие ребёнка с особыми потребностями, наряду с другими факторами, может в значительной степени изменить самоопределение семьи, сократить возможности для заработка, отдыха, социальной активности [1,3,4,7].

Матери в таких семьях являются особой группой риска. Исторически и социокультурно сложилось, что они проводят с ребенком большую часть времени, и вероятность возникновения депрессии и эмоционального выгорания у них выше по сравнению с остальными членами семьи [3]. Использование термина «синдром эмоционального выгорания» (понятие, введенное в психологию американским психиатром Гербертом Фрейденбергом в 1974 году) нам представляется уместным, поскольку он проявляется нарастающим эмоциональным истощением, которое встречается и у матерей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья и с тяжелой соматической и иной патологией развития. Эмоциональное выгорание может повлечь за собой личностные изменения в сфере общения с людьми (вплоть до развития глубоких когнитивных искажений). Депрессии, которые могут наблюдаться у матери,

наносит ущерб не только ее психологическому благополучию, но также сказывается на ее родительских функциях, отношении к ребенку и семье в целом.

**Цель работы** - изучение структуры и психологического содержания материнской позиции применительно к женщинам, воспитывающим детей с нарушениями развития (младенцы с пороком сердца с показаниями к операции в возрасте до года).

Мы предполагали, что, чем глубже патология у ребенка, тем большее значение для адекватной родительской позиции и адаптации особого ребенка имеет личность матери, в частности ее психическое состояние, чувство психологического благополучия.

**Исследуемые.** Обследовано 20 матерей, имеющих детей в возрасте от 0,1 месяцев до 12 месяцев с нарушением развития – врожденным пороком сердца, требующим оперативного вмешательства. Обследование проводилось в период пребывания в больнице. По возрасту в группе были женщины от 21 до 41 года, среди детей были и мальчики и девочки, ребенок с пороком сердца у части матерей был первым и единственным, у части – вторым.

**База исследования** - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой Департамента Здравоохранения Москвы».

**Методы и методики исследования.** В работе применялись следующие методы: анкетирование и клиническая беседа, тестирование, методы математической статистики. Для достижения поставленной цели был сформирован диагностический комплекс, включающий следующие четыре методики: 1. Локус контроля Дж. Роттера (выявлялся экстернальный, внешний локус контроля либо интернальный, внутренний локус контроля) использован для оценки принятия ситуации, смирения с болезнью ребенка, или же протестом против болезни) [2]. 2. Методика определения уровня депрессии В.А. Жмурова - для выявления наличия депрессивных состояний и определения их тяжести [1]. 3. Анкета «Психологический тип родителя» (В. В. Ткачева) позволяет определить психические свойства родителя, воспитывающего ребенка с отклонениями в развитии [5]. 4. Методика оценки психологического благополучия Варвик-Эдинбург (адаптация С.К.Нартовой-Бочавер) – для определения эмоционального благополучия матерей [6]. Клиническая беседа проводилась со всеми матерями в полуструктурированной форме. Оценка полученных данных по каждому из тестов подсчитывались путем сложения баллов.

**Результаты.** В таблице 1 приведены результаты по всем методикам.

Таблица 1. Результатов исследования матерей (разделены по возрасту и количеству детей у матери) по всему методическому комплексу в абсолютных единицах

Возраст матерей	Локус контроля	Уровень депрессии	Тип родителя	Психологическое благополучие
20- 30 лет 1 ребенок (10чел.)	Экст. (5) Инт. (2)	Легкая депрессия (7) Умеренная депрессия (4)	Психосоматический (6) Авторитарный (4)	Низкий уровень (5) Средний уровень (6)
30- 41 года 2 и более детей (10чел.)	Инт. (10) Экст. (3)	Депрессия отсутствует (1) Минимальная депрессия (8)	Психосоматический (4) Невротический (5)	Средний уровень (1) Высокий уровень (8)

			Авторитарный (1)	
--	--	--	------------------	--

У матерей, в возрасте от 30 до 41 года, имеющих 2 и более детей, депрессия минимальна или отсутствует. Легкая и умеренная депрессия присутствует у матерей, в возрасте от 20 до 30 лет, имеющих одного ребенка. Выраженная депрессия и глубокая депрессия полностью отсутствуют в данной выборке.

Большинство матерей детей с пороками сердца до года, принадлежат к психосоматическому типу. У таких матерей проблемы их детей переживаются изнутри, что проявляется в нарушениях психосоматической сферы, они склонны к гиперопеке и кладут свое здоровье на алтарь жизни ребенка, не умеют отдыхать, изнуряют себя. Среди испытуемых в возрасте от 20 до 30 лет, имеющих одного ребенка, матерей психосоматического и авторитарного типа больше, чем среди испытуемых старшего возраста (различия на уровне тенденции, достоверность не подтверждена).

По методике «Оценка психологического благополучия Варвик-Эдинбург» низкий уровень психологического благополучия выявлен у 25 % испытуемых, к которым относятся матери от 20 до 30 лет, имеющие одного ребенка. Средний уровень психологического благополучия - у 35 % и высокий уровень психологического благополучия у 40 % испытуемых (матери от 30 до 41 года). Исследования так же показали, что у матерей невротического типа самый высокий уровень депрессии из всей выборки (0,672).

**Выводы.** 1. Не обнаружено достоверного влияния психосоматического типа родителя на выраженность уровня депрессии ( $r_s = 0.093$ ), аналогично для авторитарного типа родителя ( $r_s = -0.398$ ), т.о. влияние психосоматического и авторитарного типа родителя на уровень депрессии и не доказано. 2. Обнаружена статистически значимая связь между невротическим типом родителя и уровнем депрессии (результат:  $r_s = 0.672$ ), можно предполагать, что влияние невротического типа родителя на уровень депрессии существует.

**Резюме.** Проведенные нами исследования демонстрируют важность работы психолога с семьями, в особенности с молодыми матерями, воспитывающими ребенка с нарушениями развития. Психологическая поддержка, направленная на формирование адекватного восприятия ребенка родителем и реалистичного планирования его будущей жизни существенно необходима молодым родителям, особенно родителям невротического типа, которые чаще других подвержены депрессии. Подобный подход к семье является залогом успешной социализации ребенка с нарушениями развития.

#### Литература

1. Диагностика эмоционально-нравственного развития. Ред. и сост. И.Б.Дерманова. – СПб., 2002. С.135-139.
2. Елисеев О.П. Практикум по психологии личности – СПб., 2003. С.413-417.
3. Зверева Н.В. Рощина И.Ф. Проблемы семьи в клинической психологии родительства // Журнал «Клиническая и специальная психология» №1 2012
4. Куфтяк Е.В. Психология семьи: регуляция и защита. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2011.
5. Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: Методическое пособие. – М.: Просвещение, 2008. -
6. Нартова-Бочавер, С.К., Вера в справедливый мир и психологическое благополучие у глухих и слышащих подростков и взрослых [Электронный ресурс] /С.К. Нартова-

Бочавер, М.Б. Подлипняк, А.Ю. Хохлова // Клиническая и специальная психология. – 2013. – №3. – URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2013/n3/64003.shtml>(дата обращения 18.09.2016)

7. Фюр Г. Запрещенное горе / Г. Фюр. - Минск: Минсктиппроект, 2003 .

**Горева Е. А., Сергиенко А.А.**

**К проблеме изучения произвольного внимания и стратегии принятия решения в неопределенной ситуации у детей с нарушением внимания и гиперактивностью**

ОАНО ВО МПСУ, ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
[aumsan@gmail.com](mailto:aumsan@gmail.com), [iks.i@mail.ru](mailto:iks.i@mail.ru)

**Ключевые слова:** синдром дефицита внимания, гиперактивность, тест когнитивной склонности

**Goreva E., Sergienko A.**

**Cognitive bias task, context-dependent reasoning**

Moscow psycho-social university,  
FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** Cognitive bias task; Context-dependent reasoning, neuropsychological analysis cognitive defect

**Введение.** Известно, что несформированность функций внимания и, в целом, произвольной сферы у школьников ведет к дальнейшему неуспеху в учебной деятельности [1,2]. В том числе, такая несформированность может отражаться на специфике стратегий и способов принятия решений в различных видах жизненных ситуаций и операциях мыслительной деятельности. Получение и переработка информации всегда имеет определенную стратегию. Какова эта стратегия - зависит от целого ряда причин: от условий развития и воспитания, от состояния эмоциональной сферы и познавательных функций ребенка, психо-физиологического развития и др.

В своем исследовании мы предположили, что особенности стилей принятия решений в неопределенной ситуации у детей с СДВГ (синдромом гиперактивности и дефицита внимания) тесно взаимосвязаны с особенностями их произвольного внимания, и, в целом, влияют на специфику их когнитивного развития. Предполагается, также, что при выяснении особенностей когнитивной склонности в принятии решений можно увидеть показатели, которые будут определенным образом взаимосвязаны с показателями несформированности определенных характеристик произвольного внимания. Основным методом исследования послужила апробация методики Элхонона Голдберга, направленная на выявление стилей принятия решений в неопределенной ситуации [3], на выбранной популяции детей.

**Объект исследования:** когнитивная склонность к стилю принятия решения в неопределенной ситуации.

**Предмет исследования:** особенности стилей принятия решений в неопределенной ситуации и произвольного внимания у детей 8 – 10 летнего возраста относительно нормы и с нарушением внимания и гиперактивностью.

В качестве общей гипотезы в своём исследовании мы предположили, что особенности стилей принятия решений в неопределенной ситуации у детей с синдромом гиперактивности и дефицита внимания тесно взаимосвязаны с осо-

бенностями их произвольного внимания. И, в целом, влияют на специфику их когнитивного развития. Так же существует сочетание между стилем принятия решения и особенностями свойств функции внимания. Частные гипотезы: 1) Компьютерная методика СВТ (тест когнитивной склонности) окажется чувствительным инструментом дифференциальной диагностики детей с СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью), СДВ (синдром дефицита внимания) и относительной нормы; 2) Нарушение внимания и гиперактивность будут сочетаться с определенным вектором выбранных предпочтений в стиле принятия решений; 3) Стили принятия решений зависят от специфики работы полушарий головного мозга, связанной с функциональной слабостью в работе определенного полушария у гиперактивных детей.

**Материал и методы.** В исследовании были использованы следующие методики: 1) Тест когнитивной склонности Элхона Голдберга (Cognitive Bias Task - СВТ), методика предназначена для определения стиля принятия решения в неопределенной ситуации. Методика использована с любезного разрешения автора; 2) «Таблицы Шульте»; 3) Методика Мюнстенберга; 4) Методика Пьерона – Рузера; 5) Методика Николаенко Н.Н. «Пробы на оценку асимметрии зрительного внимания» (АЗВ); 6) Методика Эмиля Крепелина (E. Kraepelin); 7) Методика Гальперина П.Я., Кабылицкой С.Л. для изучения уровня внимания и самоконтроля школьников; 8) Методика «анаграммы» позволяет определить вариативность подходов, гипотез, исходных данных, точек зрения, операций, вовлекаемых в процесс мыслительной деятельности; 9) Проба на конфликтную произвольную деятельность (батарея нейропсихологических проб А.Р. Лурия).

В исследовании приняло участие 27 человек детей в возрасте от 8 до 12 лет, ученики школы – лицея №1451 (коррекционное отделение и общеобразовательное отделение). К началу исследования была сформирована группа испытуемых, которая в дальнейшем дифференцирована с помощью ключевой методики «Тест когнитивной склонности» Элхона Голдберга. Из основной группы испытуемых выделена группа с показателями нарушения внимания и гиперактивности. Группа формировалась по данным об учениках исходя из медицинской документации, а также информации, полученной от педагогов и психологов школы, и подтверждаемой данными методик, таких как «Таблицы Шульте» и «Счет по Э.Крепелину». Далее, в ходе нашего исследования из 27 детей были выделены дополнительные группы: группа школьной «нормы» – отличники; группа с предварительным диагнозом - синдром дефицита внимания с гиперактивностью (СДВГ); группа с показателем СВТ +170 и выше.

### **Результаты и обсуждение.**

1. Особенности стилей принятия решений в неопределенной ситуации у детей с СДВГ (синдромом гиперактивности и дефицита внимания) тесно взаимосвязаны с особенностями их произвольного внимания, и, в целом, влияют на специфику их когнитивного развития;
2. Существует взаимосвязь между стилем принятия решения в неопределенной ситуации и особенностями свойств функции внимания в группе детей с нарушением внимания и гиперактивностью. По результатам теста Э.Голдберга эта группа детей чаще отдает предпочтение контекстно-независимому выбору решения. На уровне произвольного внимания ослабевает контроль над действиями, обнаруживается высокая импульсивность



в пробах на конфликтную произвольную деятельность, наблюдается отсутствие вработываемости, страдает избирательность внимания, снижается концентрация внимания. В тоже время скорость обработки информации и зрительно – моторная координация значительно увеличиваются по сравнению с другими группами детей (по результатам теста «Пьерона-Рузера»), относительно хорошо развит уровень подвижности мыслительной деятельности;

3. Компьютерная методика СВТ (тест когнитивной склонности) чувствительна в плане дифференциальной диагностики при выявлении проблем свойств внимания у различных категорий детей. Во время исследования, благодаря чувствительности теста, была выделена группа детей с нарушением внимания без гиперактивности с повышенным контекстно-зависимым предпочтением решений. Одно из ярких проявлений этой группы - повышенный контроль над своими действиями в пробах на конфликтную произвольную деятельность, а так же ригидность или не гибкость процесса мыслительной деятельности, слабая сформированность пространственного фактора на фоне других групп. Анализ методики диагностики изучения уровня внимания и самоконтроля (П.Я.Гальперин, С.Л.Кабыльницкая) в этой группе при работе с текстом продемонстрировал показатели, которые отличаются от других групп низкими результатами. Ошибки в тексте смыслового характера не были обнаружены.
4. Стили принятия решений зависят от специфики работы полушарий головного мозга, связанной с функциональной слабостью в работе определенного полушария у гиперактивных детей. Анализ результатов показал, что большая часть группы гиперактивных детей, предпочитают чаще контекстно-независимые (адаптивные) решения. У этой же группы ярче выражен правополушарный вектор асимметрии зрительного произвольного внимания, в отличие от групп, использующих чаще контекстно-зависимый подход. Анализ методики диагностики изучения уровня внимания и самоконтроля (П.Я.Гальперин, С.Л.Кабыльницкая) при работе с текстом в этой группе показал, что прослеживается выделение целостности объекта, в тексте найдены именно смысловые ошибки, текст был воспринят как незаконченное целое, что характерно для правополушарного типа преобразования информации.

**Выводы.** В заключение необходимо отметить, что, с одной стороны, описанные выше, результаты пилотажного исследования являются предварительными и требуют уточнения на более широкой выборке детей. С другой стороны, уже на исследованной выборке видна высокая дифференцирующая способность «Теста когнитивной склонности» Э.Голдберга при отделении детей с СДВ (синдром дефицита внимания без гиперактивности) и СДВГ (синдром дефицита внимания с гиперактивностью).

Литература

1. Актуальные проблемы нейропсихологии детского возраста. // Под ред. Л.С. Цветковой. – 3-е изд. – М.: Изд-во Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2010.
2. Безруких М.М. Дети с СДВГ: причины, диагностика, комплексная помощь: учеб. пособие / Под ред. М.М. Безруких - М.: МПСИ 2009.

3. Голдберг Э. Управляющий мозг: лобные доли, лидерство и цивилизация / Э. Голдберг. – М.: Смысл, 2003.

**Грибков Н. Б.**

**Связь алекситимических черт у детей младшего школьного возраста с характером их поведения в социуме**

ГБУ Центр социальной помощи семье и детям «Коптево» г. Москва, Россия  
[re-animator82@mail.ru](mailto:re-animator82@mail.ru)

**Ключевые слова:** психосоматика; алекситимия; дизонтогенез; девиация.

**Gribkov N.**

**Communication alexithymia traits in children of primary school age with their behavior in society**

SBI Center for social assistance to family and children "Koptevo"  
Moscow, Russia

**Keywords:** psychosomatics; alexithymia; dysontogenesis; a deviation

Проблема распознавания психосоматических расстройств занимает одно из центральных мест, не только в медицине, но и в современной практической психологии. Своевременная диагностика и коррекция психологических нарушений может существенно улучшать прогноз и предотвращать рецидивы.

Феномен алекситимии является одним из таких психологических факторов, предрасполагающих к возникновению психосоматической патологии [1]. Первоначально проблематикой алекситимии занимались J. Nemiah и P. Sifneos [5], предложив в 1973 году данный термин в качестве характеристики особенности личности больных в психосоматической клинике - неспособности к эмоциональному резонансу. В последние годы алекситимия связывается с более широким кругом нозологических форм (депрессия, вторичные психосоматические расстройства при хронических заболеваниях), а также с проявлениями зависимого поведения. Последнее делает особенно актуальной проблему профилактической диагностики этого расстройства. Алекситимия может носить как первичный, так и вторичный характер [1]. И именно выявление первичной алекситимии в детском возрасте имеет важное прогностическое значение.

Условия формирования психики у детей с признаками алекситимии, выделяет следующие значимые условия: «специфический телесный опыт (болезнь в раннем детстве, операция с последующим ограничением активности); фиксация внимания семьи на болезни ребенка, включение болезни в социальную ситуацию развития в качестве ее центрального звена; директивное навязывание детям определенного - «инвалидного» - стиля жизни. Ограниченность эмоционального опыта спектром негативных эмоций. Задержка на симбиотическом уровне развития может быть также связана с гиперпекающей позицией родителей предугадывающих и исполняющих все желания ребенка после младенческого возраста, когда подобное взаимоприспособление уже не носит адаптивного характера. Дети, лишённые необходимости выражать свое состояние (сначала при помощи криков, жестов, мимики - а затем и в символической форме), не развивают способности к использованию для этих целей знаков и символов. «Единственным доступным для них языком выражения эмо-

ционального состояния остается язык тела», что становится предпосылкой к соматизации [5].

Профилактическая диагностика алекситимии у детей определяется конкретной практической задачей и имеет огромное значение для выявления предрасположенности к психосоматическим нарушениям, к соматизации эмоциональных расстройств. Выявления факторов риска развития аддиктивного поведения (от химической зависимости, до бытовой аддикции) [4]. Своевременной и адекватной коррекции и психотерапии выявленного дефекта (учитывая вероятность манифестации психосоматических и аддиктивных тенденций). Проведения соответствующих профилактических мероприятий (как индивидуальных, так и массовых) в тех социальных группах, в которые включен диагностируемый.

**Целью** нашего исследования в свете изложенной проблемы являлась оценка выраженности алекситимических черт у детей младшего школьного возраста с предпосылками девиантного поведения

Мы исходили из положения, что часть детей, имеющих конфликты в школе, обладают алекситимическими чертами.

**Материалы и методы исследования.** Исследование проводилось в учреждениях образования города Москвы, среди детей склонных к девиантному поведению.

Основной методикой применяемой нами для диагностики алекситимии являлась 26-пунктовая Торонтская алекситимическая шкала (TAS) Многочисленные исследования доказали валидность данной методики [3]. Использовалась, также, ее краткая версия (TAS-20), оценивающая три основные характеристики алекситимии - трудность идентификации чувств, нарушение вербализации эмоций и степень фокусирования на внешних событиях.

Другой методикой, используемой нами, была проективная - «Азбука настроений» [3] . Испытуемым предъявлялись изображения людей, выражающих различные настроения и эмоциональные состояния. На карточках были представлены 6 настроений: радость, горе, самодовольство, испуг, агрессия, недовольство. Карточки предлагались последовательно, вразброс. Инструкция предлагала «определить, что чувствует человек, изображенный на картинке». Если испытуемый описывал его действия или ситуацию, которая предположительно привела к изображенному состоянию (не называя его), - задается повторно вопрос «Что же он чувствует?» - не более двух раз. Полученные результаты оценивались методом контент-анализа.

Данные двух использованных в исследовании методик указали на то, что когнитивная сфера лиц с алекситимическими чертами отличается недостаточностью воображения. С преобладанием наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим. А также слабостью функции символизации и категоризации в мышлении. Эмоциональная сфера отличается слабой дифференцированностью и характеризуется неспособностью к распознаванию и точному описанию собственного эмоционального состояния и эмоционального состояния других людей. Личностный профиль характеризуется некоторой примитивностью жизненной направленности, инфантильностью и, что особенно существенно, недостаточностью функции рефлексии и саморегуляции. Совокупность перечисленных качеств, приводит к чрезмерному прагматизму, не-

возможности целостного представления собственной жизни, дефициту творческого отношения к ней, а также трудностям и конфликтам в межличностных отношениях. Последнее усугубляется еще и тем, что на фоне низкой эмоциональной дифференцированности у них в ряде ситуаций с легкостью возникают кратковременные, но чрезвычайно резко выраженные в поведении аффективные срывы, причины которых плохо осознаются школьниками. Анализ ответов, позволил выявить зоны конфликтных отношений, систему самооценки, стратегии поведения в стрессовых и конфликтных ситуациях, ведущие мотивации и другие характеристики личности.

Полученные результаты, в свою очередь, определили рекомендации по психологическому сопровождению младших школьников, имеющих алекситимические черты.

На наш взгляд, наиболее пригодными для психотерапии алекситимии являются современные психодинамические подходы, основанные на создании условий, удовлетворяющих повышенную потребность пациента в безопасности и контроле, обеспечивая поддержку и эмпатию. Одним из таких методов является символдрама [2]. В ходе психотерапии по методу символдрамы ребенок учится чувствовать и символически выражать свое эмоциональное состояние, он говорит о своих эмоциональных переживаниях, научается их более тонко дифференцировать. Символдрама, как глубинно-психологический метод психотерапии, эффективна и в случаях выраженной алекситимии, поскольку направлена на коррекцию ранних нарушений личности, лежащих в ее основе

Высокую эффективность показывает применение сочетания когнитивно-бихевиоральных и психодинамических подходов. На первом могут применяться когнитивно-бихевиоральные техники, направленные на тренировку способности распознавания и дифференциации эмоций, пополнение словаря эмоций. Происходит обнаружение когнитивных стереотипов в осознании и оценке эмоций. После научения распознаванию эмоций, на втором этапе, при помощи психодинамических методов - происходит проработка (рефлексия) жизненного контекста. На третьем этапе работа направлена на коррекцию межличностных отношений и купирование конфликтных ситуаций

**В заключении** хочется отметить, что своевременное выявление психологических факторов, предрасполагающих к развитию психосоматических нарушений или играющих существенную роль в формировании хронических заболеваний, способно повлиять на развития личности ребенка в целом.

#### Литература

1. Кристал Г. Интеграция и самоисцеление. Аффект, травма, алекситимия : пер. с англ. / Г. Кристал при содействии Д. Кристала. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2006.
2. Обухов Я.Л. Символдрама в системе диагностического консультирования детей и подростков с эмоционально-личностными нарушениями. В: Практическая психодиагностика и психологическое консультирование, Ростов-на-Дону, 1998, с. 208-216
3. Райгородский Д.Я. Методики и тесты. Учебное пособие. Практическая психодиагностика. — Самара: Издательский Дом «Бахрах-М», 2001.
4. Ханзян Э.Д. Уязвимость сферы саморегуляции у аддиктивных больных: возможные методы лечения. Психология и лечение зависимого поведения. Под редакцией С. Даульша. М.: «Класс», 2000.
5. Nemiah J.C., Sifnoes P.E. Psychosomatic illness and problem of communication. *Psychother Psychosom* 1970; 18: 154—160.

**Дубицкая Е.А., Носачев Г.Н.**

**Клинический психолог в полипрофессиональной бригаде: подходы и перспективы**

ГБУЗ СО «Самарский психоневрологический диспансер», г. Самара, Россия

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»,

г. Самара, Россия

[nosachev.g@mail.ru](mailto:nosachev.g@mail.ru)

**Ключевые слова:** клинический психолог, реабилитация, диагностика, психотерапия, полипрофессиональная бригада

**Dubicki, E., Nosachev G.**

**Clinical psychologist in polyprofessional brigade: approaches and prospects**

Samara psychoneurological dispensary, Samara, Russia

Of the Samara state medical University,

Samara, Russia

**Keywords:** clinical psychologist, rehabilitation, diagnosis, psychotherapy, polyprofessional brigade

Специальность «медицинский (клинический) психолог» прочно вошла в организационные структуры здравоохранения, особенно в те, которые связаны напрямую с психическим здоровьем населения (психоневрологические и наркологические диспансеры и стационары).

Медицинская психология и психиатрическая реабилитация родились практически одновременно в недрах психиатрии, но до середины XX века существовали параллельно и только с 70-х годов начали объединяться в новых реабилитационных программах и учреждениях, в частности, возникли полипрофессиональные бригады в реабилитационных подразделениях психоневрологического диспансера.

Реабилитация является не только конечной целью (восстановление статуса пациента), но и сложным многоступенчатым процессом, имеющим свои психофизиологические и социопсихологические параметры [1, 3, 5, 6]. Но, в первую очередь, реабилитация, с точки зрения М.М.Кабанова [3], является системным методом подхода к больному или заболевшему человеку. Он же приводит основные принципы и схему построения реабилитации: 1 принцип – партнерства; 2 принцип – разносторонности усилий (воздействий); 3 принцип – единство психосоциальных и биологических методов воздействия; 4 принцип – ступенчатости (переходности) прилагаемых усилий, проводимых воздействий и мероприятий. Различают обычно три этапа реабилитации – медицинский, психологический и социальный (профессиональный). М.М.Кабанов выделяет начальный этап реабилитации как восстановительное лечение, второй называет реадaptацией, а третий, завершающий этап – реабилитацией в собственном (прямом, узком) смысле понятия.

Каждому этапу реабилитации соответствует та или иная предпочтительность соотношения биологических и психосоциальных воздействий, включая все модели психотерапевтического метода, но с акцентом на социальной психотерапии. Из представлений о содержании этапов реабилитации следует, что в основе работы, в частности, с психически больными необходимо придержи-

ваться «бригадного подхода». А.Б.Шмуклер и О.В.Немировский (1999) видят «бригадное» ведение (полипрофессиональная бригада) психически больных на основе функционального диагноза в виде определенной схемы профессионального функционирования членов терапевтической бригады при различном уровне поражения и разных группах психических заболеваний [1].

В состав полипрофессиональной бригады входят врачи – психиатр и психотерапевт, клинический психолог и социальный работник (это минимум, а максимум - до 9 сотрудников). Чаще всего у психолога вспомогательная роль диагноста (психологический и патопсихологический диагноз, экспертная работа) и ко-психотерапевта в психотерапевтическом кабинете, что прописано приказами министерства здравоохранения РФ. И с этим можно было бы согласиться, если ограничиться первым этапом реабилитации.

В современной клинической психиатрии основной перекокс терапии происходит в сторону фармакологического метода, как наиболее «простого» и привычного как для врача, так и для пациента, что ведёт зачастую к игнорированию психотерапевтического и социального подходов. Между тем, психические расстройства были и остаются, во-первых, болезнями, реакциями (расстройствами) собственно мозга, но преимущественно его психической функции и, в конечном счете, личности (субъекта, индивида). Во-вторых, в основном ведущее воздействие на личность оказывает психотерапевтический метод в единстве с клиническим, психологическим и социальным, как в клинике, так и в реадaptации и реабилитации деятельности личности в социуме. Следовательно, применение фармакологического метода - не более чем этап системы реабилитации. Реабилитация не может и не должна сводиться только к медикаментозному лечению. Отсюда вытекает необходимость включения психолога на этапах реадaptации и собственно реабилитации, подключаясь к психологической, семейной, профессиональной реабилитации, организуя и участвуя в досуговой, воспитательной и образовательной реабилитации.

На психологическом уровне - это формирование адекватной и реальной «внутренней картины болезни – внутренней картины здоровья» с опорой на здоровую часть личности, преодоление стигматизации, самостигматизации и дискриминации в сочетании с овладением поведением, решением экзистенциальных проблем пациента как личности и субъекта деятельности.

«Реабилитация представляет сложный процесс, в результате которого у пострадавшего создается активное отношение к нарушению его здоровья и восстанавливается у него положительное отношение к жизни, семье и обществу» (ВОЗ, 1977) [2].

И нельзя не согласиться с Р.И.Тергуловым с соавт. (1995) [1], которые главной причиной неэффективности существующих реабилитационных программ в наркологии, а, по нашему мнению, и во всех остальных клинических дисциплинах, видят нарушение пяти уровней работы с больными:

- физический (восстановление соматического, неврологического или психического статуса);
- ментальный (преодоление анозогнозии, диссимуляции, аггравации и реакций личности на болезнь);
- моральный (принятие ответственности за решение проблемы на себя);

- эмоциональный (поиск альтернативных путей получения радости, благополучия, работоспособности и т.д.);
- духовный (реализация себя и своего жизненного потенциала).

Мы считаем необходимым включить в ментальный уровень информационную и психообразовательную составляющие [5,6]. Только умение и желание использовать все эти уровни всеми участниками реабилитационного процесса, в первую очередь, пациента, клиента и его родственников, позволяют надеяться на эффективность и повышение качества жизни.

Всякого рода воздействия, в том числе и психосоциальные (психотерапевтические, трудотерапевтические и др.), необходимо назначать в определенных дозах, с постепенным («ступенчатым») переходом от одного реабилитационного воздействия (усилия, мероприятия) к другому, от одной формы организации помощи к другой.

Таким образом, к настоящему времени в современной отечественной психиатрии используется ряд теоретических разработок, как самой психиатрии (как раздела медицины), так и реабилитации. Однако многие термины дублируют друг друга, весьма расплывчаты или даже неопределенны или привлекаются из других дисциплин. Все замечания касаются не только психиатрии, наркологии и клинической психологии, но и реабилитации психически больных.

Следовательно, теоретические разработки не имеют большого значения для клинической практики психиатрии. Следствием этого является то, что практика психиатрии, не подкрепленная теорией, становится случайной, хаотичной, во многом эмпирической. Это позволяет заниматься тем или иными этапами реабилитации полипрофессиональной бригаде психоневрологического диспансера, в составе которой нет врача-реабилитолога, однако присутствуют сотрудники, не имеющие медицинского образования, которые, тем не менее, активно и полноценно осуществляют социально-реабилитационную работу, помогая врачам-психиатрам, психотерапевтам, медицинским психологам: это специалисты по социальной работе.

Если рассматривать современную психиатрию как науку, то она, прежде всего, описательная и в меньшей степени прикладная. Но обществу она нужна больше как прикладная. Стать прикладной ей во многом помогает реабилитация, разработка которой как системы и как процесса и должна стать новой метанаукой с опорой, во-первых, на психиатрию, во-вторых, на психологию и социологию (в частности, социальный контроль и помощь), в-третьих, на экономику, право и политику. Известный отечественный философ В.А.Канке в учебнике для магистров соединил и разделил одновременно историю, философию и методологию педагогики и психологии. «Психология отстоит от биологии на большем расстоянии, чем медицина. То же самое можно сказать о педагогике. Обе эти науки в значительной степени отличаются от общественных наук, поскольку у них более отчетливо просматривается акцент на судьбе отдельных личностей, а не широких общностей людей».

Психосоциальная реабилитация пациентов с психическими расстройствами – это именно «акцент на судьбе отдельных личностей» [4].

## Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. Медпрактика-М, 2004. 494 с.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2001 г. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2001.
3. Кабанов М.М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. СПб. 1998. 256 с.
4. Канке В.А. История, философия и методология педагогики и психологии: учебное пособие для магистров. Под ред. М.И. Берулавы. - М., Изд-во Юрайт, 2014. - 487 с.
5. Носачев Г.Н. Реабилитация, психотерапия, психокоррекция в наркологии: научно-практическое руководство. Самара. ООО «ИПК Содружество» 2007. 554с.
6. Носачев Г.Н., Дубицкая Е.А. Психофармакотерапия и психотерапия пограничных психических расстройств: мифы, противоречия, будущее // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. К 85-летию Юрия Федоровича Полякова. Материалы Всероссийской научно-практической конференции, 14-15 февраля 2013г. М., 2013. с.43-45.

**Дьяченко А.С.**

### **К вопросу о сверхценных увлечениях детей с расстройствами аутистического спектра и больных шизофренией (на примере увлечения метрополитеном)**

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения  
Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков  
департамента здравоохранения Москвы, г. Москва, Россия,  
[mangobei@yandex.ru](mailto:mangobei@yandex.ru)

**Ключевые слова:** сверхценные увлечения, патологическое фантазирование, расстройства аутистического спектра, шизофрения, метрополитен

**Dyachenko A.**

### **To the question of overvalued hobbies of children with autism spectrum disorders and patients with schizophrenia (for example, hobbies metro)**

State budgetary institution of health Scientific and  
practical center of mental health of children and teenagers  
of the Moscow Department of healthcare, Moscow, Russia

**Keywords:** overvalued Hobbies, pathological fantasy, autism spectrum disorders, schizophrenia, metro

Патологические фантазии, связанные с играми и увлечениями сверхценного характера, у детей с аутистическими расстройствами и больных шизофренией описывались различными авторами: Г.Е.Сухаревой [5], И.К.Рудневой [3], В.Н.Мамцевой [2], И.В.Макаровым [1], И.И.Сергеевым с соавт. [4].

Одной из характерных черт в этом контексте, по мнению И.К.Рудневой, оказывается проявление детьми несвойственного возрасту интереса к ряду предметов и явлений (например, к строению реактивных двигателей, конденсаторов, электрических схем), рисованию схемы движения транспорта с остановками и придумыванию им фантастических названий [3].

В данной статье речь пойдет об одной из разновидностей сверхценного увлечения – метрополитеном.

За 15 лет работы в НПЦ ПЗДП было проведено обследование 31 пациента (мальчики в возрасте от 7 до 16 лет) с диагнозами «Аутизм с умственной от-



сталостью», «Атипичный аутизм», «Шизотипическое расстройство», «Шизоаффективное расстройство», «Расстройство личности, синдром отвлеченного патологического фантазирования». У всех респондентов в той или иной степени отмечалось сверхценное увлечение темой метрополитена.

В зависимости от возраста, уровня умственного и речевого развития, степени выраженности аутистических проявлений наблюдались различные варианты способов реализации сверхценного увлечения: от слияния с объектом движения (высказывания: «Я поезд»), телесное воспроизведение движения поезда) с постепенным усложнением деятельности (высказывания: «Я буду машинистом»), вплоть до интеллектуальной проработки темы в подростковом возрасте.

Охарактеризуем указанные проявления более подробно:

а) непосредственное использование собственного тела или его частей: имитация движения дверей руками (встречаются, расходятся); перемещение двух удерживаемых рядом кулаков по столу в одну и другую сторону; перемещение тела в пространстве с имитацией остановок; при этом возможно сопровождение двигательного акта соответствующим «техническим» звуком («тых-тых-тых») либо фразой: «Осторожно, двери закрываются, следующая станция Автозаводская». Также в нескольких случаях отмечалось явное игровое переоплощение — мальчик, утверждающий: «Я поезд», в ответ на предложение психолога «пойти обедать» отвечает: «Да, надо заправиться»;

б) освоение темы метро на словесном (механическом либо осмысленном), зрительном и графическом уровне, накопление информации о метрополитене. Указанные феномены проявляются через перечисление запомнившихся названий станций, изучение схемы метро, перечисление всех станций одной или нескольких линий, рисование фрагментов схемы метро. При этом, иногда, помимо бесплодного перебирания и смакования названий существующих станций наблюдается творческая активность — пациент придумывает «Тульский метрополитен» с названиями станций и пересадочных узлов;

в) освоение темы на предметном уровне: коллекционирование атрибутики, форменной одежды, всевозможных носителей информации о метрополитене;

г) освоение темы на действенном уровне: изучение порядка действий машиниста метрополитена в кабине и имитация этих действий с помощью подручных средств (роль рычагов управления играют строительные валики, кнопок панели управления - разложенные в соответствующей последовательности разноцветные коробочки, иногда кнопки рисуются на большом листе бумаги);

д) освоение темы на интеллектуальном уровне проявляется через изучение в интернете сайта метрополитена, истории метро, просмотр фильмов и видеороликов о метро, чтение рассказов, выяснение всех всевозможных технических подробностей и правил внутреннего распорядка («Зеленый сигнал светофора — на обычных прямых путях, а где стрелки — там лунный разрешающий сигнал, под цвет луны»), поиск программы с симулятором действий машиниста и отработка последовательности этих действий.

Впрочем, декларация «Буду машинистом» с фантазированием на эту тему случается гораздо чаще, чем действительная подготовка реальными действиями. При этом все перечисленные феномены носят аутистический характер, проявляющийся в стереотипности и отсутствии коммуникативной направленности.

И даже кажущиеся исключения из этого правила, скорее его подтверждают. В большинстве случаев, которые приходилось наблюдать, такие пациенты самодостаточны (играют, рисуют, изучают припасенную схему, один мальчик даже читал книгу «Метро 2033»), но иногда делятся с окружающими. Некоторые пациенты могут долго увлеченно излагать сведения о метрополитене или описывать свои фантазии на эту тему, при этом мало интересуясь реакцией и личностью собеседника. Аудиторией чаще всего оказываются психолог, врач либо персонал отделения (в том числе младший медицинский), так как дети быстро отказываются такое слушать.

Как правило, в отделении одновременно оказывается только один увлеченный метрополитеном пациент, но неоднократно находилось сразу двое подростков (с диагнозом «Шизотипическое расстройство»), объединенных этим увлечением. Они проводили время в тихих беседах, суть которых они не раскрывали, но случайно психологу удалось услышать фрагмент их разговора: «А вот есть еще станция Красногвардейская» - «Да, хорошая станция, станция Аэропорт хорошая тоже».

Лишь однажды наблюдалось стремление «любителя» метрополитена не просто вынести своё увлечение наружу, а привлечь как можно больше участников в свою деятельность: пациент (с диагнозом «Шизоаффективное расстройство»), находившийся в весьма приподнятом настроении, энергично организовал в классе игру в «метро». В проходе рядом с партами поставил стулья (как сиденья), бодро объявлял названия станций, сообщал о закрывании дверей. Участники сначала забежали в вагон, толкались, расселись, но вскоре утратили к происходящему интерес.

Иногда дети пытаются привлечь родных к «утолению своей транспортной жажды». Один из пациентов сообщает: «Раньше мы с бабушкой катались на метро просто так». Потом с сожалением констатирует: «А папу я прошу на метро поехать, но с ним мы ездим только на такси, а так хочется поехать на любимую станцию Алма-Атинская». Просьбы, связанные с приобретением для них фирменной одежды метрополитена, для данных пациентов также не редкость: «Маму на новый год попросил подарить форму машиниста».

Для данной категории пациентов характерны стереотипность в действиях, схематичность в мышлении, склонность питать пристрастие к различным техническим приспособлениям, поэтому метрополитен со своими громоздкими техническими сооружениями и схемами кажется подходящим объектом для увлечения. Но парадокс состоит в том, что метро — это постоянное скопление людей и источник громких резких звуков, а описываемые пациенты отнюдь не стремятся к посещению людных мест, люди и громкие звуки скорее вызывают у них неприязнь или опасение. Объяснение этого противоречия видится в том, что, несмотря на высокий уровень раздражения, проявляющийся у данных пациентов в метро, он стабилен — людей много, но они совершают стереотипные действия (стоят, говорят, идут, читают) и не вынуждают к взаимодействию; поезд грохочет, но подчинен четкому, раз и навсегда заведенному порядку (он всегда едет по рельсам в одну сторону, не может свернуть, с одинаковыми интервалами останавливается на каждой станции, диктор объявляет одним и тем же практически лишенным интонаций голосом). Возможно, что именно предсказуемость, схематичность и четкость метро уменьшает тревогу

этих детей, помогает им структурировать реальность. У младших - это умиротворяющая аутостимуляция, старшие — «сидят» в кабине под защитой четких правил, смотрят только вперед. Эту функцию метро — способ справиться с тревогой — четко сформулировал один пациент: «Ну, под землей — там хорошо, как под одеялом».

#### Литература

1. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. - Москва: Наука и Техника (НиТ), 2013.
2. Мамцева В.Н. Детская и подростковая психиатрия : Учеб. пособие для системы послевузов. проф. образования врачей; Под ред. Ю.С. Шевченко. - М. : Медицина, 2003.
3. Руднева И.К. Синдром патологического фантазирования при малопрогрессирующей шизофрении у детей // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста : Сб. науч. тр. / [Под ред. М. Ш. Вроно]. - М. : ВНИЦПЗ, 1986 - с.39-51. - (Тр. Всесоюз. центра психич. здоровья АМН СССР Т. 3).
4. Сергеев И.И., Дейч Р.В., Малиночка С.А. Содержание патологических увлечений в различные возрастные периоды // Сб. Научно-практической конференции, посв. 50летию НППЦ детей и подростков. М., 2012.
5. Сухарева Г. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста. Т. 1. М: Медгиз 1955.

**Енина В.В., Енин К.А., Занозин А.В.**

**Непатологические психические дисфункциональные состояния: сущность, классификация, методы диагностики**

ГБУЗ НО «Нижегородский областной неврологический госпиталь ветеранов  
войн», г. Нижний Новгород, Россия,  
[vvmatveeva@yandex.ru](mailto:vvmatveeva@yandex.ru)

**Ключевые слова:** психические дисфункциональные состояния, норма, дисфункция, диагностика

**Enina V., Enin, K., Zanozin A.**

**Non-pathological mental dysfunctional state: essence, classification, methods of diagnosis**

GBUZ NO «Nizhny Novgorod regional neurological hospital of veterans of wars»,  
Nizhny Novgorod, Russia

**Keywords:** mental dysfunctional states, the norm, dysfunction, diagnosis

По-прежнему сохраняется необходимость дальнейшей разработки концепции предболезни, в связи с постоянным накоплением новых данных преимущественно клинических наук. Поэтому представляется актуальным в рамках данной работы рассмотрение сущности психического дисфункционального состояния (далее дисфункционального) как промежуточного между нормой и болезнью, особенностей классификации, а также основных методов диагностики.

Еще А. Freud (1965) высказывала убеждение в том, что о норме судят по качеству функционирования, в том числе в области секса, труда и сублимации. Интересна концепция А.А. Королькова (1977), согласно которой норма является функциональным оптимумом [2]. Однако понятия «норма» и «здоровье» не тождественны. Как подчеркивает Г.В. Зинкевич (1979), «здоровым может быть человек, не вполне укладывающийся в норму (функциональный оптимум), в связи с наличием у него патологических нарушений, которые не дают права

говорить о болезни, так как лишь определенный уровень патологических нарушений сообщает им новое качество – болезнь» [2].

В своих работах С.Б. Семичев (1987) впервые попытался разграничить состояние нормы, под которой он понимал оптимальное функционирование и переходные предболезненные состояния (дисфункциональные состояния), относимые к здоровью. Автором выделены две группы дисфункциональных состояний (ДС): 1) непатологические ДС; 2) патологические ДС. При этом первые отличаются целесообразностью проявлений адекватно внешним факторам, психологической понятностью, явлениями психологической защиты. В то время как вторые характеризуются более выраженной принадлежностью к определенному спектру и наличием уже клинически очерченных радикалов болезни. Однако в своих трудах С.Б. Семичев (1987) не дает точного определения ДС, не предлагает четкой систематики и критериев диагностики данных состояний для практики, считая их разработку делом будущих исследований.

В рамках данной работы рассматриваются непатологические ДС, так как их диагностика и коррекция входит, прежде всего, в компетенцию клинических психологов. Данные состояния имеют возможность обратного развития, но все же существует опасность их трансформации в болезнь [2].

С точки зрения системного подхода человек как личность является наименьшим элементом большой системы – социума [1]. Любой элемент системы выполняет в ней определенные социальные (например, профессиональные, семейные и др.) функции, обеспечивающие существование и развитие системы [1]. Конкретно выполняемая функция и наличная ситуация актуализирует те свойства личности, которые необходимы для эффективного выполнения данного вида деятельности [1]. На фоне актуализированных свойств возникает психическое состояние (ПС), необходимое для выполнения определенной социальной функции [1]. В социологии дисфункция означает некорректное выполнение определённой функции, выступает её противоположностью [3]. Соответственно дисфункциональное состояние – это такое ПС, которое не позволяет справиться с поставленными перед личностью социальными функциями. Так, С.Б. Семичев (1987) выделяет следующие варианты изменения функций при ДС: 1) общее снижение функции охватывает все сферы жизнедеятельности (профессиональная деятельность, интерперсональные отношения, служебные и неформальные) и проявляется субъективно (в явлениях психологической защиты) и объективно (в социальной дезадаптации); 2) частичное снижение функций (распространяется лишь на какую-то область при сохранности ее, но без усиления, в других сферах деятельности); 3) усиление функции (повышение производительности труда, активности) при затрудненном функционировании.

Необходимо отметить, что в психологической науке по-прежнему существует не разработанность проблемы ПС вообще и дисфункциональных состояний (ДС) в частности. Позиции специалистов по проблеме психических состояний и соответствующие им определения можно свести к одному из трех имеющихся подходов: субъектно-деятельностный (Н.Д. Левитов, А.О. Прохоров, Ю.Е. Сосновикова и др.), деятельностный (Е.П. Ильин, Л.Г. Дикая, А.Б. Леонова, В.И. Медведев и др.) и системный подход (В.А. Ганзен, и др.) [1]. Так, представляется возможным объединить основные подходы к ПС в следующем

определении: психическое ДС – это целостная характеристика активности психики и уровень ее функционирования в конкретный момент времени, не позволяющая успешно реализовывать социальные функции. Для классификации типичных психических ДС может быть использована уровневая классификация, предложенная А.О. Прохоровым (2011), согласно которой ДС можно классифицировать как: 1) активные отрицательные ДС (тревога, страх, гнев, возмущение, фрустрация агрессивная, дистресс); 2) активные положительные ДС (радость, восторг, активизация, стресс); 3) пассивные отрицательные ДС (подавленность, грусть, тоска, печаль, фрустрация депрессивная, усталость, утомление, переутомление); 4) пассивные положительные ДС (грезы, релаксация). Кроме того, остаются многочисленные сложности при выборе специалистами методов для оценки ПС. Предлагается, что диагностика ДС должна включать два основных этапа.

На первом этапе определяется наличие или отсутствие ДС у обследуемого. По мнению А.О. Прохорова (1991), прежде чем приступить к диагностике состояния необходимо знать его структуру. Исходя из иерархической подструктуры психических состояний, предложенной В.А. Ганzenом (1998), при выборе метода оценки состояния необходимо изучать следующие уровни: 1) социально-психологический; 2) психологический; 3) психофизиологический 4) физиологический. Причем, различное изменение функций может проявляться на каждом уровне. Так, увеличение функции или частичное ее снижение будет затрагивать преимущественно первые три уровня состояния. Л.В. Куликов (1987) отмечает, что при сниженной эффективности в достижении конечного результата регистрируются благополучные физиологические показатели [1]. При полном уменьшении функций будут отчетливо заметны нарушения на всех уровнях ПС. Следовательно, при непатологических ДС наиболее информативной и достаточно полной окажется оценка первых трех уровней состояния. Такой подход устранил необходимость исследования большого количества показателей при условии, если они отражают все необходимые уровни и подсистемы целостной функциональной системы.

Исходя из основных групп методов диагностики ПС, выделенных Л.В. Куликовым (1997), и соотнеся со структурой ДС можно выделить основные методы диагностики, которые исследуют следующие уровни: 1) социально-психологический (обсервационные методы, субъективно-оценочные методы); 2) психологический (субъективно-оценочные методы, праксиметрические методы, ассоциативные методы); 3) психофизиологический (методы измерения функциональных показателей, психофизиологических индикаторов показателей). При этом, о непатологическом ДС будут свидетельствовать как качественные показатели, отражающие затруднения функций (снижение успешности деятельности и самоудовлетворенности от ее выполнения, трудоголизм и др.), так и количественные (отклонение параметров от оптимума). Причем, если о состоянии первых уровней есть возможность получать информацию от обследуемого при целенаправленном опросе, то для более глубокого изучения психофизиологического уровня потребуется уже специализированное оборудование и дополнительный инструментарий (бланковые тесты, опросники).

На втором этапе диагностики ДС особое внимание необходимо уделять оценке уровня активности и полярности состояния, так как по этим показате-

лям, возможно выделение группы ДС, что позволит психологу выработать дифференцированный подход по организации дальнейших коррекционных мероприятий. Диагностика показателей активности и полярности может осуществляться с помощью субъективно-оценочных методов (методики «Самочувствие-Активность-Настроение» (В.А. Доскин, 1978), теста личностной и ситуативной тревожности Спилбергера-Ханина (Ю.Л. Ханин, 1977)). Существующие представления А.О. Прохорова позволяют определять не только качественные критерии оптимального состояния, но и количественные показатели. Так, исходя из теоретических положений теории психической активации (А.О. Прохоров, Линдсли) и теории системного подхода (В.А. Ганзен), оптимальное состояние характеризуется следующими значениями исследуемых параметров: показатель тревоги (6-10 баллов), самочувствия (5-5,5 баллов), активности (5-5,5 баллов), настроения (5-5,5 баллов).

Таким образом, подводя итог, можно отметить следующее: 1) психическое ДС – это целостная характеристика активности психики и уровень ее функционирования в конкретный момент времени, не позволяющая успешно реализовывать социальные функции; 2) диагностику психического ДС необходимо осуществлять в два этапа: выявление его наличия и определение группы.

#### Литература

1. Психология состояний : учебное пособие / Под ред. А.О. Прохорова. М.: Изд-во «Когито-Центр», 2011. С.33, С.79, С.98.
2. Семичев С.Б. Предболезненные психические расстройства. Л.: Медицина, 1987. С.30., С.71, С.140.
3. Социологический словарь: пер. с англ. Н. Аберкромби, С. Хилл, Б.С. Тернер. М.: ЗАО «Издательство «Экономика», 2004. С. 82.

**Ермаков П.Н., Труфанова О.К.**

### **Особенности внутренней картины болезни онкоурологических больных разных вероисповеданий**

Академия психологии и педагогики Южного федерального университета  
г. Ростов-на-Дону, Россия,  
[paver@sfedu.ru](mailto:paver@sfedu.ru), [trufanovaok@mail.ru](mailto:trufanovaok@mail.ru)

**Ключевые слова:** внутренняя картина болезни, отношение к болезни, онкологические больные, этно-конфессиональная принадлежность

**Yermakov P., Trufanova O.**

### **Features of internal picture of the disease urological cancer patients**

Academy of Psychology and Pedagogy Southern Federal University  
Rostov-on-Don, Russia

**Keywords:** internal picture of the disease, attitude towards disease, cancer patients, ethnic and religious affiliation

**Введение.** Сегодня в России, как и во всем мире, наблюдается тенденция роста заболеваемости злокачественными новообразованиями, число поступающих на учет в онкодиспансерах в России достигает 400 тыс. больных в год. На конец 2014 г. на учете в онкологических учреждениях в России состояли 3,29 млн. больных [6]. Большинство современных исследований делают акцент преимущественно на изучении общих вопросов психосоматических соотношений, субъективной репрезентации человеком своего соматического заболева-

ния, реакции пациента на болезнь и собственно ВКБ [5]. На формирование ВКБ у онкобольных, по результатам исследований последних лет, оказывает влияние отсутствие точной локализации злокачественной опухоли, ухудшение самочувствия в процессе специфического полихимиолучевого лечения [4]. На наш взгляд, недостаточно исследовано влияние на внутреннюю картину болезни социокультурных особенностей, в частности связанное с этноконфессиональной принадлежностью [1, 2, 3]. Особенно актуальным представляется такое исследование в связи с мощной волной распространения мусульманства в Европе и Азии. Этническая миграция влияет на контингент пациентов, обращающихся за медицинской помощью на новом месте жительства, и ставит перед врачами и медицинским персоналом задачи построения адекватного взаимодействия с больными разного вероисповедания. В этой связи Юг Российской Федерации занимает особое положение в силу преобладающего мусульманского населения в республиках Северного Кавказа и значительной миграции представителей мусульманского вероисповедания в районы, традиционно относящиеся к православию [9]. Следует отметить особое место г. Ростова-на-Дону и Ростовской области, медицинские учреждения которых принимают на лечение больных практически из всех республик Северного Кавказа.

В большинстве исследований ВКБ при различных нозологических формах вслед за В.В. Николаевой [7] в ее структуре выделяют четыре взаимосвязанных уровня: чувственный, эмоциональный, интеллектуальный и мотивационный. Данный феномен субъективной стороны заболевания охватывает все аспекты субъективного переживания болезни. Но, как подчеркивает российский философ и этнопсихолог Г.Г. Шпет, что как бы индивидуально ни были люди различны, есть типически единое в их переживаниях как «откликах» на происходящее как представителей определенной культурной общности [8]. В этой связи **целью** исследования выступило выявление этноконфессиональных особенностей ВКБ у онкологических больных.

**Материал и методы.** Обследовано 42 онкологических больных (онкоурология, С-60-62 по МКБ-10) мужского пола, находившихся на предоперационном этапе лечения в Ростовском научно-исследовательском онкологическом институте. Возраст пациентов составил от 35 до 52 лет, средний возраст – 43,5 года. По конфессиональным предпочтениям пациентов разделили на 2 группы: 1-я (n = 20) – православные; 2-я (n = 22) – мусульмане. Испытуемые сами относили себя к той или иной религиозной принадлежности. Предварительно было получено добровольное и информированное согласие пациентов на психологическое обследование.

**Методы и методики исследования:** наблюдение, клиническое интервью, тестирование (Гиссенский опросник психосоматических жалоб; шкала депрессии А. Бека; шкала тревоги Ч.Д. Спилбергера в адаптации Ю.Л. Ханина; Торонтская алекситимическая шкала - TAS Г. Тейлор соавт., в адаптации сотрудников НИПНИ им В.М. Бехтерева; методика «Тип отношения к болезни» - ТОБОЛ- Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова; экспресс-опросник «Индекс толерантности» (Г.У. Солдатов, О.А. Кравцова, О.Е. Хухлаев, Л.А. Шайгерова). Математическую обработку результатов провели с помощью U-критерия Манна–Уитни.

**Результаты и их анализ.** Результаты исследования уровня ощущений ВКБ больных православных и мусульман с помощью Гиссенского опросника психосоматических жалоб выявляют достоверные различия по шкалам «истощение» ( $p = 0,003$ ), «желудочные боли» ( $p = 0,003$ ) и «интенсивность жалоб» ( $p = 0,005$ ). Таким образом, можно сделать вывод, что обследуемых мусульман, в сравнении с православными, отличает более выраженная общая потеря жизненной энергии (истощение), чаще встречаются желудочные жалобы, а также более высокая интенсивность жалоб.

Как и отдельные аспекты толерантности, общий уровень толерантности православных пациентов высокий ( $x=102,3$  балла, при  $m=2,6$ ,  $\sigma=11,9$ ). В группе пациентов-мусульман выявлен средний общий уровень толерантности ( $x=85,1$  балла, при  $m=1,9$ ,  $\sigma=8,3$ ). Полученные результаты, позволяют предположить, что православные пациенты более терпимо относятся окружающему миру, несмотря на серьезность заболевания. Для пациентов - мусульман характерно проявление как толерантных, так и интолерантных черт, в зависимости от ситуации.

Результаты исследования эмоционального уровня внутренней картины болезни выявляют статистически значимые различия в уровне ситуативной тревожности пациентов разных конфессий ( $U=112,500$ ,  $p=0,007$ ). Пациентам-мусульманам свойственна умеренная как ситуативная, так и личностная тревожность. В то время как православных онкобольных отличает высокий уровень ситуативной тревожности, при умеренном уровне личностной тревожности. Показатели значимости различий уровня выраженности депрессии у пациентов разных конфессий ( $U=108$ ,  $p=0,005$ ) свидетельствуют о достоверном преобладании выраженной депрессивной реакции у пациентов-мусульман и ее отсутствии у православных больных. Таким образом, православные пациенты более тревожны, а пациенты - мусульмане – более депрессивны в ситуации болезни.

Уровень алекситимии у пациентов - мусульман несколько выше ( $x=70,8$  балла, при  $m=2,8$ ,  $\sigma=11,7$ ), в сравнении с православными пациентами ( $x=66,8$  балла, при  $m=1,9$ ,  $\sigma=9,2$ ). Показатели обеих групп выше показателей среднестатистической нормы, но ниже уровня, соответствующего «алекситимическому» типу личности.

В исследовании типов отношения к болезни достоверно значимые различия выявлены только по сенситивному ( $p=0,01$ ) и дисфорическому ( $p=0,01$ ) типам отношения к болезни: православных пациентов отличает преобладание дисфорического типа, а пациентов – мусульман - преобладание сенситивного типа отношения к болезни.

Результаты исследования когнитивного уровня внутренней картины болезни онкологических больных различных конфессий получены с помощью клинического интервью. Характеристики этого уровня сходны в обеих группах. Все больные осведомлены о своем диагнозе. Все больные осознают неопределенность прогноза лечения, испытывают страх перед физической болью и страх смерти. Все пациенты предъявляют жалобы на наличие тревоги, страха, сомнений; вялость, расстройство сна. Причиной своего эмоционального состояния называют поставленный им диагноз «рак».



**Выводы.** Внутреннюю картину болезни православных пациентов отличает: невысокий уровень истощения и интенсивности жалоб, средний уровень личностной тревожности, высокий уровень ситуативной тревожности и низкая депрессивность, признаки алекситимии, преобладание дисфорического отношения к болезни, а также недостаточная осведомленность о своем заболевании.

Внутреннюю картину болезни пациентов – мусульман отличает высокий уровень истощения и интенсивности жалоб, средний уровень личностной и ситуативной тревожности и высокая депрессивность, а также выраженные признаки алекситимии, преобладание сенситивного типа отношения к болезни и недостаточная осведомленность о своем заболевании.

#### Литература

1. Бабич И. Л. Исламские духовные ценности народов современного Северо-Западного Кавказа // Религия и право. – 2008. – № 4. – С. 46–62.
2. Бабурин А., Жохов В. Здоровье и болезнь: православное понимание. URL: <http://azbyka.ru/zdorovie/zdorove-i-bolezn-pravoslavnoe-ponimanie>.
3. Белик А. А. Норма и патология в условиях различных культур // Этнопсихология: вопросы теории и практики : сб. науч. тр. / под ред. О.Е. Хухлаева. – М., 2005. – Вып. 1. – С.193-201.
4. Блинов Н.Н., Хомяков И.П., Шиповников Н.Б. Об отношении онкологических больных к своему диагнозу // Вопросы онкологии. – 1990. – № 8. – С. 966–969.
5. Громько Е. В. Исторический аспект внутренней картины болезни (обзор литературы) // Проблемы здоровья и экологии. – 2012. – Вып. 1 (31). – С. 37–44.
6. Давыдов М.И., Аксель Е.М. Статистика злокачественных новообразований в России и странах СНГ. – М. : Медицина, 2005. – 268 с.
7. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. – М. : Медицина, 2001. – 260 с.
8. Шпет Г.Г. Введение в этническую психологию. – СПб. : Алетейя, 1996. – 155 с.
9. Abakumova I.V., Ermakov P.N., Kolesina K.Y. On analyzing the results of empirical research into the life-purpose orientations of adults of various ethnic identities and religious affiliations // Psychology in Russia: State of the Art. – 2016. – Vol. 9, Issue 1. – P. 155–163.

**Жигэу Е.И.**

**Особенности смысловой переработки эмоциональной информации подростками, больными шизофренией**

Славянский университет Республики Молдова, г.Кишинев  
[e.jigau@mail.ru](mailto:e.jigau@mail.ru)

**Ключевые слова:** смысловая переработка информации, семантическое кодирование, образ, вербальный и эмоциональный код, сенсорно-перцептивный анализ

**Jigau E.**

**Sense processing features of emotional information by teenagers with schizophrenia.**

The Slavonic University of the Republic of Moldova, Chisinau.

**Keywords:** sense processing of information; semantic coding; image; verbal and emotional codes; sensory- perceptual analysis

**Введение.** Данные многочисленных исследований показывают, что психическая деятельность у больных шизофренией нарушается тогда, когда она опи-

рается на процессы смыслообразования. Традиционно нарушение смысловых функций рассматривалось у больных данной патологии в контексте недостаточности мотивационного обеспечения [1; 3; 4]. В данной работе была принята попытка исследования эмоционально-смысловой регуляции у больных шизофренией в контексте переработки информации. Поиск смысла, осмысливание любой полученной из внешнего мира информации проходит ряд этапов. Восприятие становится осмысленным только тогда, когда воспринимаемым стимулам приписывается определенный семантический код [2; 5].

Основной гипотезой явилось предположение о том, что в качестве механизма нарушения смысловых функций у больных шизофренией выступает нарушение семантического кодирования.

В эмоциональной сфере процесс семантического кодирования является более сложным, чем в познавательной, так как в этом случае перед субъектом стоит задача соотнесения трех кодов: образного, эмоционального и вербального. Именно взаимодействие всех звеньев семантического кодирования порождает у субъекта эмоциональные переживания, выполняющие смыслообразующую функцию.

**Материал и методики.** В исследовании приняло участие 60 больных шизофренией от 13 до 16 лет и 60 здоровых подростков того же возраста.

Применялись следующие методики: методика «исключения» эмоциональных экспрессий [6], истории Madeleine Thomas [7], модифицированная методика Розенцвейга. Они позволили зафиксировать характер взаимодействия между отдельными кодами семантического кодирования. Возможность опознания и вербального обозначения эмоций изучалась методикой исключения. Истории Madeleine Thomas актуализировали образный уровень семантического кодирования. Испытуемому задавался эмоциональный стимул и вербальный код переживаемого эмоционального состояния, он должен был воссоздать причину этого состояния, т.е. воссоздать полный образ ситуации. Сохранность эмоционального кода и его взаимосвязи с двумя другими контролировались методикой Розенцвейга, в которой после ответа на вопрос «Как ты думаешь, что ответит человек в этой ситуации?», испытуемый должен был подобрать из 5 предложенных экспрессий ту, которая подходит персонажу и объяснить, почему он ее испытывает. Данная методика исследует, как испытуемый «строит» эмоциональное поведение и переживание и, таким образом, разворачивает процесс семантического кодирования в эмоциональной сфере.

**Результаты.** Полученные результаты показали, что больные шизофренией по сравнению с психически здоровыми подростками характеризуются дефицитностью вербального кодирования эмоционального паттерна. Лицевая экспрессия адекватно опознается и обозначается больными шизофренией только в 33,6% ответов. У них встречаются грубые, маловероятные у здоровых испытуемых ошибки. Например, «радость» называют горем (15,4%), гневом (45,1%); «страх» – радостью (35,3%) и т.д. Смыслоразличительными признаками для подростков, больных шизофренией, являются отдельные перцептивные признаки стимульной информации (например, пол, возраст, прическа и т.д.), а не признаки лицевой экспрессии, ее эмоциональный компонент. Часть больных, правильно выполняя предложенные задания, не могут объяснить, чем обусловлен их выбор. В этом случае происходит «обрывание» процесса смысло-

вой переработки эмоциональной информации на уровне ее сенсорно - перцептивного анализа.

Больные шизофренией значительно отличаются ( $p \leq 0,01$ ) от здоровых подростков и по сохранности образного уровня семантического кодирования эмоциональной информации. У них значительно больше по методике истории Madeleine Thomas формальных, отдаленных ответов и ответов, являющихся реакцией не на всю ситуацию в целом, а на ее отдельные детали. Кроме того, ответы больных шизофренией лаконичны, неразвернуты, поверхностны, как правило, не затрагивают эмоциональный подтекст ситуации. Часть больных (13,4%) вообще не может воссоздать образ ситуации, 46,1% актуализируют образ, но очень обобщенно. В 40,5% случаев больные могут актуализировать адекватную причину эмоционального состояния, но часто – после дополнительной стимуляции.

Полученные данные свидетельствуют, что у больных шизофренией в ситуации со многими неизвестными (методика Розенвейга) не происходит смысловой переработки информации (16,5% всех больных). Стимульная ситуация не вводится в определенный семантический контекст. Это проявляется в рассогласовании трех кодов семантического кодирования. Экспрессивные выражения подбираются и обозначаются формально, без соответствия ситуации и вербальным ответам. Адекватное событие на задаваемый стимул не актуализируется. В 28,2% ответах отражается формальная констатация больными отдельных элементов ситуации.

**Выводы.** В целом, проведенное исследование показало, что больные шизофренией, по сравнению с психически здоровыми подростками, демонстрируют недостаточность процесса семантического кодирования эмоциональной информации, которая больше всего проявляется на уровне построения образа. С ухудшением процесса семантического кодирования возрастает дефицитарность адекватной смысловой переработки информации.

У больных шизофренией нарушено присвоение сенсорным стимулам семантических кодов и их переход в область осознанного восприятия. В результате механизмы долговременного хранения сенсорной и семантической информации при шизофрении функционируют раздельно, по крайней мере, частично. Этим можно объяснить характерную для больных шизофренией рядоположенность внешних, сенсорно – перцептивных и смысловых признаков при опознании предъявленных им слов или образов в познавательных задачах и парадоксальность их эмоциональных реакций.

Описанные особенности подростков, больных шизофренией, делают трудными для них быструю и точную переработку окружающей информации, свободное и адекватное обращение со зрительным полем и затрудняют адаптацию в целом, особенно в ситуациях, плотно насыщенных информацией.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 2002.
2. Зинченко В.П., Вучетич Г.Г., Гордон В.М. Порождение образа. // Искусство и НТР. – М., 1973. – с. 429 – 461.
3. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. – М., 1978.
4. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., 1974.
5. Солсо Р. Когнитивная психология. // Пер.с англ. – М., 1996.

6. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции (Нейропсихологическое исследование). – М., 1986.
7. Wursten H. Story Completions: Madeleine Thomas Stories and Similar Methods. // Projective techniques with children. Rabin A., Haworth (ed.). – N.Y. – L., 1960.

**Завязкина Н.В., Раковская Н.М.**

### **Психологическая типология самостигматизации при шизофрении**

Киевский национальный университет имени Тараса Шевченка, Украина,  
[nmuz@ukr.net](mailto:nmuz@ukr.net); [marynyuknadya@gmail.com](mailto:marynyuknadya@gmail.com)

**Ключевые слова:** шизофрения, стигма, самостигматизация, качество жизни

**Zaviazkina N., Rakovskaia N.**

### **Psychological typology of self-stigmatization in schizophrenia**

Department of Psychology of Kyiv National University  
named by Taras Shevchenko, Kyiv, Ukraine

**Keywords:** schizophrenia, stigma, self-stigmatization, quality of life

**Введение.** Шизофрения – одна из наиболее актуальных проблем современной психиатрии и патопсихологии. Шизофрения может начаться в любом возрасте, но наиболее типичным есть молодой возраст (20-25 лет), это болезнь наиболее трудоспособной части населения. Вопрос о распространенности шизофрении среди населения – это важный вопрос не только в научном, но и в практическом плане. Статистические данные и результаты эпидемиологических исследований свидетельствуют, что показатели распространенности похожи во всех странах и составляют 1-2% от всего населения, и практически нет отличий в распространенности среди мужчин и женщин. Шизофрения дает 39,9% от общего количества инвалидов из-за психической болезни.

Если в сфере психических процессов есть прогресс в исследованиях, то практически неисследованной остается качество жизни и самостигматизация больных шизофренией. В этом и новизна темы исследования.

Известно, что население склонно стигматизировать людей с психиатрическим диагнозом, относиться к ним с предубеждением. Больные же нередко без достаточных на то причин ожидают от окружающих негативного отношения к себе из-за наличия у них психического расстройства. Проблема стигматизации и самостигматизации относительно новая. Они рассматриваются в качестве единого процесса, который формируется под влиянием клинических проявлений заболевания, личностной структуры и особенностей социального функционирования больного.

Актуальность изучения проблемы самостигматизации при шизофрении обусловлена необходимостью более дифференцированного подхода к созданию программ дестигматизации с целью преодоления личностных и социальных проблем пациентов, а также повышения эффективности лечения и реабилитации больных шизофренией с учетом биопсихосоциальной модели заболевания.

**Материал и методы.** Выборкой для исследования стали 68 больных стационара ТМО «Психиатрия» г.Киева с диагнозом «Шизофрения параноидная» (F20.0), среди которых 35 пациентов – с первичными психотическими эпизодами шизофрении (24 мужчины и 11 женщины) и 33 больных – с рецидивами заболевания (23 мужчины и 10 женщин). Для общего анализа были включены

результаты обследования 65 человек, поскольку 3 пациента не полностью прошли исследование.

Для исследования самостигматизации при шизофрении использовались следующие методики: 1. Вопросник для оценки самостигматизации (Ениколопов, Серебрянская, Степанова); 2. Метод оценки субъективной удовлетворенности лечением в психиатрическом стационаре (качества жизни) (Лутова Н.Б., Борцов А.В., Вид В.Д.); 3. Вопросник для изучения самооценки социальной значимости болезни (Сердюк А.И.); 4. Методика Дембо-Рубинштейн (модификация Прихожан).

**Результаты.** В первом этапе исследования было установлено наличие значимых отличий между первичными больными и больными с хроническим протеканием шизофрении. Качество жизни хронических больных (81,67) выше, чем у первичных (65,27), поскольку они выше оценивают результаты лечения (хронические – 36,79, первичные – 17,98) и бытовые условия стационара (хронические – 32,21, первичные – 19,65). При этом первичные больные больше стигматизированы (хронические – 15,04, первичные – 25,89).

Также было установлено, что для первичных больных наиболее значимыми сферами жизни, на которые влияет болезнь, есть ограничение силы и энергии (27,36) и формирование чувства неполноценности (26,68). Это именно те проблемы, с которыми встречаются впервые госпитализированные больные. Тогда как для больных с хроническим протеканием шизофрении наиболее значимые сферы – это ограничение удовольствий (33,63) и свободного времени (30,13), снижение физической привлекательности (30,88), ограничение общения (31,75) и материальный ущерб (30,50). Самооценка выше она оказалась у хронически больных (хронические – 29,83, первичные – 20,52).

Результаты исследования непосредственно самостигматизации таковы: уровень самостигматизации выше у первичных больных (25,33), чем у больных с рецидивами шизофрении (16,58). Наиболее выраженные компоненты самостигматизации – нарушение Я-идентичности (13,64) и переоценка самореализации (21,73).

На втором этапе исследования с помощью кластерного анализа была создана типология самостигматизации при шизофрении. Было выделено 3 кластера. Кластер 1 составили 24 человека (12 мужчин и 12 женщин). Все больные этого кластера впервые госпитализированы. Они имеют средний уровень самостигматизации, при этом наиболее самостигматизируются такими моментами как нарушение Я-идентичности и переоценкой внутренней активности. Наиболее значимыми сферами, на которые влияет болезнь, являются ограничение силы и энергии и формирование чувства неполноценности. Больные этого кластера наиболее стигматизируются окружающими. Они низко оценивают бытовые условия стационара, отношения доктор-больной, результаты лечения, и, в целом, имеют самый низкий уровень качества жизни. Условно мы назвали этот кластер – первичной самостигматизацией.

Кластер 2 составили 19 человек (10 мужчин и 9 женщин), которые лечатся не впервые (от 2 до 12 госпитализаций). У них самый высокий уровень самостигматизации, максимально выражены такие компоненты, как переоценка самореализации, категория «психически больные» в трудовой деятельности, деидентификация от окружающих в социальной сфере, дистанцирование от пси-

хически больных в социальной сфере, принятие роли психически больного в сфере самореализации, «зеркальное Я» психически больного в сфере самореализации. Наиболее значимые сферы жизни, на которые влияет болезнь, - ухудшение отношения на работе, ограничение свободного времени и общения. Уровень стигматизации – низкий, а качество жизни – высокое. Они выше других оценивают результаты лечения, отношения с доктором и быт. Группа получила название – социально-обусловленная самостигматизация.

Кластер 3 составило 22 человека (11 мужчин и 11 женщин), среди них и первичные, и хронически больные. Они имеют минимальный уровень самостигматизации и средний уровень внешней стигмы, никакие компоненты и сферы самостигматизации не выражены. Причиной этого может быть работа защитных механизмов по типу отрицания наличия болезни. Называем этот тип – промежуточный.

Последним этапом исследования было определение факторов, которые влияют на формирование самостигматизации с помощью регрессионного анализа. Созданная модель предвидит уровень самостигматизации в 94,8% случаев. Согласно с ней, уровень самостигматизации можно предвидеть исходя из следующих переменных: снижение физической привлекательности, ухудшение отношений на работе, пол, переоценка самореализации, «зеркальное Я» в сфере внутренней активности, количество госпитализаций, переоценка внутренней активности, нарушение Я-идентичности. При этом наиболее важным является фактор переоценки самореализации (0,401), а наименее важным – пол (-0,087).

**Выводы.** В результате проведенного исследования было установлено:

1. Самооценка и качество жизни выше у хронически больных, первичные больные больше стигматизируются, что обусловлено приобретением статуса психически больного.
2. Наиболее значимыми сферами, на которые влияет заболевание, для первичных больных являются ограничение силы и энергии и формирование чувства неполноценности; для хронически больных – ограничение удовольствий и свободного времени, снижение физической привлекательности, ограничение общения и материальный ущерб.
3. Самостигматизация выше у первичных больных, наиболее выражены компоненты – нарушение Я-идентичности и переоценка внутренней активности.
4. Наибольшее влияние на самостигматизацию имеет переоценка самореализации, наименее влияние - пол.
5. Можно выделить 3 типа самостигматизации при шизофрении: первичная, социально-обусловленная, промежуточная.

**Зверева М.В.**

**Самоуважение и самооценка у больных юношеского возраста с личностными расстройствами**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[maremerald@gmail.com](mailto:maremerald@gmail.com)

**Ключевые слова:** самоуважение, самооценка, юношеский возраст, личностные расстройства

**Zvereva M.**

**Rosenberg self-esteem and Dembo-Rubinstein self-esteem in young people with personality disorder**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** self-esteem, young people, personality disorder, mental disorder

**Введение.** Изучение личности в отечественной патопсихологии тесно связано с именами Б.В.Зейгарник и С.Я.Рубинштейн [2,5]. Именно методика самооценки по Дембо-Рубинштейн в течение многих лет являлась одним из наиболее востребованных инструментов диагностики личностных особенностей пациентов с различными расстройствами психики. Известно много ее модификаций, сфера приложения – обширная, как в возрастном, так и в нозологическом планах [3,5]. С началом постсоветского российского этапа развития отечественной патопсихологии в инструментарий специалистов стали активно внедряться разнообразные зарубежные методики исследования личности, оценки самоотношения. Опросник самоуважения М.Розенберга хорошо зарекомендовал себя в ряде исследований в общей и клинической психологии [4,6]. Настоящая работа является частью более общего исследования личностных особенностей пациентов молодого возраста в контексте проявлений феномена прокрастинации. Было показано своеобразие связей личностных особенностей больных и отдельных параметров прокрастинации. Оказалось, что в группе с пограничной личностной патологией результаты наиболее близки нормативной выборке [1]. Обратим внимание на соотношение различных средств диагностики самоотношения (самоуважения по Розенбергу и самооценки по Дембо-Рубинштейн) у пациентов молодого возраста с личностной патологией (F60 по МКБ-10).

**Цель работы:** анализ соотношения параметров самооценки и самоуважения у пациентов юношеского возраста с личностными расстройствами.

**Материал и методы.** В исследовании участвовали 25 пациентов клинических отделений группы психических расстройств юношеского возраста отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ. Возраст больных (мужчин и женщин) от 18 до 25 лет (средний возраст – 20 лет), все они находились на стационарном лечении в 3женском (12чел.) и 4 мужском (13 чел.) отделениях клиники ФГБНУ НЦПЗ, пациенты обследованы в период относительной стабилизации состояния. По консультации научных сотрудников центра им был выставлен диагноз F60 (по МКБ-10) «специфические расстройства личности», они составили экспериментальную группу (ЭГ F60). Контрольную группу (КГ) составил 61 испытуемый со сходными половозрастными параметрами. Изучалось соотношение параметров самооценки и самоуважения, использованы методика Дембо-Рубинштейн с проективным компонентом самооценки и опросник самоуважения М.Розенберга. [3,4,5]. Все материалы прошли математическую обработку с помощью программы SPSS v.20.

**Результаты и обсуждение.** Получены следующие результаты, представленные в таблице 1.

Таблица 1. Результаты контрольной и экспериментальной групп по тесту Розенберга и методике Дембо-Рубинштейн

Параметры экспериментального блока методик	Группы испытуемых	Количество испытуемых	Среднее значение	Стандартное отклонение	Минимум	Максимум	Значимость различий
Самоуважение (Розенберг)	КГ	61	31,0	4,5	21,0	40,0	p≤0,004
	ЭГ F60	25	27,6	6,3	17,0	39,0	
<b>Дембо-Рубинштейн</b>							
Здоровье (реальная оценка)	КГ	61	6,7	2,0	1,5	10	p≤0,026
	ЭГ F60	25	5,5	2,7	0,5	9,5	
Счастье (реальная оценка)	КГ	61	7,1	2,6	0,5	10	p≤0,009
	ЭГ F60	25	5,3	2,8	0,5	10	
Ум (реальная оценка)	КГ	61	6,7	1,3	3,0	9,5	p≤0,011
	ЭГ F60	25	5,7	1,9	0,5	8	
Характер (реальная оценка)	КГ	61	6,3	2,4	0,5	10	Не значимо
	ЭГ III	25	5,1	2,5	1,5	10	

Сопоставление КГ и ЭГ F60 по результатам выполнения методик показывает, что по большинству анализируемых параметров имеются достоверные отличия, результаты КГ всегда выше, чем результаты ЭГ F60, различия не значимы только для параметра «Характер» из методики Дембо-Рубинштейн. Для уточнения соотношения и связи параметров самооценки и самоуважения был проведен корреляционный анализ. В КГ не было обнаружено значимых корреляционных связей между показателями самоуважения и показателями шкал методики Дембо-Рубинштейн. В ЭГ F60, у пациентов с личностными расстройствами были получены отличные от нормативной группы результаты. Из четырех шкал методики Дембо-Рубинштейн, положительную корреляцию с параметром «самоуважение» имеют две: «Здоровье» ( $r_s = 0.454$  при  $p < 0.05$ ) и «Счастье» ( $r_s = 0.505$  при  $p < 0.05$ ). Другие две шкалы «Ум» и «Характер» не имеют корреляционных связей с параметром «самоуважение». Таким образом, больные с личностным расстройством имеют, с одной стороны, значимо более низкие показатели по проективной методике самооценки (методика Дембо-Рубинштейн) и опроснику самоуважения, а, с другой стороны, связь вышеуказанных параметров различна для сопоставляемых групп. Полученные данные согласуются с материалами более широкого исследования, проведенного в нашей диссертационной работе, где изучалась связь прокрастинации и личностных характеристик. Для пациентов с диагнозом F60 обнаружены положительные корреляции параметров оценки одних и тех же содержательных показателей по опросниковым методикам и по методике Дембо-Рубинштейн, прежде всего это касалось параметров «импульсивность» и «организованность». [1].

**Резюме.** Полученные данные позволяют говорить, что испытуемые с личностными расстройствами имеют более низкие показатели и иную структуру связей самооценки с другими личностными параметрами, чем в норме, разные параметры самооценки и самоуважения у больных юношеского возраста с личностными расстройствами менее дифференцированы, чем у здоровых сверстников. Комплексный подход в исследовании личности с использованием лучших отечественных и зарубежных средств личностной диагностики наряду



с применением современных математических средств анализа позволяет более детально выявлять своеобразии патологии личности [3].

#### Литература

1. Зверева М.В. Прокрастинация как личностный фактор при психической патологии в юношеском возрасте: автореф.дисс....канд.психол.наук: 19.00.04 /Зверева Мария Вячеславовна. СПб. – 2016.
2. Зейгарник, Б.В. Личность и патология деятельности/Б.В. Зейгарник.– М. – 1971.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015.
4. Лубовский, Д.В. Применение опросника самоуважения М. Розенберга для исследования отношения подростков к себе /Д.В. Лубовский // Психологическая диагностика. – 2006. – № 1. – С.71-75.
5. Рубинштейн, С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. /С.Я. Рубинштейн.– СПб.: Ленато. – 1998.
6. Rosenberg M. (1965). Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.

**Зверева Н.В., Балакирева Е.Е., Жукова О.Н., Пятницкая Л.Н.**

**Значение раннего психомоторного развития в оценке когнитивного дизонтогенеза при эндогенной психической патологии у детей и подростков**

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ Москва, Россия,  
[nwzvereva@mail.ru](mailto:nwzvereva@mail.ru)

**Ключевые слова:** сроки психомоторного развития, дети и подростки, эндогенная психическая патология, дизонтогенез

**Zvereva N., Balakireva E., Zhukova O., Pyatnitskaya L.**

**Meaning of psychomotor development in the assessment of cognitive dysontogenesis in children and adolescents with endogenous mental disorders**

FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** psychomotor development terms, children and adolescents, endogenous mental pathology

**Введение.** В детской психиатрии существенное значение для постановки диагноза, назначения лечения, определения прогноза и образовательной траектории больного ребенка имеет анализ истории его жизни, анализ его раннего развития [2,4,5,6,8,10,11]. Это касается разных вариантов патологии психического развития детей и подростков (эндогенная патология, группы высокого риска, умственная отсталость и т.д.), типов дизонтогенеза. Многие психиатры и клинические психологи большое значение придают влиянию различных факторов риска экзогенного характера наряду с наследственными причинами отягощения психофизического развития [2,6,7,9,10]. Е.Е.Балакирева выделяет ряд таких факторов: возраст матери, порядковый номер беременности, акушерский анамнез и течение беременности, психогенные факторы, инфекционные и хронические заболевания матери, угроза прерывания беременности, патология родов и плода, патологичное течение послеродового периода у матери и новорожденного [2]. С этим согласятся многие исследователи и практики. По наблюдениям Е.Е. Балакиревой, у матерей детей, больных шизофренией, лишь в 12% случаев роды протекали без особенностей, а в группе наблюдавшихся с патологически протекающими возрастными кризисами отмечено 23,3% нормально протекавших родов [2]. Как патологические факторы многи

ми рассматриваются нарушения сна (бессонница/сонливость, изменения режима сна-бодрствования), гидроцефалия и внутричерепная гипертензия (ВЧГ), физиологическая пассивность ребенка, сроки психомоторного развития и др. Все это влияет на последующее психомоторное и психоречевое развитие, находит отражение в изменении их сроков [2,4,5,6,11]. Г.В.Козловская и А.В.Горюнова отмечают, что в раннем возрасте имеется сочетание психопатологических симптомов с теми или иными формами нарушенного развития психических функций; тесная спаенность психических расстройств с неврологическими [9].

Среди работ современных клинических психологов имеются такие, где анализируются последствия перинатальной патологии для психического развития детей, прежде всего в сфере их будущего школьного обучения [11]. Таким образом, раннее развитие, его сроки и патологические знаки имеют важнейшее значение для формирования разных вариантов психического дизонтогенеза [6,10]. У детей с аутистическими расстройствами процессуального генеза – дизонтогенез преимущественно искаженного типа по В.В.Лебединскому - отмечаются выраженные изменения раннего развития (прежде всего, своеобразие в речевом и моторном развитии), а их психическое состояние рассматривается в контексте наличия разных видов когнитивного дизонтогенеза [7]. Альбицкая Ж.В. с соавторами, изучая клинико-катамнестически группы детей с другим типом психического дизонтогенеза (недоразвитие - умственная отсталость легкой степени) - делает выводы об опорных, значимых для последующего развития нарушениях: в возрасте до 1 года – моторного и эмоционального развития, с 1 года до 4 лет – моторного, речевого развития и навыков социальной адаптации [1]. Можно полагать, что для эндогенной психической патологии аналогичные параметры также будут иметь значение для последующего психического развития.

**Пилотажные исследования.** В рамках научно-практической работы отделов детской психиатрии и медицинской психологии ФГБНУ ЦНПЗ проводится анализ связи сроков раннего психомоторного и речевого развития ребенка с особенностями его последующего когнитивного статуса (в том числе – проявлений когнитивного дефицита и особенностей речевой деятельности). Оценка раннего развития речи 73 больных заболеваниями круга шизофрении детей и подростков представлена вариантами: опережение, норма, отставание. Полученные результаты говорят о том, что в группе с детским типом шизофрении значительно меньше, чем в других выборках, пациентов с опережающим развитием речи в детстве; кроме того, только в этой группе встречались скачкообразные варианты развития речи со временной ее утратой и последующим восстановлением [3]. Предварительная оценка когнитивного развития и развития речи показала, что среди детей с ранним началом заболевания (до 4 лет) примерно в половине случаев наблюдались те или иные варианты своеобразия, преимущественно ретардации, речевого развития. Отметим, что в группу когнитивного дефекта попала только часть пациентов из выборки, для большинства характерно дефицитное когнитивное развитие. Для моторного развития в целом по срокам грубых отклонений не было обнаружено, однако нередко встречались искаженные формулы моторного развития (пропуск или слишком

продолжительное ползание, особенные его варианты, хождение «на цыпочках» и др.).

Проводился также сравнительный анализ раннего психомоторного развития пациентов детского отделения ФГБНУ НЦПЗ в пилотажном сопоставлении сроков речевого развития детей с разными вариантами искаженного дизонтогенеза (по В.В.Лебединскому): с процессуальными формами аутизма (20 детей) и их сверстников, больных шизофренией (20 детей). Показано, что при аутистических расстройствах примерно в половине случаев имеется ретардация развития речи, а также встречается эпизоды утраты с последующим восстановлением речи, тогда как при шизофрении задержка развития речи отмечалась не более чем в 15% случаев, а в 25% - сроки развития речи были опережающими. При этом тотальный когнитивный дефект чаще всего был представлен в группе пациентов с детским типом шизофрении. Таким образом, предварительная оценка связи сроков речевого развития и последующего когнитивного дизонтогенеза указывает на ее неоднозначность и требует дальнейшего исследования.

**Резюме.** Детская патопсихология, как и общая, «взрослая» патопсихология является смежной областью знаний, смежной, прежде всего с педиатрией, детской психиатрией и неврологией, возрастной психологией и т.п. Значение совместных усилий врачей и клинических психологов в оценке вариантов психического и когнитивного дизонтогенеза трудно переоценить. Существенным представляется более тщательный анализ связи раннего психомоторного и речевого развития (miles stones в англоязычной литературе), клинических показателей заболевания (возраст начала, ведущий синдром, прогрессиентность и т.п.) и проявлений когнитивного дизонтогенеза (нарушенного познавательного развития в связи с заболеванием).

#### Литература

1. Альбицкая Ж.В., Касимова Л.Н., Дворянинова Клинико-катамнестическое исследование умственной отсталости у детей в основные возрастные периоды развития В.В. // Социальная и клиническая психиатрия. - 2016. - № 3- С.52-57.
2. Балакирева Е.Е. Нервная анорексия у детей и подростков. Автореф. дис. к. мед.наук. – М., 2004.
3. Балакирева Е.Е., Шведовский Е.Ф., Зверева Н.В. Клинические факторы и речевое развитие у подростков при шизофрении / Психическое здоровье детей страны - будущее здоровье нации. Сборник материалов всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии. Ярославль, 2016. С48-50.
4. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения (статистика и динамика). 2-е изд. М., 1989. – 253 с.
5. Вроно М.Ш. Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект). В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста.:Труды Всесоюзного центра психического здоровья АМН СССР// Под ред. А.В.Снежного. - М., 1986. Т.3. - С.3-12.
6. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Проблемы дизонтогенеза в клинической психологии.// Культурно-историческая психология, 2008, №3. – с. 39-42
7. Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Симашкова Н.В. Применение психологообразовательного теста для психологической квалификации тяжести состояния при рано начавшейся детской шизофрении. // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2007 (7), № 1. С 82-90.
8. Козлова И.А., Зверева Н.В. Практика клинико-психологического исследования патологии психического развития в детском возрасте: общее дело врачей и психологов

// Клиническая психология. Материалы 1-ой Международной конференции памяти Б.В. Зейгарник. – М., 2001. – С. 116-118.

9. Козловская Г.В., Горюнова А.В. Нервно-психическая дезинтеграция в раннем онтогенезе детей из ГВП по эндогенным психическим заболеваниям // Журн. невропат. и психиатр., 1986, 10, 1534—1538.
10. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте. М.: Академия, 2003.
11. Мазаева Н.А. Подростковый возраст и шизофрения // Психиатрия, 2008, № 3. С. 16-27
12. Султанова А.С. Влияние негрубого перинатального поражения нервной системы на психический онтогенез: нейропсихологический анализ // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 5(34) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 21.09.2016).

**Зверева Н.В., Хромов А.И., Коваль-Зайцев А.А.**

**Сравнительный анализ непосредственной и опосредствованной произвольной памяти у детей и подростков с эндогенной психической патологией**

ФГБНУ НЦПЗ, ФГБОУ ВО МГППУ Москва, Россия,  
[nwzvereva@mail.ru](mailto:nwzvereva@mail.ru)

**Ключевые слова:** методика 10 слов, пиктограмма, дети и подростки, эндогенная психическая патология

**Zvereva N., Khromov A., Koval-Zaitsev A.**

**Comparative analysis of unmediated and mediated arbitrary memory in children and adolescents with endogenous mental disorders**

FSBSI MHRC, MSUPE Moscow, Russia

**Keywords:** methods of 10 words, pictogram, children and adolescents, endogenous mental pathology

**Введение.** Эндогенная психическая патология (шизофрения), как отмечают многие исследователи, в качестве следствия болезни имеет нарушения когнитивного и социального функционирования, что наблюдается у больных любого возраста [1, 3, 5, 8, 9]. В отечественной патопсихологии наиболее подробно изучены нарушения познавательного (когнитивного) развития [1, 5]. Следует отметить, что чаще всего речь идет об устойчивых (нарушения мышления) и динамических (нарушения памяти, активного внимания, ассоциативной беглости) параметрах когнитивной деятельности. Динамические параметры когнитивной деятельности у детей с психической патологией описаны недостаточно. В частности, проанализирована специфика ассоциативной деятельности, возрастная динамика познавательного развития в целом, сопоставлены отдельные виды произвольной памяти [2, 3, 4, 7]. В отдельных зарубежных исследованиях показана выраженность дефицита исполнительных функций, памяти и внимания у подростков, больных шизофренией, которая соотносится с аналогичными данными, полученными на взрослых больных шизофренией [8, 9 и др.].

В рамках клинико-психологической и дифференциальной диагностики существенное значение имеет квалификация состояния мнестической функции (пробы на разные виды памяти). Несмотря на очевидную потребность в сопоставлении данных по разным видам запоминания, подобной информации в

отношении детей и подростков с эндогенной психической патологией недостаточно. Большинство психологов используют в своем диагностическом арсенале традиционные методики «заучивание 10 слов» и «Пиктограмма», однако не всегда имеются достоверные данные о нормативных параметрах непосредственного и опосредствованного запоминания, в том числе и об уровне их отклонения при шизофрении. Опираясь на длительный опыт клинико-психологической диагностики в детском клиническом отделении ФГБНУ НЦПЗ, мы соотнесли показатели следующих видов памяти: 1) непосредственной, 2) опосредствованной, 3) запоминания несвязанного и связанного по смыслу стимульного материала. При этом данные, полученные на детях и подростках с разными вариантами эндогенной психической патологии, сопоставлялись с нормативными возрастными показателями.

**Цель.** Сопоставление характеристик непосредственной и опосредствованной произвольной памяти у детей и подростков с разными вариантами эндогенной психической патологии.

**Испытуемые.** Клинической группой выступили 88 детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет (средний возраст  $12,7 \pm 2,3$  лет) – пациенты детского отделения ФГБНУ НЦПЗ. Диагностические группы (на основе диагнозов из историй болезни): F20.8 – детский тип шизофрении, F21 – шизотипическое расстройство, F2x.x – другие формы шизофрении (соответственно МКБ-10). Для оценки степени отклонения показателей памяти больных были использованы нормативные показатели. Эти показатели были получены из данных обследования учеников общеобразовательных школ (по отдельным методикам – от 235 до 483 человек того же возраста). Сопоставление индивидуального показателя памяти каждого больного с его возрастными нормативными показателями проводилось с помощью z-шкал. Это позволило элиминировать влияние фактора возраста в выборке больных.

**Методики.** Методический комплекс включал заучивание 10 слов, простые и сложные парные ассоциации, методика Пиктограмма [4, 5, 6, 7]. Анализировались показатели эффективности запоминания (процент воспроизведения от максимально возможного) для всех видов запоминания. Для математической обработки использованы программы SPSS (v.21) и MS Excel.

**Результаты.** В табл. 1 приведены средние показатели по всем методикам. Оценивалась эффективность запоминания в каждой из методик.

Таблица 1. Эффективность запоминания по всем методикам в сопоставляемых группах больных (в %)

Группа	10 слов	ППА	СПА	ПГР
F20.8	70,6	74,3	44,3	65,4
F2x.x	79,3	90,0	60,0	72,0
F21	76,3	87,5	49,3	75,3

Представлены показатели эффективности заучивания. ППА – простые парные ассоциации; СПА – сложные парные ассоциации; ПГР – Пиктограммы.

Из табл.1 видно, что самые низкие показатели памяти наблюдаются в группе больных с детским типом шизофрении (F20.8), а показатели памяти в двух других группах довольно близки. Однако, такая картина может быть обусловлена различным возрастом больных в каждой группе.

Использование z-шкал позволило обойти эту проблему (оценить дефицит мнестической деятельности по отношению к возрастной норме, табл.2).

Таблица 2. Средние z-значения эффективности запоминания по всем методикам в сопоставляемых группах больных (в %)

Диагноз	Z10 слов	ZППА	ZСПА	ZПГР	Z среднее
F20.8	-1,30	-2,86	-0,87	-0,55	-1,20
F2x.x	0,07	-1,01	-0,08	-0,32	-0,32
F21	-0,49	-1,37	-0,60	0,06	-0,55
p-значение	0,033	0,064	0,075	0,198	0,017

Представлены z-значения показателей эффективности заучивания. ZППА – простые парные ассоциации; ZСПА – сложные парные ассоциации; ZПГР – Пиктограммы. p-значение – достоверность различий ANOVA.

Наибольшие дефициты показателей памяти наблюдаются у больных шизофренией детского типа (F20.8), наименьшие (за исключением показателя пиктограмм) – в группе больных с другими видами шизофрении (F2x.x). Сравнение z-значений между всеми диагностическими группами с помощью ANOVA показало значимые различия по параметру дефицита (z-значению) эффективности заучивания 10 слов, и среднему показателю по всем z-значениям. Для z-значений эффективности запоминания простых и сложных парных ассоциаций можно говорить лишь о тенденции различий между выборками больных, для пиктограммы значимых различий не обнаружено.

Сопоставление разных видов запоминания показало следующее. В группе F20.8 отмечались достоверные корреляции между всеми показателями (от  $r = 0,488$  (Z10слов и ZПГР) до  $r = 0,718$  (ZППА и ZПГР)), кроме z-значений эффективности непосредственной памяти и простых парных ассоциаций. В группе F21 – между z-значениями эффективности непосредственной памяти и z-значениями всех других показателей: простых парных ассоциаций ( $r = 0,386$ ), сложных парных ассоциаций ( $r = 0,288$ ) и эффективности пиктограммы ( $r = 0,275$ ), а также z-значениями простых парных ассоциаций и эффективности пиктограммы ( $r = 0,413$ ). Для группы F2x.x значимых корреляций между показателями запоминания не было обнаружено.

Проверка связи эффективности непосредственной и опосредованной памяти между собой у больных с ранним началом заболевания (до 3 лет) показала следующее (табл. 3).

Таблица 3. Сравнение z-значений параметров памяти у больных с ранним началом заболевания

Диагноз	Эф 10 слов	Эф ПТГ	p
F20.8	64,533	60,933	0,426
F20.x	80,800	65,350	0,203
F21	73,879	67,473	0,093

Эф 10 слов – эффективность заучивания 10 слов, Эф ПТГ – эффективность воспроизведения пиктограмм; p – значимость различий теста Стьюдента для парных выборок

Как видно из таблицы, больные с детским типом шизофрении при раннем начале заболевания имеют значимо меньшую эффективность запоминания при опосредствовании (пиктограмма), тогда как больные с таким же ранним воз-

растом начала заболевания при шизотипическом расстройстве не обнаруживают достоверных отличий по эффективности непосредственного и опосредованного запоминания. Сопоставляемые группы больных не различались по возрасту начала заболевания и по среднему возрасту. Все это позволяет говорить о возможном и существенном влиянии нарушений мышления, затрудняющих процесс опосредования при детском типе шизофрении.

**Резюме.** Проведенный анализ эффективности разных видов вербального запоминания (непосредственного и опосредованного, не связанного и связанного по смыслу стимульного материала) при эндогенной психической патологии у детей и подростков показал: 1) наибольший дефицит памяти характерен для больных шизофренией (детский тип); 2) больные шизофренией (детский тип) имеют более однородную картину дефицитов показателей памяти; 3) показана связь с возрастом начала заболевания и нарушениями мышления при этом виде патологии. Дальнейший анализ будет касаться более детального обсуждения связи мышления и опосредованной памяти, клинических показателей и эффективности мнестической деятельности.

#### Литература

1. Алейникова С.М., Захарова Н.В. Сравнительное изучение особенностей перцептивной и мыслительной деятельности детей, больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. – 1984. – вып.10. – с.1543-1547.
2. Власенкова И.Н., Зверева Н.В. Межполовые различия ассоциативной деятельности младших школьников в норме и при шизофрении // "Современные проблемы науки и образования" 2014, № 2; URL: <http://www.science-education.ru/116-12349>
3. Зверева Н.В. Нарушения произвольной памяти в структуре когнитивного дизонтогенеза у детей с разными видами отклоняющегося развития // Культурно-историческая психология, 2008, №3 с.79-85
4. Зверева Н.В., Хромов А.И. Варианты когнитивного развития при шизофрении у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – № 12. – С. 42–47.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – Москва : Издательство Московского университета, 1991.
6. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – Санкт-Петербург : ЛЕНАТО, 1998. – 168 с.
7. Хромов А.И. Динамика когнитивного развития у детей и подростков при эндогенной психической патологии : автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата психологических наук. – Санкт-Петербург, 2012. – 23 с.
8. Bromley E. Clinicians' Concepts of the Cognitive Deficits of Schizophrenia // Schizophr Bull. – 2007. – 33(3). – P.648-651.
9. Ueland T., Øie M., Landrø N.I., Rund B.R. Cognitive functioning in adolescents with schizophrenia spectrum disorders // Psychiatry Research. – 2004. –126.–P.229-239.

**Иванов М.В.<sup>1,2</sup>, Богачева О.И.<sup>2</sup>, Воронкова Н.А.<sup>3</sup>**

**Родительское отношение к болезни ребёнка (на примере расстройств аутистического спектра)**

<sup>1</sup>ФГБНУ НЦПЗ; <sup>2</sup>ГАОУ ВО МГПУ;

<sup>3</sup>ГБУ здравоохранения города Москвы «Научно-практический центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой ДЗ города Москвы», Москва, Россия

[ivanov-michael@mail.ru](mailto:ivanov-michael@mail.ru); [oksana-syster@mail.ru](mailto:oksana-syster@mail.ru); [ntyapkova@yandex.ru](mailto:ntyapkova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** аутизм, расстройства аутистического спектра, родительское отношение

Ivanov M.<sup>1,2</sup>, Bogacheva O.<sup>2</sup>, Voronkova N.<sup>3</sup>

**Parental attitude to the child's illness (the case of autism spectrum disorders)**

<sup>1</sup>FSBSI MHRC; <sup>2</sup> Moscow City University; <sup>3</sup> "Sukhareva Scientific and Practical Center of Mental Health of Children and Adolescents, Moscow Department of Health Care", Moscow, Russia

**Keywords:** autism, autism spectrum disorders, parental attitude

**Введение.** Наличие психической патологии у ребенка является тяжелым бременем для всей семьи, вызывает эмоциональное напряжение в семье, и в свою очередь, может деструктивно влиять на состояние ребенка [3]. Роль родственников, родителей в стабилизации течения психического заболевания, во вторичной и третичной профилактике чрезвычайно велика [1, 2, 9]. Родители детей-аутистов часто обращаются к специалистам не своевременно, по мнению И.И. Мамайчук, чаще это происходит в дошкольном и школьном возрасте. Родители выдвигают на первый план жалобы на задержку в речевом развитии и трудности социализации. В таких случаях специалисты часто сообщают родителям о необучаемости ребенка, его неперспективности и делают прогнозы о его дальнейшей инвалидизации, что вызывает у родителей глубочайший стресс [4].

Изучением родительского отношения к детям с психическим заболеванием так же занималась Л.С. Печникова, она описывает особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом (РДА) [6]. В своих работах она отмечает, что материнское отношение к детям с РДА проходит свой особый путь формирования и представляет собой результат различных по психологическим механизмам реакций матерей на патологию психической деятельности ребенка, таких как эмоциональное принятие-непринятие больного ребенка, когнитивная оценка его возможностей, а также социальная оценка перспектив его развития [6]. Л.С. Печникова отмечает, что материнское отношение к больному ребенку зависит от порядка его рождения; в семьях, где ребенок с РДА – единственный, чаще наблюдается его эмоциональное принятие. Наименее благоприятная психологическая ситуация складывается в отношении второго по порядку рождения ребенка с РДА, у матерей чаще складывается комплекс ролевой неполноценности и невозможность гибкой адаптации к особенностям больного ребенка [5].

В настоящее время особое внимание специалистов и общественности обращено на резкий рост количества выявленных случаев расстройств аутистического спектра (РАС) у детей [7, 8]. Научный и практический интерес представляет исследование особенности родительского отношения к болезни ребенка, на примере РАС. Результаты данного исследования позволят внести вклад в разработку психолого-педагогических программ поддержки и сопровождения семей с детьми-аутистами. Данные программы должны быть направлены на повышение приверженности лечению, соблюдению рекомендаций лечащего врача и др.

**Цель исследования:** выявить особенности родительского отношения к болезни ребенка, страдающего психическим расстройством (на примере РАС), в



сравнении с родительским отношением к болезни ребенка с соматическим расстройством (сахарный диабет 1 типа).

**Выборка исследования.** Экспериментальная группа (ЭГ): 20 матерей детей, страдающих РАС (дети 3-9 лет), находящихся на амбулаторном лечении на клинической базе ФГБНУ НЦПЗ (кабинет раннего возраста Научно-практического центра им Г.Е. Сухаревой). Группа сравнения (ГС): 20 матерей детей с соматической патологией (сахарный диабет 1 типа (СД 1 типа)), находящихся на лечении в ФГБУ «РНИИАП» Минздрава России.

**Методики исследования:** методика диагностики отношения к болезни ребенка (Каган В.Е. с соавт.); опросник механизмов психологической защиты «Индекс жизненного стиля» (в адаптации Романовой Е.С. с соавт.); анкета-интервью для родителей по определению уровня осведомленности о болезни ребенка (Иванов М.В.); математические методы (описательная статистика, U-критерий различий).

**Результаты.** Исследование показало, что родители детей, страдающих РАС, склонны приуменьшать тяжесть состояния ребенка (вплоть до отрицания - анозогнозии) по сравнению с родителями детей с СД 1 типа (средние показатели по шкале нозогнозии: ЭГ = - 6,2; ГС = 2,1). Это можно объяснить тем, что лечение детей с данным соматическим заболеванием связано с ежедневной необходимостью измерения уровня сахара в крови, введением инсулина, что непосредственно влияет на осознание родителями болезни ребенка. Родители детей с психической патологией зачастую не осознают болезненного характера изменений в поведении ребенка, и расценивают его в большей степени как избалованность или своенравность ребенка и т.п.

При этом было обнаружено, что для родителей обеих групп свойственно недооценивать необходимость ограничения активности ребёнка, соблюдения режима (средние показатели по шкале контроля активности: ЭГ = - 12,9; ГС = - 14,4), что может снижать эффективность назначаемых лечащими врачами рекомендаций.

У родителей детей с РАС преобладают менее адаптивные психологические защиты, среди которых, реактивное образование (90 баллов), отрицание (81 балл) и интеллектуализация (81 балл). Этим родителям более свойственна подмена восприятия реальной окружающей обстановки на диаметрально противоположный образ, что также подтверждается предыдущими данными об имеющейся у них тенденции к анозогнозии. Состояние ребенка часто трактуется не верно, родители находятся в поиске рациональных объяснений, ищут причины, повлиявшие на возникновение изменений в поведении ребенка. Не редки случаи объяснения состояния ребенка его особенностью, одаренностью, которую окружающие не способны оценить (например, случаи несогласия оформлять инвалидность, считая ребенка здоровым). Данные результаты согласуются с ранее проведенным исследованием Е.В. Шабановой, в котором описываются особенности защитных стилей матерей детей с РАС. Так, по ее данным преобладающими защитами у матерей являются отрицание и реактивное образование [9].

Большинством родителей детей с РАС было отмечено, что, несмотря на их осведомленность о психической болезни (поиск информации в Интернете и СМИ) у них есть потребность в получении дополнительных сведений о забо-

лвании, методах лечения и формах помощи ребёнку. Так, например, многие родители испытывают трудности при обострении симптомов болезни и возникновении трудностей в поведении ребёнка в процессе социализации (было отмечено при смене обстановки, приходе гостей, при посещении детского дошкольного учреждения). Родители не знают, как себя вести в подобных ситуациях. Стоит еще раз отметить, что речь идет о родителях детей, находящихся на амбулаторном лечении.

Некоторые родители, приходя на приём, отказываются от медикаментозного лечения детей, аргументируя это тем, что медикаменты только навредят ребёнку и выражают беспокойство, что они даже могут вызывать зависимость. Так же есть и родители, которые отказываются от лечения, и объясняют своё обращение к специалисту (врачу-психиатру), тем что, они заинтересованы только оформлением инвалидности, чтоб ребёнок мог посещать специализированные учреждения для детей с РАС.

**Резюме.** На настоящий момент получены предварительные данные об особенностях родительского, в нашем случае материнского отношения к болезни ребенка, на примере РАС. Результаты исследования позволяют разрабатывать индивидуальные программы психологической поддержки семей, что должно повысить эффективность лечебно-коррекционных мероприятий и снизить уровня стресса внутри семьи.

#### Литература

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика-М, 2004. – 492 с.
2. Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Тяпкова Н.А. Клинико-психологические подходы к профилактике психических расстройств раннего детского возраста // Психиатрия. – 2015. – 3 (67). – С. 22-27.
3. Исаев Д.Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб.: Специальная литература, 1996. – С. 341-344.
4. Мамайчук И.И. Помощь психолога детям с аутизмом. – СПб.: Речь, 2007. – 288 с.
5. Печникова Л.С. Материнское отношение к ребенку-аутисту в зависимости от наличия в семье здорового сибса // Психология семьи и больной ребенок. Учебное пособие: Хрестоматия. – СПб.: Речь, 2007. – С. 214-216.
6. Печникова Л. С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1997. – 27 с.
7. Расстройства аутистического спектра у детей: научно-практическое руководство / Под ред. Н.В. Симашковой. – М.: Авторская академия, 2013. – 264 с.
8. Сухотина Н.К., Коровина Н.Ю., Маринчева Г.С. К вопросу о динамике распространенности расстройств аутистического спектра в детско-подростковой популяции // Психическое здоровье. – 2013. – № 6. – С. 8-13
9. Шабанова Е.В. Внутрисемейное функционирование и психологические защиты родителей, воспитывающих ребенка с расстройством аутистического спектра // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2014. – № 4. – С. 51-57.

**Иванова Е.М.**

**Использование юмора в клинико-психологической диагностике психических расстройств**

ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова; ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
[ivalenka13@gmail.com](mailto:ivalenka13@gmail.com)

**Ключевые слова:** юмор, чувство юмора, гелотофобия, психические расстройства

**Ivanova E.**

**The usage of humor in clinical-psychological diagnostics of mental disorders**

Pirogov RNRMU; FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** humor, sense of humor, gelotophobia, mental disorders

**Введение.** В клинико-психологической практике нарушения чувства юмора является перспективным и привлекательным для исследователей диагностическим маркером психологических и психических нарушений [2,7,8,13], поскольку они отражают как нарушения мышления, так и эмоционально-личностные компоненты расстройств. Исследования совместного функционирования когнитивных и аффективных процессов являются современным трендом в психологии, что отражается, например, в исследованиях эмоционального интеллекта и интеллектуальных эмоций. Изучение чувства юмора в русле этого подхода способствует разработке инновационных методов исследования совместной работы когнитивных и аффективных процессов и их взаимодействия.

Использование юмора в качестве инструмента клинической диагностики является привлекательным, поскольку повышает мотивацию и эмоциональную включённость как пациента, так и врача или психолога, в связи с чем может сокращать время обследования, способствовать формированию мотива экспертизы, установлению продуктивного контакта с пациентом и давать другие преимущества. Помимо эмоциональных выгод, диагностика с использованием юмора обладает потенциальной экономичностью в связи с тем, что по чувству юмора клиницист потенциально может оценить одновременно особенности мышления, эмоционально-личностной и коммуникативной сферы.

Несмотря на то, что данная область исследований является относительно новой, можно выделить ряд параметров чувства юмора, нарушения которых дают наиболее устойчивые результаты в диагностике психических расстройств, поддаются операционализации и могут быть использованы в практике в качестве методических приёмов диагностики.

Нарушение распознавания юмора является грубым вариантом психопатологии чувства юмора, характерным для шизофрении. Для его диагностики пациентов просят выделить комические и некомические картинки [16], либо юмористические и неюмористические фразы [3]. О.В. Щербакова [11] предложила методологию качественного анализа понимания юмора, включающую исследование как когнитивного, так и эмоционального его компонентов. Ею были выделены и описаны 5 уровней когнитивного и 3 уровня эмоционального понимания юмора, что позволяет давать количественную оценку этих нарушений. По данным первых эмпирических исследований [1] при психических расстройствах психотического спектра характерны выраженные нарушения понимания юмора как на когнитивном, так и на аффективном уровне. При этом они оказывают взаимное декомпенсирующее влияние друг на друга.

Исследования предпочитаемых видов, тем и приёмов комического являются наиболее интригующей в плане диагностической значимости, но наиболее сложной областью для формализации, поскольку связаны с субъективными

предпочтениями шуток. Методически необходим подбор достаточно большого количества юмористических стимулов, который должен быть стандартизован, с одной стороны, а с другой, не устаревшим, чтобы сохранился комический эффект.

В эмпирических исследованиях было показано, что больные шизофренией предпочитают шутки, основанные на парадоксе и сравнении по отдалённому признаку. Они выше оценивают анекдоты, основанные на дискриминации противоположного пола и на разрешении противоречия [2]. Пациенты с депрессией отличаются неприятием неприличного юмора. Они предпочитают «депрессивный» юмор, анекдоты, в которых главный персонаж каким-либо образом страдает, и шутки на тему смерти, а также анекдоты, основанные на совмещении планов или смешении стилей. Пациенты с маниакальным синдромом склонны шутить и смеяться, они любят сексуальный юмор и анекдоты на тему алкоголизма и наркомании. В то же время, они, подобно пациентам с депрессией, предпочитают цинично-пессимистические анекдоты [2,4].

Патологический страх насмешки - гелотофобия впервые описана М. Титцем [20]. Пациенты с гелотофобией не воспринимают смех и улыбку собеседника как нечто позитивное, но оценивают их как знак насмешки, оскорбления, агрессии. К ключевым симптомам гелотофобии относятся особое тревожное состояние, связанное с чувством стыда, убежденность в собственной комичности, ожидание того, что над тобой будут смеяться, физиологические проявления в виде замороженной экспрессивности, потеря спонтанности и повышенный самоконтроль.

**Методики.** В. Рух и Р.Т. Проер разработали опросник для выявления гелотофобии GELOPH<15> [17]. Русскоязычный вариант опросника был апробирован Е.А. Стефаненко с соавт. [10]. Позже гелотофобия была дополнена другими переменными, описывающими склонность становиться объектом смеха и склонность высмеивать окружающих (гелотофилия и катагеластизм) и вошла в опросник PhoPhiKat<45> и PhoPhiKat<30> [17,19,6]. Помимо опросника, разработан также полупроективный картиночный тест гелотофобии [12].

**Результаты.** Первые клинические исследования гелотофобии показали, что при психических расстройствах гелотофобия повышается. Так, М. Титц выделил высокие значения гелотофобии у больных с депрессивными расстройствами. В. Рух и Р.Т. Проер эмпирически установили, что гелотофобия характерна для пациентов с атипичной формой депрессии – депрессии, основанной на чувстве стыда, в отличие от чувства вины [17]. Дж. Форабоско с соавт. показали, что выраженность гелотофобии выше у больных шизофренией и пациентов с расстройствами личности, чем у пациентов с расстройствами настроения, тревожными и пищевыми расстройствами [14]. В отечественных исследованиях повышение гелотофобии показано при шизофрении и аффективных расстройствах [9].

Изучение гелотофобии в контексте психических расстройств может иметь диагностические и прогностические цели, например, при описании клинической картины болезни. Первые клинические данные показали, что при шизофрении на начальных этапах гелотофобия повышается, а при увеличении длительности болезни падает вплоть до значений ниже нормы [9]. Таким образом,

оценка уровня гелотофобии может быть информативной и для описания динамики заболевания.

Способность дифференцировать виды смеха. Этот критерий даёт больше возможностей для стандартизованных методов диагностики. Трудности различения эмоциональной окраски смеха связываются со страхом насмешки. Так, пациенты с гелотофобией плохо дифференцируют радостный и злобный смех при предъявлении на слух, а также при вербальном описании ситуаций дружеского подшучивания и агрессивного высмеивания [18,15,5]. Учитывая характерные для шизофрении трудности понимания эмоциональных состояний в целом, кажется целесообразным рассматривать этот критерий как относительно самостоятельный.

**Выводы.** Таким образом, многочисленные исследования демонстрируют значимость нарушений чувства юмора как диагностического маркера в клинико-психологической диагностике. На данный момент уже разработан ряд подобных методик, которые внедряются в практику. Тем не менее, сохраняется актуальность создания формализованных диагностических методик, основанных на использовании юмора.

#### Литература

1. Воронцова В.С., Иванова Е.М. Нарушения понимания юмора у психически больных людей. Тезисы докладов Седьмой международной конференции по когнитивной науке. 20-24 июня 2016 года, Светлогорск. с. 214-215
2. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н. Психопатология и чувство юмора // Современная терапия психических расстройств. 2009.-№1.-с.19-24
3. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Митина О.В. Нарушение распознавания юмора у больных шизофренией // Психологический журнал. – 2008. – № 6. – С.75-81.
4. Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Митина О.В. Нарушения чувства юмора при шизофрении и аффективных расстройствах // Вопросы психологии. 2008; 1: 45–57.
5. Иванова П.О. (под рук. Ивановой Е.М.) Восприятие дружелюбного и агрессивного юмора при гелотофобии. Сборник тезисов XI Международной Пироговской научной медицинской конференции студентов и молодых ученых, 17 марта 2016, РНИМУ им. Пирогова, Москва. С.270-271.
6. Иванова Е.М., Макогон И.К., Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н., Проер Р., Рух В. Русскоязычная адаптация опросника гелотофобии, гелотофилии и катагеластизма PhoPhiKat // Вопросы психологии.-2016.-№2.-с.162-171.
7. Лук А.Н. Юмор, остроумие, творчество. М.: «Искусство». 1977.
8. Мартин Р. Психология юмора. СПб. «Питер». 2009.
9. Стефаненко Е.А., Ениколопов С.Н., Иванова Е.М. Особенности отношения к юмору и смеху у больных шизофренией // Журнал неврологии и психиатрии 2014, 1, с.26-29
10. Стефаненко Е.А., Иванова Е.М., Ениколопов С.Н., Проер Р.Т., Рух В. Диагностика страха выглядеть смешным: русскоязычная адаптация опросника гелотофобии // Психологический журнал, 2011, №2, с. 94-108
11. Щербак О.В. Когнитивные механизмы понимания комического. Диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук. СПбГУ, 2009.
12. Bruntsch, R., Ruch, W., & Platt, T. (2014). Evaluation of a picture-based test for the assessment of gelotophobia (Picture-Geloph). 26th International Society for Humor Studies (ISHS) Conference, Utrecht, Netherlands, July 7-11, 2014.
13. Forabosco G. The ill side of humor: Pathological conditions and sense of humor. The Sense of Humor: explorations of a personality characteristic / Ed. W. Ruch. N.Y.: Mouton de Gruyter, 2007; 271–292.
14. Forabosco G., Ruch W., Nucera P. The fear of being laughed at among psychiatric patients // Humor: International Journ. of Humor Research. - 2009 - Issue 22 (1-2). - Pp. 233–252.

15. Platt T. (2008) Emotional responses to ridicule and teasing: Should gelotophobes react differently? *Humor: International Journal of Humor Research*, 21(2), pp. 105-128
16. Polimeni J., Reiss J.P. Humor perception deficits in schizophrenia // *Psychiatry Research*. 2006; 141: 229–232.
17. Ruch W. (2009) Fearing humor? Gelotophobia: The fear of being laughed at Introduction and overview // *Humor: International Journal of Humor Research*, 22-1/2, pp. 1-26
18. Ruch W., Altfreder O., Proyer R. T. (2009) How do gelotophobes interpret laughter in ambiguous situations? An experimental validation of the concept // *Humor: International Journal of Humor Research*, 22-1/2, pp. 63-90
19. Ruch W., Proyer R.T. (2009) Extending the study of gelotophobia: On gelotophiles and katagelasticians // *Humor: International Journal of Humor Research*, 22, pp. 165-182
20. Titze M. (1996) The Pinocchio Complex: Overcoming the fear of laughter. *Humor and Health Journal*, 5, pp. 1-11

**Игумнов С.А.<sup>1,2</sup>, Солодухо В.В.<sup>3</sup>**

**Диагностика и пути преодоления синдрома выгорания в медицинской среде**

<sup>1</sup>НИИ наркологии-филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского,

<sup>2</sup>Кафедра психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии  
Факультета повышения квалификации медицинских работников  
Российского Университета Дружбы Народов, Москва, Россия

<sup>3</sup>Кафедра клинической и консультативной психологии факультета психологии  
УО «Белорусский государственный педагогический  
университет имени Максима Танка», Минск, Беларусь  
[sigumnov67@gmail.com](mailto:sigumnov67@gmail.com), [valentsol@mail.ru](mailto:valentsol@mail.ru)

**Ключевые слова:** синдром выгорания, медицинские работники, модели преодолевающего поведения

**Igumnov S., Solodukho V.**

**Diagnostics and ways of overcoming of the burnout syndrome in health workers**

Research Institute for Addiction Problems - the branch of the Serbsky  
Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,  
Department of Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatic Pathology  
of the Faculty of Continuing Medical Education at the People's Friendship  
University of Russia, Moscow, Russia Department of Clinical and  
Counseling Psychology, the Faculty of Psychology of the Belarusian  
State Pedagogical University named after Maxim Tank, Minsk, Belarus

**Keywords:** burnout syndrome, health workers, coping behavior models

**Введение.** Изучены синдром выгорания (СВ) и модели преодолевающего поведения у медицинских работников (врачи и медицинские сестры). Новым в научном плане аспектом данного исследования в сопоставлении с ранее проводимыми исследованиями стало изучение влияния социально-психологической адаптации и стратегий преодолевающего поведения (копинга) на проявления синдрома выгорания.

**Цель** настоящей работы - изучение влияния моделей преодолевающего поведения на проявления синдрома выгорания у медицинских работников.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 150 медицинских работников – сотрудников стационарных отделений фтизиатри-

ческой службы Республики Беларусь, 29 врачей и 121 медицинская сестра, в возрасте от 21 до 60 лет, стаж работы: от 2 до 40 лет. Средний возраст испытуемых составил – 38,7 лет, средний стаж – 18,3 года. Для исследования синдрома выгорания была использована методика по изучению СВ у медицинских работников, разработанная на основе модели К. Маслач и С. Джексон, адаптированная Н.Е. Водопьяновой. Для изучения моделей преодолевающего поведения использовался опросник «SACS» (Стратегии преодоления стрессовых ситуаций) С. Хобфолла, адаптированный Н.Е. Водопьяновой, Е.С. Старченковой.

**Результаты и их обсуждение.** По результатам выполнения методики, направленной на изучение синдрома выгорания, были получены данные, которые позволили определить значения трех субшкал (эмоциональное истощение, деперсонализация, редукция личных достижений) и провести оценку уровня выгорания по каждому фактору, а также определить фазы и степени выгорания. Было выявлено, что эмоциональное выгорание в той или иной степени сформировано у 100 медицинских работников, что составляет 66,7% обследованной выборки.

**Выводы.** 1. Впервые комплексно исследована и концептуально раскрыта специфика детерминации синдрома выгорания в контексте медицинской профессии. 2. Выявлено, что СВ в разной степени присутствует у большинства обследованных медицинских работников. 3. Определены следующие особенности влияния моделей преодолевающего поведения на формирование СВ у медицинских работников: конструктивные модели заменяются пассивными, дезадаптивными, что усугубляет их психоэмоциональное состояние и затрудняет успешную профессиональную и социальную адаптацию.

**Илхамова Д.И.**

**Психосоматические аспекты заболеваний органов пищеварительного тракта**

Национальный университет Узбекистана,  
[Muhli.dil.2006@mail.ru](mailto:Muhli.dil.2006@mail.ru)

**Ключевые слова:** психосоматика, внутренняя картина болезни, психологические синдромы, психодиагностика, психокоррекция

**Ikhamova D.**

**Psychosomatic aspects of diseases of the digestive tract**

National University of Uzbekistan, Tashkent

**Keywords:** psychosomatic medicine, internal picture of the disease, psychological syndromes, psychological testing, psychological correction

**Введение.** Определение здоровья, выработанное Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), трактует понятие здоровья как "... состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических дефектов". Учитывая общебиологические закономерности взаимодействия организма и среды, мы придерживаемся мнения, что здоровье должно рассматриваться как естественное состояние организма, характеризующееся его гомеостазом с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений. Очевидно, что на комплексное состояние здо-

ровья влияет множество факторов и условий, и хотя некоторые из них имеют биологическую природу, в человеческом обществе они вошли в неразрывную, иногда опосредованную, иногда прямую зависимость от социальных условий.

За последние десятилетия специалисты отмечают увеличение болезней органов пищеварительного тракта среди детей. Ряд исследований доказывает, что эти нарушения в большинстве случаев носят функциональный характер и связаны больше с психосоматическим аспектом заболеваний пищеварительного тракта, в свою очередь эти болезни оказывают существенное влияние на психическое развитие детей. Таким образом, психологические факторы играют весомую роль в возникновении, течении, лечении и реабилитации детей, больных различными заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Д.Н.Исаев подчеркивает, что при хронических заболеваниях органов пищеварения у детей наблюдаются неврозоподобные расстройства, которые формируются через 1-2 года после возникновения соматического заболевания, к ним относятся анорексия, энурез, тики, расстройства сна. При этом обострение соматического процесса неизменно приводит к ухудшению психического состояния, при этом в период ремиссии соматического заболевания редуцируется неврозоподобная симптоматика. По его мнению, помимо астенических и неврозоподобных расстройств при патологии органов пищеварения у детей наблюдаются и невротические расстройства, которые проявляются в форме невротических реакций, затяжных невротических состояний, невротического формирования личности. По мнению Е.Г.Филиковой, В.В.Николаевой, В.Н.Касаткина хронические заболевания пищеварительного тракта, характеризуясь хроническим течением, дают ребенку длительный негативный телесный опыт, отличающий их от здоровых сверстников. Они считают, что тело больного ребенка является не только источником болевых или иных неприятных ощущений, но и становится объектом манипуляций со стороны других людей (родителей, врачей), что может приводить к чувству ущербности, дополнительной психической травмы, следовательно, искажать путь психического развития. Как подчеркивают авторы, тяжелое хроническое соматическое заболевание существенно изменяет, прежде всего, всю социальную ситуацию развития, что ведет к снижению уровня психических возможностей ребенка в осуществлении деятельности, к ограничению контактов с другими людьми, к изменению объективного места, занимаемого в жизни, а тем самым и его внутренней позиции по отношению ко всем обстоятельствам жизни. Особенно в подростковом возрасте это может привести к глубоким перестройкам всей совокупности личностных смыслов, порой драматически проявляющимся в таких феноменах, как «потеря себя» и утрата смысла существования. Наличие соматического заболевания у ребенка создает своеобразную социальную ситуацию развития. Поэтому формирование внутренней картины болезни специфично для конкретного заболевания. При формировании внутренней картины болезни отмечаются определенные чувствительные периоды осознания заболевания, имеющие различную возрастную отнесенность при различных заболеваниях. Эти периоды совпадают с кризисом осознания болезни, а у детей сопровождаются различного рода трудностями в личностном развитии. В процессе формирования внутренней картины здоровья у детей без соматической патологии отмечается общая тен-



денция: чем старше дети, тем чаще они отмечают значимость психологического состояния человека в сохранении здоровья.

Разнообразны мнения ученых и о причинах возникновения заболеваний пищеварительной системы, которые позволяет говорить о комплексе психологических причин, участвующих в патогенезе этих расстройств. В то же время, психологические механизмы возникновения желудочно-кишечных заболеваний сближают их с другими как психосоматическими, так и психическими заболеваниями. Но, если при психических заболеваниях переживания, неудовлетворенные потребности и конфликты, девиации коммуникации очевидны, то в случае гастропатологии эти причины оказываются замаскированными телесным синдромом.

Н. Frayberger, W.Zander, H.Weiner, M.Thaler, I.A.Mirski, W.Shuffel, T.Uexkull, Б. Любан-Плоцца, Г. Амон, А.В. Мазурин, А.М. Запруднов, Ю.Ф. Антропов, Д.Н.Исаев, Л.И. Тульчина и др. отмечают, что характерной чертой гастроэнтерологической патологии является ее частая психологическая обусловленность. В ряде исследований показана связь психосоматической патологии желудочно-кишечного тракта с эмоциональным напряжением (депрессией, эмоциональными переживаниями, неудовлетворенной потребностью в персональной любви, потерей доверия к миру, отторжением себя от идентификации с близким кругом лиц и др.). Д.А.Абдуллаева подчеркивает, что психосоматические расстройства при хронической гастродуоденальной патологии у детей оказывает значительное влияние на течение и исход, на частоту и силу обострений болезни.

В последнее время все больше специалистов приходят к мнению, что для успешного лечения ребенка необходима оценка его эмоциональной сферы, которая включает в себя изучение поведения ребенка с родителями дома, в школе, среди друзей и взрослых, оценку реакций ребенка на непосредственное окружение и на стресс. Длительные хронические соматические заболевания обуславливают задержку эмоционального развития, эмоциональную незрелость детей и подростков. Хроническая физическая и психическая астения тормозят развитие активных форм деятельности, способствуют формированию таких черт личности как робость, боязливость, неуверенность в себе. Эти же свойства в значительной степени детерминируют и создание для больного ребенка режима ограничений и запретов. Так, к явлениям, связанным непосредственно с болезнью, относится искусственная инфантилизация, вызванная условиями гиперопеки. Задержка эмоционального развития проявляется в формировании эгоцентрических установок, неспособности к волевому усилию к труду.

**Резюме.** Мы считаем, что при хроническом течении заболеваний органов пищеварения залогом эффективности программ социально-психологической адаптации детей служит конкретная адресация психокоррекционных воздействий, основанная на данных медицинского и психофизиологического параметров, характера заболевания, наличии отклонений нервно-психического здоровья, особенностях психического развития.

Казымаев С. А<sup>1</sup>., Шендяпина М. В<sup>1</sup>., Кашина Е. М<sup>1</sup>., Казейкина Т. П<sup>1</sup>.,  
Кузьмина Е<sup>2</sup>., Шаповаленко Т. В<sup>1</sup>., Лядов К. В<sup>1</sup>.

**Новые методики нейропсихологической оценки пациентов, перенесших  
инсульт: апробация оксфордского когнитивного скрининга (ОКС)**

<sup>1</sup>ФГАУ «Лечебно-реабилитационный центр» Минздрава РФ, Москва

<sup>2</sup>Гонконгский Университет Когнитивной Нейропсихологии  
[skazymaev@bk.ru](mailto:skazymaev@bk.ru)

**Ключевые слова:** скрининговое тестирование, когнитивные нарушения, ин-  
сульт, нейропсихологическая оценка

**Kazymaev S<sup>1</sup>., Shendyapina M<sup>1</sup>., Kashina E<sup>1</sup>., Kazeykina T<sup>1</sup>., Kuzmina E<sup>2</sup>.,  
Shapovalenko T<sup>1</sup>., Lyadov K<sup>1</sup>.**

**New methods of neuropsychological assessment of patients with stroke: use the  
oxford cognitive screening (OCS)**

<sup>1</sup>Treatment and Rehabilitation Center of the Ministry  
of Health Care of Russia, Moscow

<sup>2</sup>The University of Hong Kong Cognitive Neuropsychology

**Keywords:** screening tests, cognitive impairment, stroke, neuropsychological as-  
sessment

**Введение.** Нейропсихологические скрининговые методы обследования широко вошли в клиническую практику, помогая экономить время обследования и предоставлять достаточную ориентировочную информацию о пациенте [5, 13]. Одной из распространенных скрининговых методик тестирования является MMSE [8]. Ее сфера применения - дифференцирование пациентов с началом болезни Альцгеймера от людей с возрастными изменениями когнитивных функций. Применение данной методики в других сферах снижает достоверность вывода по результатам тестирования [7]. Другой скрининговой батареей тестов, используемой в практике является Montreal Cognitive Assessment (MoCA; русская версия доступна по ссылке [www.mocatest.org](http://www.mocatest.org)). Данный скрининг чувствителен к легким и умеренным когнитивным нарушениям в пожилом возрасте [12]. Однако отсутствие нормативов для пациентов, перенесших инсульт, снижают достоверность вывода по результатам тестирования для этой группы пациентов [6].

Еще одной скрининговой тестовой батареей вошедшей в отечественную практику является КНОСК [4,5]. Данная методика в отличие от вышеописанных стандартизирована на достаточно широком возрастном диапазоне и позволяет оценить не только степень выраженности когнитивного дефицита, но и предсказать степень выраженности функциональных нарушений. В тоже время данная методика плохо подходит для оценки пациентов с афазией, апраксией и аграфией.

Для преодоления вышеуказанных недостатков существующих скрининговых методик был разработан оксфордский когнитивный скрининг/oxford cognitive screen (OKC/OCS; доступен по ссылке <http://innovation.ox.ac.uk/outcome-measures/the-oxford-cognitive-screen-ocs>), в задачи которого входило оценить степень выраженности когнитивных нарушений, построить первичный нейрокогнитивный профиль пациентов с последствиями инсульта, и часто имеющих сопутствующие речевые нарушения.

**Целью** нашего исследования является апробация данной методики на русскоговорящей выборке для пациентов, перенесших инсульт, страдающих деменцией и имеющих нарушения речи, а также сопоставление полученных данных с функциональной шкалой оценки здоровья по WHODAS2.0, рекомендованной ВОЗ [11].

**Материал и методы.** Исследование было проведено на базе ЛРЦ Минздрава РФ, а также сети домов престарелых “Забота”. В исследовании приняли участие 20 человек. В группу людей с “нарушениями” входили пациенты, перенесшие инсульт, а также 3 пациента с афазией, 1 - с сосудистой деменцией, 1 - с удалением опухоли. Всего данную группу составило 10 человек, из них 7 мужчин, 3 женщины, со средним образованием 1 человек, с высшим образованием 9 человек, средняя длительность заболевания - 3.6 мес.  $\pm 3.3$ , средний возраст - 62,9 лет  $\pm 17,8$ . В группу нормы входили люди без повреждений головного мозга и/или с возрастными изменениями головного мозга. При этом они вели активный образ жизни, а также имели сопутствующие заболевания (1 пациент с переломом позвоночника, 1 пациент с повреждением тазобедренного сустава). Всего данную группу составило 10 человек, из них 4 мужчин, 6 женщин, со средним-специальным образованием 2 человека, с высшим образованием 8 человек, средний возраст - 50,4 лет  $\pm 16,2$ . Анализ данных проводился в SPSS 23.0

**Результаты и обсуждение.** Сравнение результатов тестирования групп людей с “нарушениями” и “нормой” обнаруживает значимые различия в следующих субтестах: “чтение”, “написание чисел и счет”, “одностороннее игнорирование”, “повторение действий”, “вербальная и эпизодическая память”, “управляющие функции” (таб.1). Это может быть связано с тем, что выше перечисленные когнитивные функции формируются в онтогенезе достаточно поздно и, соответственно, наиболее подвержены к изменениям при повреждениях головного мозга [2, 3]. Данное обнаружение указывает на чувствительность данной методики к нарушению когнитивных функций высокого порядка, которые практически недоступны для непосредственного наблюдения и с трудом поддаются оценке при клинической беседе.

В тоже время в субтестах на “называние”, “ориентацию”, “узнавание”, “поля зрения” и “внимание” значимые различия обнаружены не были. Отсутствие различий в этих субтестах можно объяснить с одной стороны малым числом наблюдений, в силу чего подтвердить различия статистически не представляется возможным, в то время как их средние значения значительно отличаются (таб.1). С другой стороны нарушения в субтестах на “узнавание” и “называние” могут встречаться либо при речевых нарушениях, либо при нарушениях восприятия, а данная категория пациентов входила в выборку в недостаточном объеме.

Субтест на “поля зрения” не выявил значимых различий и между группой с “нарушениями” и “нормой”. На наш взгляд это связано с низкой чувствительностью этого субтеста.

Таблица 1. Результаты сравнения значений по субтестам ОКС между двумя выборками по непараметрическому критерию для малых выборок Манн-Уитни.

Субтесты	Нарушения (n=10)		Норма (n=10)		U-test
	m	SD	m	SD	
Называние	3,40	0,97	3,9	0,32	U=34,5, p=0,121
Узнавание	2,80	0,63	3,1	0,32	U=40,0, p=0,168
Чтение**	10,40	5,93	15	0,00	U=20,0, p=0,005
Ориентация	3,70	0,67	4	0,00	U=40,0, p=0,147
Поля зрения	4,00	0,00	4	0,00	U=50,0, p=1,000
Написание чисел и счет*	4,90	2,42	6,6	0,70	U=26,0, p=0,05
Внимание	37,70	14,20	46,4	2,12	U=32,5, p=0,182
Одностороннее игнорирование**	-2,60	2,63	0,5	1,27	U=16,0, p=0,009
Повторение действий**	8,30	2,26	11,2	1,23	U=13,5, p=0,005
Вербальная и эпизодическая память*	7,20	2,90	10,1	2,69	U=23,5, p=0,041
Управляющие функции*	2,00	4,00	-0,8	0,63	U=24,5, p=0,023
*p≤0.05; **p≤ 0.01					

Сравнение значений в общей утери здоровья по WHODAS2.0 по непараметрическому критерию для малых выборок Манн-Уитни между группой людей с “нарушениями” и “нормой” обнаруживает значимые отличия ( $U=6.00$ ,  $p=0.001$ ,  $m_{\text{нарушения}} = 0.56 \pm 0.18$ ;  $m_{\text{норма}} = 0.15 \pm 0.19$ ). Это хорошо согласуется с многочисленными исследованиями указывающими, что нейрокогнитивный дефицит является определяющим фактором, влияющим на повседневную активность, снижающим адаптационные возможности [9].

**Заключение.** Результаты апробации оксфордского когнитивного скрининга показали, что пациенты с инсультом имеют более низкие количественные результаты по субтестам по сравнению с нормой, и были получены достоверные различия среди когнитивных функций высокого порядка, приводящих к значимым функциональным ограничениям. Дальнейшая стандартизация на русскоговорящей выборке, внедрение и применение данной методики для оценки пациентов с инсультом представляется нам более целесообразной, чем использование других методов скрининговой диагностики.

Литература

1. Балашова Е. Ю Ковязина М. В., Нейропсихологическая диагностика в вопросах и ответах, М.: Генезис, 2012

2. Зейгарник Б.В. Патопсихология : Учебное пособие.- М.: Академия, 1999.
3. Семенович А. В. Нейropsychологическая коррекция в детском возрасте. Метод замещающего онтогенеза. Учебное пособие, М.: Генезис, 2015
4. Тонконогий И. М., Краткое нейropsychологическое обследование когнитивной сферы, М.: ПЕР СЭ, 2010
5. Тонконогий И. М., Пуанте А., Клиническая нейropsychология, СПб.: Питер, 2007
6. Cullen B., O'Neill B., Evans J. J., Coen R. F. & Lawlor B. A., A review of screen ingtests for cognitive impairment, Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry, 2007, 78, 790–799 .
7. Dunn, V., Owen, A . & Sahakian, B., Neuropsychological assessment of dementia, In J. O'Brien, D. Ames & A., Burns, Dementia, London: Arnold: 2002, Vol. 2, 49–59 .
8. Folstein M. F., Folseit S. E. at. al., "Mini-mental state". A practical method for garding the cognitive state of patients for the clinical, Journal of Psychiatric Research, 1975, 12(3), 189-198
9. Inn Sook Ahn, Ji-Hae Kim at al., Impairment of Instrumental Activities of Daily Living in Patients with Mild Cognitive Impairment, Psychiatry Investig. 2009 Sep; 6(3), 180–184
10. Kringler, W. M., Phineas Gage und Demenzschnelltests, Ein neuropsychologischer Fallbericht, Zeitschrift für Neuropsychologie, 2005, 16 (1), 23–28 .
11. Measuring Health and Disability: Manual for WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) / edited by TB Üstün, N. Kostanjsek, S. Chatterji, J. Rehm, 2010
12. Nasreddine Z. S., Phillips N. A., Bedirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I. et al., The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for mild cognitive impairment, Journal of the American Geriatrics Society, 2005, 53 (4), 695–699.
13. Tomas Jhan, Katja Werheid, Fortschritte der Neuropsychologie, Band 15, Demenz, Goettingen, 2015 Hogrefe Verlag

**Каримулина Е.Г.**

**Особенности зрительного непроизвольного запоминания у детей дошкольного и младшего школьного возраста**

ФГБОУ ВО МГППУ,  
[karimulina@list.ru](mailto:karimulina@list.ru)

**Ключевые слова:** непроизвольное запоминание, структура деятельности, эффективность запоминания

**Каримulina E.**

**Features of visual involuntary memory in children of preschool and early school age**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** the structure of activity, memory efficiency, involuntary memory

**Введение.** Глобальной задачей школьной психологической службы является сопровождение учебного процесса для осуществления помощи всем его участникам в достижении полноценного личностного, социального и культурного развития ребенка, которое подготовит его к дальнейшему развитию и самообразованию. В практике психолога используется как констатирующий, так и формирующий эксперимент. Основным отличием одного от другого является направленность констатирующего на диагностику зоны актуального развития, формирующий предполагает диагностику зоны ближайшего развития, поскольку позволяет оценить характер обучаемости ребенка, различия в скорости, осознанности усвоенных знаний. Формирующий эксперимент является ведущим для дифференциальной диагностики при отклонениях в интеллекту-

альному развитию. Актуальность владения такими экспериментальными приемами в современной школе не утрачена. Однако в изменяющейся ситуации образования формирующий эксперимент дополняется и видоизменяется: важным становится не только собственно дифференциальный диагноз, сколько качественная оценка и рекомендации по обучаемости ребенка, которая включает понимание, какая обучающая технология способствует лучшему усвоению учебного материала и, следовательно, является более эффективной. Т.е. современные тенденции в образовании определяют изменения как самого процесса обучения ребенка, так и приемы и методы работы школьного психолога. Задача - не столько дифференцировать степень и определить характер интеллектуальных трудностей у ребенка, сколько показать, в каких видах деятельности эти интеллектуальные трудности, например, мнестические, будут менее заметны или эффективно преодолеваются.

**Материал и методы.** Идея А.Н.Леонтьева о деятельности и ее структуре легла в основу эксперимента для оценки эффективности зрительного произвольного запоминания у детей дошкольного и младшего школьного возраста. Объемом исследования явилась произвольная зрительная память в разных видах деятельности. Предметом - продуктивность (эффективность) произвольной памяти в разных видах деятельности. Основной целью - показать, что у одних и тех же детей продуктивность произвольного зрительного запоминания будет различаться в зависимости от вида деятельности и ее структуры. Произвольное запоминание зрительных образов входит в структуру разных видов деятельности (в творческую и репродуктивную, которые различаются способами и условиями выполнения). Продуктивность запоминания оценивалась в разных видах деятельности и на разных возрастных этапах. Испытуемые: дошкольники (18 человек), ученики 1 (10 человек) и 4 (13 человек) классов. Виды деятельности: задание на вычленение формы предметов («Эталон»), задание на нахождение объекта по пространственной схеме («Лабиринт»), творческий вид деятельности («Веер»). Общая схема исследования для всех трех видов заданий заключалась в следующем. Ребенку предлагалось выполнить задание, не связанное с запоминанием зрительных объектов, на следующий день (отсроченное воспроизведение) ребенку задавались те же самые зрительные стимулы вперемежку с другими (дистракторами-помехами), ребенку нужно было отметить те зрительные объекты, с которыми он работал накануне. Определялся объем запоминания, фиксировались ошибки (ошибки-потери и ошибки-добавления).

Все три вида деятельности имели сходство: они являлись невербальными относительно объекта работы, зрительные образы, с точки зрения структуры деятельности, являлись средствами достижения цели работы, а не самой целью. Зрительные стимулы запоминались произвольно, поскольку задача запомнить объекты перед детьми не стояла. Виды деятельности различались следующими признаками: творческая деятельность (создание нового продукта) - репродуктивная деятельность. Исполнительские (репродуктивные) виды деятельности различались разной степенью вовлеченности объектов как средств достижения цели. В задании «Эталон» выделялась форма объекта, в задании «Лабиринт» объект был представлен целиком, целостно, но анализировался вторично, поскольку на первый план выходили пространственные

характеристики - расположение дорожки, повороты около зрительных объектов.

**Результаты.** Была установлена связь вида деятельности и продуктивности запоминания. В репродуктивных видах деятельности эффективность произвольного запоминания различна у детей разного возраста и разнонаправленна. Наиболее успешными являются младшие школьники по сравнению с дошкольниками в аналитическом задании «Эталоны» (различия статистически значимы), однако в задании «Лабиринт» продуктивность произвольного запоминания выше у дошкольников (выше, чем у учеников 1 класса и еще выше по сравнению с учениками 4 класса). В творческом задании («Веер») таких значимых возрастных различий не наблюдается. Кроме того, объем произвольного зрительного запоминания выше при выполнении творческой деятельности по сравнению с репродуктивной деятельностью независимо от возраста (статистически значимо). Качественный анализ ошибок показал, что ошибок-добавлений меньше, чем ошибок-потерь на всех возрастных этапах и во всех видах деятельности, срабатывает механизм критичности и произвольности в выборе ответа.

**Резюме.** Таким образом, творческий вид задания определяет большую эффективность произвольного запоминания у дошкольников и младших школьников по сравнению с репродуктивными заданиями. Было показано, что степень вовлечения в задание определяет эффективность его запоминания. Полученные результаты дают основание для рекомендации педагогам чаще использовать творческие виды заданий для получения эффекта произвольного запоминания учебного материала. Дальнейшая цель работы - оценить эффективность произвольного запоминания у детей с трудностями обучения.

**Кац Е.Э., Сорокин В.М.**

**Эволюция взглядов С.Я. Рубинштейн на сущность умственной отсталости**

Институт специальной педагогики и психологии,

Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия,

[katjakats@yandex.ru](mailto:katjakats@yandex.ru), [vombat54@mail.ru](mailto:vombat54@mail.ru)

**Ключевые слова:** умственная отсталость, дизонтогенез, дефектология, специальная психология

**Kats E., Sorokin V.**

**Evolution of S.Rubinstein's view on mental retardation**

Institute of special pedagogic and psychology, Saint Petersburg University,

Saint Petersburg, Russia

**Keywords:** mental retardation, dysontogenesis, defectology, special psychology

Разработанный С. Я. Рубинштейн богатый методический инвентарь, предназначенный для патопсихологических исследований, одновременно восполнял крайний дефицит психодиагностических техник в специальной психологии (в частности, в олигофренопсихологии) конца 1960-х — начала 1970-х годов. И это было вполне естественно для взглядов С.Я. Рубинштейн, не проводившей грани между коррекционной и медицинской психологией. Специальную психологию она рассматривала как элемент клинической психологии. Патопсихология как раздел клинической психологии включает также и детскую патопси-

хологию, неотъемлемой частью которой является олигофренопсихология. Таким образом, последняя виделась С.Я. Рубинштейн в сложном контексте, выходящая одновременно частью дефектологии и медицинской психологии и, тем самым, объединяя их. В начале 1970-х годов различия между специальной и медицинской психологией казались абсолютными, ибо в качестве критерия бралась сфера практического приложения этих дисциплин. Сходство теоретико-методологических основ в учет не принималось. Однако С.Я. Рубинштейн, как уже отмечалось, видела в этих отраслях психологии много общего. Именно это давало ей возможность с особым блеском вести на протяжении 20 лет практикум по экспериментально-психологическому исследованию детей с нарушениями интеллектуального развития на факультете дефектологии МГПИ им. В. И. Ленина. Глубокое понимание междисциплинарных связей позволило С.Я. Рубинштейн создать уникальный учебник «Психология умственно отсталого школьника»[2]. Этот учебник, вышедший в 1970 г. и впоследствии неоднократно переиздававшийся, несомненно, стал ярким событием и новым этапом в развитии отечественной олигофренопсихологии, как важнейшей отрасли современной специальной психологии. Небезынтересно отметить, что первый вариант этой книги был издан еще в 1959 г. [3] и представлял собой краткий конспект лекций по олигофренопсихологии, соответствующих традициям и требованиям того времени, когда феноменология умственной отсталости трактовалась в клинко-патобиологических категориях. Психология как таковая присутствовала в содержании лишь в «растворенной» форме. Для дефектологии того времени это весьма типично: работы исключительно психологического содержания представляли собой большую редкость; исследования носили сложный, комплексный характер. К примеру, вышедшее в 1956 г. фундаментальное исследование М. И. Земцовой «Компенсация слепоты в процессе познания и труда» [1] содержит сложный конгломерат физиологических, клинических, педагогических, социальных и отчасти психологических данных. Огромный фактологический материал — клинический и педагогический — нуждался в обобщении на основе релевантных психологических теорий, таких как концепции Л. С. Выготского, А. Н. Леонтьева, А. Р. Лурии, А. В. Запорожца, Б. Г. Ананьева и др. Долгое время эмпирический материал в дефектологии интерпретировался по преимуществу исходя из элементов физиологических и макросоциальных теорий, наряду с общепедагогическими подходами. Ребенок с отклонениями в развитии был попросту разорван между физиологией и социологией. Связующее звено — психология — существовало в весьма редуцированной форме. В представлениях о патобиологической детерминации умственной отсталости отводилось довольно скромное место психологической феноменологии. Учебник же С. Я. Рубинштейн, продолжая традиции А. Р. Лурии, М. С. Певзнер, В. Л. Занкова, Г. Е. Сухаревой и др., представлял масштабную и целостную в своей психологической трактовке картину психического развития умственно отсталого ребенка. В этой работе, пожалуй, впервые наметился необратимый отход от узкого клинко-физиологического и патобиологического толкования умственной отсталости. Читатель с удивлением обнаруживает и то, что умственная отсталость не только нозологическая единица, но и своеобразный вариант развития. Именно так трактовал сущность умственной отсталости Л. С. Выготский. Патологическое перестает считаться



исключительной монополией медицины. В биологической парадигме неизлечимость умственной отсталости не имела социального контекста и перспективы, кроме гарантированного государством физического ухода. Теперь понимание феноменологии умственной отсталости ориентируется на качественный анализ и системнокомплексный подход в ее диагностике, основанной на анализе процесса развернутой предметной деятельности, а не просто на констатации результата. С учебником С. Я. Рубинштейн в дефектологию начинает входить «большая психология» как адекватный способ объяснения сущности дигнозогенетической феноменологии. Книга С. Я. Рубинштейн оказала серьезное влияние на психологическую подготовку нескольких поколений будущих дефектологов. На протяжении более чем четверти века этот учебник оставался в числе наиболее цитируемых произведений в области олигофренологии. С такой популярностью могут сравниться только произведения Л. С. Выготского, имя которого в начале 1970-х годов уже не было под идейным запретом. Тем не менее содержание его идей еще не сделалось достоянием широких кругов профессиональных дефектологов, и думается, что именно учебник С. Я. Рубинштейн стал первым популярным изложением культурно-исторической теории Л. С. Выготского в области коррекционной педагогики того времени. В связи с этим М. Г. Ярошевский обратил внимание на одну любопытную историческую инверсию в судьбе идей Л. С. Выготского, которые прежде всего стали известны и приобрели огромную популярность в кругах дефектологов в 1924 г., но значительно позже — среди профессиональных психологов [4]. Начиная со второй половины 1950-х годов можно наблюдать совершенно обратную картину. С. Я. Рубинштейн была одним из немногих психологов того времени, занимавшихся реинтеграцией идей Л. С. Выготского в пространство дефектологии, в котором эти идеи некогда зарождались. В первую очередь это идеи о единстве общих закономерностей психического развития нормального и умственно отсталого ребенка, о скрытых потенциальных возможностях развития последнего, реализация которых принципиально изменяет характер его психического развития. Полемизируя с узко биологической трактовкой феноменов ментальной ретардации, С. Я. Рубинштейн несколько переоценивала роль социального фактора в преодолении последствий умственной отсталости, но это делалось с целью построения единой, внутренне непротиворечивой психологической картины, описывающей ребенка с интеллектуальными нарушениями. Параллельность проводимых в области патопсихологии и дефектологии исследований существенно сблизила эти отрасли, расширяя при этом контекстуальность и тем самым обогащая предметное содержание самой олигофренопсихологии. Прошло более 40 лет с момента публикации учебника С. Я. Рубинштейн «Психология умственно отсталого школьника», однако он до сих пор не утратил своего научно-дидактического значения, являясь одновременно уникальным историческим документом и продуктом интеллектуального творчества выдающегося ученого. История становления дефектологии в России свидетельствует о том, что она формировалась в качестве синтетической науки в традициях идей комплексного подхода В. М. Бехтерева. Интегратором же соответствующего комплекса наук, несомненно, выступала психология как процесс познания самого главного в человеке — его внутреннего мира. По сути, психология

явилась для дефектологии теоретической и даже методологической основой. Восстановление психологического направления дефектологии, которому немало способствовала С. Я. Рубинштейн, вывело дефектологию на новый уровень развития.

#### Литература

1. Земцова М. И. Компенсация слепоты в процессе познания и труда. М.: Изд-во АПН РСФСР, 1956. 452 с.
2. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. М.: Просвещение, 1970. 199 с.
3. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника: конспект лекций. М.: МГПИ им. В. И. Ленина, 1959. 74 с.
4. Ярошевский М. Г. Л. С. Выготский: в поисках новой психологии. М.: Смысл, 2007. 158 с.

**Каяшева О.И.**

#### **Смысл жизни как фактор антисуицидального поведения личности**

Российский новый университет, Москва, Россия,  
[dst1230@yandex.ru](mailto:dst1230@yandex.ru)

**Ключевые слова:** смысл жизни, суицидальное поведение

**Kayasheva O.**

#### **The meaning of life as a factor antisuicidal of behavior**

Russian new University, Moscow, Russia

**Keywords:** meaning of life, suicidal behavior

Среди факторов, способствующих профилактике суицидального поведения, является характерным наличие значимого для человека смысла жизни, который может включать в себя реализацию человека в профессии, воспитание детей, необходимость поддержки значимых людей и др. Смысл жизни глубоко индивидуален и неповторим для каждого человека. Отсутствие или наличие смысла жизни становится важным диагностическим показателем в прогнозировании суицидального поведения.

В истории клинко-психологической диагностики впервые данное направление стало развиваться в 30-х гг. XX в. Психиатр и психотерапевт, один из основателей экзистенциальной психотерапии В.Франкл, работая в Вене с женщинами, склонными к суицидальному поведению, обратил внимание на диагностические возможности наличия или отсутствия у них смысла жизни в прогнозе суицида [7;8]. Пациенты не сумевшие ответить на вопрос, почему они не собираются повторить суицидальную попытку и не сумевшие четко сформулировать свой ответ, оказывались «на стороне смерти», а не жизни, и их не выписывали из клиники [4]. Свой опыт В.Франкл позднее перенес в условия концентрационных лагерей Германии в целях оказания помощи заключенным. Воля к жизни человека, находящегося в сложной жизненной ситуации, как полагал В.Франкл, связана именно с приобретением им смысла жизни [7;8].

Как отмечает Д.А.Леонтьев, главная проблема жизни – не умереть раньше смерти, что представляется возможным, например, в ситуациях «убийства времени» и «убийства опыта», как разновидностей саморазрушающего поведения [4]. Бесцельная, бессмысленная трата своей жизни на развлечения, наркозависимость и др., может быть связана с потерей осмысления уникально-

сти и ценности человеческой жизни и заменой ее на обезличенную, деиндивидуализированную биомедицинскую модель человека [4].

Одно из главных переживаний человека потерявшего смысл жизни – это разочарование, приводящее к еще более сложным состояниям и, в том числе, к суицидальному поведению. Человек для сохранения своей целостности должен быть направлен на какую-то цель в будущем, жить каждым днем, принимая ответственность за свои действия [8].

Самоубийство можно представить как особый феномен, присущий «только пласту собственного ценностного мира человека» [2]. Возникает парадоксальная ситуация: самоубийца, потерявший смысл жизни, наделяет свое нежелание продолжать собственную жизнь определенным контекстом, а, следовательно, смыслом, подразумевающим обесценивание жизни и определенное сложно преодолимое стремление к смерти [2]. Потеря смысла жизни достаточно полно раскрывается в экзистенциальной психологии, в русле которой потеря смысла жизни понимается как экзистенциальный кризис. Экзистенциальные кризисы представляют собой периодически возникающие состояния в ходе онтогенетической эволюции индивида и требуют от него изменения способа бытия. Прохождение экзистенциального кризиса предполагает отказ от старого, «отжившего» свое. При этом могут наблюдаться обесценивание прежнего опыта, различные варианты саморазрушающего поведения [6]. Экзистенциальные кризисы способны провоцироваться значимыми событиями в жизни человека (смертью близкого человека, болезнью, потерей возможности продолжать заниматься любимой работой и пр.). Они ставят перед человеком ряд проблем: жизни и смерти, свободы и ответственности, любви и одиночества и др. [3;5;6].

Поиск нового смысла жизни может стать сложной задачей для человека, оказавшегося в трудной жизненной ситуации без необходимой поддержки близких, нужных внутренних ресурсов. Жизненный смысл человека со временем меняется, его формирование связано с особенностями предшествующего решения других задач развития [3;6;7;8].

Сложности обретения смысла жизни могут приводить к различным последствиям для человека: непринятию конечности бытия и страху смерти, проблеме определения своей принадлежности-автономности, зависимости, эмоциональному симбиозу, потере смысла жизни, к развитию психосоматических заболеваний, перфекционизму, оппозиционно-протестному поведению, суицидальному поведению [6] и др., к особому болезненному состоянию - «экзистенциальному вакууму», являющемуся не психопатологическим, но духовным расстройством (В. Франкл) [8].

В экзистенциальном подходе смерть понимается как неотвратимая неизбежность и неотъемлемый элемент человеческой жизни. Суицид несколько изменяет основные базовые позиции в экзистенциальной психологии, поскольку в подобном аспекте смерть - это осознанный выбор и принятие ответственности на себя человеком за свое решение. Безусловно, при этом выбор может носить вынужденный, «свернутый» характер и причина суицида кроется в принятии решения не в пользу жизни, а в пользу смерти [4].

Наличия позитивного смысла в жизни («ради чего я живу») позволяет человеку преодолевать аутоагрессивные тенденции, продолжать обогащать свою

жизнь и принимать за нее ответственность. Осмысленность жизни становится важным фактором профилактики суицидального поведения. Собственно, мысли о суициде не являются патологией, если они не приводят к конкретным действиям и не принимают навязчивого и мучительного характера, как отмечает Д.А. Леонтьев. Осознание возможности суицида – показатель развития рефлексивной позиции по отношению к самому себе и человек выбирает для себя одну из возможных альтернатив [4].

Антисуицидальные регуляторы (наличие смысла жизни, страх перед возможными последствиями суицида и пр.) позволяют склонить субъекта к выбору жизни, а не смерти [4]. В клинико-психологической диагностике суицидального риска важным аспектом становится обращение внимания специалистов на наличие либо отсутствие смысла жизни у пациентов, как дополнительного фактора антисуицидального поведения.

#### Литература

1. Гаджинская Г.С. Смысл человеческой жизни и проблема суицида: Автореф. ...к.филос.н.- М., 1993.- С.3-20.
2. Кагарманов Д.С., Максютлова З.Г., Сиргалина Л.Р. Смысл жизни и суицид как аксиологическая проблема// Вестник Башкирского университета.- №2.- Том 12.- 2007.- С.87-89.
3. Каяшева О.И. Библиотерапия возрастных и экзистенциальных кризисов// Проблемы современной науки: сборник научных трудов. - Ставрополь: Центр научного знания «Логос», 2011. - С.84-89.
4. Леонтьев Д.А. Экзистенциальный смысл суицида: жизнь как выбор// Московский психотерапевтический журнал. - 2008. -№4. -С.58-82.
5. Леонтьев Д.А., Овчинникова Е.Ю., Рассказова Е.И., Фам А.Х. Психология выбора.- М.: Смысл, 2015.
6. Пилягина Г. Я. Аутоагрессивное поведение: патогенетические механизмы и клинико-типологические аспекты диагностики и лечения: Дис... д-ра мед. наук. - Киев, 2004.
7. Франкл В. Воля к смыслу. Основы применения логотерапии. – М.: Институт общегуманитарных исследований.- 2015.
8. Франкл В. Сказать жизни «Да!». Психолог в концлагере.- М.: Альпина нон-фикшн, 2015.

**Клипинина Н.В.<sup>1</sup>; Ениколопов С.Н.<sup>2</sup>**

**Исследование адаптации к проводимому лечению у матерей детей с жизнеугрожающими заболеваниями: роль дистресса и совладания**

<sup>1</sup>ФГБУ ФНКЦ ДГОИ им.Д.Рогачева, <sup>2</sup>ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия, [nklip@mail.ru](mailto:nklip@mail.ru), [enicolopov@mail.ru](mailto:enicolopov@mail.ru)

**Ключевые слова:** некомплаентность, дистресс, копинг, матери, жизнеугрожающие заболевания

**Klipinina N.<sup>1</sup>, Enikolopov S.<sup>2</sup>**

**Maternal maladaptation during the treatment process of children with life-threatening disorders: the role of distress and coping.**

<sup>1</sup>Center of Children Oncology, Gematology, Immunology, <sup>2</sup>FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** noncompliance, maternal distress, coping, life-treathening disorders

**Введение.** Нарушения адаптации у матерей к проводимому лечению детей с жизнеугрожающими заболеваниями детей (онкологически-

ми/гематологическими и иммунологическими), случаи их некомплаентного поведения (несоблюдения рекомендаций и назначений, отказов от проведения важных процедур, лечения) достаточно часто являются причиной снижения эффективности лечения детей, влекущей за собой ухудшение их состояния, а, иногда, и гибель [1]. Тяжелое заболевание ребенка и сложное лечение, бесспорно, являются для матерей экстремальным стрессом, стрессом уровня катастрофы, а такие особенности, как дефицит ресурсов его преодоления может стать причиной трудностей их адаптации к лечению [2]. В данном исследовании трудности адаптации матерей в процессе лечения детей рассматриваются в связи с особенностями переживаемого ими дистресса и используемыми копинговыми стратегиями.

**Материал и методы.** В исследовании приняло участие 110 матерей детей с жизнеугрожающими заболеваниями: 57 матерей детей с онкологическими/гематологическими заболеваниями (36 матерей с комплаентным и 21 мать с некомплаентным лечением поведением) и 53 матери детей с иммунологическими заболеваниями (32 матери с комплаентным и 21 мать с некомплаентным лечением поведением). Все дети на момент исследования проходили лечение в ФНКЦ ДГОИ им.Д.Рогачева. Для оценки дистресса нами использовался опросник SCL-90-R; для оценки копинговых стратегий использовался опросник COPE [3] и опросник когнитивной регуляции эмоций (ОКРЭ) [4]. Уровень комплаентности матерей оценивался с помощью аналоговой шкалы. Оценка статистической значимости различий между группами вычислялась с помощью критерия Стьюдента; использовался пакет SPSS и методы регрессионного анализа из пакета MATLAB.

**Результаты.** Для обеих групп матерей детей с жизнеугрожающими заболеваниями дистресс оказался значительно выражен, с максимальными проявлениями по параметрам: «депрессия», «обсессивно-компульсивные симптомы», «тревожность», «соматизация», «сензитивность» и минимальными - по параметрам: «фобия», «психотизм», «паранойальность», «враждебность». Ведущими копинговыми стратегиями, используемыми матерями обеих групп детей с жизнеугрожающими заболеваниями, были: «обращение к религии», «активное совладание», «планирование», «подавление конкурирующей деятельности», «использование инструментальной социальной поддержки», «принятие», «концентрация на эмоциях и их активное выражение», «сдерживание», «использование эмоциональной социальной поддержки» (опросник COPE); «фокусирование на планировании», «принятие», «рассмотрение в перспективе», «позитивная переоценка», «руминация», «самообвинения» (опросник ОКРЭ).

Значения по всем шкалам дистресса, а также его индексов («уровня», «широты» и «интенсивности» дистресса) у матерей детей с онкологическими/гематологическими заболеваниями оказались выше, чем в группе матерей детей с иммунологическими заболеваниями. Их значимо отличали: дистресс по шкале «фобия» и «широта дистресса» ( $p < 0,05$ ); более частое использование стратегии «подавление конкурирующей деятельности» ( $p < 0,05$ ), «сдерживание» ( $p < 0,05$ ) (опросник COPE); а также «катастрофизация» ( $p < 0,05$ ) (опросник ОКРЭ).

Некомплаентных матерей детей с обоими жизнеугрожающими заболеваниями по сравнению с матерями с комплаентным лечением поведением значимо

характеризовали высокие значения индексов дистресса («интенсивность дистресса» ( $p < 0,001$ ), «уровень дистресса» ( $p < 0,01$ ), «широта дистресса» ( $p < 0,05$ )), значения шкал «депрессия» ( $p < 0,001$ ), «окс» ( $p < 0,001$ ), «тревожность» ( $p < 0,001$ ), «сенситивность» ( $p < 0,01$ ), «фобия» ( $p < 0,01$ ), а также стратегии совладания (частое «использование успокоительных» ( $p < 0,001$ ), «поведенческий уход от проблем» ( $p < 0,001$ ); «отрицание», ( $p < 0,01$ ); «использование инструментальной социальной поддержки» ( $p < 0,05$ ) (методика COPE), «обвинение других» ( $p < 0,01$ ), «самообвинение», «катастрофизация» ( $p < 0,05$ ) (ОКРЭ).

В группе некомплаентных матерей: в подгруппе матерей детей с иммунологическими заболеваниями значительно чаще (по сравнению с некомплаентными матерями детей с онкологическими/гематологическими заболеваниями) использовалась копинговая стратегия «обращение к религии» ( $p < 0,01$ ) (опросник COPE). В то время как у матерей детей с иммунологическими заболеваниями значительно чаще использовались «самообвинение», «руминация» ( $p < 0,05$ ) (опросник ОКРЭ).

Группу комплаентных матерей по сравнению с группой некомплаентных характеризовали более частое использование стратегий совладания: «юмор», «принятие», «планирование», «активное совладание» ( $p < 0,001$ ); «позитивные переформулирование и личностный рост» ( $p < 0,01$ ) (методика COPE); а также «позитивная переоценка» ( $p < 0,01$ ); «принятие», «позитивная перефокусировка», «фокусирование на планировании» ( $p < 0,05$ ) (по данным ОКРЭ).

Комплаентных матерей детей с онкологическими заболеваниями значительно чаще (по сравнению с комплаентными матерями детей с иммунологическими заболеваниями) отличали частое использование стратегий «отрицание» ( $p < 0,001$ ), «обращение к религии» ( $p < 0,001$ ), «подавление конкурирующей деятельности» ( $p < 0,05$ ) (данные методики COPE), «катастрофизация» ( $p < 0,05$ ) (опросник ОКРЭ).

Использование в исследовании регрессионного анализа позволило сделать вывод о возможности построения математической модели прогнозирования уровня некомплаентности матерей на основе выраженности определенных параметров их дистресса и частоты использования копинговых стратегий. Оценка вариабельности значений некомплаентности, объясняемой построенной регрессионной моделью (коэффициент детерминации  $R^2$ ), был равен 0,53. Значимость построенной модели в сравнении с моделью среднего (оцененная с помощью F-статистики) оказалась равной  $p\text{-value} = 5,61 \times 10^{-16}$ . Среднеквадратичная ошибка модели (RMSE) была равна 0,83. Высокой предиктивной возможностью некомплаентного поведения матерей обладал показатель дистресса «обсессивно-компульсивные симптомы» ( $p = 3 \times 10^{-2}$ ) и такие показатели копинга, как: «активное совладание» ( $p = 10^{-7}$ ), «подавление конкурирующей деятельности» ( $p = 10^{-4}$ ), «использование успокоительных» ( $p = 2,4 \times 10^{-3}$ ), «юмор» ( $p = 3,3 \times 10^{-3}$ ).

**Выводы.** Выявлен высокий уровень дистресса в обеих группах матерей детей с жизнеугрожающими (онкологическими/гематологическими и иммунологическими) заболеваниями. Установлена связь некомплаентного поведения матерей с увеличением «уровня», «широты», «интенсивности» их дистресса, высокими значениям по шкалам «депрессия», «окс», «тревожность», «сензитивность», «фобия», преимущественным использованием копинговых страте-

гий «использование успокоительных», «поведенческий уход от проблем», «отрицание», «использование инструментальной социальной поддержки», «обвинение других», «самообвинение», «катастрофизация», а также редким использованием стратегий «юмор», «принятие», «планирование», «активное совладание», «позитивное переформулирование и личностный рост», «позитивная переоценка», «позитивная перефокусировка», «фокусирование на планировании». Выраженные симптомы дистресса по шкале «окс», стратегии копинга «использование успокоительных», «подавление конкурирующей деятельности», дефицит использования стратегий «активное совладание» и «юмор» - являются предикторами нарушений адаптации матерей, их выраженной некомплаентности в процессе лечения детей. Подобный подход открывает возможности предиктивной диагностики некомплаентного поведения матерей на основании оценки их дистресса и копинга, а также новые пути коррекции нарушения адаптации матерей к лечению детей с жизнеугрожающими заболеваниями.

#### Литература

1. Варфоломеева С.Р., Добренков К.В., Качанов Д.Ю., Инюшкина Е.В., Шаманская Т.В., Цейтлин Г.Я. Анализ причин отказов от лечения в детской онкологии // Педиатрия. 2008. Том 87. №2. С. 127-130.
2. Клипинина Н.В., Ениколопов С.Н. Направления исследований дистресса родителей детей, проходящих лечение от жизнеугрожающих заболеваний // Журнал психиатрии и клинической психологии им. Бехтерева. 2016. №1. С. 29-37.
3. Гордеева Т.О., Осин Е.Н., Рассказова Е.А., Сычев О.А., Шевяхова В.Ю. Диагностика копинг-стратегий: адаптация опросника COPE // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе. Материалы II международной научно-практической конференции. Кострома, 23-25 сентября 2010. Под ред. Т. Л. Крюкова, М. В. Сапоровская, С. А. Хазова. – Кострома: КГУ им. Н. А. Некрасова, 2010. Т.2. С. 195-197.
4. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестник психологии. Серия 14. Психология. 2011. №4. С. 161-179.

**Кобзова М.П.**

**Исследование особенностей мышления с помощью методики «конструирование объекта» в разных социальных группах испытуемых**

ФГБНУ НЦПЗ Москва, Россия,  
[kobzovamp@gmail.com](mailto:kobzovamp@gmail.com)

**Ключевые слова:** мышление, стандартность ответов, «Конструирование объекта»

**Kobzova M.**

**Study of peculiarities of thinking by the procedure "construction of object" in different social groups of subjects**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** thinking, the standard answer, design object

**Введение.** Одной из важных задач на современном этапе исследований в отечественной патопсихологии является изучение особенностей познавательной деятельности в группах практической нормы. Это необходимо для экспериментальных исследований в клинической психологии, дифференциальной

диагностики, а также для выявления групп риска в нормативных выборках. Как показали наши предыдущие исследования, направленные на изучение мышления [3,4], современные испытуемые используют уже другие признаки предметов, отличные от данных 60—90 х годов, «стандартными» становятся уже иные ответы, в которых отражен социальный и познавательный опыт современных респондентов. Поэтому особый интерес представляет исследование стандартности ответов в разных социальных группах. В настоящей работе для изучения познавательной деятельности в различных группах использовали методику «Конструирование объекта», вариант, разработанный в лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР [2].

**Цель исследования**— сравнение «стандартных ответов» с помощью методики «Конструирование объекта» в различных социальных группах юношей.

**Материал и методы.** В исследовании принимали участие три группы испытуемых. 1 группа— здоровые юноши, студенты различных вузов в количестве 26 человек, возраст 17—28 лет (группа «практической нормы» - НГ). 2. группа— юноши с шизотипическим расстройством, всего 33 человека в возрасте 17—28 лет (клиническая группа ШГ), 3 группа —юноши, представители различных неформальных объединений в возрасте 17—25 лет, 15 человек (группа «неформалов» НФГ).

Для изучения мышления в этих трех группах испытуемых использовалась методика Конструирование объекта. Стимульным материалом служат 7 наборов—задач из 4-х свойств, например: 1. желтый, пушистый, маленький, легкий. 2. длинный, теплый, ароматный, гладкий, 3. белый, пушистый, холодный, скрипучий и т.п. Испытуемый должен назвать предмет, обладающий всеми 4-мя свойствами. Анализировались такие показатели, как стандартность ответов, коэффициент стандартности, продуктивность, комбинаторность. Ответы, частота которых превышает среднюю частоту, относятся к стандартным [1]. Математическая обработка данных осуществлялась с помощью программы Excel, применялся Т-критерий Стьюдента.

**Результаты.** Получены следующие результаты (табл. 1).

Таблица 1. Показатели выполнения методики в сопоставляемых группах

Группа	Коэффициент стандартности	Продуктивность	Комбинаторные ответы
НГ	0,62	90%	11%
ШГ	0,57	88%	9%
НФГ	0,34	97%	17%

Исследование параметра стандартности показало, что для НГ в 7 задачах выделены следующие стандартные ответы: цыпленок, одуванчик (1); батон, багет, сосиска (2); снег (3); пень, стул (4); лампочка, мыльный пузырь (5); нож, шпaga, лезвие ножа (6); циркуль (7). Коэффициент стандартности составил 0,62. Продуктивность около 90%. Комбинаторные ответы составили 11%. Из оригинальных ответов стоит отметить такие: ответ на вторую задачу—«берег моря», «свежий шоколад». В группе ШГ встречались следующие типичные ответы: цыпленок, котенок, птенец (1); батон, хлеб (2); снег (3); пень, стул, табуретка, табурет (4); лампочка, хрустальный шарик (5); нож (6); мел, циркуль (7). Коэффициент стандартности —0,57, продуктивность 88%, комбинаторный способ выполнения 9%. К типичным ответам относились, например,



такие, как цыпленок. Из оригинальных ответов можно привести, например, такие: на вторую задачу - «только что приготовленный сыр», «длинный поезд, вырабатывает тепло, достаточно гладкий, может внутри хорошо и плохо пахнуть»; третья задача— «диван, если помещение не отапливают».

В группе НФГ к типичным ответам относились: цыпленок, теннисный мячик (1); во второй задаче не представлялось возможным выделить типичные ответы, так как ни один из ответов не повторялся; снег; дом стол, стул (3); мыльный пузырь; нож; камень графит (7). Коэффициент стандартности составил — 0,34, продуктивность 97%, комбинаторный способ выполнения—16%. Из оригинальных ответов стоит отметить: «змея, которая живет у девушки, аромат духов распространяется на нее» (2), на третью задачу—«белый дохлый кролик, который скрипит, если на него наступить», на пятую задачу: «душа колобка». К типичным ответам относились: теннисный мячик, клинок.

**Выводы.** 1. Представители неформальных объединений отличаются от остальных групп большим количеством творческих и нестандартных ответов. Коэффициент стандартности в этой группе достоверно снижен ( $p < 0,001$ ), а процент выполнения заданий комбинаторным способом - самый высокий. 2. По параметру «продуктивность» все исследованные группы практически одинаковы, не имеют значимых различий. 3. Показатели стандартности у юношей нормативной группы и юношей с шизотипическим расстройством были сходными и отличались от ответов представителей неформальных объединений.

#### Литература

1. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление). - Методические рекомендации. М.: ООО «Издательство МБА», 2014.
2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М.: Изд-во МГУ, 1991.
3. Кобзова М.П., Зверева Н.В., Горюнов А.В., Щелокова О.А., Симонов В.Н. Когнитивные функции, особенности социального функционирования и самооценка у юношей с шизотипическим расстройством, заболевших в подростковом возрасте. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. —2013. —№11. —с.17-2.
4. Кобзова М.П., Николаева Н.О. Влияние культурно-исторической среды на изменение актуализированных признаков в методике «Четвертый лишний» в современной выборке здоровых испытуемых. // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции( к 85-летию Ю.Ф. Полякова), 14–15 февраля 2013 года. / Под общей ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М.: ГОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет» и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, 2013. —С. 64-65.

**Коваль-Зайцев А.А., Фураева Е.И.**

**Изучение детско-родительских отношений при помощи фланелеграфа у детей с расстройствами аутистического спектра**

МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ Москва, Россия,  
[koval-zaitsev@mail.ru](mailto:koval-zaitsev@mail.ru); [n89253781376@gmail.com](mailto:n89253781376@gmail.com)

**Ключевые слова.** Расстройства аутистического спектра, дети, детско-родительские отношения

**Koval-Zaytsev A., Furaeva E.**

**The study of parent-child relationships using the flannel-graph in children with autism spectrum disorders**

MSUPE, FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** Autism spectrum disorders, children, parent-child relationships

**Актуальность исследования.** В современном мире наблюдается увеличение количества детей с различными формами нарушений физического и психического развития, в том числе – детей с расстройствами аутистического спектра (РАС) с распространенностью до 0,5% в детской популяции. Данное заболевание встречается гораздо чаще, чем предполагалось ранее [2].

Необходимость выявления проблем детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС, своевременная психологическая помощь этим семьям, в последние годы, соответственно, возросла. Детско-родительские отношения исключительно важны для формирования личности подрастающего человека [2,5]. Детский возраст является решающим в развитии личности - почти все основные свойства и личностные качества человека складываются в детстве, за исключением тех, которые приобретаются с накоплением жизненного опыта и не могут появиться раньше того времени, когда человек достигнет определенного возраста [6]. От своевременности понимания родителями причин трудностей развития ребенка с РАС, от верности принятых решений, от способности реализовать позитивные намерения, т.е. от решения конкретных проблем, возникающих в жизни семьи, зависит будущее ребенка и его близких [5].

Проблемой влияния родительского отношения на развитие ребёнка занимались такие отечественные ученые, как А.В. Петровский, А.И. Захаров, И.М. Балинский, В.Н. Мясищев, Р.А. Зачевицкий, А.Я. Варга, Е.И. Захарова, О.А. Карabanова, Э.Г.Эйдемиллер и другие специалисты. Работы О. Б.Богдашиной, К.С.Лебединской, О.С.Никольской и других направлены на изучение специфики нарушений при аутизме и их классификацию; Е.Р. Баенская исследовала проявления аутизма в раннем возрасте. Среди зарубежных авторов следует отметить Л. Каннера, Г.Аспергера, чьи работы послужили основой для дальнейшего изучения проблемы аутизма; Т. Питерса, К.Гилберта, исследования которых затрагивают как медицинские, так и педагогические аспекты аутизма, и ряд других авторов.

В то же время, важность задач гармонизации детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС, и непонимание многими родителями влияния детско-родительских отношений на процесс развития ребенка с РАС и его адаптации в обществе, требует продолжения исследований.

**Цель исследования** – анализ детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра.

**Основные задачи** исследования:

1. Провести эмпирическое исследование детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС.
2. Выявить характер детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с РАС.

В исследовании приняли участие 15 испытуемых – родители (мамы) детей с РАС и 15 испытуемых – родители (мамы) детей без диагноза РАС.

В процессе исследования применялись следующие методы:

-эмпирические: тестирование, фланелеграф,

-описательный качественно-количественный анализ.

1. Опросник «Взаимодействие родителей с ребенком» («ВРР») И.М.Марковской [3], необходимый для выявления особенности детско-родительских отношений в семьях. Опросник И.М.Марковской позволяет увидеть взаимодействие родителя с ребёнком по следующим 10 шкалам: нетребовательность - требовательность; мягкость - строгость; автономность - контроль; эмоциональная дистанция - близость; отвержение - принятие; отсутствие сотрудничества - сотрудничество; тревожность за ребёнка; непоследовательность - последовательность; воспитательная конфронтация в семье; удовлетворённость отношения с ребёнком.
2. Тест «Шкала отверженности ребенка» (А.И.Баркан) [1]. Позволяет выявить, насколько ребенок чувствует себя в семье ненужным, отвергнутым, а также причины, вызвавшие отверженность ребенка.
3. Метод изучения детско-родительских отношений с помощью фланелеграфа (М.Е.Митюшова) [4].

В ходе наблюдения была дана доска с фигурами из сказки «Колобок», читалась сказка, а в это время ребенок с родителем восстанавливал сюжет. Отмечались самостоятельность ребенка, совместная деятельность, деятельность родителя.

Клинический пример коррекции детско-родительских отношений при помощи сказки и с использованием фланелеграфа: специалист предлагает ребенку и родителям рассмотреть иллюстрации сказки «Колобок». После чего он читает текст, а ребенок вместе с родителем сопровождают его показом этой сказки на фланелеграфе. Перед началом чтения сказки у ребенка спрашивается знает ли он всех героев, ребенок должен назвать их.

Детско-родительская терапия выстроена так, чтобы она способствовала укреплению отношений между ребенком и родителями. В ходе занятия родители становятся более сензитивными к своим детям и учатся относиться к ним безоценочно, с пониманием, создавая при этом атмосферу принятия, в которой ребенок может почувствовать себя в безопасности.

В ходе приведенного выше занятия родитель проводит время вместе с ребенком, играет с ним, тем самым находясь на территории его интересов. Игра увлекательна и необычна, да и кто же откажется от такого интересного занятия.

Выявлено, что контактность родителей и детей в игре у родителей детей с РАС ниже, чем у родителей детей, развивающихся нормально. Так, у родителей детей с РАС только 6 испытуемых вели совместную работу, трое детей проявляли самостоятельность, 6 испытуемых не смогли справиться с заданием. У родителей детей, развивающихся нормально, 11 семей работали совместно, 4 ребенка проявляли самостоятельность.

Метод изучения детско-родительских отношений с помощью фланелеграфа позволил выявить контактность родителей и детей в игре.

**Выводы.** 1. Родители в данной выборке отличаются, в основном, излишней требовательностью, строгостью, контролем; близость с детьми и сотрудничество - недостаточны; хотя принятие родителями своих детей и последовательность – в основном на высоком и среднем уровне; у большинства родителей тревожность за ребёнка – на высоком и среднем уровнях; выявлены воспитательная конфронтация во многих семьях; у 40% родителей – низкая удовлетворённость отношениями с ребёнком.

2. Выявленное в половине семей детей с РАС несоответствие между ожиданиями, связанными с подрастающим в семье ребенком, и реальными проблемами воспитания особого ребенка с РАС, может являться своеобразным пусковым механизмом к неприятию родителями своего ребенка и его отверженностью в семье. Это осложняет развитие личности ребенка, его социализацию. Только в 40% семей с нормально развивающимися детьми ребенок чувствует себя любимым, нужным и необходимым, и ситуация для него в семье благоприятная.

3. Выявлено, что контактность родителей и детей в игре у родителей детей с РАС ниже, чем у родителей детей с нормативным развитием.

#### Литература

1. Баркан А.И. Плохие привычки хороших детей. Учимся понимать своего ребенка // М.: Дрофа-Плюс, 2003.
2. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра под редакцией Н.В. Симашиковой, Т.П.Клюшник. // ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2016.
3. Марковская И.М. Опросник для изучения взаимодействия родителей с детьми // Семейная психология и семейная терапия. - 1999. - № 2. - С. 94 – 108.
4. Митюшова М.Е. Стигиссы «Сказки» // Московская область, г.Дубна: Стигисс ТМ, , 2012.
5. Питерс Т. Аутизм. От теоретического понимания к педагогического воздействию: книга для педагогов-дефектологов/ Пер. с англ. М.М. Щербаковой. – М.: ВЛАДОС, 2002.
6. Психодиагностика семьи: энциклопедия психодиагностики/ ред., сост. Д.Я.Райгородский. - Самара : Бахрах-М, 2009.

**Кожалиева Ч.Б.**

**Тенденции современных исследований в специальной психологии**

МГПУ, институт психологии, социологии  
и социальных отношений, г. Москва, Россия,  
[kozhalieva.chinara@gmail.com](mailto:kozhalieva.chinara@gmail.com)

**Ключевые слова:** интеллектуальные нарушения, умственная отсталость, диагностика.

**Kozhalieva Ch.**

**Tendencies of current research in special psychology**

MCU, Institute of psychology, sociology and social relations, Moscow, Russia

**Keywords:** intellectual disorders, mental retardation, diagnostics

Обсуждаемая тема имеет историю, восходящую к периоду развития теории психологии, становления ее отдельных отраслей, методологического обоснования экспериментальных исследований и связана с именем Сусанны Яковлевны Рубинштейн и когорты ее современников – выдающихся отечественных психологов, внесших значительный вклад в становление дефектологии. Уже к концу 20 столетия дефектология, как интегративная область психологи-

ческих и педагогических научных знаний, приобрела в качестве своей преемницы специальную психологию.

Труд С. Я. Рубинштейн [5] учебно-методического характера, ставший настольной книгой нескольких поколений специалистов-дефектологов, выдержал несколько изданий и постоянно обновлялся новыми данными, полученными в ходе экспериментальных исследований. Наследие С. Я. Рубинштейн [6; 7; 8], представленное в значительном научном и практическом массиве патопсихологического диагностического инструментария, создало для современных исследователей в различных направлениях психологии эталон ученого-исследователя. Исследования Сусанны Яковлевны в области психологии умственно отсталых позволили значительно расширить представления о потенциальных возможностях ребенка при этом варианте психического дизонтогенеза, а также исследовать личностные характеристики детей. Экспериментальные исследования умственно отсталых детей качественно обогатились, получив иное содержание и глубину. Представленные новые траектории экспериментальных исследований, подкрепленные психологическим инструментарием диагностики аномального развития, оказали значительное влияние на идеологический разворот в дефектологических исследованиях и, в частности, психологии умственно отсталых. Психологические исследования, развертываемые в рамках дефектологии, на протяжении 20 столетия (труды Т. А. Власовой, В. И. Лубовского, В. Г. Петровой, Т. В. Розановой, Ж. И. Шиф и многих других известных и уважаемых отечественных психологов, дефектологов) в значительной мере опирались на патопсихологические характеристики аномального развития, описываемые в трудах С. Я. Рубинштейн. Исследования охватывали разные категории аномальных детей: глухие, слепые, умственно отсталые, со сложным дефектом. Значительное число экспериментальных исследований того времени было обращено на изучение специфики познавательной сферы аномальных детей и подростков, которое имело целью выявить их образовательные возможности. Это имело практический положительный результат, выраженный в научной аргументации важности и необходимости организации стройной системы обучения и воспитания аномальных детей дошкольного и школьного возраста; обеспечения образовательного процесса психологически обоснованными методами и методиками обучения, школьными учебниками.

В рамках дефектологических исследований разрабатывались и апробировались методики диагностики мышления, памяти, восприятия, внимания, их содержательные характеристики. Именно в дефектологи был заложен компаративный подход к организации и проведению экспериментальных психологических исследований. Собранные данные позволили выявить и описать общие и специфические закономерности в развитии психических функций у аномальных детей [3]; особенности развития при разных вариантах дизонтогенеза. К концу 20 столетия внимание исследователей в специальной психологии было сосредоточено на изучении личности при интеллектуальных нарушениях, которое было обозначено, как научная проблема в патопсихологических исследованиях С. Я. Рубинштейн в 70<sup>х</sup> годах. Эта тенденция была поддержана психологическими исследованиями в дефектологии (О. К. Агавелян, К. Л. Коломенский, Ж. И. Намазбаева, В. Г. Петрова, Ж. И. Шиф). Экспери-

ментальное изучение личности и представления о себе как носители социальных и индивидуальных особенностей у подростков с умственной отсталостью показало особенности, проявившиеся в неполном, неточном восприятии самих себя, окружающих людей, оценку себя глазами других; трудности выбора словесного обозначения своим чувствам [1]. Результаты немногочисленных экспериментальных исследований подтвердили важный методологический принцип психологии, согласно которому развитие индивида с умственной отсталостью подчиняется общим законам развития психики человека; формирование личности закономерно следует по ступеням и временным границам, присущим нормальному развитию, однако имеет качественно иные, подчиняющиеся логике патологического развития и структуре дефекта. Таким образом, заложенный в специальной психологии во второй половине 20 столетия тренд на экспериментальные исследования личности умственно отсталых развернул вектор исследований в сторону изучения особенностей различных компонентов личностного развития у детей с другими вариантами дизонтогенеза. Результаты психологических исследований с участием умственно отсталых детей позволили описать специфику и отличительные характеристики при различных вариантах отклоняющегося развития (изучаемых в специальной психологии).

Вместе с тем, анализ современных экспериментальных исследований в специальной психологии, как наследницы дефектологии, обнаруживает значительный диапазон научных интересов исследователей, что является положительным аспектом развития данной научной области. С другой стороны, заметный значительный разброс тематики не позволяет говорить о сложившейся тенденции или складывающейся научной школе в специальной психологии. Такое состояние специальной психологии второго десятилетия 21 века должно побудить исследователей к размышлениям и консолидации в разработке экспериментальных изысканий. Систематизация и обобщение актуальных исследований в специальной психологии представлено в других научных работах автора.

#### Литература

1. Кожалиева Ч.Б. Особенности становления образа Я у умственно отсталых подростков: автореферат дис. ... канд. психол. наук. М., 1995.
2. Кожалиева Ч.Б. Образ Я в структуре личности умственно отсталых подростков: монография. М.: Буки Веди, 2013.
3. Кожалиева Ч.Б. Развитие самосознания подростков с интеллектуальными нарушениями. Эволюционная и сравнительная психология в России: традиции и перспективы /под ред. А.Н.Харитоновна (Труды института психологии РАН). М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2013.
4. Кожалиева Ч.Б. Понимание и интерпретация семантики диагностических инструкций детьми с ментальными нарушениями // Журнал Международного института чтения им. А.А. Леонтьева, №№ 12–15. Психология, философия и педагогика чтения / Ред.-сост. И.В. Усачева. Издание 2-е, доп. в 4-х частях. М.: НИЦ ИНЛЮКС, 2016.
5. Лубовский В.И. Психологические проблемы диагностики аномального развития детей. М.: Педагогика, 1989.
6. Петрова В.Г., Кожалиева Ч.Б. Умственно отсталые дети. Специальная психология в 2 т. Т.1 : учебник для бакалавриата и магистратуры / В. И. Лубовский [и др.] / под ред. В. И. Лубовского. – 7-е изд., перераб. и доп. М.: Издательство Юрайт, 2014; 2015.

7. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника: учеб. пособие для дефектол. фак. пед. ин-тов по спец. М.: Просвещение, 1970; 1986.
8. Рубинштейн С.Я. Патология слухового восприятия: материалы к курсу лекций по патопсихологии / Моск. гос. ун-т им. М. В. Ломоносова, фак-т психологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976.
9. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство [с предисл. проф. Д. Д. Федотова]. М.: Медицина, 1970.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике (практическое руководство): учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. М.: Апрель-Пресс : Изд-во Ин-та Психотерапии, 2004; 2010.

**Комолов Д.А.**

**Аффективные и когнитивные звенья репрезентации тела с позиции психосоматического онтогенеза и дизонтогенеза**

ФГБОУ ВО Российский национальный исследовательский  
 медицинский университет им. Н.И. Пирогова, г. Москва, Россия  
[komolovpsy@gmail.com](mailto:komolovpsy@gmail.com)

**Ключевые слова:** группы здоровья, аффективные звенья, когнитивные звенья, репрезентация тела, психосоматический онтогенез и дизонтогенез

**Komolov D.**

**Affective and cognitive links with the representation of the body position and psychosomatic ontogenesis and dizontogenezis.**

Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia

**Keywords:** health groups, affective components, cognitive components, representation of the body, ontogenesis and psychosomatic dizontogenesis

**Введение.** Количество пациентов детского возраста, имеющих различные формы соматической патологии, в последнее время значительно увеличилось. Проблема детских соматических заболеваний входит не только в круг медицинских, но и психологических исследований. С медицинской точки зрения пациентов принято разделять по группам здоровья, что облегчает проведение лечебно-профилактических мероприятий. Взяв за основу данную медицинскую модель, мы провели исследование, в котором приняли участия дети и подростки, имеющие первую, вторую и третью группы здоровья.

В настоящее время исследование групп здоровья, осуществляется преимущественно в рамках педагогики и педиатрии и отражает аспекты воспитательных или реабилитационно-лечебных мероприятий [6;10]. В рамках психологических исследований феноменология групп здоровья с помощью метода возрастных срезов ранее не изучалась.

Психическая репрезентация – целостная структура, позволяющая раскрыть психологические механизмы онтогенеза телесности, которую можно рассматривать в контексте двух подходов: когнитивного (исследование ее взаимосвязи с когнитивными процессами) и психоаналитического (рассмотрение репрезентации с позиции чувств и желаний, ее связи с эмоциональными процессами). Репрезентация в контексте проблемы телесности является системой, включающей аффективные и когнитивные компоненты. Телесная репрезентация, таким образом, отражает различные психосоматические феномены такие как

«образ тела», «схема тела», «представление о теле» и т.д. Теоретические представления В.В. Николаевой и Г.А. Ариной [7] относительно четырех этапов психосоматического развития обосновывают идею последовательного формирования аффективных и когнитивных звеньев репрезентации тела.

По аналогии с психическим онтогенезом и дизонтогенезом, наряду с нормальными феноменами телесности наблюдаются и явления отклонения в психосоматическом развитии ребенка. Механизмы психосоматического дизонтогенеза на сегодняшний день изучены недостаточно. Взяв за основу структуру психического дизонтогенеза, выделенную В.В. Лебединским [4], Г.А. Арина [7] описывает варианты психосоматического дизонтогенеза: отставание (задержка) социализации телесных функций; регресс психосоматического развития; искажение психосоматического развития, характеризующееся дисгармоническим развитием отдельных сторон образа телесного Я.

Причиной возникновения соматических симптомов у ребенка может выступать неблагоприятная социальная ситуация развития, элементом которой, как показано в исследовании О.Г. Мотовилина [5], часто выступает семья.

Феноменология групп здоровья, таким образом, может быть рассмотрена как один из факторов, входящих в социальную ситуацию развития и обуславливающих механизмы психосоматического развития, или его отклонения. Основываясь на представлениях Л.С. Выготского о связи аффекта и интеллекта [1], а также механизмах протекания аномального онтогенеза, предложенных В.В. Лебединским [4], исследованиях школы Е.Т. Соколовой [8], представляется возможным изучение динамики аффективно-когнитивных звеньев репрезентации тела при психосоматическом дизонтогенезе на модели различных групп здоровья у детей и подростков.

**Гипотезы исследования.** 1. В норме в динамике репрезентаций тела наблюдается их поэтапное формирование: у детей преобладают аффективные компоненты, в подростковом возрасте формируется система аффективно-когнитивных взаимосвязей при ведущей роли когнитивного звена в структуре телесных репрезентаций. 2. Во второй группе здоровья в ходе психосоматического онтогенеза будет наблюдаться более четкое формирование системы аффективно-когнитивных взаимосвязей, чем в первой и третьей группе здоровья при ведущей роли когнитивного звена. 3. В динамике репрезентаций тела в третьей группе здоровья выявляется преобладание аффективных компонентов при задержке формирования когнитивного звена в структуре телесных репрезентаций. 4. В третьей группе здоровья стиль воспитания по типу доминирующей гиперпротекции выступает фактором нарушения аффективно-когнитивных репрезентаций тела.

**Материал и методы исследования.** В исследовании приняли участие 120 человек в возрасте от 7 до 12 лет, имеющие первую, вторую и третью группы здоровья. Первая группа респондентов представлена детьми 7-8 лет (60 человек, по 20 человек каждой группы здоровья). Вторая группа респондентов представлена подростками 11-12 лет (60 человек, по 20 человек каждой группы здоровья). Также в исследовании приняли участие родители детей 7-8 лет (60 человек) в возрасте от 27 до 40 лет.

Исследование проводилось с помощью методики «Волшебная страна чувств» Т.Д. Зинкевич-Евстегнеевой [2] в модификации Комолова Д.А. и Чебаковой



Ю.В. [3], методики телесных промеров по М. Фельденкрайзу в модификации И.А. Соловьевой [9], методики «классификация дескрипторов соматических ощущений», разработанная Г.А. Ариной [5], методики «Анализ семейного воспитания» Э.Г. Эйдемиллера [11].

**Результаты.** 1. У детей первой группы здоровья при преобладании аффективных звеньев отмечается недостаточная эмоциональная дифференцированность репрезентаций тела. У подростков первой группы здоровья регистрируется меньшая степень эмоционального принятия тела, чем у детей. Наблюдается усложнение и большая дифференцированность аффективных репрезентаций тела, сформированность когнитивных репрезентаций тела. 2. У детей и подростков второй группы здоровья наблюдается более четкая представленность аффективных и когнитивных репрезентаций тела, лучшая сформированность аффективно-когнитивных взаимодействий при ведущей роли когнитивного звена, по сравнению с детьми и подростками первой и третьей групп, что может быть связано с объективацией тела легкой формой соматической патологии, создающей условия для развития телесной саморегуляции. 3. Телесные репрезентации у детей с третьей группой здоровья недифференцированы и представлены преимущественно аффективным компонентом при задержке формирования когнитивного звена. У подростков третьей группы здоровья отмечается диффузность категориальной структуры телесного опыта. 4. Стиль семейного воспитания по типу доминирующей гиперпротекции, а также соматическое неблагополучие детей третьей группы здоровья препятствует интеграции аффективных и когнитивных репрезентаций тела, что приводит к задержке психосоматического развития.

#### Литература

1. Выготский Л.С. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003.
2. Зинкевич-Евстигнеева Т.Д. Тренинг по сказкотерапии. – СПб.: ООО «Речь», 2006 –
3. Комолов Д.А., Чебакова Ю.В. Применение методики «Волшебная страна чувств» для исследования аффективной репрезентации тела у подростков с различными группами здоровья // Психология и Психотехника. — 2016. - № 4. - С.353-362. DOI: 10.7256/2070-8955.2016.4.19473
4. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по направлению и специальностям психологии / В. В. Лебединский. - 6-е изд., стер. Москва : Академия, 2011.
5. Мотовилин О.Г. Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната: дис. ... канд. психол. наук. М., 2001. 188 с.
6. Мухетдинова А.Р. Функциональные особенности сердечно-сосудистой системы младших школьников разных групп здоровья: дис. ... канд. биол. наук. Казань, 2000.
7. Николаева В.В., Арина Г.А. Клинико-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. 2003. Т. 24. № 1. С. 119-126.
8. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1989.
9. Соловьева И.А. Бессознательный образ тела: кто ты на самом деле? [Электронный ресурс] // URL: <https://irsol.wordpress.com> (дата обращения: 13.09.2016).
10. Спатаева М.Х. Методика дифференцированного подхода в физическом воспитании детей старшего дошкольного возраста II и III групп здоровья: дис. ... канд. пед. наук. Омск, 2006..
11. Эйдемиллер Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии. – М., 1996. – С. 6-19.

**Корнеева В.А., Шевченко Ю.С.**

**Диагностические аспекты нейропсихологической коррекции**

Кафедра детской психиатрии и психотерапии  
Российская медицинская академия непрерывного профессионального  
образования МЗ РФ Москва, Россия,  
[europsy@mail.ru](mailto:europsy@mail.ru)

**Ключевые слова:** нейропсихология, коррекция, аутизм, алалия

**Korneeva V., Shevchenko U.**

**Diagnostic aspects of neuropsychological correction**

Department of child psychiatry and psychotherapy,  
Russian Medical Academy of continuing professional education Ministry Of Health,  
Moscow, Russian Federation

**Keywords:** neuropsychology, correction, autism, speech delay

**Введение.** Известно, что нет ничего более практичного, чем хорошая теория. Это полностью относится к концепции А.Р.Лурия [1] об анатомо-функциональных блоках мозга, легшей в основу нейропсихологической диагностики, а в последующем и оригинальной отечественной методики сенсомоторной коррекции, зарекомендовавшей себя в качестве эффективной технологии в практике детских нейропсихологов [2].

В то же время, как это нередко бывает, ее применение в отношении постоянно расширяющегося клинического контингента предоставляет ценный экспериментальный материал, как для подтверждения и уточнения самой базовой концепции, так и для совершенствования диагностического процесса [3].

Не секрет, что в детской психиатрии остро стоит вопрос о дифференциальной диагностике между различными этио-патогенетическими формами «расстройств аутистического спектра», а также их отграничения от сходных по своим внешним проявлениям состояний иной нозологии [4]. Среди последних можно выделить моторную алалию, которая в раннем и дошкольном возрасте весьма напоминает клинику синдрома Л.Каннера и рано начавшегося шизофренического процесса (атипичный аутизм с выраженной задержкой психического и речевого развития). Нейропсихологическая коррекция необходима во всех указанных случаях, однако ее практическая реализация выявляет специфические особенности усвоения детьми реабилитационной программы, в зависимости от их диагностической принадлежности [5].

**Материалы и методы исследования.** Динамически (в течение не менее 3-лет) обследованы 94 ребенка (60 мужского и 34 женского пола) в возрасте 3-10 лет, проходившие курс нейропсихологической (сенсомоторной) коррекции (в комплексе с медикаментозным лечением, семейной и поведенческой психотерапией и занятиями с логопедом-дефектологом) по поводу моторной алалии (23 пациента), расстройств аутистического спектра в сочетании с задержкой психоречевого развития (30 пациентов) и со смешанной патологией – аутизм в сочетании с моторной алалией (41 пациент). Методы исследования: клинко-психопатологический, патопсихологический, нейропсихологический.

**Результаты исследования.** В процессе проведения сенсомоторной коррекции, мы столкнулись со следующими феноменами. Для детей с моторной алалией

особую сложность представляют: 1- все движения назад (ползание, вращения в обратном направлении); 2- вербальное и невербальное возвращение на «шаг назад» (затруднения в ответе на вопросы: «Какой был счет перед этим?», «Какое было движение до этого?», «Какое упражнение ты делал только что?»; невозможность показать предыдущее движение). В то же время для детей этой группы не представляет сложности сказать или показать, что будет дальше. Все движения вперед и от себя эти дети осваивают достаточно легко.

Что касается пациентов с расстройствами аутистического спектра, то для них возвращение на «шаг назад» не является проблемой, а наоборот, помогает выстроить и реализовывать запечатленный в памяти алгоритм последовательных действий (ответ на вопрос: «Что было до этого?» облегчает программирование следующего шага). Для детей этой группы движения назад и на себя не представляют сложности, тогда как все последовательные движения вперед и от себя даются с трудом.

Учет приведенных феноменов не только позволяют адекватно выстраивать коррекционную программу, но и предоставляет дополнительные возможности как для дифференциальной диагностики, так и для понимания патофизиологических механизмов указанных расстройств.

Так, в отношении детей с моторной алалией можно сказать, что их особо «слабым местом» являются подкорково-стволовые структуры (в частности, гиппокамп и таламус), тогда как у детей с расстройствами аутистического спектра недостаточно сформированы функции лобных долей, отвечающих, в частности, за программирование.

Особую сложность для коррекционной работы представляют случаи сочетания расстройств аутистического спектра с моторной алалией. Работа с такими детьми начинается с пространственно-временной ориентации на «сиюминутное настоящее» в виде простого «отзеркаливания» демонстрируемых элементарных моторных моделей и повторения отдельных звуков. Вслед за этим ребенок обучается удержанию повторяющейся программы из двух составляющих (два движения, два звука). Лишь после этого включаются задания на возврат к непосредственному прошлому и программирование ближайшего будущего, освоение которых служит предпосылкой для дальнейшего развития долговременной памяти и способности к целенаправленному планированию поведения на основе получаемой информации.

**Резюме.** Представляется, что знание отмеченных нейropsychологических закономерностей может быть полезным не только для профессионалов, занимающихся сенсомоторной коррекцией данных пациентов, но и для смежных специалистов (дефектологов, логопедов, психотерапевтов, педагогов), участвующих в лечебно-реабилитационном процессе.

#### Литература

1. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. – М.: Изд-во МГУ, 1973. – 373 с.
2. Семенович А.В. Нейropsychологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: Учеб. Пособие для высш. учеб. заведений. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 232с.
3. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с.
4. Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра у детей. Научно-практическое руководство. Под ред. Н.В.Симашковой. - М.: Авторская академия, 2013.- 264 с.

5. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М., ИП «ТАКТ», 2010. - 154 с.

**Корсакова Н. К., Абдуллина Е. Г.**

**Диагностика тактильной сферы при нормальном и патологическом старении**

МГУ имени М. В. Ломоносова, факультет психологии  
[cathyburtonist@gmail.com](mailto:cathyburtonist@gmail.com)

**Ключевые слова:** старение, тактильная сфера, деменции, нейропсихология

**Korsakova N., Abdullina E.**

**Diagnosis tactile sphere in normal and pathological aging**

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

**Keywords:** aging, haptic perception, dementia, neuropsychology

**Введение.** Современная демографическая ситуация при увеличении продолжительности жизни людей одновременно характеризуется возрастанием количества больных с присущими позднему периоду жизни заболеваниями, к которым относятся, в частности, деменции позднего возраста (ДПВ). Именно эта когорта больных рассматривается как особая группа риска в связи с длительно нарастающей инвалидизацией, затрагивающей в целом биопсихосоциальную структуру жизнедеятельности не только больного, но и его ближайшего окружения. Ожидания общества направлены на преодоление этих расстройств с помощью медикаментозных способов лечения, а также с участием психологической поддержки и сопровождения, организующими жизнедеятельность пациентов [6]. Особую роль приобретает диагностика когнитивной и личностно-смысловой сферы больных для определения структуры нарастающих расстройств и оценки эффективности лечения, для разработки коррекционных и абилитационных программ. Решение этих задач предполагает выявление наиболее сохранных компонентов в структуре психической деятельности при ДПВ. В этом ракурсе, как указывает С.Я.Рубинштейн, исследование психической деятельности больных старческим слабоумием позволяет подойти к такой поставленной Л.С. Выготским важной теоретической проблеме, как соотношение распада и развития психики [4].

В поиске наиболее сохранных компонентов психики больных ДПВ специальный интерес вызывает возрастающее внимание к тактильной сфере. По результатам, полученным в различных научных парадигмах [5, 7], складывается мнение, что, в отличие от других сенсорных модальностей, тактильная сфера при старении менее подвластна закономерным возрастным изменениям. При этом подчёркивается её особый статус, обусловленный, во-первых, интегративной базисной функцией в раннем онтогенезе в качестве "генетического начала" для формирования целостной, единой системы разветвлённой сенсорной сети [1]. И, во-вторых, статус одновременной биполярной обращённости и к внешнему объективному миру, и к внутреннему субъективному пространству [6]. Эта биполярность оценивается как значимая на фоне нарастающих при старении ограничений в физических (зрение, слух, мобильность) и в психологических (сокращение целевой перспективы, тенденция "сближения" с внешним миром через прикосновение) составляющих активности. Однако

глобальные представления о сохранности тактильной сферы, имеющей многоплановую функциональную "нагруженность", требуют более дифференцированного подхода к её изучению .

**Цель работы** - апробация дифференцированного подхода к изучению особенностей тактильной сферы при нормальном и патологическом старении на основе представлений о трёх уровнях организации тактильной модальности: сенсорного, перцептивного и семантического [3].

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие три группы респондентов: 1 группа (здоровые, n=10, в возрасте от 21 до 23 лет, средний возраст – 22,1, 2 группа (практически здоровые, в возрасте 55 до 68 лет, n=13, средний возраст – 63 года) и 3 группа (больные с деменциями в возрасте от 52 до 89 лет, n=11, средний возраст – 76 лет).

Методический комплекс исследования тактильной сферы был взят из разработанной ранее нейропсихологической схемы изучения тактильной модальности и включал в себя пять методик: "Локализация прикосновения» и "Локализация прикосновения с конфликтом" (методики, оценивающие сенсорный уровень функционирования тактильной модальности), "Трудновербализуемые фигуры" и "Восприятие текстуры" (методики, оценивающие перцептивный уровень), а также традиционная методика "Тактильный стереогноз» - семантический уровень тактильной системы [3].

Ошибки, допускаемые участниками исследования при выполнении методического комплекса, оценивались по трехбалльной шкале для первых двух методик в зависимости от точности локализации прикосновения, для остальных методик ошибки оценивались по схеме 0 – верно, 1 – ошибка. Для того, чтобы стандартизировать результаты пяти проб была применена следующая формула:

$$\frac{\text{Общее кол-во ошибок, допущенное в группе}}{\text{Максимально возможное кол-во ошибок на группу}} * 100\%,$$

то есть подсчитывалась доля ошибок в каждой пробе.

**Результаты.** Все участники исследования выполнили задания, входившие в методический комплекс. Было установлено, что количество ошибок существенно возрастает при переходе от группы 1 к группе 3. Однако такая динамика наиболее отчётливо представлена только при выполнении методик, относящихся к сенсорному уровню тактильной модальности, составляя соответственно 20%, 45% и 55 % по отношению к максимально возможному числу неправильных решений.

Данный результат указывает на наличие выраженных трудностей у респондентов старшего возраста (группы 2 и 3) при восприятии тактильных стимулов на уровне сенсорного звена по сравнению с молодыми участниками исследования. Это означает, что в тактильной сфере на уровне непосредственного контакта с простым внешним стимулом имеют место возрастные ограничения, аналогичные происходящим в других анализаторных системах. Но более отчётливо эти ограничения на сенсорном уровне представлены у больных ДПВ.

Дальнейший анализ данных показал, что на других уровнях работы тактильной системы межгрупповое соотношение ошибок выглядит иначе: 12%, 22 % и 33% соответственно для каждой из трех групп на перцептивном уровне и 2,5%, 1% и 11% на семантическом уровне функционирования модальности. Отчёт-

ливо видно, что по мере перехода от сенсорного уровня тактильного восприятия к семантическому групповые показатели успешности действий выравниваются, практически утрачивая свою возрастную специфику.

Немаловажно, что во всех группах наблюдается идентичная динамика изменений показателей количества ошибок при переходе от сенсорного уровня к перцептивному, а затем - к семантическому: уменьшается количество ошибок. Это указывает на сохранность в позднем возрасте, и даже при ДПВ функциональной структуры тактильной сферы. Существенным является и то, что в нейропсихологическом обследовании тактильные пробы не только выполнялись с меньшим напряжением и тревогой, но и "брали на себя" эффект релаксации, необходимой при работе с этой группой пациентов.

Различия между функционированием уровней тактильной сферы можно интерпретировать с точки зрения культурно-деятельностной концепции Л.С.Выготского. Решение тактильной задачи на сенсорном уровне ничем не опосредствовано, эти пробы могут быть отнесены к неконвенциональным, поскольку такие задачи не встречаются в прошлом опыте. Деятельность на перцептивном и семантическом уровнях опосредствована одновременно предметом, словом и прошлым опытом. Именно поэтому знаково-символическое опосредствование является одной из компенсаторных стратегий, активизирующихся в позднем возрасте [2].

**Выводы.** Полученные данные свидетельствуют об относительной устойчивости тактильной сферы к возрастным изменениям. Предложенный комплекс методик может использоваться в рамках полного нейропсихологического обследования, дополняя сведения о состоянии когнитивной деятельности. Пробы могут быть использованы в качестве релаксирующих при появлении признаков утомления в диагностическом процессе, что важно при работе с большими деменциями позднего возраста.

В проведенном скрининг-исследовании был получен, казалось бы, парадоксальный результат: на элементарном, онтогенетически первичном (сенсорном) уровне тактильный гнозис оказывается более уязвимым по отношению к закономерным возрастным изменениям, чем на более сложном семантическом. Этот "парадокс" был отмечен С.Я. Рубинштейн, написавшей в отношении старческого слабоумия: "распад идёт от простого к сложному" [4].

Из сказанного следует, что при решении клинико-психологических диагностических задач при нормальном и патологическом старении необходимо оценивать выполнение действий, относящихся не только к сложным и онтогенетически более поздним уровням регуляции и знаково-символического опосредствования. При их сохранности неожиданно слабым, но прогностически и коррекционно значимым может оказаться простое, онтогенетически более раннее звено функциональной системы.

#### Литература

1. Запорожец А.В. и др. Познавательные процессы: ощущение, восприятие – под ред. А.В. Запорожца – М., 1982
2. Корсакова Н. К., Балашова Е. Ю. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. — 1995. — Т. 1, № 1.
3. Пархоменко Д.В. Комплексное исследование тактильной сферы. Методическое пособие. М., Акрополь, 2011

4. Рубинштейн С.Я. Исследование распада навыков у психически больных позднего возраста. – В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии. М., 1965
5. Ballesteros Soledad et al. Intact haptic priming in normal aging and Alzheimer's disease: evidence for dissociable memory systems // *Neuropsychologia*, 2004
6. Luijpen MW et al. Non-Pharmacological Interventions in Cognitively Impaired and Demented Patients – A Comparison with Cholinesterase Inhibitors // *Reviews in the Neurosciences*, 2003
7. Norman JF et al. Aging and the visual, haptic and cross-modal perception of natural object shape // *Perception*, 2006

**Корсакова Н.К., Парфенов Е.А., Плужников И.В.**

**К вопросу о природе тактильных галлюцинаций**

МГУ имени М.В.Ломоносова, Москва, Россия,  
[ea.2403@yandex.ru](mailto:ea.2403@yandex.ru)

**Ключевые слова:** тактильные галлюцинации, дерматозойный бред, нейропсихология, культурно-деятельностный подход

**Korsakova N., Parfenov E., Pluzhnikov I.**

**The nature of tactile hallucinations**

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia

**Keywords:** tactile hallucinations, delusional parasitosis, neuropsychology, cultural-activity approach

В современной нейропсихиатрии специальное внимание уделяется разработке подходов к механизмам формирования галлюцинаторных и бредовых явлений [5][6]. Высокая технологическая оснащенность и системная «простроенность» этих исследований не всегда совпадают по масштабу с методологическими подходами к пониманию сложности и системности психологической составляющей исследуемых феноменов. В частности, недостаточно представлена роль собственной активности субъекта в построении «галлюцинаторного образа мира», нередко происходит её подмена активностью мозга, регистрируемой нейровизуализационной аппаратурой. Это приводит к многочисленным противоречиям в полученных данных и к новым вопросам, требующим обращения к такой методологии, которая могла бы привести к преодолению противоречий в интерпретации механизмов формирования продуктивной психопатологической симптоматики.

Можно предположить, что рассмотрение в единстве сознания и деятельности, заложенное Л.С.Выготским и развиваемое его последователями в концепции культурно-деятельностной детерминации психических явлений в норме и патологии, является инструментом, адекватным масштабности ультрасовременного инструментального анализа психических процессов.

Несомненным и перспективным вкладом (особенно с учётом времени выполнения исследований – 1960-70-ые годы) в этой области является исследование психологических механизмов слуховых галлюцинаций, предпринятое С.Я. Рубинштейн, в котором впервые объективную верификацию получила избирательная активность пациента в определённой модальности при его направленности, обусловленной особым состоянием сознания и мировосприятия [2].

Данное сообщение раскрывает возможности продолжения исследований С.Я.Рубинштейн и её взглядов на механизмы возникновения галлюцинаторных

явлений в нейропсихологических исследованиях, направленных на поиск мозговых основ психических расстройств, реализующихся в пространстве кожного покрова. Имеются в виду тактильные галлюцинации, наблюдающиеся преимущественно в рамках дерматозойного бреда (ДБ), который встречается в 0,5% среди амбулаторных пациентов психиатрического профиля и более чем в 4% случаев всей психопатологии, регистрируемой в дерматологической практике [3]. Пациенты предъявляют жалобы на простые и сложные обманы в тактильной сфере: «шевеление», «ползание», «введение», «покусывания» различных «жучков», «личинок» и т.п. Нередко бред приобретает систематизированный характер и приводит к самоповреждающим действиям больных при попытках удаления воображаемых паразитов с помощью режущих предметов.

Анализ патогенетических механизмов тактильных галлюцинаций предполагает возможность переноса представлений о галлюцинациях, относящихся к другой сенсорной модальности. Как указывает С.Я. Рубинштейн, «в возникновении и формировании обманов слуха ... патогенетическую... роль играет деятельность больного человека, а именно деятельность напряженного прислушивания (с целью ориентировки)» [2]. В заключении книги автора говорится о том, что «при изучении механизмов развития иных психопатологических симптомов можно будет выявить роль иных процессов деятельности больного человека» [2]. Таким образом, можно предположить, что при тактильных галлюцинациях важную роль играет «прислушивание» к собственному телу, к кожным ощущениям.

Наша гипотеза заключается в том, что психологическим механизмом тактильных галлюцинаций является смещение вектора собственной активности субъекта на кожный покров, который перестает быть естественной границей телесности, а превращается в относительно изолированный от других орган [4].

Клинические исследования показывают, что абсолютное большинство пациентов с ДБ нозологически относятся к группе расстройств шизофренического спектра, для которых характерны разнообразные обманы восприятия. Однако возникает вопрос: почему в патологический процесс вовлекается именно кожа?

Можно предполагать, что под влиянием различных событий в процессе индивидуального развития, кожа пациента, который впоследствии будет страдать от тактильных галлюцинаций, приобретает особую ценность. Речь идет о специфических формах «означивания» кожного покрова матерью в раннем онтогенезе, о том, что пациенты могли быть свидетелями психотравматических последствий ожоговой травмы или рака кожи и др. Нельзя упускать из поля внимания и то, что подавляющее большинство больных с ДБ – женщины, для которых внешность, в том числе и кожа, имеет особое значение. В настоящее время, когда ТВ реклама привлекает особое внимание женщин к коже лица при одновременном рекламировании средств борьбы с паразитарной угрозой, становится понятным, почему возрастает количество больных с описываемой формой галлюцинаторно-бредовых расстройств.

Таким образом, возможная патогенетическая схема психосоматического симптомообразования при ДБ выглядит следующим образом: у женщин с особым телесным опытом и повышенной ценностной значимостью кожного покрова процессы естественного увядания создают «напряженную динамиче-



скую систему» [1] с аномальной фиксацией внимания на кожных ощущениях под влиянием которой на фоне эндогенного процесса происходит манифестация ДБ.

Каковы же церебральные механизмы психосоматического симптомообразования при ДБ? Проведенное нами нейропсихологическое исследование состояния тактильной сферы 19 больных с ДБ с использованием комплекса экспериментальных методик (пробы «локализация прикосновения», «дерматолексия», доска Сегена, «показ поз пальцев по образцу», «перенос поз пальцев», «восприятие веса», «восприятие размера», «восприятие текстуры», пробы на стереогноз) выявило две группы нейропсихологических симптомокомплексов.

Во-первых, симптомокомплекс, обусловленный дисфункцией теменных отделов правой гемисферы, в виде нарушения симультанного восприятия стимулов, трудностей в определении их локализации, снижения динамических показателей и наличия затруднений при восприятии текстуры, а также дефицита при восприятии размера и других характеристик стимула. Во-вторых, симптомокомплекс, относящийся к билатеральной дисфункции постцентральной области и состоящий из нарушения кинестетического компонента тактильной сферы и тактильной алексии.

Полученные результаты согласуются с имеющимися данными в неврологической и психиатрической литературе. Однако, в связи со сказанным выше, возникает вопрос: почему у пациентов с изначально особым ценностным статусом кожного покрова, а в дальнейшем с выраженной продуктивной психотической симптоматикой наблюдается не гиперфункция теменных отделов, а наоборот – их дисфункция, проявляющаяся «минус-симптомами». Можно предположить, что у больных с ДБ на уровне патофизиологических процессов, протекающих в теменных долях, наблюдается «схизис» с обкрадыванием гностической активности в пользу аномального продуцирования обманов восприятия в пространстве кожного покрова.

Какую функциональную роль играют тактильные галлюцинации и какой механизм адаптации индивида лежит за ними? Возможно, именно таким образом иллюзорно-галлюцинаторно, снимается неопределенное и диффузное «динамическое напряжение» описанное выше. Безусловно, такой путь возможен при эндогенно-процессуальном или органическом заболевании. Пациенты аналогичной возрастной группы со схожим телесным опытом и сверхценным отношением к коже, но не имеющие шизотипического диатеза или эндогенного заболевания, выходят из конфликтных переживаний без дезадаптации (используя адекватные стратегии совладания), либо с дезадаптацией на уровне невротического регистра (соматоформный зуд и др.). Вместе с тем, нельзя исключить, что «причинность» ДБ обусловлена первичной генетической детерминированностью аномального функционирования кожно-кинестетической системы (церебральный таламо-париетальный комплекс). На это указывает спектр разнообразных кожных ощущений в раннем развитии (ещё до культурно-социальных влияний) больных шизофренией. Впрочем, и С.Я. Рубинштейн высказывала предположение о роли функционального состояния (парадоксальная фаза) мозговых структур, обеспечивающих слуховое восприятие, в происхождении галлюцинаций.

Таким образом, сочетание клинического, культурно-деятельностного и нейропсихологического подходов позволяет рассмотреть в комплексе проблему патогенетических механизмов формирования дерматозойного бреда и открывает пути для дальнейшего изучения причинно-следственных взаимосвязей в диаде «мозг – психика» в подходе к продуктивной психопатологической симптоматике.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.
2. Рубинштейн С.Я. Обманы слуха (экспериментально-психологическое исследование). Ташкент, 1977.
3. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Львов А.Н. Дерматозойный бред и ассоциированные расстройства. М., 2015.
4. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М., 2002.
5. Gilleen J., David A.S. The cognitive neuropsychiatry of delusions: from psychopathology to neuropsychology and back again // Psychol. Med., 2005, 35(1), pp. 5-12.
6. The Neuroscience of Hallucinations / Ed. by Jardri R., Cachia A., Thomas P., Pins D. NY, 2013.

**Костригин А.А**

**Вклад П.П. Кашенко в развитие статистических исследований в психиатрии**

Московский государственный университет дизайна и технологии,  
Москва, Россия  
[artdzen@gmail.com](mailto:artdzen@gmail.com)

**Ключевые слова:** история психиатрии, статистика, Кашенко

**Kostrigin A.**

**P.P. Kaschenko's contribution to development of statistical researches in psychiatry**

Moscow state university of design and technology, Moscow, Russia

**Keywords:** history of psychiatry, statistics, Kaschenko

Современные историко-научные исследования охватывают широкий спектр тем и проблем, которые проливают свет на особенности эволюции научных концепций, исследовательских и прикладных методов, а также биографии ученых прошлого.

История становления психиатрии на рубеже XIX-XX вв. занимает достойное место среди истории других наук, т.к. в тот период становление науки и практики проходило общим фронтом: если даже ученый занимался каким-то определенным направлением, он мог оставить в своем наследии работы и по смежным областям.

Фигура Петра Петровича Кашенко (1859-1920), ведущего психиатра первых лет советской периода, заслуженно фокусирует на себе внимание общества и научной среды. Биографические данные изучены достаточно обширно [1; 3; 5], однако отсутствует тщательный анализ научного творчества психиатра. В данной работе автор ставит задачу осветить статистическое направление организационной работы П. П. Кашенко в области психиатрии.

XIX в. ознаменовался для России бурным развитием науки и общественными реформами. С середины века проводилась реформа местного самоуправле-

ния, что привело к появлению земских управ. Одним из направлений деятельности земств стало проведение статистических исследований в различных сферах жизни (перепись крестьянского населения, учет условий крестьянского хозяйства и др.). Земская статистика оказывала большое влияние на науку и прикладные сферы деятельности. Такой вклад, как в земскую статистику, так и в психиатрическую науку внес П. П. Кащенко. Приехав в Нижний Новгород в 1889 г. по приглашению Нижегородской земской управы, чтобы занять должность организатора психиатрической помощи населению, Петр Петрович начал создание психиатрической службы с проведения переписи душевно больных. Статистический отчет был опубликован им в 1895 г. [4]. Данная работа заслуживает пристального внимания, т.к. это было одно из первых статистических исследований в области психиатрии, проводимых в России. Организация статистической переписи была новой и сложной, методы были еще не разработаны, классификация психических болезней так же еще обсуждалась. Это мероприятие проводилось совместно с Николаем Федоровичем Анненским (1843-1912), экономистом и статистом, в том время руководившим статистическим отделением Нижегородского губернского земства [2]. С 1887 по 1895 гг. Н. Ф. Анненский проводил перепись крестьян, изучал их грамотность, условия крестьянских хозяйств. Но дадим слово самому Петру Петровичу.

«В 1889 и 1890 гг. благодаря любезному согласию заведующего статистическим бюро при нижегородской губернской земской управе, Н. Ф. Анненского, и всего персонала бюро было решено воспользоваться произведенным тогда подворным описанием губерний с тем, чтобы собрать на местах сведения о душевно больных» [4].

П. П. Кащенко предвзывает свои результаты перечислением проблем, которые встретились в ходе сбора информации. Во-первых, он указывает, что удалось исследовать только количество душевно больных в сельской местности, но не в городе, т.к. статистическое исследование под руководством Н. Ф. Анненского в городе не осуществлялось. Вдобавок, исследовались не все уезды Нижегородской губернии (всего – 11 уездов), а только 8. Другой сложностью являлось то, что непосредственный опрос проводили не специалисты в психиатрии, а статисты. Такое обстоятельство, конечно, не могло не сказаться на точности полученных данных. Не удалось качественно и детально изучить, и даже в некоторых случаях совсем опустить подсчет людей с такими заболеваниями, как истерия, нейрастения, алкоголизм, формы психозов и психоневрозов. Возникли сложности и с определением продолжительности заболевания.

Данные о человеке с психическим заболеванием фиксировались по следующей программе: «уезд; волость; селение; имя и фамилия больного; возраст; семейное положение; на чем попечении находится; форма болезни (в указанных пределах); врожденное или прижизненное страдание; спокоен или беспокоен (постоянно, временно); чем выражается беспокойное состояние; как население справляется с больным; работает ли; что и как именно; физические недостатки заболевания; ходит ли по миру; лечился ли в больнице; особые замечания» [4]. Несмотря на все указанные трудности и сложности, необходимо учитывать, что это было первая перепись душевно больных в Нижнем Новгороде, в ходе которой именно и апробировался порядок проведения, разрабатывались методы массовой статистики.

Приведем результаты осуществленного исследования. Все больные были распределены по 3 группам заболеваний: «1) слабоумие от рождения или обнаружившееся в первые годы жизни; 2) помешательство, приобретенное при жизни; 3) падучая болезнь: а) простая, б) осложненная каким-либо психическим расстройством в постоянной или временной форме» [4] (падучая болезнь – эпилепсия).

Итоговое число мужчин с психическими заболеваниями – 889, женщин – 608, вместе – 1497. Анализируя процентное соотношение групп больных (без простой эпилепсии), отметим, что людей со слабоумием – 51,6%, с помешательством (31,2%), с осложненной эпилепсией – 17,2%.

Что касается соотношения по половому признаку, то общее количество мужчин с психическими заболеваниями было 59,4%, а женщин – 40,6%; мужчин со слабоумием – 59,3%, женщин – 40,7%; мужчин с помешательством – 58,3%, женщин – 41,7%; мужчин с осложненной эпилепсией – 61,5%, женщин – 38,5%.

Обобщая проделанное П. П. Кащенко и коллективом статистов под руководством Н. Ф. Анненского исследование, необходимо отметить четкое понимание сложности, проблем и недостатков организованной работы. Однако видны и достоинства переписи: это первая попытка обобщить данные количества больных психическими заболеваниями в Нижегородской губернии, учет больных, находящихся в больнице, расчет соотношения больных по виду заболевания, по половому признаку.

Организация статистических исследований в психиатрии вносила значимый вклад не только в деятельность земств и больниц, но обогащала данными науку и психиатрическую практику, позволяя проводить сравнение с показателями других губерний, а также стран.

Петр Петрович Кащенко, безусловно, провел значимое мероприятие, повлиявшее на становление психиатрической службы в Нижнем Новгороде. С этих данных и начался длительный и плодотворный путь ученого как руководителя и творца психиатрического движения в России.

#### Литература

1. Агеева З.М. Доктор Кащенко. М.: ИПО «У Никитских ворот», 2009. 136 с.
2. Анненский Н.Ф. Земский кадастр и земская статистика // Труды подсекции статистики IX съезда русских естествоиспытателей и врачей. М., 1895.
3. Герш А.Г. Петр Петрович Кащенко. М.: Медицина, 1980. 80 с.
4. Кащенко П.П. Статистический очерк положения душевно-больных в Нижегородской губернии. Н.Новгород, 1895. 78 с.
5. Костригин А.А. Кащенко Петр Петрович: данные биографии #1 // История российской психологии в лицах: Дайджест. 2016. №3. С. 25-32.

**Кузнецова С.О., Абрамова А.А., Ениколопов С.Н.**

**Исследование враждебности проективными методиками**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,

[kash-kuznezova@yandex.ru](mailto:kash-kuznezova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** враждебность, психические расстройства, проективные методики

**Keywords:** hostility, mental disorders, projective techniques

Интенсивное развитие психологии и медицины обуславливает возникновение новых объяснительных принципов в изучении роли психологических факторов в этиологии и патогенезе психических расстройств. За последние двадцать лет одним из психологических факторов этиопатогенеза соматических и психических заболеваний в научной литературе все чаще называется враждебность.

Как показывает анализ психологической литературы, методы оценки враждебности часто идентифицировались с методами измерения агрессии или гнева. Основная проблема изучения враждебности, заключается, таким образом, в том, что она не имеет однозначных поведенческих или каких-либо других внешних коррелятов. Враждебность как таковая существует только в системе отношений человека, его представлений о внешнем мире, и является в таком понимании гипотетическим конструктом. Поэтому практически любая методика, разработанная с целью изучения враждебности, будет оценивать ее лишь косвенно.

Следует также отметить, что в области изучения враждебности проблема достоверности полученных данных стоит особенно остро в связи с тем, что враждебность — социально неприемлемая характеристика. Даже при условии развитой рефлексии и высокой способности субъекта к осознанию своего враждебного отношения абсолютно неправомерно ожидать, что это отношение будет открыто декларироваться при любых условиях.

Использование проективных методик при изучении враждебности имеет, по крайней мере, два значительных преимущества. Во-первых, они позволяют проникнуть к глубинным слоям личности испытуемого и исследовать неосознаваемые установки и отношения, что, очевидно, является крайне важным при изучении враждебности. Во-вторых, проективные методы практически полностью решают проблему социальной желательности. Возможность симуляции или сознательного искажения результатов испытуемым при использовании проективных тестов минимальна.

Как правило, существовавшие до сих пор проективные методики, не были направлены на измерение собственно и только враждебности. Это связано с такой существенной особенностью проективного метода, как его направленность на изучение общего модуса личности в ее взаимоотношениях с социальным окружением, а не отдельных психических функций или свойств. Однако враждебность в различных своих аспектах находит свое отражение во многих известных проективных техниках. Среди них ТАТ, тест чернильных пятен Роршаха, тест фрустрации Розенцвейга, тест Вагнера «Рука», различные рисуночные методики и др. Так, в проведенных нами исследованиях, использование проективных методик (теста фрустрации Розенцвейга, теста Вагнера «Рука», рисуночные методики) для изучения враждебности показало, что данные методики позволяют достоверно описать объекты враждебного отношения, степень генерализованности и устойчивости враждебности, аффективный и

поведенческий компоненты в структуре враждебной картины мира. Кроме этого, данные методики хорошо подходят для исследования больших различной нозологической принадлежности.

Необходимо также отметить, что использование проективных методик имеет также ряд серьезных ограничений. Критика этого методического подхода, как правило, была направлена на вопросы объективности интерпретаций исследователем, валидности и надежности, возможности сравнения и количественной обработки данных. Проективные методики направлены, в большей степени, на исследование качественных аспектов враждебности.

Таким образом, проективные методики, взятые в отдельности, не позволяют полно и достоверно судить о количественных и качественных аспектах враждебности.

**Куканов А.А.**

**Использование метафорических карт в психокоррекционной работе с матерями детей с аутизмом**

ФГБУ "РРЦ "Детство" Минздрава РФ. Московская область,  
Ленинский район, поселок санатория "Горки Ленинские", Россия,  
[andrej.kukanov@mail.ru](mailto:andrej.kukanov@mail.ru)

**Ключевые слова:** аутизм, матери, клиническая психология семьи, психокоррекция, арт-терапия

**Kukanov A.**

**The use of metaphorical cards in psychocorrectional work with mothers of children with autism**

FSBI "RRC "Detstvo" of the Ministry of health). Moscow region, Leninsky district, the village of the resort "Gorki-Leninskiye", Russia

**Keywords:** autism, mothers, clinical psychology family, psychocorrection, art therapy

**Введение.** Во многих странах мира на базах образовательных, социальных и медицинских учреждений создаются специализированные группы поддержки для оказания психологической помощи матерям детей с аутизмом [5]. К сожалению, в нашей стране подобные группы только появляются. Это связано со многими причинами: отсутствием полноценной законодательной базы, регулирующей оказание психологических услуг детям и их родителям; недостаточной осведомленностью самих родителей; отсутствием необходимых финансовых и материальных ресурсов, а также эффективных психокоррекционных программ, направленных на поддержание психологического здоровья ближайших родственников ребенка с тем или иным отклонением в психическом развитии.

В связи с этим, для оказания психологической помощи матерям детей с аутизмом, нами было принято решение разработать и ввести в практическую деятельность новую психокоррекционную программу, в основе которой лежал бы эффективный и универсальный психологический метод. Такой разработкой стала программа "7Я", базирующаяся на техниках и методах использования метафорических ассоциативных карт (МАК).

Метафорические карты - вид арт-терапии, основывающийся на нормах и принципах проективных методик. Впервые был разработан и предложен как метод психотерапии и психокоррекции в Канаде в 1975 году профессором искусствования Эли Раманом и психотерапевтом Джозефом Шлихтером [2].

Эффективность использования МАК обусловлена тем, что данный проективный метод имеет ряд значимых достоинств. Он создает атмосферу комфорта, безопасности и доверия, способствует раскрытию скрытых внутренних потенциалов и улучшению коммуникации с окружающими; помогает разобраться и понять истинные причины психологических проблем, возникающих у человека; позволяет обойти выработанные годами психологические защиты человека, что позволяет психологу продуктивно работать с неосознаваемыми внутриличностными конфликтами; способствует формированию новых психологических ресурсов [1; 2].

**Материал и методы.** Цель программы - оказание консультативной и психокоррекционной помощи матерям, имеющих детей с ранним детским аутизмом (РДА). Задачи программы. Создание рабочей площадки для продуктивного общения и взаимодействия матерей детей с РДА между собой; проведение просветительских групповых консультаций по вопросам воспитания, обучения и лечения детей с РДА; коррекция негативного психологического состояния матерей; коррекция внутренних конфликтов и переживаний, связанных с рождением и дальнейшим будущим ребенка; коррекция детско-родительских и внутрисемейных взаимоотношений; содействие в переоценке текущей жизненной ситуации с определением новых жизненных ценностей и целей. Методологическая основа: личностно-ориентированная патогенетическая психотерапия (В.Н. Мясищев); экзистенциальная психология и логотерапия (А.Н. Леонтьев, В. Франкл, А. Лэнгле); аналитическая психология (К.Г. Юнг). Программа предназначена для матерей, имеющих детей-дошкольников (в возрасте от 4 до 7 лет) с ранним детским аутизмом. Форма работы - групповая.

Используемые психотерапевтические методики и техники: арт-терапия (МАК; изотерапия); когнитивная психотерапия (А. Бека); логотерапия (В. Франкла).

С целью выявления особенностей в эмоционально-личностной сфере у участников группы, а также определения количественных показателей эффективности программы, в начале и конце ее реализации проводится психодиагностическое исследование с использованием следующих методик: "Семь состояний" Е.Б. Фанталовой [3], "Шкала оценки дискомфорта" Е.Б. Фанталовой [3], "Шкала депрессии" А. Бека [4].

Апробация психокоррекционной программы "7Я" проводилась в 2014-15 гг. на базе МАДОУ детского сада комбинированного вида №22 "Пчелка" г. Домодедово Московской области. В ней приняли участие матери, чьи дети имели диагноз F84.0 ("Детский аутизм") и посещали данное ДОУ.

**Результаты апробации программы и их обсуждение.** В начале реализации программы "7Я" были проведены индивидуальные консультации с каждой матерью "особого" ребенка (консультативно-диагностический этап). Им разъяснялись цель и задачи программы, ее направленность и ожидаемые результаты, а также предлагалось пройти тестирование для определения их текущего психологического состояния.

Далее начинался теоретический этап, включающий в себя две групповые консультации, задачами которого являлось ознакомление матерей с клинико-психологической характеристикой детей с РДА; особенностями жизнедеятельности семей, воспитывающих "особого" ребенка, а также формирование теоретической базы, необходимой для участия в тренингах.

Затем наступал коррекционный этап, состоящий из 8 групповых психологических тренингов, направленных на непосредственное решение целей и задач программы. Групповые консультации, а затем и тренинги, проводились один раз в две недели, их продолжительность составляла, в среднем, 90 минут. Психокоррекционные мероприятия имели следующую структуру проведения: приветствие (объявление темы консультации/тренинга); основная часть (консультирование/психокоррекция участников группы с использованием МАК в соответствии с задачами программы); рефлексия полученного опыта; прощание.

После окончания коррекционного этапа участникам группы с целью определения эффективности программы предлагалось вновь заполнить те же самые методики, которые они выполняли в начале работы (завершающий этап).

Психокоррекционная программа "7Я" проходила свою апробацию в течение двух лет, и ее участниками стали 20 человек. Ниже приведены результаты диагностического исследования в начале и в конце реализации программы "7Я". В целях выявления достоверности полученных данных был использован t-Критерий Стьюдента.

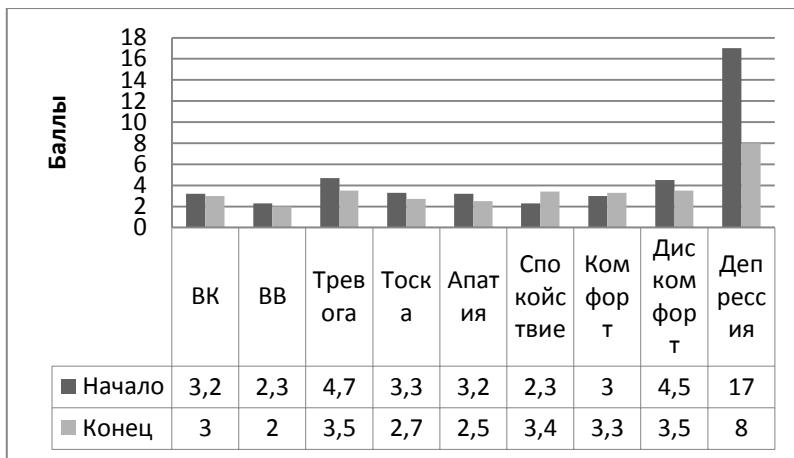


Рис 1. Средние значения выраженности психоэмоциональных состояний у участников в начале и конце реализации программы "7Я".

В начале реализации программы у участников групп отмечался средний уровень "внутреннего конфликта" (ощущения пустоты, разлада с самим собой), "тревоги", "тоски", "апатии", а также был выявлен слабовыраженный психологический дискомфорт и умеренный уровень депрессии. Состояния "спокойствия" и "внутреннего комфорта" не были характерны для матерей, имеющих дошкольников с аутизмом.



После участия в психокоррекционной программе "7Я" у женщин наблюдается значимое и значительное снижение выраженности чувства "тревоги" (при  $p=0,01$ ), а также снижение до низкого уровня состояний "тоски" ( $p=0,01$ ) и "апатии" ( $p=0,05$ ). Отмечается значимое снижение уровня психологического дискомфорта ( $p=0,01$ ) и депрессии ( $p=0,05$ ).

**Выводы.** Психокоррекционная программа "7Я" успешно справилась с поставленными перед ней целями и задачами, доказала свою эффективность и практическую значимость, и поэтому метафорические карты могут применяться специалистами в психокоррекционной и психотерапевтической работе с матерями, имеющих детей с РДА.

#### Литература

1. Дмитриева Н.В., Буравцова Н.В. Метафорические карты в пространстве консультирования и психотерапии. - Новосибирск, 2015. - 228 с.
2. Морозовская Е. Мир проективных карт: Обзор колод, упражнения, тренинги. - М.: Генезис, 2014. - 168 с. - илл.
3. Фанталова, Е.Б. Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта / Е.Б. Фанталова. - Самара : Издательский Дом БАХРАХ-М, 2001. - 128 с.
4. Шкала депрессии Бека [Электронный ресурс] // URL : <http://psylab.info/Шкала депрессии Бека>. - Дата обращения 30.06.2016.
5. Solomon A., Chung B. Understanding autism: how family therapists can support parents of children with autism spectrum disorders // Family Process. 2012. Vol. 51. № 2. P. 250–264.

**Кукаркина Е.Б., Шапиро А.З.**

**Проблемы развития «лингвистической индивидуальности» в детском возрасте в норме и патологии (в свете теоретико-психологических взглядов и психолого-педагогической практики С.Я.Рубинштейн)**

ФГБОУ ВО МГППУ, Федеральный ресурсный центр  
по организации комплексного сопровождения  
детей с расстройствами аутистического спектра,  
ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания» РАО  
г. Москва, Россия  
[ekukar1954@mail.ru](mailto:ekukar1954@mail.ru), [shapalex@mail.ru](mailto:shapalex@mail.ru)

**Ключевые слова:** билингвизм, детство, норма-патология, психология развития, С.Я.Рубинштейн

**Kukarkina E., Shapiro A.**

**The problem of normal and pathological development of “linguistic personality” in childhood (in the light of theoretical psychological attitudes and psycho-educational practices of S.Ya.Rubynshteyn)**

MSUPE, Federal Resource Center for Integrated Support to Children with ASD,  
Institute of Childhood, Family and Socialization Research,  
Russian Academy of Education, Moscow, Russia

**Keywords:** bilingualism, childhood, norm-pathology, developmental psychology, S.Ya.Rubynshteyn

Юбилей успешных учителей - повод задуматься о собственной жизни в профессии. Сусанна Яковлевна Рубинштейн оказала огромное влияние на авторов статьи. Поэтому мы решили отметить юбилей Учителя, представив научному сообществу исследование, в котором мы приняли равное участие, как психо-

лог-исследователь и как педагог-психолог. Заметим сразу, что приведенный текст отнюдь не является только обобщением эмпирического материала, в нем есть существенный теоретико-психологический компонент на стыке нескольких областей отечественной психологии, на развитие которых Сусанна Яковлева оказала большое влияние.

Проблема изучения иностранного языка с психологической точки зрения состоит, по сути дела, в анализе индивидуальных особенностей преподавателей, учащихся и членов их семей на разных возрастных и профессиональных уровнях этого изучения. Мы выделяем культурно-лингвистический и лингво-психологический контексты развития индивидуальности в онтогенезе [6]. В отличие от культурно-лингвистического контекста (те языки, изучением которых мог бы заняться данный человек, ребенок или взрослый, если бы была на то добрая воля его самого или его социального окружения), лингво-психологический контекст связан с тем, как человек усваивает языки, исходя из свойств его поведения и психики, а не того педагогического инструментария, который ему предлагается в процессе обучения. В этом отношении нет в мире людей, говорящих одинаково, (все уникальны!), и изучая родной язык, и осваивая языки вторые (иностраннные).

Исследование соотношения природно-биологических, социобиологических и культурно-исторических факторов развития индивидуальности ребенка в лингвистическом контексте чрезвычайно важно. И здесь важно упомянуть, что биосоциальная проблема в психологии была в центре внимания научных поисков С.Я. Рубинштейн [4]. Речь – видотипическое качество человека, сформировавшееся в филогенезе и социогенезе (на его ранних этапах). Не существуют биологические предпосылки к усвоению конкретного языка. Однако язык и речь, являясь социально-историческими образованиями, тем не менее, имеют природно-биологическую, эволюционно-генетическую основу, которая, в частности, состоит в том, что способности к усвоению языка различаются у разных людей, о чем убедительно свидетельствуют современные данные психогенетики, возрастной и дифференциальной нейрофизиологии нейропсихологии и т.д.

С другой стороны, семья и метасемейное окружение чрезвычайно важны в усвоении языка и речи, как для актуальной деятельности субъекта, так и для развития его индивидуальности на всех этапах онтогенеза. Показано, что семья, в отличие от метасемейного окружения, «в идеале» и сразу, т.е. с момента рождения ребенка, а затем и на всех этапах онтогенеза (ввиду своей культурно-исторической сущности) находится в состоянии «инклюзии» по отношению к нему, в частности членами семьи учитываются соответствующие потребности людей, изучающих языки, а также (как правило) происходит принятие и поддержка их индивидуально-органических и индивидуально-психологических особенностей (в действительности все гораздо сложнее, но об этом ниже). Возрастная специфика развития лингвистической стороны индивидуальности, имеет место, тоже в рамках «социальной ситуации развития» (Л. С. Выготский) человека. В частности, ребенок никогда не заговорит на языке, который он не слышал в «доречевом» периоде своего развития. Вместе с тем, это особенно важно при изучении «коррекционных» условий развития индивидуальности ребенка в лингвистическом контексте, актуальный («здесь

и теперь») опыт в усвоении языка является сверхважным. В этой связи можно отметить интересные факты, полученные одним из авторов (А.З.Шапиро) при изучении семей детей-билингвов. Например, по данным его клинико-психологической работы, мальчик Миша из Москвы, 3-х лет, говорит на 3-х языках: с мамой на испанском, с папой на английском, с бабушкой, во дворе и в детском саду на русском. Меньше всего по времени он говорит с папой, но, кажется, выбрал английский в качестве ведущего, скорее всего потому, что на нем все его игры на планшете и большинство детских фильмов, которые ему доступны. На приеме говорил с мамой на английском, хотя мама и склоняла его к разговору на русском [6].

Как неоднократно указывалось классиками психологии (в частности, Л.С.Выготским и представителями его научной школы) закономерности нормы и патологии в изучении развитии поведения и психики взаимозначимы, т.е. для понимания нормы нужно знать патологию, и наоборот [1]. Поэтому не случайно в качестве иллюстрации к приведенным положениям мы приводим случай из нашей практики. Мальчик К., 2003 г. р., наблюдался и получал коррекционную помощь в одном из ПМС-центров г.Москвы с 2009 г. (5,5 лет). Жалобы на момент обращения в Центр: отставание в речевом и интеллектуальном развитии, гиперактивность. Наследственность по психическим заболеваниям неотягощена. В семье 4 человека: мать (1970 г. р, высшее образование, домохозяйка), отец (1967 г. рож., высшее образование), сестра (1997 г. р., развивается нормально). Ребенок от беременности, протекавшей нормально. Роды в срок, самостоятельные. Закричал сразу. На 1-м году жизни моторное и речевое развитие нормальные: сидит с 6 мес., пошел в 1 год; гулил, лепетал, начали появляться отдельные слова; хорошо шел на контакт, играл с игрушками, выполнял простые инструкции, показывал предметы по слову. В 1,5 года перенес тяжелый грипп. На фоне высокой температуры были судороги, в дальнейшем – ложный круп, был госпитализирован - несколько дней был безучастным, не реагировал на окружающее. После болезни дал регресс в развитии, стал пассивным, не интересовался игрушками, речь (отдельные слова) «ушла». С этого времени постоянно наблюдался у невролога, получал лечение; занимался с логопедом и дефектологом. Речь появилась в 3 года, развивалась медленно. В массовый детский сад не попал в связи с задержкой развития и расторможенностью поведения. С 4-х лет наблюдается психиатром, получают лечение. В 6 лет поставлен диагноз F84.1 – атипичный аутизм. С 5,5 лет получал коррекционную помощь в ПМС-центре – занятия с психологом (в течение 7-ми лет) и с логопедом-дефектологом (в течение 6-ти лет). По данным психологических обследований за указанный период основные проблемные зоны развития мальчика – речь, мотивационно-волевая сфера и отдельные когнитивные функции. Отмечалась положительная динамика в развитии всех этих зон, но не полная компенсация. Уровень интеллектуального развития в пределах невысокой нормы. По данным выполнения теста Векслера в 2016 г. общий интеллектуальный показатель (ОИП) равен 90 баллов (соответствует уровню «средней нормы»), вербальный показатель ниже невербального, их значения, соответственно, равны 81 баллу (уровень «Сниженной нормы») и 101 баллу («средняя норма»). По данным логопедических обследований состояние речевой сферы мальчика характеризуется как «Системное недоразвитие речи» (СНР) в струк-

туре основного заболевания (расстройство аутистического спектра). За указанный период степень выраженности данного нарушения уменьшилась от СНР тяжелой степени на 1-м году коррекции до СНР легкой степени на 6-м году коррекционной работы. С 2011 года К. обучался в школе для детей с нарушениями развития, индивидуально, затем в малокомплектном классе, в течении 5-ти лет (подготовительный класс и начальная школа), в настоящее время учится в 5-м классе в школе надомного обучения (общеобразовательная программа).

За весь период наблюдения отмечалась специфическая особенность мальчика: он постоянно использовал в своей спонтанной речи английские слова и выражения, при том, что дома никто не обучал его английскому языку – видимо, мальчик усваивал его из мультфильмов и компьютерных игр. В период школьного обучения К. был вполне успешен на уроках английского языка, все другие предметы давались ему тяжелее. Возникла гипотеза, что мальчик по каким-то причинам лучше владеет иностранным языком, чем родным. Для этого была предпринята попытка оценить уровень владения английской и русской речью с помощью одних и тех же методик (выборочных субтестов из теста Векслера). Работа не завершена, имеются разного рода сложности, в частности, связанные с актуальным состоянием К. Перед психологом стоит сейчас вопрос, заканчивать ли многолетнюю коррекционную работу или искать какие-то ее новые формы? Возможно, занятия английским как-то помогут продвинуться, так как русская речь ребенка не может взять на себя тех регуляторных функций, которые работают при типичном развитии. В этой связи упомянем пилотное исследование Б.Котик[2], двуязычных израильских больных шизофренией (1-й язык, русский, второй – иврит, освоенный уже во взрослом возрасте), испытуемым предлагалось объяснить смысл пословиц (понимание переносного смысла). Получалось, что на своем родном русском языке испытуемые говорили «какую-то бессмысленную ерунду», а на иврите давали вполне удовлетворительное объяснение. Т. е., на разных языках они по-разному мыслили. В связи с этим можно предположить, а что, если К., который не умеет связно рассуждать и излагать свои мысли на русском языке, сможет справиться с этой задачей на английском языке, который он каким-то стихийным образом как-то владеет?

Возвращаясь к нашему случаю, отметим, что, несмотря на все очевидные оговорки и трудности, английский язык у мальчика (К.), освоившего его спонтанно, действительно лучше русского. Какие возможности дает эта, по существу, единственно-успешная учебная деятельность для компенсации психических нарушений, вызванных основным заболеванием? Возможно, что какие-то учебные предметы К. может овладевать успешнее на английском, например, математику, и, может быть, это будет иметь для мальчика хороший развивающий (компенсирующий) эффект: он лучше поймет формулировки и рассуждения на английском языке. Ведь на русском он совсем не умеет анализировать текст сообщения и рассуждать – эти когнитивные процессы у него нарушены. Типичные математические задачи, сформулированные на русском языке, мальчик решает случайным образом, без понимания, используя готовые алгоритмы и не анализируя текст. Но он вполне может решать задачи в наглядно-действенном плане, где не предполагается участие речи, например, когда пе-

ред ним имеется некая графическая структура. У мальчика отсутствует адекватная функция контроля, и когда требуется последовательно проверить свои действия, мама обычно дает готовый ответ (даже на занятиях с психологом). Мама обволакивает К. «пленкой защиты» и именно в этом полагает свою родительскую миссию. Но ничего не получится, если он сам не научится контролировать свою деятельность и замечать свои ошибки. Такая неадекватно-гиперпекающая, детоцентрированная позиция мамы («у меня больной ребенок и я его люблю – поэтому и не хочу заставлять что-то делать») дает основание для предположения, что, может быть, и английский язык К., по существу, знает потому, что мама туда не вмешивается? И не получается ли в данном случае парадокс: непосредственно связанная с заболеванием спонтанность и импульсивность в определенном смысле хороши для освоения (на начальных этапах) иностранного языка? Но по отношению к другим предметным областям, ребенка нельзя ничему научить, поскольку он спонтанен, импульсивен и неспособен себя контролировать.

Что касается успехов с английским, то, с одной стороны, в случае К. ничего удивительного нет. Психолингвисты сейчас много пишут о том, что даже без специального обучения дети-дошкольники проявляют спонтанный интерес к иноязычной действительности (и приведенный выше «случай Миши» - тоже об этом убедительно свидетельствует) [6]. С другой стороны, ситуация с английским у К. уже сейчас достаточно критична. Существует реальная опасность ухода мальчика в свой собственный специфический английский, бесполезный для реальной жизни.

Следует отметить, что Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн неоднократно подчеркивали особую профессиональную миссию клинических психологов как, прежде всего, квалифицированных диагностов, сотрудников психиатров (напр., определяющих наличие или отсутствие нарушений мышления, характер нарушений и степень их выраженности; тотальное или парциальное нарушение когнитивных функций; степень общего интеллектуального снижения и пр.), и осторожно (нам это представляется очень важным!) относились к популярному интересу коллег к психотерапии и ее более благозвучных для административного уха вариантов (в частности, психокоррекции) [1, 3, 4, 5.]. В этой связи возникает вопрос: является ли то, что мы пытаемся сделать диагностикой в клинико-психологическом смысле? Мы полагаем, что да, более того, это в духе качественных исследований школы Зейгарник-Рубинштейн.

#### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Издание 2-е, М., 1986.
2. Котик Б., Соловей П. Как выучить иностранный язык. М., 2005.
3. Рубинштейн С.Я. Эксперимент. методики патопсихологии. М., 1999.
4. Рубинштейн С.Я. Некоторые конкретные вопросы патологии психики человека в свете философской проблемы биологического и социального. – В сб.: Соотношение биологического и социального в человеке. Материалы к симпозиуму. М., 1975, с.583-596.
5. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения. К 100-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн. Материалы всероссийской юбилейной научно-практической конференции. М., 2011.
6. Шапиро А.З. К вопросу о лингвистическом аспекте развития индивидуальности в онтогенезе. – Тезисы 5-й Всероссийской Конференции «Психология индивидуальности». 9-11 декабря 2015г. М., 2015, с.54-56.

Куликова О.С.

**Рефлексивность / импульсивность как фактор социальной адаптации на инициальном этапе параноидной шизофрении**

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет»

Минздрава РФ, Оренбург, Россия

[ol.kkv@mail.ru](mailto:ol.kkv@mail.ru)

**Ключевые слова:** рефлексивность/импульсивность, социальная адаптация, шизофрения.

**Kulikova O.**

**Reflection / impulsivity as a factor of social adaptation in first episode of paranoid schizophrenia**

Orenburg State Medical University, Orenburg, Russia

**Keywords:** reflection/impulsivity, social adaptation, schizophrenia

**Введение.** Изучение особенностей социальной адаптации на инициальном этапе шизофрении предполагает учет специфичных изменений когнитивной сферы пациентов. В этом отношении определенный интерес представляют связанные с заболеванием изменения когнитивно-стилевых характеристик. Основываясь на концепции М.А. Холодной о структурно-уровневой организации интеллекта [5], мы рассматриваем когнитивно-стилевые особенности пациентов, страдающих шизофренией, как компоненты структуры интеллекта, отражающие обобщенные типологические особенности восприятия и мышления и степень нарушения (снижения, ослабления) регуляции процессов обработки информации в целом. При этом когнитивный стиль рассматривается как квадрупольный феномен, то есть предполагается, что на каждом из известных когнитивно-стилевых полюсов можно выделить по две подгруппы обследуемых с разными типами когнитивного функционирования (в более ранних исследованиях одному полюсу каждого когнитивного стиля соответствовала одна подгруппа обследуемых). В частности, в рамках когнитивного стиля «импульсивность / рефлексивность» при учете показателей «количество ошибок при сравнении похожих рисунков» и «среднее латентное время первого ответа», на полюсе импульсивности выделяются «быстрые /неточные» (или «импульсивные») и «быстрые / точные» индивиды. Соответственно полюс рефлексивности маскирует «медленных / точных» (или «рефлексивных») и «медленных / неточных» индивидов.

Ослабление регуляции процессов обработки информации в рамках исследуемого когнитивного стиля проявляется в недостаточно систематичном сборе информации в процессе построения ментальной репрезентации реальности в сочетании с низкой способностью отсрочить принятие решения до момента более полного и тщательного анализа информации [5]. В настоящей работе представлены результаты изучения когнитивного стиля «рефлексивность / импульсивность» как фактора социальной адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении.

**Материал и методы.** Было обследовано 80 пациентов (41 мужчина, 39 женщин в возрасте от 18 до 39 лет) с клиническим диагнозом «шизофрения, параноидная форма» (F20.0 по МКБ-10) при длительности заболевания с момента манифестации психоза до проведения обследования – не более 1 года. Обсле-

дование было проведено с использованием следующих психодиагностических методик: 1. методика Дж. Кагана (J. Kagan) «Сравнение похожих рисунков» [6] - для диагностики когнитивного стиля «рефлексивность / импульсивность»; 2. многоуровневый опросник А.Г. Маклакова, С.В. Чермянина «Адаптивность» (МЛО-А) [4] – для диагностики характеристик социальной адаптации пациентов. Применение методов стандартизированного самоотчета, базирующихся на субъективной оценке обследуемыми своих индивидуально-психологических особенностей, было дополнено данными метода экспертной оценки, позволяющего получить более объективные сведения, основанные на данных медицинской документации и клинического наблюдения за поведением пациентов в период нахождения в стационаре. Для осуществления экспертной оценки привлекались врачи-психиатры, курирующие пациента в период проведения исследования. Экспертная оценка осуществлялась на основе разработанной нами шкалы социальной адаптации [3]. На этапе статистической обработки результатов исследования измеренные когнитивно-стилевые переменные (показатели «количество ошибок при сравнении похожих рисунков» и «среднее латентное время первого ответа») были включены в процедуру кластерного анализа с целью разделения обследуемых по когнитивно-стилевым subgroupам [5]. Между выделенными в результате кластеризации когнитивно-стилевыми подгруппами была проведена оценка достоверности различий в отношении измеренных показателей социальной адаптации (критерий Манна-Уитни).

**Результаты.** Процедура кластеризации позволила выделить 2 подгруппы в рамках когнитивного стиля «рефлексивность / импульсивность»: «импульсивные» («быстрые и неточные») и «медленные и неточные». В экспериментальной группе в подгруппу «импульсивных» были включены 58 пациентов (из них 35 мужчин), а подгруппу «медленных и неточных» составили 22 пациента (из них 6 мужчин).

Следует отметить, что максимально можно выделить 4 subgroupы в рамках того или иного когнитивно-стилевого параметра [5]. При этом в зависимости от особенностей выборки количество выделенных subgroup может отличаться. В частности, такая закономерность выявлена в исследовании И.С. Кострикиной на выборке студентов с высоким и сверхпороговым уровнем интеллекта [2], а также в работе Е.Л. Коробовой на выборке пациентов, страдающих шизофренией [1]. В нашем исследовании обсуждаемая закономерность обнаружена у пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении, что проявилось в «выпадении» когнитивно-стилевых subgroup «быстрых и точных» и «рефлексивных» («медленных и точных») обследуемых. То есть для пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении характерна низкая точность перцептивного сканирования при выпадении наиболее продуктивных когнитивно-стилевых subgroup и ослаблении регулирующих аспектов интеллектуальной деятельности.

Процедура оценки достоверности различий между выделенными когнитивно-стилевыми subgroupами позволила выявить ряд статистически значимых различий по показателям социальной адаптации пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении. Так, «медленные и неточные» обследуемые, по сравнению с «быстрыми и неточными», обнаруживают более высокие зна-

чения экспертной оценки уровня социальной адаптации ( $p < 0,05$ ). Кроме этого, в подгруппе «медленных и неточных» обследуемых получены более высокие значения показателей (в стенах) по шкалам «поведенческая регуляция» ( $p < 0,01$ ), «коммуникативный потенциал» ( $p < 0,001$ ), «моральная нормативность» ( $p < 0,05$ ), «астенические реакции и состояния» ( $p < 0,05$ ) и «психотические реакции и состояния» ( $p < 0,01$ ) (МЛО-А). Необходимо отметить, что высокие значения показателя экспертной оценки и более высокие баллы по вышеназванным шкалам МЛО-А в стенах соответствуют более высокому уровню адаптационных возможностей.

Анализ полученных эмпирических данных позволяет говорить о том, что «медленные и неточные» пациенты (по сравнению с «быстрыми и неточными») характеризуются более высоким уровнем социальной адаптации, включая большую успешность поведенческой регуляции в процессе межличностного общения и правильное отношение к принятым в обществе правилам и нормам на фоне относительно невысокого уровня ситуационной тревожности, удовлетворительного уровня физической и психической работоспособности, а также толерантности к неблагоприятным факторам внешней среды при относительно низкой вероятности астенического или психотического реагирования на стрессовые ситуации.

**Выводы.** Таким образом, для пациентов на инициальном этапе параноидной шизофрении характерно «выпадение» наиболее продуктивных когнитивно-стилевых подгрупп «быстрых и точных» и «рефлексивных» обследуемых, что проявляется в относительно низкой точности перцептивного сканирования и ослаблении способности отсрочить принятие решения до момента более полного и тщательного анализа информации. При этом получены данные об относительно более высоких возможностях социальной адаптации у пациентов, склонных к более длительным периодам анализа информации в ходе сканирования зрительных стимулов.

#### Литература

1. Коробова Е.Л. Когнитивные стили у больных шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук: 19.00.04 / Коробова Елена Леонидовна. - СПб, 2007.
2. Кострикина И.С. Соотношение стилевых и продуктивных характеристик интеллектуальной деятельности у лиц с высокими значениями IQ: диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.01 / Кострикина Ирина Станиславовна. – М., 2001.
3. Куликова О.С. Психологические факторы социальной адаптации больных параноидной шизофренией на инициальном этапе заболевания: диссертация ... кандидата психологических наук: 19.00.04 / Куликова Ольга Сергеевна. – СПб, 2015.
4. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях [Текст]: научное издание / А.Г. Маклаков // Психологический журнал - 2001. - Т. 22, N 1. - С. 16-24.
5. Холодная М.А. Когнитивные стили. О природе индивидуального ума. / М.А. Холодная. - 2-е изд. - СПб: Питер, 2004.
6. Kagan J. Reflection-impulsivity: The generality and dynamics of conceptual tempo / J. Kagan // Journal of Abnormal Psychology. - February 1966. - Vol. 71. - No 1. - P.17-24.



**Латышева М.А.**

**Методика оценки интрацептивного восприятия и прогнозирование психосоматического развития в детском возрасте**

Федеральное государственное автономное образовательное  
учреждение высшего образования  
«Крымский федеральный университет имени В.И. Вернадского»  
Гуманитарно-педагогическая академия (филиал) в г. Ялте, РФ  
[maralat@vandex.ru](mailto:maralat@vandex.ru)

**Ключевые слова:** детский возраст, психосоматическое развитие, интрацептивное восприятие, психодиагностика развития интрацептивного восприятия

**Latysheva M.**

**Aptitude test of the intraceptual perception and prediction of the psychosomatic development in childhood**

Humanities and Pedagogical Academy (Branch) The Federal state autonomous Educational Establishment for Higher education "Crimean Federal University named after V.I. Vernadsky "at Yalta, Russia

**Keywords:** childhood, psychosomatic development, intraceptual perception, psychodiagnosics of the development of intraceptual perception

**Введение.** Понимание взрослыми особенностей состояния здоровья ребенка имеет первостепенное значение и затруднительно без учета описания ребенком собственного самочувствия, т.е. совокупности интрацептивных ощущений. Однако практика оказания психологической помощи показывает, что дети и взрослые испытывают трудности при описании телесных феноменов. При этом негативные интрацептивные ощущения вербализуются нередко лучше, чем позитивные. Сложность заключена в том, что большинство психосоматических явлений человека, в частности, таких как интрацептивные, вестибулярные, проприоцептивные ощущения уже на ранних этапах онтогенеза приобретают особые свойства «невидимости», «прозрачности» и в состоянии практического здоровья, несмотря на значимость информации «изнутри организма», как правило, не воспринимаются, растворяясь в общем информационном потоке.

Трудности возникают и при выборе способов психодиагностики телесных явлений в детском возрасте. Чаще всего для изучения телесного опыта применяются различные модификации метода классификации, например, методику «Классификация ощущений» (А. Ш. Тхостов, О. В. Ефремова), метод изучения функциональных психосоматических симптомов (Г. А. Арина, И. А. Виноградова), методику «Классификация дескрипторов соматических ощущений» (Г. А. Арина), которые предполагают сформированность системы значений для описания психосоматических явлений [4;7]. Однако до подросткового возраста дети слабо дифференцируют телесные и психические феномены, соединяя их с эмоционально нагруженной ситуацией, да и на протяжении подросткового возраста факторы эмоциональной природы остаются важным звеном в регуляции телесного опыта и физического самочувствия [2]. А значит, большинству детей и подростков объективно сложно описать собственное самочувствие, тем более конкретизировать до уровня определенных интрацептивных ощущений. При этом, несмотря на повсеместное проявление психосо-

матической реальности в жизни человека, ее значимости в психическом онтогенезе, этот аспект зачастую игнорируется, либо становится важным лишь в ситуации болезни.

Положение о единстве соматического и психического, об их взаимовлиянии в настоящий момент является общепризнанным. Однако разграничить психосоматические симптомы и психосоматические феномены, описать сам процесс формирования телесности в индивидуальном развитии человека стало возможным не так давно, благодаря работам отечественных клинических психологов [1;5;7]. В частности, В. В. Николаева и А. Г. Арина справедливо указывают: «Культурно-историческая концепция развития психики открывает возможность качественного изменения общего представления о телесном развитии человека (нормальном и аномальном), позволяет рассматривать его как процесс, сопряженный с общим ходом психического развития...не ограниченный только ростом организма...»[5].

Сформулированные авторами методологические принципы психологии телесности позволили выделить три группы психосоматических явлений: когнитивные (образ тела, образ боли, самочувствие), эмоциональные (переживания, обусловленные функционированием телесности, отношения к ней), поведенческие (телесные действия и навыки). Наряду с этим появилась основа для описания психологических механизмов формирования психосоматических феноменов, структурирования вариантов их дизонтогенеза.

**Материал и методы.** Исходя из вышеизложенного появилось предположение, что упростить ребенку или подростку процедуру описания его телесного опыта возможно, используя диагностический инструментарий с наименьшим количеством знаковых опосредствований, с гибкими знаковыми системами. В частности, этот критерий представлен в методическом аппарате психологии субъективной семантики, который к тому же позволяет «построить алгоритмы обработки и интерпретации данных, опирающиеся на те же психологические механизмы, что были задействованы у испытуемых при получении результатов» [6]. Подобная специфика стимульного материала минимизирует вероятность социально желательных ответов, проявления стратегии самопрезентации; объективирует трудно вербализуемые уровни телесного опыта и отношений ребенка в системе невербальных коннотативных значений.

Предлагаемая методика представляет собой модификацию цветового теста отношений, в которой в качестве объекта оценивания представлены интрацептивные ощущения [7]. Таким образом, у ребенка преодолевается трудность категоризации телесных ощущений. С целью экспериментального обоснования предлагаемой методики проведен ряд психологических исследований, в которых приняли участие дети младшего школьного возраста (практически здоровые и часто болеющие) и подростки (практически здоровые и с нарушениями опорно-двигательного аппарата) с разным опытом переживания интрацептивных ощущений [2;3]. Алгоритм действий психолога следующий. Вначале ребенку предлагается из выложенных перед ним на белом листе бумаги 8 цветowych карточек выбрать самый приятный в данный момент, исходя из того, насколько этот цвет предпочтительнее для него относительно других при данном выборе, исключая любимые цвета. Затем перед ним на белом фоне вновь выкладываются в случайном порядке цветowych маркеры и дается инструкция

подобрать к каждому из предложенных понятий тот цвет, который ему «больше всего подходит», отмечая, что при этом цвета могут повторяться для различных понятий.

В качестве понятий были использованы нижеследующие:

- 1) люди из непосредственного окружения ребенка, а также понятия, имеющие существенное значение в жизнедеятельности ребенка – Я, мать, отец, сестра, брат, бабушка, дедушка, здоровье, болезнь, учеба, отдых;
- 2) словарь интрацептивных ощущений (тяжесть, слабость, усталость, вялый, боль, голод, зуд, тошнота, жар, биение, сжиматься, плохо, противный, напряжение, тревога, уныние, покой, легкость, свежесть, ласкающий, удовольствие, приятный, блаженствовать) [7].

Для дальнейшего психологического анализа ощущения из интрацептивного словаря удобно дифференцировать на три группы:

- 1 группа — позитивные: здоровье, отдых, покой, легкость, свежесть, ласкающий, удовольствие, приятный, блаженствовать;
- 2 группа — негативные: болезнь, тяжесть, слабость, боль, усталость, вялый, жар, тошнота, сжиматься, плохо, противный, тревога, уныние;
- 3 группа — двойственные: зуд, голод, биение, напряжение, возбуждение.

На завершающем этапе ребенку предлагается выбрать цвета в порядке привлекательности.

Анализ полученных результатов проводится по схеме:

- анализ цветowych рядов с использованием техники сопоставления и интерпретации двух выборов;
- присвоение функционального значения цветovým маркерам в индивидуальном цветоассоциативном ряду;
- качественный анализ цветоассоциативных ответов ребенка и их сопоставление с цветоассоциативными семантическими универсалиями, эксплицированными у младших школьников, подростков [2;3].

Следует отметить, что, прежде чем мы столкнемся у ребенка с психологической проблемой, собственно с психосоматическим расстройством есть возможность диагностировать предвестников нарушения в психосоматической линии развития – отставание в социализации телесных функций, регресс, искажение благодаря оценке уровня развития интрацепции как когнитивного аспекта телесности [1;5].

**Резюме.** Анализ психологической литературы позволяет констатировать, что разработка психодиагностического инструментария для изучения особенностей формирования телесных феноменов, в частности, интрацептивного восприятия на этапе детства представляет собой актуальную самостоятельную проблему. В связи с объективными трудностями применения вербальных методов для оценки телесного опыта в детском возрасте целесообразно сместить внимание на семантические характеристики и способы категоризации телесного опыта. Цветоассоциативное означение интрацептивных ощущений нивелирует нечеткость осознания ребенком интрацептивных ощущений, их слитность с эмоционально нагруженной ситуацией, обеспечивая возможность специалисту проведение в дальнейшем психологического анализа уровня развития интрацептивных ощущений.

## Литература

1. Исаев Д. Н. Психосоматические расстройства у детей : руководство для врачей – СПб. : Питер, 2000. – 512 с.
2. Латышева М. А. Психологические особенности развития интрацептивного восприятия у детей младшего школьного возраста : дис. ...канд. психол. наук : 19.00.07. – К. , 2008. – 222 с.
3. Латышева М. А. Особенности развития интрацептивного восприятия у подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата // Проблеми сучасної педагогічної освіти. Сер.: Педагогіка і психологія. – Зб. статей : – Ялта : РВВ КГУ. Вип. 34. – Ч.1., 2011. – С. 11-16.
4. Мотовилин О. Г. Развитие представлений о собственном теле у детей в условиях семьи и интерната [Электронный ресурс] : дис. ... канд.психол.наук : 19.00.04. – М. : 2001. – 188 с. Режим доступа : <http://www.dissert.ru/contents/122970.html>.
5. Николаева В. В., Арина Г. А. Клинико - психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24. –№ 1. – С. 119 - 126.
6. Серкин, В. П. Методы психосемантики : учеб. пособие для студентов вузов / В. П. Серкин. – М. : Аспект - Пресс, 2004. – 207 с.
7. Тхостов, А. Ш. Психология телесности. – М. : Смысл, 2002. – 287 с.

**Левтерова-Гаджалова Д.С.**

**Мобильные приложения в психологической диагностике учеников с овз – альтернативы или перспективы**

ПУ „Паисий Хилендарски”, Пловдив, Болгария

**Levterova – Gajalova D.**

**Mobile applications in psychological diagnostics of students with special educational needs – perspectives or alternatives**

PU „Paisii Hilendarski”, Plovdiv, Bulgaria

**Keywords:** applications for mobile devices, special educational needs, psychosocial diagnostics

**Введение.** Современное поколение учеников с ОВЗ родилось в цифровую эру. Их предпочтения для обмена информацией относятся к устройствам из виртуальной среды. Мобильные устройства имеют больше возможностей, чем персональные компьютеры, могут быть использованы для тестирования. Модели психологической диагностики с помощью мобильных приложений реализованы в настоящее время частично.

Применение мобильных приложений /Apps/ в области психологической диагностики связано с четкими доказательствами в их пользу. Однако применение мобильных приложений в психологической диагностике учеников с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) до сих пор вызывает сомнения. С одной стороны, Apps помогают снять барьеры психологической диагностики учащихся с ОВЗ, с другой стороны, практически нет Apps, специально разработанные для психологической диагностики учеников с ОВЗ.

Рассмотрим, прежде всего, положительные моменты. Среди них - повышение интереса учеников к цифровым устройствам. При работе с ними устанавливаются и отношения с реальным миром, так как объекты и явления почти реальны, видны со своими характерными особенностями и функциями; осуществляется воздействие отображаемых объектов и явлений в их естественном состоянии в природе и обществе. Естественность видна по отношению к другим предметам и явлениям в их естественном состоянии в окружающей среде.

Ребенок получает возможность для эмоционального положительного сопереживания ясности образов и силы воздействия. Работа с приложениями открывает возможности для интегрированной хорошей синхронизации с другими приложениями, оборудованием и системами для хранения данных. Имеется простота понимания предлагаемой информации из-за более сильного влияния стимула на сенсорные входы и быстрого создания когнитивных схем для отдельных предметов и явлений. Необходимый контроль психомоторного управления может осуществляться более просто – через прикосновение к сенсорному экрану. Прикосновение к сенсорному экрану, движения в направлениях влево - вправо и/или выше - ниже, просты, они не требуют чрезвычайной точности пальцев, проблемы с тонкими движениями пальцев, необходимыми для написания устранены. Управление действиями Apps, зрительно-моторная координация реализуются более плавно и незаметно.

Самостоятельное выполнение заданий учениками с ОВЗ требует принятия самостоятельных решения и влияет на результаты. Самостоятельные решения способствуют развитию исполнительных функций (планирование, отображение генеральных стратегий, контроль работы и процессов реализации, мониторинг и оценки окончательных результатов).

Неизбежные повторения во время выполнения процессуальных действий в соответствующих приложениях Apps или комплексных технологических задач в мобильных и игровых моделях увеличивают мотивацию для достижения успеха. Повторяющиеся задачи, связанные с получением информации из тех же самых стимулов, введенных в рабочую память, способствуют вкладу в представления об объектах, явлениях, событиях и процессах. Таким образом, повторения способствуют развитию памяти у учеников с ОВЗ. Специфика Apps голосовые варианты чтения текста и речевая синхронная экспрессия, редактирования текста с помощью речи в опции проговаривания; фотографирование визуально воспринимаемого материала и регистрации звуковой информации.

К сожалению, практически нет Apps, специально разработанных для психологической диагностики учеников с ОВЗ. Тем не менее, можно отметить, что есть Apps, которые созданы собственно для психологической диагностики, такие, как Brain Test HD, Brainwave Studio, Memory Trainer, Lumosity, Sound of Relieve Stress, Math Tricks, Color Blind Test, Montreal Cognitive Assessment (MoCA), General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG) и др. Отмеченные мобильные приложения имеют скорее развлекательный характер в сопоставлении с серьезной психологической диагностикой. В то же самое время, эти Apps (как и другие) можно использовать для тренинга и для совершенствования некоторых психологических операций, кроме того, они могут помочь сэкономить финансовые ресурсы.

Некоторые из созданных Apps (в основном с учебными целями) могут также быть использованы в психологической диагностике учеников с ОВЗ. Почти все Apps, включенные в систематику "Колесо приложений" по дислексии, могут быть использованы для разных аспектов психологической диагностики учеников с ОВЗ.

Самые популярные Apps по психологической диагностике, включают аспекты тренинга, связанные с brainstorm («мозговой шторм») и картой идеи

(Brainstorming and Idea Mapping), визуальной мультипликацией и исчислениями, относятся к мышлению /Multiplication, Mutch-Up Mach, Photo Math, BrainPOP, Mathway, Math Cards, 123 Counting Fun/, важны для учебы /Khan Academy: learn math, biology, chemistry, economics, art history and almost anything for free, StudyBlue, Schoology, KS2 Science/, знаний о космосе /Nasa/. Использование услуг «облака» /Mtel Cloud, Dropbox, iCloud, StreamNation, Adrive, SygarSync, Box, Mega, FireDrive, pCloud, Amazon Cloud Drive/ особенно важно, т.к. есть возможность сохранения информации в «облаке», что помогает жизненному функционированию, поскольку ученики с ОВЗ имеют тенденцию к дезорганизации.

Несмотря на наличие Apps для психологической диагностики, когда речь идет о психологической диагностике учащихся с ОВЗ, обязательно необходимо соответствие характеристикам учеников с ОВЗ.

Так например, при разработке дизайна Apps для психологической диагностики для учеников с дислексией и дисграфией важно использовать определенные шрифты, такие как Helvetica, Courier, Arial и Verdana или специально созданные для дислексии-дисграфии шрифты – The Dyslexie Font, The OpenDyslexic, Gill Dyslexia, Read Regular, Lexia Readable, Sylexiad. Также для учеников с ОВЗ подходят слегка цветной фон, размер 12-14 и жирный текст, в то время как блестящий и яркий белый фон, курсив, подчеркивание и заглавные буквы не являются эффективными в работе с учениками с ОВЗ.

Что касается перспектив психологической диагностики, идея использования Apps для учеников с ОВЗ встречает или полное сопротивление, или восторженный прием. Сопротивление связано с эффектом исторического понимания диагностики, с соблюдением правила обработки полученных данных и составления на их основе комплексного психологического портрета учеников с ОВЗ. Патетический прием связан не только с эффектом инновационного мышления и понимания, но и с ожиданием результатов от серьезных научных исследований в этом направлении.

Ученики с ОВЗ предпочитают Apps, потому что:

- трудности праксиса не существенны, двигательное воплощение на уровне моторики пальцев сводится к прикосновению и движения по экрану;
- трудности гнозиса сведены к минимуму, так как перцепция соответствующего стимула является полисенсорной;
- задачи памяти и мышления в основном игровые и интересные, что мотивирует, разрешаются многократные повторения, и часто создающие ментальные карты, и в этом аспекте имеется развивающий эффект;
- кодирование и декодирование информации опирается, поддерживается, как минимум, одним сенсорным каналом, который функционирует эффективно;
- рецептивная речь обогащается незаметно, например, если есть забавные рисунки, экспрессивность речи опирается на поддержку голосом или на рисованные/мультимедийные изображения;
- диагностика воспринимается не как надоедливое действие, а как занимательная игра. Включены различные модели на выбор, производительность группы и т.д.;
- широкий диапазон и, следовательно, выбор игр, учебных материалов, задач и моделей;

- инструкция является понятной и узнаваемой по соответствующей иллюстрации;
- доступно самостоятельное выполнение с возможностью многократного воспроизведения;
- четкий контроль правильного / неправильного исполнения и т.д.

Вместе с тем, Apps имеют лишь вспомогательную роль в психологической диагностике учеников с ОВЗ, потому что они имеют некоторые ограничения:

- не разработан достаточно эффективный универсальный дизайн для психологической диагностики, включая мобильные технологии и приложений.
- Apps никак не соотносятся с сильными и слабыми сторонами студента с ОВЗ.
- специалисты недостаточно подготовлены, чтобы включать в психологическую диагностику Apps.
- неясно, для учителей и/или родителей сделали тест Apps, прежде чем предлагать их для работы или тестирования осуществляется деятельность совместно с учениками с ОВЗ.
- тоже неясно, все ли психологические центры позволяют использование мобильных устройств.
- не все ученики с ОВЗ приезжают с мобильными устройствами или не всегда интернет имеет достаточно сильный трафик.
- неясно, останутся ли бесплатные приложения такими после обновления программного обеспечения;
- многие Apps создаются без хорошего теоретического обоснования и др.
- часто Apps являют собой адаптации некоторых популярных психологических тестов, при этом некоторые тесты имеют сомнительные параметры надежности, валидности и достоверности.

**Резюме.** В соответствии с положительными аспектами и ограничениями, на данном этапе развития цифровых устройств, Apps могут иметь хотя и очень эффективную, но вспомогательную роль в психологической работе с учениками с ОВЗ. По мере развития технологии и сознания, Apps найдут свое достойное место в психологической диагностике учеников с ОВЗ.

Включение Apps в психологическую диагностику учеников ОВЗ до сих пор не сопровождается никакими убедительными преимуществами или недостатками, нет разработанных концептуальных научных устоев. Apps могут помочь психологической диагностике учеников с ОВЗ. Но их не следует воспринимать как панацею или в качестве альтернативы традиционной психологической диагностики учеников с ОВЗ. Развитие систем мобильного психологического диагностирования имеет достаточно хорошие перспективы, но на данном этапе виртуальная мобильная среда для учеников с ОВЗ является вызовом как для практики, так и для науки.

**Лещинская С.Б.**

**Диагностика субклинических черт аутистического спектра у студентов при помощи опросника AQ.**

ФГАУВО НИ ТГУ, г. Томск, Россия,  
[s\\_leschins94@mail.ru](mailto:s_leschins94@mail.ru)

**Ключевые слова:** аутистический спектр, аутистические черты

**Leshchinskaia S.**

**The use of autistic spectrum quotient for diagnostics of the autistic traits in students.**

National Research Tomsk State University, Tomsk, Russia

**Keywords:** Autistic spectrum, autistic traits

**Введение.** С 90-х гг. прошлого века наблюдается рост заболеваемости аутизмом. Так, результаты Калифорнийского исследования (2009 г.) показали 7-8-ми кратное повышение, при этом оно лишь частично может быть объяснено расширением диагностических критериев [3]. По современным данным, распространенность расстройств аутистического спектра (РАС) составляет 6 на 1000 человек [5].

Термин «аутизм» был введен Э. Блейлером в 1911 г. по отношению к больным шизофренией [7]. Ранний детский аутизм как самостоятельное заболевание был обозначен Л. Каннером в 1943 г. ("аутистические нарушения эмоционального контакта маленьких детей") [7]. В 1944 г. сходный синдром был описан Г. Аспергером («аутистическая психопатия») [7]. Оба ученых отмечали замкнутость и отчужденность детей, стереотипные движения и пристрастие к манипулированию предметами, однако тогда как дети, обследованные Л. Каннером, были мучичны, Г. Аспергер описал детей с развитой речью [7]. По мере изучения данного расстройства была выявлена полиморфность клиники. Но при всем разнообразии признаков наблюдается «триада» нарушений [7]: нарушение социального взаимодействия, вербальной и невербальной коммуникации и воображения. В настоящее время заболевания аутистической природы объединяют в группу так называемых расстройств аутистического спектра, как, например, в DSM-V. Понятия РАС в МКБ-10 нет, и детский аутизм входит в рубрику «Общие расстройства развития» (F84).

Все чаще в повседневной образовательной практике встречаются дети и молодые люди, имеющие отдельные аутистические черты, отличающие их от сверстников, но недостаточные для постановки диагноза. Часто в этой связи говорят о т.н. расширенном фенотипе аутизма, т.е. о повышенной аутизации родственников людей, больных аутизмом [4]. Помимо этого, сейчас в зарубежной литературе аутистические черты рассматриваются как континуум равномерно распределенных в популяции черт, от отсутствия аутистических признаков до наличия выраженных симптомов, позволяющих диагностировать РАС [2]. J. Constantino отмечает, что в основе всего континуума черт лежат сходные генетические и средовые факторы [2].

В зарубежных исследованиях была выявлена распространенность не диагностированных аутистических черт у студентов [1]. У таких молодых людей отмечается низкая удовлетворенность процессом обучения, снижение качества жизни, повышенная тревожность, виктимизация и агрессивные вспышки [1]. При этом, такие молодые люди могут обладать интеллектуальными преимуществами перед ровесниками [6]. Многие студенты, проявляющие особые успехи в научной деятельности, в особенности в точных науках, испытывают трудности не только в освоении гуманитарных дисциплин, но и во взаимодействии с преподавателями и другими студентами [1].



Simon Baron-Cohen разработал опросник для скрининговой диагностики аутистических черт у здоровых людей - Autism Spectrum Quotient (AQ) [6]. Данный опросник широко используется за рубежом, он переведен на несколько языков (в том числе на русский), стабилен в различных культурах и имеет высокую валидность. Однако, он не валидизирован на российской выборке и в нашей стране практически не применяется.

Было проведено пилотное исследование выраженности аутистических черт у студентов г. Томска и взаимосвязи этих черт со смысложизненными ориентациями студентов как одной из составляющих личностного потенциала.

**Материал и методы.** Выборка - 35 студентов (из них 8 юношей) высших учебных заведений г. Томска (НИ ТГУ, НИ ТПУ, ТУСУР, СибГМУ), обучающихся на различных факультетах в возрасте от 18 до 24 лет ( $M= 20$ ;  $SD= 1.4$ ). Методы исследования:

1. Опросник Autism Spectrum Quotient (AQ) в переводе на русский язык. Респондентам предлагается оценить степень согласия с каждым из 50 утверждений (полностью согласен, частично согласен, частично не согласен, полностью не согласен). Значение от 26 до 32 считается повышенным, а от 32 и выше – высоким. Шкалы: социальные навыки, переключение внимания, внимание к деталям, навыки коммуникации и воображение [6].
2. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО, Д.А. Леонтьев). 20 пар противоположных утверждений, из которых респондент должен выбрать наиболее подходящее и оценить степень согласия с ним. Шкалы: цели в жизни, процесс жизни (получение удовлетворения от процесса жизни), результативность жизни (удовлетворенность прожитым периодом жизни), локус контроля, суммарный показатель осмысленности жизни [8].

Статистическая обработка данных осуществлена в программе SPSS Statistics.

**Результаты.** Результаты представлены в Таблице 1.

Таблица 1. Взаимосвязи между аутистическими чертами и смысложизненными ориентациями.

AQ		AQ	Соц. нав.	Переключ.	Вним.	Коммуник.	Вообр.
Процесс	г	<b>-,362*</b>	<b>-,426*</b>	-,120	-,231	,041	<b>-,410*</b>
	р	<b>,033</b>	<b>,011</b>	,494	,182	,815	<b>,015</b>
Цели	г	<b>-,384*</b>	<b>-,431**</b>	-,120	-,162	-,183	-,293
	р	<b>,023</b>	<b>,010</b>	,494	,353	,293	,087
Результат	г	<b>-,393*</b>	<b>-,337*</b>	-,058	-,279	-,039	<b>-,544**</b>
	р	<b>,019</b>	<b>,048</b>	,741	,104	,822	<b>,001</b>
Локус	г	<b>-,530**</b>	<b>-,399*</b>	-,218	-,202	-,318	<b>-,417*</b>
	р	<b>,001</b>	<b>,018</b>	,207	,245	,062	<b>,013</b>
СЖО	г	<b>-,469**</b>	<b>-,477**</b>	-,123	-,273	-,121	<b>-,457**</b>
	р	<b>,004</b>	<b>,004</b>	,481	,112	,490	<b>,006</b>

При обследовании 35 человек было выявлено 4 человека с повышенными показателями по тесту AQ, а также 4 человека с пограничными баллами. Тогда как по современным научным данным, аутистические черты более выражены у лиц мужского пола, в данном исследовании они преобладали у девушек, что, однако, может быть связано с неоднородностью выборки и требует дальнейшего исследования.

Была выявлена отрицательная корреляция между шкалами СЖО и общим уровнем AQ, а также шкалами «воображение» и «социальные навыки». По моему мнению, способность ощущать осмысленность жизни, получать от нее удовлетворение, могут быть связаны с воображением, процессом, позволяющим увидеть то, что находится за рамками непосредственного восприятия и, более того, создать смысл своей жизни самостоятельно. Внешний локус контроля, по результатам настоящего исследования присущий студентам с выраженными аутистическими чертами, может быть связан с тем, что эти черты вызывают значительные затруднения в учебе и личной жизни, но настолько стабильны, что студенты могут считать себя не в силах изменить их.

**Выводы.** Полученные результаты показывают возможную связь заостренных аутистических черт с субъективным благополучием студентов высших учебных заведений. Вероятно, эти черты являются результатом сложного взаимодействия биохимических, нейродинамических, социальных и др. причин и являются достаточно стабильными, что делает невозможным спонтанное их изменение. Поэтому разработка тренинговых мероприятий и повышение доступности психологической помощи могла бы внести неоценимый вклад в улучшение качества жизни таких студентов и их адаптации в университетской среде, что подчеркивается распространенностью аутистических черт, даже в небольшой выборке данного исследования. Встает вопрос о необходимости адаптации и валидизации опросников для их успешного применения в нашей стране, что могло бы способствовать, в том числе, проведению кросс-культурных сравнений.

#### Литература

1. College students on the autism spectrum: prevalence and associated problems / White S.W. et.al. // *Autism*. – 2011. - №15 (6). – pp. 683–701.
2. Constantino J.N. The quantitative nature of autistic social impairment // *Pediatr Res*. – 2001. – №69 –55R–62R.
3. Hertz-Picciotto I. The rise in autism and the role of age at diagnosis / Hertz-Picciotto I., Delwiche L. // *Epidemiology*. – 2009. – Vol. 20 – N 1. – P. 84–90.
4. The Broad Autism Phenotype Predicts Child Functioning in Autism Spectrum Disorders. / Maxwell, C.R. et.al // *Journal of Neurodevelopmental Disorders* – 2013
5. The epidemiology of autism spectrum disorders / Newschaffer C.J. et al. // *Ann. Rev. Public Health*. – 2007. – Vol. 28. – P. 235–258.
6. The Autism Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians / Baron-Cohen S. et.al // *J Autism Dev Disord* – 2001 – №31 – PP. 5-17.
7. Гилберг К. Аутизм: Медицинские и педагогические аспекты / Гилберг К., Питерс Т. – СПб., 1998.
8. Леонтьев Д. А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). – М.: Смысл, 1992.

**Максименко М. Ю., Шаль Л.Г.**

**Особенности мыслительной деятельности при восприятии сюжетных картин у учащихся 6-11 классов с разным типом онтогенеза**

МГУ имени М.В. Ломоносова,  
Государственное бюджетное общеобразовательное учреждение «Школа №1321 «Ковчег»», Москва, Россия.

**Ключевые слова:** наглядно-образное мышление, вербально-логическое мышление, причинно-следственные связи, расстройства аутистического спектра, резидуально-органическое поражение мозга

**Maksimenko M., Shal L.**

**Features of mental activity in the perception of the scene images of school children of 6-11 grades with different types of ontogeny.**

Lomonosov Moscow State University,  
School № 1321 «Kovcheg», Moscow, Russia.

**Keywords:** representational thought, verbal-logical thinking; cause and effect, autism spectrum, organic brain damage

**Введение.** Современная модификация образовательной среды предполагает обучение значительной части детей с резидуально-органическим поражением мозга (ОПМ) и расстройствами аутистического спектра (РАС) в общеобразовательной школе с созданием для них особых условий и программ обучения в рамках инклюзивного подхода. Наиболее сложным этапом в развитии этих детей является начальная школа, так как возникает проблема адаптации к системе школьного обучения и усвоения учебного материала [1]. В среднем и старшем школьном возрасте на первый план уже выступает проблема усвоения разных школьных предметов, требующих от учащегося высокого уровня сформированности мыслительной деятельности, наряду с достаточным уровнем сформированности речи. В соответствии с этими требованиями школьного обучения к мыслительной деятельности имеется необходимость диагностики разных ее видов, то есть наглядно-образного (НОМ) и вербально-логического мышления (ВЛМ).

**Материал и методы.** В экспериментальном исследовании приняли участие 114 школьников 6-8 (средний школьный возраст) и 9-11(старший возраст) классов: 42 ученика с нормальным онтогенезом, 30 школьников с ОПМ и 42 – с РАС.

Для исследования мыслительной деятельности, а именно, вербально-логического и наглядно-образного мышления изучалось понимание серий сюжетных картин. По сравнению с классическими вариантами С.Я. Рубинштейн [2] – объяснение сюжетных картин и установление последовательности событий на сериях картин, нами был использован модифицированный вариант – составление рассказа на основе правильного порядка предлагаемого сюжета из Нейропсихологического диагностического альбома в черно-белом варианте «Лягушки спрятались». Данный методический материал позволяет полноценно проанализировать различные параметры психической деятельности школьников, в частности, понимание (разные уровни на основе разработанной балльной оценки), возможности установления причинно-следственных связей (ПСС), целенаправленность (актуализация побочных ассоциаций), активность и особенности зрительного восприятия.

**Результаты исследования.** Если у подавляющего большинства школьников с нормальным онтогенезом в двух возрастных группах выявляется высокий уровень понимания (55,6 и 76,0%), то у учащихся с ОПМ выявляются значительные трудности НОМ с положительными возрастными изменениями, когда лишь 16,7% и 60,0% полностью понимают сюжет. У школьников с РАС име-

ются выраженные трудности понимания, проявляющиеся в малой частоте встречаемости полного понимания (32,2 и 25,0%) и высокой частоте встречаемости низкого и среднего уровня понимания. От среднего к старшему возрасту отчетливо меняется соотношение низкого и среднего уровня понимания, когда увеличивается доля школьников со средним уровнем понимания.

Рассматривая особенности взаимосвязи понимания со зрительным восприятием, выявлены достоверные корреляционные связи между зрительным восприятием и пониманием в разных экспериментальных группах. Во всех экспериментальных группах выявляется положительная линейная связь показателей сформированности гностических функций и понимания ( $p < 0,001$ ).

При анализе зрительного восприятия на основе выделения трех основных видов трудностей (гностические ошибки, ошибки по типу формальное восприятие и пропуски) были получены следующие результаты. При среднем уровне сформированности гностических функций в «норме» (55,6 и 44,0%) выделенные типы ошибок в минимальной степени влияют на понимание смысла сюжета. В группе школьников с ОПМ выявляется крайне низкий уровень сформированности восприятия в среднем школьном возрасте (23,1%), а в старшем школьном возрасте выявляется достаточно высокий уровень сформированности (60%). У учащихся с РАС в обеих возрастных группах присутствует крайне низкий уровень сформированности восприятия (21,7 и 20,0%). Характерными особенностями зрительного восприятия школьников с ОПМ и РАС является следующее: у первых – много пропусков значимых элементов сюжета, у вторых – ошибки по типу формального восприятия.

Для исследования процесса мышления в контексте понимания смысла сюжета необходимо установление четырех основных адекватных ПСС. Подавляющее большинство школьников с нормальным онтогенезом выделяет значительное количество адекватных ПСС (55,6 и 76%), приводящее к достаточно полному пониманию смысла сюжетов. От среднего к старшему возрасту несколько меняется общая картина соотношения трудностей, лежащих в основе непонимания, так средние школьники устанавливают только часть адекватных ПСС (44,4%), то в старшем возрасте появляется небольшая доля детей, формально описывающих сюжет (12%) и доля школьников устанавливающая неадекватные ПСС (12%). Например: «лягушки воруют носки ... цапля спасла носки и мальчика», но организующая помощь извне приводит к правильной интерпретации.

Только трети школьникам с ОПМ в среднем возрасте доступно установление всех ПСС (30,8%), в старшем возрасте доля детей значительно возрастает (60%). В данной группе выявлены отчетливые трудности в установлении адекватных ПСС максимально представленные в среднем школьном возрасте (69,2%). Выделяется значительный процент детей, не формирующих ПСС (30,8 и 40%), неадекватные ПСС присутствуют в ограниченном количестве (7,7%) в среднем возрасте. Положительные возрастные изменения выявляются к старшему школьному возрасту.

Школьникам с РАС труднодоступным является установление значительного числа ПСС (3-4), приводящих к высокому уровню понимания. Большой процент детей (больше 50%) перечисляет все элементы сюжета и не устанавливает отношения между ними. Неадекватные ПСС присутствуют в обеих возраст-

ных группах (16,1 и 16,7%), что является специфической особенностью мыслительной деятельности данной категории учащихся.

Для анализа целенаправленности мыслительной деятельности был выбран параметр «вплетение» побочных ассоциаций в составление рассказов, как фактор, приводящий к уходу от последовательного целенаправленного изложения событий сюжета. Для всех испытуемых характерен высокий уровень вплетения побочных ассоциаций. В «норме» вплетение побочных ассоциаций является дополнительным элементом воображения, которое не приводит к искажению смысла рассказа, но доля школьников, их использующих, отчетливо снижается к старшему возрасту (88,9 и 44,0%).

Особенностью целенаправленности школьников с ОПМ является устойчивый уровень наличия побочных ассоциаций в обеих группах (70%), где выражено страдает смысловая сторона, когда побочные ассоциации возникают без учета реальных событий сюжета. При РАС практически все школьники вплетают в рассказ побочные ассоциации, их наличие возрастает к старшему возрасту (93,5 и 100%), как проявление выраженной дефицитарности целенаправленности.

Школьники с нормальным онтогенезом находятся на стадии завершения морфо – и функциогенеза, поэтому и полноценная мыслительная деятельность доступна далеко не всем подросткам. В среднем возрасте 44,4% школьников имеют дефицит мыслительной деятельности, одинаково проявляющийся в трудностях установления ПСС, понимания и гностической сфере. К старшему возрасту выявляются положительные возрастные изменения, выступающие в виде увеличения доли школьников, устанавливающих все ПСС, но при этом в оставшихся случаях, имеется инактивность или утеря целенаправленности, приводящая к актуализации причинно-следственных связей, опирающихся не на представленный материал, а на индивидуальный жизненный опыт.

Особая картина состояния мышления присутствует у школьников с ОПМ и РАС. Наиболее проблемным является средний школьный возраст у школьников с ОПМ, когда выявляется крайне низкий уровень сформированности понимания в сочетании с трудностями в гностической сфере, целенаправленности и установления ПСС, что является показателями дефицитарности мышления. В этом случае к нарушениям вербально-логического мышления можно отнести невозможность самостоятельного анализа воспринимаемых элементов сюжета у той части школьников, которая не устанавливает ПСС в среднем - 30,8% и старшем (40%) возрасте. Лишь у ограниченной части школьников (7,7%), выделяющих неадекватные ПСС, в сочетании с гностическими нарушениями, на первый план выступают нарушения НОМ. Дефицитарность мыслительной деятельности к старшему возрасту претерпевает положительные возрастные изменения, когда лишь 40% демонстрируют соответствующие нарушения.

В обеих экспериментальных группах школьников с РАС выявляется отсутствие положительных возрастных изменений в отношении большинства компонентов мыслительной деятельности. Значительная доля школьников имеет трудности в установлении ПСС в большей степени из-за инактивности и/или вплетения побочных ассоциаций, что приводит к утере целенаправленности при вербальном изложении событий сюжета. От среднего (45,2%) к старшему

возрасту (66,7%) отчетливо нарастает общая активность мыслительной деятельности, когда школьникам становится доступно установление разных ПСС. Наряду с низким уровнем установления адекватных ПСС, важной отличительной особенностью у данной категории школьников является обилие побочных ассоциаций (95,3 и 100%), приводящих к нарушению целенаправленности мышления и наличие устойчивого уровня неадекватных ПСС (16,1 и 16,7%), которые возникают на основе специфических гностических формальных ошибок.

**Выводы.** При нормальном онтогенезе присутствует дефицитарность ВЛМ и НОМ, претерпевающая положительные возрастные изменения от среднего к старшему возрасту. При ОПМ и РАС имеются различные возрастные положительные изменения, однако остаются выраженные нарушения разных звеньев мыслительной деятельности. У школьников с органическим поражением мозга на первый план выступает выраженная дефицитарность всех звеньев мыслительной деятельности в среднем возрасте с положительными изменениями к старшему возрасту, не достигающих нормативных показателей. У подавляющего большинства школьников с РАС независимо от возраста имеется сочетанный вариант нарушений ВЛМ и НОМ, когда о нарушениях ВЛМ можно судить по отсутствию установления ПСС, а нарушения НОМ проявляются в виде установления неадекватных ПСС, формального восприятия сюжета и устойчивых побочных ассоциаций, которые не позволяют вернуться к анализу исходного материала.

#### Литература

1. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. – М.: Издательский центр «Академия», 2013.
2. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: Апрель-Пресс, 2004.

**Малютина А.А.**

**К проблеме выделения патопсихологического синдрома при дерматозийном бреде**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия  
[aermusheva@gmail.com](mailto:aermusheva@gmail.com)

**Ключевые слова:** патопсихология, дерматозийный бред, патологические телесные ощущения

**Malyutina A.**

**On the problem of specifying the pathopsychological syndrome in delusional parasitosis**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** pathopsychology, delusional parasitosis, pathological bodily sensations

**Введение.** В психологии телесности отмечается значительный интерес к механизмам возникновения и динамики патологических телесных ощущений. Их распространенность составляет около 25-50% случаев при первичном обращении в медицинские учреждения [6], также в литературе отмечается патоморфоз клинических проявлений пограничных психических расстройств в сторону нарастания значимости псевдосоматических и ипохондрических расстройств [1]. В связи с этим актуальным является развитие методов для исследования

патологических телесных ощущений как составляющих телесного опыта и когнитивных процессов и личностных особенностей, с ними связанных. Трудности изучения патологических телесных ощущений предопределяются ограниченностью возможностей их верификации и исключительной субъективностью телесного восприятия. В ряде исследований отдается предпочтение опросниковым методикам, однако в отличие от экспериментального анализа эти методики не обеспечивают моделирования психической деятельности [2], рефлексивного обращения к собственному телесному опыту, и, соответственно, предоставляют мало данных для качественного анализа этой деятельности.

В современных клинических исследованиях отмечается распространенность психических расстройств в области психодерматологии [5]. Среди них традиционно выделяются психические расстройства, сопровождающиеся жалобами на кожные ощущения при отсутствии объективных проявлений какого-либо известного дерматоза, одним из таких расстройств является дерматозойный бред. В психопатологической модели дерматозойного бреда и ассоциированных расстройств выделяется особая роль патологических кожных ощущений [3], что обуславливает интерес к особенностям телесного опыта пациентов с дерматозойным бредом.

Изучение особенностей телесного восприятия возможно через обращение к категоризации как одному из когнитивных процессов, обеспечивающих опосредование. В рамках первичной категоризации телесных ощущений, сначала неизвестные и неоформленные дискомфортные состояния приобретают свое значение [4]. Выявление типологических характеристик категориальной структуры телесного опыта в соотношении с особенностями пациентов с дерматозойным бредом позволяет строить предположения о патопсихологическом синдроме при этом психическом расстройстве, а также открывает возможности для исследования процесса означения, того, как привнесение знака структурирует ранее не опосредованные чувственные восприятия. Соответственно, **цель исследования** - изучение специфики опосредования патологических телесных ощущений, проявляющейся на уровне категориальных структур телесного опыта у пациентов с дерматозойным бредом.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 33 пациента с дерматозойным бредом (8 мужчин, 25 женщин в возрасте от 22 до 70 лет, средний возраст  $56 \pm 14$  лет). Все пациенты были консультированы психиатрами, квалифицировавшими их психопатологические расстройства, с дальнейшим представлением пациентов на клинических разборах, проводившихся под руководством академика РАН А.Б.Смулевича.

Основной, позволяющей исследовать особенности категоризации телесных ощущений, стала методика «Выбор дескрипторов интрацептивных ощущений» (А.Ш.Тхостов, С.П.Елшанский, 2011) с авторскими модификациями инструкций, варьирующими систему категориальных значений телесных ощущений. Для составления клинико-психологической характеристики проводилось экспериментальное патопсихологическое исследование. Также данные дополнялись результатами ряда опросниковых методик: 1) «Сокращенный многофакторный опросник для исследования личности» (В.П. Зайцев, 2004); 2) опросник «Индекс жизненного стиля» (Л.И.Вассерман и др., 2005); 3) «Краткий опросник тревоги о здоровье» (Т.А.Желонкина, С.Н.Ениколопов,

А.А.Ермушева, 2014); 4) «Опросник реакции на болезнь» (М. Pritchard, 1974). Для фиксации представлений пациентов о своей коже была добавлена психо-семантическая методика «Шкалы оценки кожи» (Д.А.Бескова, 2006).

**Результаты.** Составление клинико-психологической характеристики пациентов с дерматозойным бредом способствует психологической квалификации и интерпретации данных о категоризации телесного опыта. Установлению контакта с пациентами служит обращение к теме их заболевания, при этом на протяжении всего обследования испытуемые фиксированы на своем состоянии и отслеживают его изменения. Исследование когнитивных процессов выявляет случаи снижения целенаправленности суждений и чувствительности к противоречиям, а также невыраженные нарушения операционального компонента мышления по типу искажения или снижения. Выявленные нарушения не достигают значительной степени выраженности и не нарушают в целом способность пациентов понимать инструкции и выполнять предлагаемые задания. При конфликте бредовых представлений с социальными нормами и правилами поведения последние понимаются пациентами в искаженном виде. При избегании обращения к теме бредовых представлений пациенты способны критично оценивать собственную деятельность и успешно выполнять методик. В силу возрастных особенностей пациентов в единичных случаях в обследовании выявлялось снижение мнестических функций в незначительной мере, а также признаки утомляемости с эпизодами колебаний внимания.

Отношение к заболеванию определяется фиксированностью на неприятных кожных ощущениях – «шевеления» и «движения». По данным опросников выявляется усталость от борьбы с болезнью, бессилие перед ней, раздражение, стыд, снижение настроения и восприятие болезни как плохо контролируемого препятствия привычному функционированию, при этом главенствующим является мотив избавления от паразитов. Исследование личностных особенностей пациентов выявляет выраженное ограничение интересов, социальных контактов, профессиональной деятельности и даже межличностных отношений, а также склонность к избеганию трудностей и неудач. Отличительной особенностью является выраженность действия защитного механизма проекции. В отношениях с другими людьми пациенты обнаруживают прямолинейность, конфликтность, подозрительность.

В качестве особенностей категоризации телесных ощущений у пациентов с дерматозойным бредом выделяется: отнесение внешних процессов к внутреннему телесному опыту посредством включения анализаторных ощущений в словарь телесных ощущений; наделение особым значением неприятных кожных ощущений и анализаторных ощущений на фоне малой дифференцированности структуры значений других телесных ощущений, что проявляется как сквозной феномен при обращении к разным аспектам телесного опыта; образование межкатегориальных связей анализаторных и кожных ощущений с дескрипторами эмоционального состояния, динамики телесных процессов и мучительного характера телесных ощущений. Данные особенности категоризации отражают специфику когнитивных процессов при бредовом расстройстве: снижение критичности, избирательность и аффективная заряженность восприятия в отношении субъективно значимых стимулов в контексте бредовых представлений. В соответствии с темой бредовых представлений отмеча-



ется актуализация защитных функций кожи и отделение воспринимаемых паразитов от кожных покровов. Особая конфигурация категориальной структуры является, с одной стороны, новообразованием бредового расстройства, но, с другой стороны, одним из факторов закрепления расстройства по механизму замкнутого круга. Исключительная чувствительность к кожным ощущениям и выделение их как отдельной категории телесного опыта создает предрасположенность к их отслеживанию. Отнесение анализаторных ощущений к внутренним телесным ощущениям подкрепляет бредовые интерпретации пациентов о своем состоянии.

**Резюме.** В качестве типологических особенностей категориальной структуры телесного опыта пациентов с дерматозойным бредом выделено: включение внешних процессов в область внутреннего телесного опыта; наделение особым значением кожных и анализаторных ощущений, что является как новообразованием, так и фактором закрепления психического расстройства. Исследование специфики категоризации телесного опыта в соотношении с личностными и когнитивными особенностями пациентов с дерматозойным бредом представляет данные для обсуждения патопсихологического синдрома при этом психическом расстройстве.

#### Литература

1. Психические расстройства в клинической практике /под ред. акад. РАН А.Б. Смулевича. – М.: МЕДпресс-информ, 2011.
2. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – М.: Апрель-Пресс, Психотерапия, 2007.
3. Смулевич А.Б., Романов Д.В., Львов А.Н. Дерматозойный бред и ассоциированные расстройства. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015.
4. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002..
5. Basavaraj K.H., Navya M.A, Rashmi R. Relevance of psychiatry in dermatology: Present concepts // Indian Journal of Psychiatry. – 2010. - №52(3). – p. 270-275.
6. van Ravenzwaaij J. et al. Explanatory models of medically unexplained symptoms: a qualitative analysis of the literature // Mental Health in Family Medicine. – 2010. - №7. – p. 223–231.

**Мамаев В.Л., Андреева Ю.В.**

**Влияние профиля межполушарной асимметрии на успешность распознавания эмоциональных состояний других людей у детей с задержкой психического развития.**

ЯГМУ, Ярославль, Россия,  
[uysha.95@mail.ru](mailto:uysha.95@mail.ru)

**Ключевые слова:** межполушарная асимметрия, распознавание эмоций

**Mamaev V., Andreev Y.**

**Impact the profile of asymmetry on the success detection of emotional states of other people in children with mental retardation**

YSMU Yaroslavl, Russia

**Keywords:** hemispheric asymmetry, recognition of emotions

**Введение.** Согласно проведенным в последние годы исследованиям [4], доля детей с задержкой психического развития растет. Это связано с рядом причин, начиная с условий воспитания и педагогической запущенностью, заканчивая перинатальной патологией и органическими поражениями головного мозга.

Вместе с тем, общество предъявляет таким детям высокие требования, прежде всего в коммуникативной сфере. Дефицит в общении, доверительных и продуктивных отношениях с окружающими может приводить к вторичной социальной дезадаптации, что в свою очередь приводит к увеличению отставания.

Одним из условий успешной коммуникации является способность к распознаванию эмоциональных состояний других людей, однако, зачастую, по мнению В.Р. Алгушаевой [1], именно эта способность нарушена у детей с задержкой психического развития.

Данная проблема носит междисциплинарный характер, и учет основных факторов, влияющих на данную способность, является важным условием построения эффективной программы коррекции данного дефицита.

Одним из таких факторов является межполушарная асимметрия, доказано, что переработка эмоций большей частью происходит в правом полушарии [3] однако, вследствие изменения хода онтогенеза межполушарной асимметрии у детей с задержкой психического развития происходит изменение латерализации психических функций [2]. Оттого становится важно знать, связана ли успешность распознавания эмоциональных состояний других людей с проявлениями межполушарной асимметрии у детей с задержкой психического развития и имеют ли эти связи качественные особенности в сравнении с детьми с нормальным темпом психического развития

**Цель** нашего исследования заключалась в изучении особенностей связи успешности распознавания эмоций других людей с проявлениями межполушарной асимметрии у детей с задержкой психического развития по сравнению со здоровыми детьми.

**Материал и методы.** В качестве методов были использованы тест «Чтение эмоциональных состояний по глазам», пробы А.Р. Лурия (ведущий глаз, ведущее ухо, «перекрест пальцев», «поза Наполеона», ведущая нога). Также фиксировались данные, полученные методом не стандартизированного наблюдения.

Выборка составила 50 человек: 25 учеников третьего коррекционного класса, по решению ПМПК имеющих диагноз задержка психического развития, и 25 учеников третьего общеобразовательного класса, имеющих нормальный темп психического развития.

Как и ожидалось, успешность распознавания эмоциональных состояний других людей у детей с ЗПР оказалась ниже (40%), чем у детей из общеобразовательного класса(60%). При этом стоит отметить, что понимание негативно окрашенных эмоциональных состояний вызвало у детей с ЗПР меньше затруднений, чем у детей из общеобразовательного класса.

Так же подтвердилась гипотеза о преобладании левшества у детей с ЗПР. По результатам пробы «перекрест пальцев» левшество наблюдается у 66% детей с ЗПР и у 46% здоровых детей, по результатам пробы «поза Наполеона» - у половины детей с ЗПР и лишь у трети здоровых детей, по результатам определения ведущей ноги - почти у половины детей с ЗПР и лишь у каждого десятого здорового ребенка. Треть детей, имеющих задержку психического развития, имеют левый ведущий глаз, в тоже время по этому параметру доля здоровых детей не превышает 15%, и, наконец, у 40% детей с ЗПР и у 23% здоровых детей ведущим ухом является левое. Таким образом, можно сделать вывод о

том, что у большинства детей с ЗПР доминантным полушарием является правое, в отличие от здоровых детей, у которых отмечается ведущая роль левого полушария. Однако, остается открытым вопрос о том, как же связаны данные особенности проявления межполушарной асимметрии с успешностью вербализации эмоций. У детей с ЗПР леворукость по пробе «перекрест пальцев» отрицательно коррелирует с успешностью выполнения теста ( $r = -0,48$ ;  $p = 0,05$ ), то есть при леворуком выполнении данной пробы, скорее всего, будут наблюдаться низкие результаты по сравнению с праворуким. А так же левшесть по пробе определения ведущего глаза негативно влияет на успешность распознавания эмоций ( $-0,73$ ;  $p = 0,01$ ). Таким образом, мы видим включенность и сенсорных и моторных асимметрий. В данном возрасте из-за высокой пластичности мозга и низкой функциональной специализации того или иного отдела головного мозга нельзя делать выводы о точной связи пробы и локализации исследуемого фактора. Можно лишь предположить заинтересованность моторных и сенсорных корковых отделов анализаторов, расположенных в левом полушарии головного мозга, а также учитывать компенсаторный характер правополушарной организации. Однако, эта компенсация не является продуктивной.

У здоровых детей корреляции между сенсорными асимметриями и успешностью выполнения теста не наблюдается вовсе, а связь моторной асимметрии наблюдается при анализе влияния пробы «позы Наполеона» ( $r = 0,41$ ;  $p = 0,05$ ), т.е. у здоровых детей, у которых по данной пробе правая рука является ведущей, результативность выше, чем у леворуких. Таким образом, можно сделать предположение о включенности левого полушария в процесс вербализации эмоций.

Кроме того, в ходе проведения исследования были замечены качественные различия. Дети с ЗПР выполняли задания медленнее здоровых, а так же подкрепляли выполнения задания речью, при этом чаще на картинках, результативность выполнения которых и в той и в другой выборке была ниже. То есть, мы можем предположить, что в ситуации затруднения, активизируется левое – речевое полушарие. Дети без ЗПР при выполнении задания первоначально обращались к картинке, а лишь затем выбирали подходящее обозначение из предложенных слов, в свою очередь дети с ЗПР сначала прочитывали все слова (некоторые по несколько раз) и лишь затем, обращались к изображению. Можно предположить, что трудности с обращением к понятиям связаны с проблемами в сфере межполушарного взаимодействия. За данную гипотезу говорят данные, полученные методом наблюдения. Так, 70% детей с ЗПР начинали чтение слов справа налево, в то время как у детей здоровой группы данная особенность замечена лишь у 5%.

**Выводы.** Таким образом, связь успешности распознавания эмоциональных состояний других людей с межполушарной асимметрией у детей с ЗПР имеет ряд особенностей по сравнению со здоровыми детьми. Полученные данные в дальнейшем будут использоваться для построения методики коррекции дефицита эмоционального интеллекта с применением метода МЗО и арт-терапии.

## Литература

1. Артемьева Т.П. Изучение и развитие эмоциональной сферы младших школьников с умственной отсталостью и задержкой психического развития/Т.П. Артемьева// Специальное образование. 2016. Т. 1. С. 5-15.
2. Брызгалова С.О. Особенности межполушарной асимметрии у детей с задержками развития/ О.С. Брызгалова, Г.Е. Найденова// Специальное образование. – 2014.- N1 – с. 34-42.
3. Москвина Н.В. Межполушарные асимметрии и индивидуальные различия человека/ Н.В. Москвина, В.А. Москвин; Смысл. – М., 2011.
4. Хасанова Р.И. Распознавание эмоций дошкольниками с ЗПР при предъявлении разных типов изображения/ Р.И. Хасанова// Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. 2008. № 4. С. 202-208.

**Машкова И.Ю., Семакова Е.В.**

### **Уровневый подход в описании дефекта при аутизме**

ФГБОУ ВПО «Смоленский государственный университет», Смоленск, Россия  
[makarovai2010@yandex.ru](mailto:makarovai2010@yandex.ru)

**Ключевые слова:** дизонтогенез, уровни развития психики, аутизм

**Mashkova I., Semakova E.**

### **The level approach to the definition of the defect in autism**

Smolensk University, Smolensk, Russia

**Keywords:** dizontogenez, the level of development of the psyche, autism

**Введение.** Проблемы аутизма находятся сегодня в центре внимания исследователей в связи с данными о значительном росте распространенности расстройств аутистического спектра (РАС), что на наш взгляд обусловлено не только фактическим увеличением заболеваемости, но и повышением качества диагностики этих расстройств. В эпоху перехода на новый формат диагностики – Международную классификацию болезней 11-го пересмотра (МКБ-11) предлагается «уточнение границ РАС». Современная стратегия ранней помощи определяет необходимость раннего выявления и верификации нарушений психического развития для междисциплинарного сопровождения [5, 9, 10, 11, 14].

Еще более полувек назад Л.С. Выготский [3] наметил синдромальный подход в изучении нарушений психического развития, который получил продолжение в работах Д.Б. Эльконина, А.Л. Венгера [13; 2]. Было обозначено, что первичное ядро дефекта тесно связано с анатомо-физиологическим субстратом и определяет специфические симптомы первого порядка. Механизмы вторичного симптомообразования реализуются в социальной ситуации развития, которая специфична для каждого возрастного периода и определяется конкретными особенностями деятельности данного ребенка.

В работах Н.А.Бернштейна заложено представление об уровнях построения движения в онтогенезе человека, которое задает структуру уровневой модели психики: тонус – синергия – пространство – предмет – смысл [1]. Уровневый подход в нейропсихологии и коррекционной психологии сегодня используется при тяжелых нарушениях развития психики [4]. Актуальность дальнейшего исследования уровневой иерархической организации психических процессов в разработке современной теории дизонтогенеза подчеркивается и одним из ведущих исследователей этой проблемы И.И. Мамайчук [7]. Современные

теории дизонтогенеза и клинические модели не отвечают всецело формированию междисциплинарного понимания и взаимодействия специалистов в сфере помощи особому ребенку. Это, на наш взгляд, обусловлено недостаточностью использования уровневого подхода к верификации дефекта и системных условий развития. Обозначенное требует более детального выделения первичных и вторичных механизмов развития аутистических расстройств, что и определило **цель** нашей работы. Она обобщает результаты отдельных исследований, проводимых под руководством авторов на базах образовательных и социозащитных учреждений Смоленской области в период с 2011 по 2015 гг., и представляет возможность теоретически обосновать эмпирические результаты с учетом уровневой структуры дефекта.

**Методы исследования:** экспериментально-психологический (нейропсихологическая диагностика, метод наблюдения, сравнительный анализ), математическая статистика (пакет программы Statistica.8.0).

Методологической основой нейропсихологической диагностики стали работы А.Р. Лурия, Ю.В. Микадзе, А.В. Семенович [6, 8, 12]. В качестве основной рабочей гипотезы рассматривается постулаты теории центрального связывания, которая предполагает, что при аутизме нарушается способность человека устанавливать связи между различными стимулами [15]. Мы опирались также на теорию зеркальных нейронов (В.С. Рамачандран и Л.М. Оберман) [8].

Основную группу исследования составили 17 детей в возрасте от 7 до 10 лет (10 мальчиков и 7 девочек) с клиническим диагнозом «Ранний детский аутизм», установленным в возрасте от 1 года до 3-х лет в соответствии с критериями МКБ-10 (F 84.0). В группу сравнения было отобрано по 10 детей от 7 до 10 лет (по 5 мальчиков и 5 девочек): с диагнозом «Умственная отсталость лёгкой степени» (МКБ-10 (F 70.0)).

Нейропсихологическая диагностика включала в себя: исследование тактильных и соматогностических функций (ощущение прикосновения и способность оценки его локализации; Проба Тойбера); зрительного гнозиса (восприятие предметных, реалистических изображений; перечеркнутых изображений, фигур Поппельрейтера, незавершенных и химерных изображений, способности дифференцировки цвета); слухового гнозиса (восприятие различных бытовых и природных звуков, восприятие и воспроизведение ритмов); пространственного гнозиса (пробы Хэда, ориентировка в окружающем пространстве, ориентировка на плоскости (листе бумаги)) [8, 12].

**Результаты.** Сравнительное нейропсихологическое исследование детей с различными вариантами дизонтогенеза показало определенную специфику нарушений психических функций в группе детей с аутистическими расстройствами по сравнению с группой детей с умственной отсталостью. Так, при аутизме на фоне значительного нарушения тактильных и соматогностических функций, зрительного и пространственного гнозиса более сохранными оказались функции цветового (узнавание основных цветов и дифференциация цветовых оттенков) и элементарного слухового гнозиса (узнавание отдельных звуков). Также у детей с аутизмом наблюдалось застревание на каком-либо объекте, цвете. Отмечалась узость и нестабильность полей зрительного внимания. Дети с трудом выделяли главное, не понимали внутренние связи между частями, персонажами и пр.

В целом полученные результаты подтверждают наличие нарушений центрального связывания при аутизме в сфере восприятия и интеграции сенсорного опыта. Страдает выделение сложных объектов. Более сохранными оказались виды восприятия, основанные на дифференцировке отдельных стимулов (знак, цвет, звук) – идентификация простых фигур, цветовой гнозис, различные звуки.

Обобщая имеющиеся в настоящее время теоретические представления, результаты экспериментальных исследований и собственный практический опыт, мы считаем уместным рассмотреть структуру дефекта при аутизме с позиции центрального связывания, учитывающей уровневый подход его формирования.

Первичные структурные нарушения обусловлены перинатальным повреждением лобной и островковой долей, а также поясной коры (морфологический уровень). Это приводит к функциональным нарушениям в виде снижения активности зеркальных нейронов в этих отделах (функциональный уровень). При этом нарушается возможность обработки сенсорных импульсов и связывание отдельных сигналов в целостные образы: формируется информационный дефицит (сенсорный уровень). За счет нарушения внутримозговых функциональных связей, в том числе и связей с лимбической системой, проявляются нарушения со стороны когнитивных функций (оценка, прогнозирование, планирование, принятие решений) и эмоциональной сферы (невозможность эмпатийного реагирования, аффективные реакции и др.), что находит свое отражение в поведении ребенка с аутизмом (психический уровень).

Учитывая уровневую структуру дефекта при аутизме, становится возможным объяснение наблюдаемых феноменов при расстройствах аутистического спектра:

- полное отсутствие способности связывания отдельных сигналов, которое наблюдается при «полевом поведении» ребенка (парадоксальное реагирование или отсутствие видимого ответа на внешние сигналы, с последующими непредсказуемыми реакциями);
- компенсаторная способность к образованию локальных связей между близко расположенными знаками в тексте, картинками в одном поле за счет идентификация знаковых рядов (усвоение последовательности действий из небольшого количества элементов, формирование способности соединять отдельные предметы или детали);
- невозможность контекстного связывания (способности к созданию и идентификации целостных объектов, целеполаганию и прогнозированию);

**Резюме.** Таким образом, в результате нашей работы удалось обозначить проблемные уровни в структуре дефекта при РАС. Учитывая возможности медицинских и психологических методов при соотношении уровня дефекта с его клиническими проявлениями, необходимо распределение различных видов комплексной помощи: компенсация, коррекция, абилитация. Это позволит достигать наиболее эффективных результатов, особенно при работе междисциплинарной команды специалистов в формате ранней помощи.

Литература

1. Бернштейн Н.А. О построении движений, - М., 1947.

2. Венгер А.Л. Структура психологического синдрома // Вопросы психологии - 1994- №4.-С. 82-92.
3. Выготский Л.С. Психология./Л.С. Выготский.- М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 2000. –
4. Горячева Т.Г. Применение метода сенсомоторной коррекции при работе с детьми с аутистическими расстройствами: Методическое руководство / Т.Г. Горячева, Ю.В. Никитина; Институт бизнеса и политики. – М., 2011.
5. Лебединская К.С., Никольская О. С. Диагностика раннего детского аутизма. М.: Просвещение, 1991 .
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: МГУ ,1973.
7. Мамайчук И.И. Методы психологической помощи детям и подросткам с нарушениями в развитии. Изд-во: Эко-Вектор, 2015.
8. Микадзе Ю.В. Нейропсихология детского возраста. - СПб.: Питер, 2008. – 200 с.
9. МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра.
10. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. М., 1997.
11. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. - М: Медицина, 2003.
12. Семенович А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста. - М.: Генезис, 2005.
13. Эльконин Д.Б. Избранные психологические труды / Д.Б. Эльконин. – М.: Педагогика, 1989.
14. Newschaffer CJ, Croen LA, Daniels J et al. (2007). «The epidemiology of autism spectrum disorders». AnnuRevPublicHealth 28: p. 58.
15. Frith U. Cognitive development and cognitive deficit //The psychologist. 1992. 5.

**Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., Зинченко О.О.**

**Моральные суждения и имплицитное отношение к жизни и смерти**

ФГБНУ НЦПЗ; НИУ ВШЭ, Москва, Россия,  
[medvedeva.ti@gmail.com](mailto:medvedeva.ti@gmail.com)

**Ключевые слова:** моральные суждения, имплицитные ассоциации

**Medvedeva T., Vorontsova O., Kazmina O. , Zinchenko O.**

**Moral judgment and implicit associations with «life» and «death»**

FSBSI MHRC, Higher School of Economics National Research University.  
 Moscow, Russia

**Keywords:** moral judgment, implicit associations

**Введение.** Моральный выбор или моральные суждения можно рассматривать как принятие решений с большим или меньшим вовлечением эмоций. Решение состоит в оценке собственных действий и действий других на основе собственных норм и ценностей, а также норм и ценностей своей социальной группы. Сложность выбора в моральной дилемме возрастает, когда утилитарное или рациональное решение противоречит решению на основе эмоций. Возрастание степени конфликтности ситуации, предлагаемой для решения в дилемме, приводит к возрастанию эмоциональной реакции. Способность людей делать моральный выбор давно и подробно рассматривается в философских работах. В клинических исследованиях таких работ мало, и, как правило, они основаны на том, что при некоторых психических заболеваниях больные хуже понимают социальный контекст, и их решения часто отличаются от общепринятых.

В нашем исследовании использовались моральные дилеммы, предложенные в работе J.D.Greene с соавторами [1]. Авторы предложили 50 дилемм, которые делились на три группы: «нейтральные» дилеммы (еще их называют «внеморальные»), «морально безличностные» и «морально личностные», испытуемым предлагалось вынести свои суждения по поводу различных воображаемых ситуаций. Пример «нейтральной» дилеммы, которая не требует разрешения каких-либо конфликтов между разумом и эмоциями: «Вы купили в магазине несколько горшков с цветами, но в багажник вашей машины они все не помещаются. Совершите ли вы два рейса, чтобы не испачкать дорожную обивку заднего сиденья?»

«Морально безличностные» дилеммы затрагивают мораль и эмоции, но не вызывают сильного внутреннего конфликта между утилитарными соображениями (как добиться максимального «совокупного блага») и эмоциональными ограничениями или запретами: «Вы дежурите в больнице. Из-за аварии в вентиляционную систему попал ядовитый газ. Если вы ничего не предпримете, газ попадет в палату с тремя пациентами и убьет их. Единственный способ их спасти — это повернуть особый рычаг, который направит ядовитый газ в палату, где лежит только один пациент. Он погибнет, зато те трое будут спасены. Повернете ли вы рычаг?». «Морально личностные» дилеммы требуют разрешения острого конфликта между утилитарными соображениями о наибольшем общем благе и необходимостью совершить своими руками поступок, против которого восстают эмоции. Например: «Неуправляемая вагонетка несется по рельсам по направлению к 5 рабочим, которые будут раздавлены, если вагонетка не остановится. Вы находитесь на пешеходном переходе над рельсами, как раз между вагонеткой и рабочими. Рядом с вами стоит незнакомец, очень крупный человек. Единственный способ спасти пятерых рабочих столкнуть незнакомца на рельсы, и тогда его тело остановит вагонетку. Незнакомец погибнет, но пять человек будут спасены. Вы столкнете незнакомца на рельсы, чтобы спасти пятерых рабочих?»

В ряде клинических исследований показано, что пациенты с двусторонними повреждениями венотромедиальной префронтальной коры при решении сложных моральных дилемм руководствуются только рассудком, тогда как у здоровых людей важную роль при этом играют эмоции. В воображаемых ситуациях пациенты не видят разницы между убийством, совершаемым заочно (например, путем нажатия кнопки), и собственноручным, тогда как здоровым людям разница представляется огромной. Практически во всех «морально личностных» дилеммах испытуемому предлагалось представить себя в ситуации, когда ради спасения некоторого (иногда большого) количества людей требовалось лично убить другого конкретного человека, иногда очень близко. Несмотря на то, что предлагались гипотетические ситуации, испытуемым, которые высказали «готовность убить», удалось выйти из конфликта, подавив эмоциональную реакцию. Возможно, их эмоциональная реакция была не такой сильной из-за субъективного снижения эмоциональной значимости «жизни». Для проверки этой гипотезы в нашем исследовании мы рассматривали, как связано принятие «морально личностных» решений и имплицитные отношения к «смерти» и «жизни».



**Целью исследования** было изучение связи принятия «морально личностных» решений и имплицитных отношений к «смерти» и «жизни» у здоровых людей.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 60 здоровых испытуемых (27 мужчин и 33 женщины). Все испытуемые выполнили тест «Моральные дилеммы», который представлял из себя выборку из 30 дилемм, предложенных Greene [1] (10 нейтральных дилемм, 10 «морально безличностных» и 10 «морально личностных»). Для оценки имплицитных предпочтений использовался Тест Имплицитных Ассоциаций IAT- (Implicit Associations Test) [2], который позволяет оценить силу ассоциативной связи между заданными объектами и атрибутами. Модификация теста, в которой оценивались ассоциативные связи между собой и «смертью» и «жизнью» была предложена для оценки риска суицида в работе M.K.Nock с соавторами [3], и переведена нами на русский язык. В тесте испытуемому предлагалось как можно быстрее сортировать слова, которые появлялись в центре экрана компьютера. В модифицированной версии IAT испытуемые сортировали стимульные слова, представляющие объекты из категорий «Смерть» (смерть, мертвый, умирающий, безжизненный, самоубийство, могила) и «Жизнь» (жизнь, живой, выжить, процветать, дыхание, рождение) и атрибуты, связанные с самим испытуемым – категории «Я» (я, мое, по-моему, мне, меня) и «Не Я» (они, им, другие, другим, чужие). Время ответов на все ходы записывалось и анализировалось с помощью стандартной процедуры, описанной в работе A.G.Greenwald [4]. Для каждого испытуемого вычислялся IAT-эффект. Положительные значения IAT-эффекта отражают более сильную ассоциативную связь себя самого со смертью (связь между понятиями «Смерть» и «Я»), что означает, что испытуемый давал более быстрые ответы и делал меньше ошибок при сортировке в серии, где были объединены в одну группу «Я» и «Смерть» по сравнению с серией, где были объединены «Я» и «Жизнь». Отрицательные значения IAT-эффекта показывают более сильную ассоциацию себя с жизнью.

**Результаты.** Была выявлена корреляционная связь между количеством положительных ответов в «морально личностных» дилеммах и выраженностью сдвига IAT эффекта в сторону ассоциации «Я + Смерть» (коэффициент корреляции 0,350;  $p < 0,05$ ). Около 18% испытуемых (11 человек) продемонстрировали положительные значения IAT-эффекта (что отражает более сильную ассоциативную связь себя самого со «Смертью»). Среднее количество положительных ответов в «морально личностных» дилеммах в этой подгруппе испытуемых составило 5,4. В подгруппе с отрицательными значениями IAT-эффекта (показывает более сильную ассоциацию себя с «жизнью») среднее количество положительных ответов в «морально личностных» дилеммах составило 3,7. Самым значимым было расхождение в дилемме, в которой предлагалось убить собственного ребенка. Текст этой дилеммы: «Ваш поселок захватили враги. Они должны убить всех гражданских, кто еще остался в поселке. Вы и некоторые горожане спрятались в подвале большого дома. Вы слышите снаружи голоса солдат, которые собираются обыскивать дом в поиске ценностей. Ваш младенец начинает громко плакать. Вы очень плотно зажимаете его рот рукой, так что он не может дышать. Если вы уберете руку, его крик привлечет внимание солдат, и они убьют Вас, Вашего ребенка и всех остальных, кто находится в подвале. Чтобы спасти себя и остальных, Вы

должны продолжать зажимать его рот и тем самым задушить своего ребенка. Вы задушите ребенка, чтобы спастись самому и спасти других жителей города?». Все испытуемые, которые продемонстрировали положительные значения IAT-эффекта - сильную ассоциативную связь себя самого со «Смертью» - ответили утвердительно на вопрос этой дилеммы. В подгруппе с отрицательными значениями IAT-эффекта положительно ответивших на этот вопрос было меньше половины.

**Выводы.** Показано, что положительные ответы в «морально личностных» дилеммах, в которых нужно принимать решения об убийстве, значимо чаще дают люди, которые имплицитно связывают себя со «смертью». Результаты Теста Имплицитных Ассоциаций, который был модифицирован для оценки суицидального риска, показали, что для здоровых людей убийство себя и убийство другого близки по смыслу и эмоциональной нагрузке.

#### Литература

1. Greene J.D., Nystrom L.E., Engell A.D., Darley J.M., Cohen J.D. The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron* 2004; 44(2): 389-400.
2. Greenwald A.G., McGhee D.E., Schwartz J.L. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *J Pers Soc Psychol* 1998; 74(6): 1464-80.
3. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T., Deliberto T.L., Dour H.J., Banaji M.R. Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. *Psychol Sci* 2010; 21(4): 511-7.
4. 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.

**Мелёхин А.И.**

**Значение оценки субъективного возраста в клинической психологии старения**

Российский геронтологический научно-клинический центр  
ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова;  
ФГБУН Институт психологии РАН, Москва, Россия,  
[clinmelehin@yandex.ru](mailto:clinmelehin@yandex.ru)

**Ключевые слова:** субъективный возраст, возрастная идентичность, пожилой возраст, старческий возраст

**Melehin A.**

**The importance of assessing subjective age in the clinical psychology of aging**

Russian scientific and clinical gerontology center  
of the Russian national research medical University;  
Institute of psychology RAS, Moscow, Russia

**Keywords:** subjective age, age identity, older age, senile age

**Введение.** Старение можно уподобить «гордиеву узлу», в котором переплетены как объективные аспекты: медицинские, психологические и социальные, так и субъективные аспекты: качество жизни, смысл жизни. Это комплексный нелинейный процесс развития человека, который протекает в течение всей его жизни. Каждому человеку свойственна индивидуальная вариация (траектория) старения. Несмотря на то, что объективное состояние здоровья с возрастом снижается, наблюдается давление старения (pressures of aging) и времени (passage of time), многие люди пожилого и старческого возраста не считают себя больными и старыми [4, 6]. Этот разрыв между объективным состоянием

здоровья, который может находиться в явном упадке, и субъективным восприятием здоровья называется «парадоксом оценки состояния здоровья» [4]. В связи с этим на данный момент в зарубежной гериатрии и геронтопсихологии наблюдается отказ от болезнь-ориентированного подхода (disease-oriented perspective), в основе которого лежит принцип восстановительного (reparative) лечения, основанного только на уходе, снижении выраженных симптомов, восстановлении биологического, социального, психического функционирования пожилого человека к стабильному уровню. Активно развивается пациент-ориентированная парадигма (patient-oriented perspective) в основе которой лежит принцип омолаживающего (rejuvenative) лечения. Это лечение направлено на коррекцию траектории старения (adjustment to aging), т.е. на увеличение уровня биологического, социального и психического функционирования, усиление компенсаторных механизмов (психологического витоукта), создание позитивного самовосприятия, обучение людей пожилого и старческого возраста стратегиям поддержания и улучшения собственного состояния здоровья. Данный подход помещает в центр лечения построение и поддержание терапевтического альянса между специалистом и гериатрическим пациентом для понимания проблем и его потребностей [5]. Наряду с клиническими (объективными) показателями здоровья специалистами делается акцент на субъективную оценку здоровья (self-rated health) и качества жизни, а также единство хронологического (паспортного), биологического, субъективного возраста [6]. Хронологический возраст отражает то, сколько лет прожито. Он определяет социальные возможности человека, однако является сильно вариабельной величиной для предсказания функционального статуса человека. Ограниченное использование хронологического возраста как прогностического фактора поведения привело к развитию других мер самооценки возраста [7]. Субъективный возраст - это репрезентация человека о собственном возрасте, которая формируется под влиянием раннего опыта, глубинных и промежуточных личностных убеждений (правил жизни), групповых общевозрастных убеждений, установок (внутренних стандартов), социальных ролей, состояния физического и психического здоровья и социального капитала. Он описывает динамику возрастной идентичности, это самовосприятие себя человеком на жизненном пути. Он обеспечивает многомерный взгляд на процессы старения и охватывает социальные, психологические, личностные аспекты и позволяет оценить некоторые поведенческие явления лучше, нежели хронологический возраст [1;2;3].

**Методика.** Для оценки субъективного возраста используется когнитивная шкала оценки субъективного возраста Б. Барака (Cognitive age-decade scale), основанная на модели субъективного возраста Р. Кастенбаума [3]. В таблице 1 представлены четыре вопроса, оценивающие различные компоненты субъективного возраста.

Таблица 1. Вопросы и оценка компонентов субъективного возраста в когнитивной шкале оценки возраста Б. Барака

Компоненты субъективного возраста	Вопрос	Описание
Биологический субъективный возраст	Вы чувствуете себя, как Вам кажется, на сколько лет?	Оценка функционального состояния организма.

<b>Эмоциональный возраст</b>	Вы <b>выглядите</b> , как Вам кажется, на сколько лет?	Оценка образа тела, внешнего вида. Отношение к возрастным изменениям во внешнем виде.
<b>Социальный возраст</b>	Ваше <b>поведение</b> , как Вам кажется, соответствует человеку какого возраста?	Способность понимать и управлять собственным эмоциональным состоянием, поведением.
<b>Интеллектуальный (когнитивный) возраст</b>	Ваши <b>интересы</b> соответствуют какому возрасту?	Функционирование, состояние памяти, внимания, наличие усталости. Стремление к познанию, интересам, наличие умственных ресурсов.

Проведение обследования. Вначале гериатрического пациента спрашивают его хронологический (паспортный) возраст, после этого ему задаются четыре вопроса, оценивающие субъективный возраст.

Интерпретация полученных данных. Вычисляется среднее значение всех четырех компонентов субъективного возраста и оценивается наличие тенденции оценивать свой субъективный возраст ближе к хронологическому (идентичная оценка), завышать (отрицательная когнитивная иллюзия возраста) или занижать его (положительная когнитивная иллюзия возраста, субъективная молодость). При этом рекомендуется обращать внимание на расхождение хронологического возраста с субъективным, биологическим и эмоциональным возрастом. Эти два компонента возрастной идентичности тесно связаны с изменениями в физическом и психическом здоровье [7].

При наличии идентичной оценки и отрицательной когнитивной иллюзии возраста у гериатрического пациента рекомендовано провести оценку полиморбидности, качества жизни, нейропсихиатрического статуса (наличие когнитивного дефицита, депрессии, субъективного чувства одиночества) [2].

На изменения в субъективном возрасте в пожилом и старческом возрасте влияют следующие факторы (рис. 1).

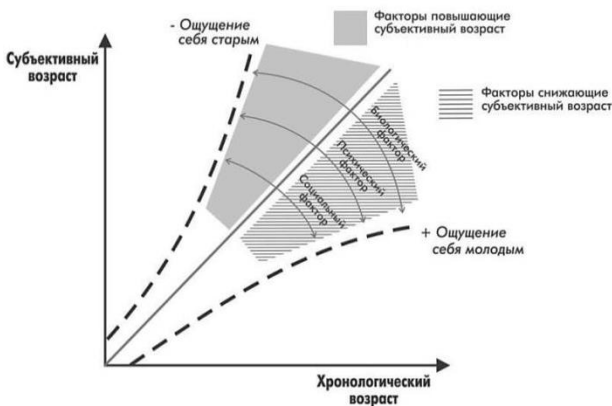


Рис. 1. Траектория оценки субъективного возраста

## 1. Биологические факторы.

- Внешнее старение. Появление незначительных косметических изменений, изменение структуры кожи лица (нос, центр щек, центр лба), шеи и кистей [9].
- Наличие жизнеугрожающих и прогрессирующих хронических заболеваний [9].
- Наличие старческой астении («хрупкости»), которая сопровождается различными гериатрическими синдромами [2].



Рис. 2. Гериатрических синдромов в пожилом и старческом возрасте

## 2. Психические факторы.

- Наличие симптомов депрессии и субъективного чувства одиночества, которые сопровождаются социальной ангедонией [1;2;8].
- Феномен «сдвига отклика» (response shift), т.е. наличие изменений в субъективной оценке состояния здоровья и качества жизни в сторону неопределенности или негативной оценки [9].
- Стрессовые жизненные события (наличие дистресса), особенно те, которые связаны с потерей здоровья или физического функционирования, а также связанные с браком, например болезнь или смерть супруга у пожилой женщины влияют на субъективный возраст [3].
- Изменения во временной транспективе (связанности психологических временных зон), субъективной скорости течения времени, ориентации на прошлое, настоящее или будущее. Наличие феномена давления времени и темпофобии [2].
- Ригидные навыки решения проблем [1].

## 3. Социальные факторы.

- Социо-экономический статус. Стабильное финансовое положение. Показано, что пожилые люди, которые оценивают себя моложе, имеют стабильное финансовое положение и доход. Пожилые мужчины более подтверждены

влиянию социо-экономического статуса, чем женщины. Это связано с тем, что мужчины, как правило, ценят достижения, в то время как женщины, как правило, заинтересованы в повседневной деятельности и быте. Выход на пенсию также влияет на субъективный возраст отрицательно, если только пожилой человек остается социально активным и находит альтернативные интересы. В связи с этим пожилым людям рекомендуется помимо вопроса на оценку интеллектуального возраста («Ваши интересы соответствуют интересам человека, какого возраста?»), задавать дополнительный вопрос: «Можете ли Вы назвать Ваши интересы?» [1].

- Семейное положение. Замужние женщины оценивают себя моложе, чем женщины, не состоящие в браке [9].
- Отсутствие социального капитала и доверительного лица [2;8].
- Эйджизм и негативные стереотипы, образ старения [8].

#### Литература

1. Мелёхин А.И., Сергиенко Е.А. Предикторы субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте // Экспериментальная психология. 2015. Том 8. № 3. С. 185–201.
2. Мелёхин А.И., Сергиенко Е.А. Субъективный возраст как предиктор жизнедеятельности в поздних возрастах [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2015. Том 4. № 3. С. 6–14.
3. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст человека как предиктор жизнедеятельности // Психология человека и общества: научно-практические исследования / под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабриной. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 262–281.
4. Adams T.R., et al. Social Support Buffers the Impact of Depressive Symptoms on Life Satisfaction in Old Age//Clin Gerontol. 2016. Vol. 39. №2. pp. 139-157.
5. Agogo D., et al. Time benders: a model of subjective aging in aging adults//Health Mark Q. 2014. Vol. 31. № 4. pp. 383-398.
6. Arnadottir S.A., et al. Determinants of self-rated health in old age: A population-based, cross-sectional study using the International Classification of Functioning// BMC Public Health. 2011 Vol. 670. URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3175467/> (дата обращения: 19.07.16)
7. Barnes-Farrell J.L., et al. How do concepts of age relate to work and off-the-job stresses and strains? A field study of health care workers in five nations. //Exp Aging Res. 2002. 28. № 1. pp.87-98.
8. Bergland A., et al. Predictors of subjective age in people aged 40-79 years: a five-year follow-up study. The impact of mastery, mental and physical health//Aging & Mental Health. 2014. Vol. 18. № 5. pp. 653-66
9. Bodner E., et al. Accelerated increase and relative decrease in subjective age and changes in attitudes toward own aging over a 4-year period: results from the Health and Retirement Study// Original Investigation European Journal of Ageing. 2016. № 1. pp 1-11.

**Микеладзе Л.И., Балашова Е.Ю.**

**Восприятие времени и память при депрессиях позднего возраста**

ГБУ ГППЦ ДОГМ, МГУ имени М.В. Ломоносова,  
Психологический институт РАО,  
ФГБНУ НЦПЗ, МГОУ, Москва, Россия  
[lika.mikeladze@gmail.com](mailto:lika.mikeladze@gmail.com), [elbalashova@yandex.ru](mailto:elbalashova@yandex.ru)

**Ключевые слова:** восприятие времени, память, депрессия, геронтология, поздний возраст

**Mikeladze L., Balashova E.**

**Time perception and memory in late life depression**

SBE CPPC DEcM, Lomonosov MSU,

Psychological institute of REA, FSBSI MHRC, MSRU, Moscow, Russia

**Keywords:** time perception, memory, depression, gerontology, late life

**Введение.** Изучение восприятия времени включает много аспектов, среди которых важным является анализ его связей с различными когнитивными процессами. В ряду психических функций, связанных с восприятием времени, особое место занимает память. Введение У. Джемсом понятия о субъективном настоящем послужило толчком к разграничению двух процессов – восприятия и оценки длительности [1]. Именно в оценку длительности включены мнестические и речевые процессы [2]. Исследования последних лет показали, что короткие длительности (менее одной секунды) воспринимаются «автоматически». Более продолжительные интервалы (по разным данным, от одной до трех секунд) оцениваются произвольно; для их восприятия необходимо участие функций памяти и внимания [3]. В литературных источниках часто используется термин «проспективная оценка времени» для ситуаций, когда человек изначально осведомлен о том, что ему придется оценивать длительность (например, при оценке коротких интервалов и отмеривании субъективной минуты). Существует и понятие «ретроспективной оценки времени», описывающее ситуации, когда испытуемый заранее не осведомлен о необходимости оценивания (например, в случае оценки продолжительности обследования). Функции внимания и рабочей памяти ученые связывают в основном с проспективными оценками времени, а обращение к долговременной памяти – с ретроспективными оценками [4]. Таким образом, возможно, именно память является «объединяющей» в осуществлении про- и ретроспективных оценок времени.

Восприятие времени рассматривается нами как высшая психическая функция, что предполагает изучение особенностей его знаково-символического опосредствования [5]. Оценка интервалов длительностью более одной секунды требует привлечения единиц измерения, номинативных и сравнительных понятий («короткий», «длинный», «короче», «длиннее»), данные о которых извлекаются из памяти [5, 6].

Для позднего возраста, в частности, для поздних депрессий характерны изменения, как памяти, так и восприятия времени. Изучению связи между этими психическими функциями при различных вариантах старения было посвящено наше исследование. Мы предположили, что при поздних депрессиях снижение точности оценок времени будет связано с изменениями памяти.

**Материалы и методы исследования.** В проведенном исследовании добровольно приняли участие 48 больных депрессиями в возрасте от 50 до 80 лет, находившихся на лечении в клинике Научного центра психического здоровья (г. Москва). В клиническую группу вошли 22 пациента с рекуррентным депрессивным расстройством (F.33), 13 пациентов с биполярным аффективным расстройством (F.31), 7 пациентов с затяжными депрессивными эпизодами (F.32), 6 пациентов с хроническими (аффективными) расстройствами настроения (F.34). Контрольную группу составили 26 психически здоровых лиц в воз-

расте от 50 до 81 года. Обе группы были близки по основным социально-демографическим показателям.

Методический комплекс включал некоторые методики исследования слухоречевой и зрительно-пространственной памяти (заучивание и отсроченное воспроизведение пяти слов и пяти фигур, произвольное запоминание текста) [8], а также проспективную оценку коротких временных интервалов (5, 10, 15 секунд) и ретроспективную оценку продолжительности обследования и текущего времени. Анализировались такие показатели, как объем непосредственного и отсроченного воспроизведения, скорость заучивания, точность и направленность оценок временных интервалов и т.п.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программ STATISTICA 10 и Microsoft Office Excel 2007. В числе статистических процедур применялись описательная статистика, корреляционный анализ, исследование различий между выборками по критерию Манна-Уитни.

**Результаты исследования.** Представители обеих групп чаще всего недоотмеривали минуту; эта тенденция была более выражена в клинической группе ( $p < 0,05$ ). Больные депрессией сильнее переоценивали и были менее точны при оценке интервала 15 секунд ( $p < 0,05$ ), сильнее недооценивали текущее время ( $p < 0,05$ ), а также были менее точны при непосредственной оценке продолжительности обследования ( $p < 0,05$ ) и текущего времени ( $p < 0,01$ ).

В контрольной группе дефицит слухоречевой памяти был связан с тенденцией к недоотмериванию минуты, дефицит зрительно-пространственной памяти – к переотмериванию минуты и снижению точности оценивания текущего времени и продолжительности обследования. Модально-неспецифический мнестический дефицит был связан с тенденцией к недоотмериванию минуты, снижению точности оценивания коротких интервалов. Точное отмеривание минуты отмечалось только при отсутствии изменений памяти.

В целом, результаты проведенного анализа свидетельствуют преимущественно о наличии связи между изменениями восприятия времени (как коротких, так и длительных интервалов) в позднем возрасте и дефицитом зрительно-пространственной памяти. Связь пространственного дефицита с изменениями восприятия времени, на наш взгляд, подтверждает взаимосвязь восприятия пространства и времени в норме, а также может свидетельствовать о роли пространственных представлений в обеспечении качества временных оценок. Модально-неспецифический дефицит памяти соответствует снижению точности проспективных оценок времени и усугублению свойственных здоровым испытуемым тенденций (к недоотмериванию минуты и переоценке интервалов). Интересно, что наиболее тесной оказывается связь именно с «эталонной» длительностью – минутой – что подтверждает предположение об особой роли памяти в обеспечении восприятия времени, состоящей в извлечении информации о единицах измерения, эталонах длительности и др.

В клинической группе увеличению погрешности при отмеривании минуты и оценке коротких и длительных временных интервалов соответствовал модально-неспецифический мнестический дефицит, тенденции к недоотмериванию минуты – изменения слухоречевой памяти. Модально-неспецифический мнестический дефицит, в отличие от контрольной группы, был связан со снижением точности как про-, так и ретроспективных оценок. Вероятно, это гово-



рит о функционировании при депрессии единого механизма, затрудняющего обращение к хранящейся в памяти информации, необходимой для точного оценивания и отмеривания интервалов.

В результате проведенного исследования были обнаружены особенности связей памяти с восприятием времени при разных вариантах старения. При поздних депрессиях связь с мнестическим дефицитом оказывается выраженной именно в отношении ретроспективных оценок длительных интервалов: обращение к долговременной памяти при поздних депрессиях часто затруднено, и это может осложнить использование прошлого опыта для компенсации ошибок. Помимо общего снижения точности временных оценок, при поздних депрессиях неспецифический мнестический дефицит связан с усилением тенденций в ретроспективных оценках времени, характерных и для здоровых испытуемых, что говорит о «заострении» при этом заболевании некоторых закономерностей, присущих норме. Происходит не только «углубление», но и «расширение» негативной симптоматики: в частности, обнаруживается связь изменений восприятия времени с дефицитом произвольного запоминания.

**Выводы.** В исследовании были продемонстрированы связи некоторых видов памяти и временных оценок. Эти данные позволяют предположить важную роль памяти в процессах временной перцепции, состоящую в извлечении информации о временных эталонах и о прошлом опыте оценивания заполненных деятельностью интервалов. Полученные в исследовании данные вносят вклад в понимание особенностей межфункциональных связей памяти и восприятия времени при аффективных расстройствах позднего возраста.

#### Литература

1. James W. The principles of psychology. New York: Henry Holt and Co., 1890.
2. Фресс П. Приспособление человека во времени // Вопросы психологии, 1961, №1, с. 43–57.
3. Gil S., Droit-Volet S. Emotional time distortions: the fundamental role of arousal // *Cognition and Emotion*, 2012, v. 26, p. 847–862.
4. Block R.A., Gruber R.P. Time perception, attention, and memory: a selective review // *Acta psychologica*, 2014, № 149, p. 129–133.
5. Микеладзе Л.И. Восприятие времени при аффективных расстройствах в позднем возрасте: дисс. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 2016.
6. Балашова Е.Ю., Портнова Г.В. Возрастные особенности психического отражения времени // *Психология зрелости и старения*, 2006, № 3, с. 5–23.
7. Mikeladze L.I. Model of time perspective as a functional system // 3<sup>rd</sup> International Conference and Festival on Time Perspective: Book of Abstracts / Eds. A. Sircova, S. Konowalczyk. Copenhagen: ITPN, 2016, p. 113–114.
8. Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л. Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных. М.: МЗ СССР, 1983.

**Мисоченко М.С., Горячева Т.Г.**

**Нейропсихологический статус детей с внутриутробной гипоксией и асфиксией новорожденных в анамнезе**

ГБУ «Ресурсный центр семейного устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, РНИМУ им. Н.И.Пирогова,

МГППУ, г. Москва, Россия

[marie.mes@ya.ru](mailto:marie.mes@ya.ru), [goriatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goriatcheva_tg@mail.ru)

**Ключевые слова:** старший дошкольный возраст, внутриутробная гипоксия, асфиксия новорожденных, нейропсихологическая диагностика

**Misochenko M., Goryacheva T.**

**Neuropsychological status of children with fetal hypoxia and neonatal asphyxia anamnesis**

Resource Center family placement of orphans and children without parental care,  
MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** preschool age, intrauterine hypoxia, birth asphyxia, neuropsychological diagnostics

**Введение.** В настоящее время одним из наиболее актуальных вопросов является изучение влияния различных перинатальных рисков на соматическое и психическое развитие ребенка. Проведен и опубликован ряд отечественных и зарубежных современных исследований, подтверждающих тот факт, что внутриутробная гипоксия и асфиксия плода или новорожденного, отягощенный акушерский анамнез беременной, негативная социальная ситуация патологически отражаются на внутриутробном развитии центральной нервной системы плода и могут привести в дальнейшем к задержке созревания различных структур головного мозга [1-10]. Однако данные работы в полной мере не освещают нейропсихологические особенности детей с внутриутробной гипоксией и асфиксией новорожденных в анамнезе.

**Материал и методы.** В ходе экспериментального исследования была проведена нейропсихологическая диагностика 60 доношенных детей в возрасте 6 лет (34 девочки, 26 мальчиков), посещающих детский сад. Было исследовано 3 группы детей по 20 человек в каждой:

1. Дети, внутриутробное развитие которых протекало на фоне гипоксии.
2. Дети, в анамнезе которых был установлен факт асфиксии во время родов легкой (4 человека) и средней (16 человек) степени.
3. Дети от матерей, в ходе беременности которых не было зарегистрировано асфиксии и гипоксии плода (далее - дети без рисков).

В качестве метода для оценки уровня сформированности высших психических функций и исследования особенностей функционирования мозговых структур детей старшего дошкольного возраста было использовано адаптированное для детей нейропсихологическое обследование А.Р.Лурия. Для обработки результатов исследования применялся ряд статистических процедур и критериев: однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA) для независимых выборок; коэффициент ранговой корреляции  $r$  – Спирмена.

**Результаты.** Данные математического анализа показали, что у старших дошкольников, перенесших внутриутробную гипоксию, по сравнению с контрольной группой менее сформированы такие высшие психические функции и их отдельные структурные звенья, как кинетическая организация движений, зрительное, акустическое, пространственное восприятие, зрительная память, внимание, мышление, целостная правополушарная переработка зрительной информации. У детей с асфиксией помимо этого нарушено развитие кинестетического праксиса, слухоречевой памяти и тактильного гнозиса.

Так как не обнаружено статистически значимых отличий между контрольной группой и группой детей с гипоксией в выполнении таких проб как узна-

вание реальных изображений, прaxis позы, запоминание 2 пар по 3 слова, пересказ текста, стереогноз и локализация прикосновений, то уровень сформированности теменно-затылочных структур головного мозга соответствует нормативам для детей 6 лет. Важно отметить, что это те структуры, которые еще находятся на этапе формирования в старшем дошкольном возрасте.

Экспериментальные группы статистически не отличаются друг от друга в выполнении проб на динамический прaxis, на копирование геометрических фигур и на понимание сюжетной картинки. То есть можно говорить о существовании тенденции к задержке формирования заднее-лобных отделов головного мозга, а вместе с ними и кинетической основы движения, целостной правополушарной переработки зрительной информации, пространственных представлений и вербально-логического мышления. Причем задержка более выражена у детей, перенесших асфиксию новорожденных, так как им чаще присваивались более высокие штрафные баллы в данных пробах.

Результаты исследования показали, что у детей, перенесших гипоксию на перинатальном этапе, к вышеперечисленным незрелым зонам мозга прибавляются субкортикальные отделы, а у детей с асфиксией новорожденных в анамнезе более выражены симптомы незрелости затылочных, теменно-затылочных отделов правого полушария, верхней теменной области (вторичный отдел кожно-кинестетического анализатора) и стволовых структур головного мозга.

В ходе анализа результатов экспериментального исследования были статистически подтверждены предположения о специфичности траектории становления психических функций детей старшего дошкольного возраста, имеющих риски развития перинатальной патологии в виде внутриутробной гипоксии и асфиксии новорожденных.

**Выводы.** Полученные данные позволяют говорить о том, что дети, подвергшиеся влиянию негативных факторов на перинатальном этапе развития, входят в группу детей риска. С ними должна проводиться профилактическая, а в некоторых случаях и коррекционно-развивающая работа для формирования и укрепления компенсаторных механизмов и предотвращения перехода субклинических форм отклонений в психическом развитии в клинические формы.

Таким образом, изучение роли нарушений в протекании беременности и родов на нейро-онтогенез ребенка является актуальным и соответствует практическим целям современной медицины и психологии, а также требует дальнейших более глубоких и дифференциальных исследований и является необходимым условием грамотного построения профилактической и реабилитационной работы.

#### Литература

1. Дьяконова Е.Н., Батуева, Ю.В, Лобанова Л.В., Терехина Е.В. Нейропсихологическое развитие детей с последствиями перинатального поражения ЦНС 3-4 лет в сравнении со здоровыми сверстниками // ВЕСТНИК НОВЫХ МЕДИЦИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ. – Тула, 2008 – Т. XV, № 4 – С. 62-64.
2. Карпунина Н.П. Синдром дефицита внимания с гиперактивностью у детей (распространенность, факторы риска, некоторые клинико-патогенетические особенности): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Тверь; 2008.

3. Корсакова Н.К., Микадзе Ю.В., Балашова Е.Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика трудностей в обучении младших школьников. – М.: Педагогическое объединение России, 2002
4. Beijers Roseriet, Buitelaar Jan K. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; Vol. 23: 943 – 956.
5. Calvigioni Daniela, Hurd Yasmin L. Neuronal substrates and functional consequences of prenatal cannabis exposure. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; Vol. 23: 931 – 941.
6. Hebebrand Johannes, Verhulst Frank. Prenatal risk factors and postnatal central nervous system function. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; Vol. 23: 857 – 861.
7. Naeye R.L., Peters E.C. Antenatal hypoxia and low IQ values. *IIAm. J. Dis. Child*. 1987. Jan. 141(1). P. 50-54.
8. Marroun Hanan El, White Tonya. Maternal use of antidepressant or anxiolytic medication during pregnancy and childhood neurodevelopmental outcomes: a systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; Vol. 23: 973 – 992.
9. Sayal Kapil, Heron Jon. Prenatal exposure to binge pattern of alcohol consumption: mental health and learning outcomes at age 11 & *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; Vol. 23: 891 – 899.
10. Tiesler Carla M. T., Heinrich Joachim. Prenatal nicotine exposure and child behavioural problems. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2014; Vol. 23: 913 – 929.

**Моталова Ю.И., Воробьева Е.В.**

**Влияние ретроспективных оценок стилей родительского воспитания на пищевое поведение молодых женщин**

Южный Федеральный Университет, Ростов-на-Дону, Россия,  
[yuliya.motalova@gmail.com](mailto:yuliya.motalova@gmail.com)

**Ключевые слова:** ретроспективные оценки, пищевое поведение, межличностные отношения, исследования молодых женщин, воспитательный стиль

**Motalova Y., Vorobyova E.**

**The influence of retrospective evaluations of parenting styles on young women's eating behavior**

Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia

**Keywords:** retrospective evaluations, eating behavior, interpersonal relationships, young women's studies, parenting style

**Введение.** Пищевое поведение – общий термин, обозначающий все компоненты поведения, которые присутствуют в нормальном процессе приема пищи [4]. Еда культурально является социально приемлемым способом саморегуляции. Именно в родительской семье усваиваются паттерны межличностных отношений и саморегуляции. Метод ретроспективных оценок стилей родительского воспитания был успешно использован для исследования влияния, которое семейная среда оказывает на формирование эмоциональной сферы и способности к эмоциональной саморегуляции [2]. Результаты исследования показали, что такие характеристики воспитательного стиля матери, как враждебность и автономность, непосредственно влияли на уровень алекситимии у наркологических больных. Исследования связей между идентичностью студенток, их взаимоотношениями с матерью и нарушениями пищевого поведения, позволили нам провести исследование, оценивающее вклад воспитательных стилей

обоих родителей в формирование нарушений пищевого поведения у молодых женщин [12].

Стиль родительского воспитания – это многомерное образование, включающее когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты. Мы опираемся на определение А. Я. Варги, которая описывает родительское отношение как целостную систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ребенком, особенностей восприятия и понимания характера ребенка и его поступков (Варга, 1986). Исследования К. van Durme и Y. Latzer показывают, что взаимоотношения с родителями влияют на формирование нарушений пищевого поведения у молодых девушек. Более того, современная психология утверждает, что дети чувствительны к определенным компонентам родительского поведения с очень раннего возраста. Различные доминирующие характеристики воспитательного стиля находят свое отражение в различных типах пищевого поведения – экстернальном, ограничительном и т.д. [3]. В этой связи, А. В. Сидоров выделил различные психологические модели переедания и ожирения [6]. Т. П. Бардымова подчеркивает роль усвоенных в семье поведенческих паттернов в возникновении ожирения [1]. Согласно одной из гипотез Е.В. Каменецкой [5], нарушения пищевого поведения формируются, как способ почувствовать свою индивидуальность, отдельность от матери, в семьях, в которых слишком сильно выражен симбиоз матери и ребенка. В норме этот симбиоз должен быть разрушен отцом, но в семьях, в которых отец проявляет чрезмерную автономность, непоследовательность и враждебность, благоприятных предпосылок для этого не складывается. Carlisle K.L. и Buser J.K. обнаружили взаимосвязь между зависимостью от пищи у детей и такими факторами, как общий уровень функционирования семьи, родительские ролевые модели, уровень давления, оказываемый родителями на ребенка и общий эффект, оказываемый социальным и экономическим статусом семьи [7]. Goldsmith R.E. с соавторами провели исследование, результаты которого свидетельствуют о том, что пережитые в детстве психологические травмы, и в особенности, травма предательства, имеют непосредственное отношение к ряду физических и психологических симптомов, включающих в себя алекситимию, тревогу, депрессию, диссоциацию, жалобы на физическое здоровье и нарушения пищевого поведения [8].

**Целью** данного исследования являлось изучение влияния ретроспективных оценок стилей родительского воспитания на пищевое поведение молодых женщин.

**Материал и методы.** Для измерения выраженности компонентов нарушений пищевого поведения была использована Шкала оценки пищевого поведения. Оценка межличностных отношений была проведена при помощи опросника межличностных отношений Шутца. Для проведения диагностики ретроспективных оценок стилей родительского воспитания молодыми женщинами, был использован опросник Шафера «Подростки о родителях» (ADOR). Объект исследования – 100 женщин в возрасте от 20 до 30 лет, имеющих высшее образование и проживающих в Ростове-на-Дону, Ростовской области и Краснодарском крае. Для статистической обработки полученных данных была использована программа IBM SPSS Statistics 23.0.

**Результаты.** Результаты исследования показали, что выраженность автономности в ретроспективной оценке стилей родительского воспитания матери влияет на склонность молодых женщин контролировать межличностные отношения ( $F=5,066$ ,  $p<0,01$ ). При этом выраженность автономности в ретроспективной оценке отца влияет на потребность выражать аффект и включать других людей в свои межличностные отношения ( $F=5,99$ ;  $F=6,49$ ,  $p<0,01$ ). Выраженность позитивного интереса в ретроспективной оценке отца влияет на потребность включать других людей в свои межличностные отношения ( $F=5,34$ ,  $p<0,01$ ). Выраженность враждебности в ретроспективной оценке стилей родительского воспитания отца влияет на склонность молодых женщин включать других людей в свои межличностные отношения ( $F=3,90$ ,  $p<0,05$ ). Особенности устанавливаемых молодыми женщинами межличностных отношений оказывают влияние на специфику их пищевого поведения. Ожидание молодыми женщинами проявлений внимания со стороны других людей (требуемый аффект) оказывает влияние на комплекс особенностей пищевого поведения, таких как стремление к худобе, неудовлетворенность телом и перфекционизм ( $F=5,85$ ;  $F=4,89$ ;  $F=5,7$ ,  $p<0,01$ ). Склонность молодых женщин контролировать межличностные отношения оказывает влияние на комплекс особенностей пищевого поведения, таких как неудовлетворенность телом, перфекционизм, булимию, неэффективность, недоверие в межличностных отношениях и интероцептивную некомпетентность ( $F=4,67$ ;  $F=4,38$ ,  $p<0,05$ ;  $F=5,63$ ,  $p<0,01$ ;  $F=3,95$ ;  $F=3,37$ ;  $F=3,52$ ,  $p<0,05$ ). Желание молодых женщин быть контролируемыми в межличностных отношениях оказывает влияние на комплекс особенностей пищевого поведения, таких как стремление к худобе, неудовлетворенность телом, перфекционизм, булимия, неэффективность, недоверие в межличностных отношениях и интероцептивная некомпетентность ( $F=8,0$ ,  $p<0,01$ ;  $F=3,3$ ,  $p<0,05$ ;  $F=7,6$ ;  $F=9,8$ ,  $p<0,01$ ;  $F=3,2$ ,  $p<0,05$ ;  $F=9,8$ ;  $F=7,9$ ,  $p<0,01$ ). Стремление молодых женщин быть включенными в межличностные отношения оказывает влияние на перфекционизм ( $F=6,34$ ,  $p<0,01$ ).

**Резюме.** Таким образом, выраженность определенных черт родительского воспитания в ретроспективной оценке молодых женщин оказывает влияние на их межличностные отношения.

#### Литература

1. Бардымова Т.П., Михалева О. Г., Березина М.В. (2011). Современный взгляд на проблему ожирения. Бюллетень ВСНЗ РАМН, 5 (81), 203-206.
2. Воробьева Е.В., Шульгина И.М., Ермаков П.Н. (2015). Влияние ретроспективной оценки стиля материнского воспитания, реализуемого в детстве, на проявления алекситимии и эмпатии у молодежи с полинаркоманией. Российский психологический журнал, 12 (3), 114-133.
3. Гладышев О.А. (2014). Гиперфагические реакции в рамках расстройств пищевого поведения. Клинические особенности и терапия. Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 10 (2), 190-194.
4. Жмуров В.А. (1986). Общая психопатология. Иркутск: ИГУ.
5. Каменецкая Е.В., Ребеко Т.А. (2014). Телесный образ «Я» у лиц с нарушениями пищевого поведения. Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова, 4, 227-231.
6. Сидоров А.В. (2011). Психологические модели переживания и ожирения. Российский психологический журнал, 8 (3), 30-40.
7. Carlisle K.L., Buser J.K., & Carlisle R.M. (2012). Childhood food addiction and the family. The family journal counseling and therapy for couples and families. 20(3), 332-339.

8. Goldsmith R.E., Freyd J., & DePrince A.P. (2012). Betrayal trauma: associations with psychological and physical symptoms in young adults. *Journal of interpersonal violence*, 3(27), 547-567.
9. Latzer Y., Lavee Y., & Gal S. (2009). Marital and parent-child relationships in families with daughters who have eating disorders. *Journal of Family Issues*, 30 (9), 1201-1220.
10. Van Durme K., Braet C., & Goossens L. (2015). Insecure attachment and eating pathology in early adolescence: role of emotion regulation. *Journal of Early Adolescence*, 35(1), 54-78.
11. Wheeler H.A., Wintre M.G., & Polivy J. (2003). The association of low parent-adolescent reciprocity, a sense of incompetence, and identity confusion with disordered eating. *Journal of Adolescent Research*, 18(4), 405-429.

**Нарметова Ю.**

**Психодиагностические аспекты перинатальной психологии**

Национальный университет Узбекистана,  
[yulduznarmetova@mail.ru](mailto:yulduznarmetova@mail.ru)

**Ключевые слова:** психодиагностика, перинатальная психология, беременность, Я-концепция, психопрофилактика

**Narmetova Y.**

**Psychodiagnostic aspects of perinatal psychology**

National University of Uzbekistan, Tashkent

**Keywords:** psychological diagnostics, perinatal psychology, pregnancy, self-concept, psychoprophylaxis

Как показывает анализ научной литературы по перинатальной психологии в клинической практике, определена необходимость оценки следующих качеств личности беременной женщины:

- совокупность характерологических особенностей;
- социально-психологические особенности;
- мотивационная сфера личности;
- креативность.

Н.Боровикова отмечает, что с философской точки зрения, любая деятельность человека представляет собой творческий акт, ибо и субъект, и объект выходят из акта деятельности иными, чем они вошли в него. В ходе исследования важно выявить то, как, попадая в новую для себя ситуацию, женщина преобразует мир; как креативность отражается на материнской зрелости и эффективности.

Ряд исследований показали высокую выраженность у женщин с эффективным адаптивным поведением в период беременности следующих личностных свойств: доминантности, уверенности в себе, критичности, реалистичности, рассудительности, проницательности, высокого самоконтроля.

Диагностика особенностей мотивационной сферы беременной женщины в комплексе диагностических методик, используемых в акушерской практике, охватывает оценку показателей не только отношения к будущему ребенку, но и к своему значимому окружению. Рядом авторов установлено, что наиболее благоприятными с позиции продуктивного становления Я-концепции являются преобладание внутренней мотивации над внешней, высокая устойчивость и сила мотивации.

Применение рисуночных техник как инструментария для исследования личности получило широкое распространение. В последние годы исследователи начали больше уделять внимания рисунку как средству познания личности (С.А.Болдырева, М.М.Кольцова, А.И.Захаров, В.С. Мухина). Надо отметить, что еще в 1914 г. М.Колренблинт и М.Надольская под руководством А.Лазурского проводили работы, в которых пытались использовать уроки рисования в качестве метода исследования личности.

Пиктография – рисуночное письмо, древнейший вид письменности. Его принципиальная особенность состоит в том, что знак никак не связан со звучанием слова – он выражает его смысл. Целью, т.е. точкой приложения методики, было изучение опосредованного запоминания в рамках культурно-исторической теории психического развития человека (Л.С. Выготский, 1935, 1956). Согласно этой концепции, высшие психические функции человека носят опосредованный характер, они развиваются исторически, с помощью выработанных в истории человеческого общества средств – орудий труда, знаков-символов. Высшим и универсальным орудием, модифицирующим психические функции, является слово.

Исходя из того, что с психологической точки зрения беременность является вызванным оплодотворением психофизиологическим процессом, ведущим к изменениям в организме и психике женщины и направленным на развитие и появление на свет нового человека, рядом исследователей предлагается методика, направленная на диагностику изменений в психике женщины, имеющих, по их мнению, определенные вехи и стадии, влияющие на общий мотивационный фон готовности беременной женщины к родам и материнству.

Раскрытие смысла понятий через зрительный образ заставляет женщину хотя бы кратко остановиться на соотношении словесного и образного компонентов в понятийном мышлении. Если в традиционной психологии со времени Аристотеля проводилась четкая граница между чувственным и логическим познанием, между образом и словом, то в современной психологической литературе понятие все чаще рассматривается как сложное образование, включающее и словесный, и образный компоненты. В зависимости от степени абстрактности или уровня обобщенности понятия, соотношение этих компонентов различно: чем конкретнее понятие, чем ниже его обобщенность, тем более ярко выражен образный компонент.

В последние годы в клинической практике применяется специально разработанный Н.Боровиковой вариант на базе методики Сакса и Леви. Методика включает в себя 30 незаконченных предложений, которые могут быть разделены на 10 групп, характеризующих в той или иной степени систему отношений респондента. Из рассмотрения исключены группы предложений, характеризующих отношение к подчиненным, вышестоящим лицам и друзьям. В то же время, в методику введены предложения, дающие оценку лиц своего пола и будущего ребенка. Кроме того, традиционно рассматриваемое отношение к собственному отцу было дополнено анализом отношения к отцу будущего ребенка, а отношение к семье разбито на разницу в восприятии новой, собственной и родительской семей.

Ключевым моментом для анализа стала трансформация характерологических особенностей и социально-психологических установок женщины в период



вынашивания ребенка. Именно эти критерии являются узловыми координирующими звеньями в системе условий и факторов, которые обеспечивают оптимальное развитие Я-концепции беременной женщины. Нами было установлено следующее.

Во-первых, Я-концепция должна изучаться и оцениваться во взаимоотношениях со структурно-функциональными изменениями, происходящими с женщиной в период беременности. При этом их взаимное влияние обладает динамическим характером, и причинно-следственные связи психических и физиологических изменений в организме женщины могут меняться местами. Отсюда следует, что оцениваемые свойства и качества Я-концепции должны быть лично значимыми и тесно взаимосвязанными с ее онтогенетическим развитием, психобиографическими характеристиками.

Во-вторых, развитие личностного потенциала беременной по своей сути является не столько индивидуальной, сколько совместной деятельностью и напрямую зависит от степени участия значимого для женщины человека (например отца ее будущего ребенка).

В-третьих, многочисленные свойства и качества личности беременной женщины не разрознены между собой, а закономерным образом связаны друг с другом и составляют некоторые интегральные образования (симптомокомплексы, свойства или подструктуры личности). Поэтому личность беременной женщины представляет собой совокупность функционально взаимосвязанных подструктур в целостной структуре личности.

В-четвертых, свойства и качества личности беременной женщины (а также их интегральные образования) не рядоположены, а иерархически организованы. Уровневая организация включает прежде всего характерологические особенности и социально-психологические установки личности. Из данного положения вытекает, что оценке должны подвергаться в первую очередь личностные особенности беременной женщины и их подструктуры, которые важны для продуктивного развития ее Я-концепции.

В-пятых, каждая беременная женщина одновременно характеризуется совокупностью психофизиологических, психологических, социально-психологических и социальных свойств. Это объясняется множественностью (многообразием) ее реальных связей с другими людьми, социальной средой и т.п. Из данного положения следует, что психологическая оценка личности беременной женщины должна быть комплексной и по меньшей мере включать свойства и качества, характеризующие ее общение и взаимодействие с другими людьми, систему отношений и поведение в период пренатального развития будущего ребенка и т.д.<sup>4</sup>

Как видим, спектр психодиагностических методик, используемых в акушерской практике довольно широк и разнообразен. Также широко используются такие психодиагностические методики как методика САН, рисуночный тест «Я и мой ребенок», методика определения типа отношения к беременности и т.д.

---

<sup>4</sup>Н.В. Боровикова. Условия и факторы продуктивного развития Я-концепции беременной женщины. Автореф. дисс. канд. психол. н. М., 1998

Учитывая все отмеченное, представляется актуальной организация психотерапевтической службы на базе гинекологического стационара или родильного дома.

**Нестерова А.А.**

**Клиническая и психологическая диагностика мигрантов: кросскультурная перспектива**

ГБОУ ВПО СКФУ, Москва, Россия,  
[anesterova77@rambler.ru](mailto:anesterova77@rambler.ru)

**Ключевые слова:** мигранты, билингвы, кросскультурная психология, клиническая и психологическая диагностика

**Nesterova A.**

**Clinical and psychological diagnosis of migrants: cross-cultural perspective**

NCFU, Moscow, Russia

**Keywords:** migrants, bilingual, cross-cultural psychology, clinical and psychological diagnosis

В данной работе хочется обсудить вопрос клинической диагностики особой категории пациентов (клиентов) – мигрантов. В процессе диагностики мигранта клиницист может столкнуться с рядом барьеров: коммуникативным, языковым, барьером социокультурных различий. В настоящее время в мировой практике существует очень мало специализированной литературы, посвященной специфике проведения диагностических процедур в отношении людей, принадлежащих к другой культуре, билингвов, а также переселенцев, которые имеют значительные языковые барьеры для описания своего состояния. Между тем, существуют подтвержденные данные о том, что есть различия в нейрокогнитивной организации языка у билингвов, и это, вне сомнений, сказывается на особенностях их обращения к своему опыту, к памяти, когда определенные понятия и знания хранятся, например, в одном языковом коде, а извлекаются посредством другого языкового кода [3,5,8]. На наш взгляд, нельзя недооценивать эти особенности в клинической диагностике переселенцев из других языковых культур.

Психоаналитиками достаточно хорошо описана защитная функция второго языка для билингва. Некоторыми авторами отмечен феномен снижения субъективной оценки тревоги при описании травматического события или переживания с помощью языка, в контексте которого это событие не было пережито (т.е. с помощью дополнительного языка, второго). Были сделаны выводы, что второй язык у человека, владеющего двумя языками, позволяет изолировать аффект, связанный с какой-либо травмой [7].

Как считает Н.Л. Вигель, психология билингвизма заключается не столько в способности билингва переключаться с одного языка на другой, сколько представляет собой возможность перехода к другому поведению и в другую систему отношений, возможность сдвига в ситуации или в каком-либо контексте независимо от языка [1]. Именно с этими особенностями, на наш взгляд, связана специфика диагностики билингва, которая сопряжена с множеством подводных камней. Основные трудности в ситуации диагностики могут быть вызваны когнитивными особенностями обследуемого, обусловленными его язы-

ковой принадлежностью. Так, существуют некоторые противоречивые данные, которые по-разному трактуют возможность адекватно оценить психическое и психологическое состояние клиента-мигранта, клиента-билингва. Некоторые исследователи выявили, что, когда мигранта диагностируют с помощью клинического интервью и различных вербальных методов с использованием «второго» (неродного) для билингва языка, то обнаруживается значительно меньшее количество симптомов. Американские исследователи предположили, что диагностика не на родном языке выступает защитным фактором (буфером), препятствующим более глубокой когнитивной дезорганизации и помогающим пациенту лучше поддерживать контакт с реальностью [9]. В то время как родной язык, освоенный еще в детстве, вызывает регрессивные ассоциации и активирует примитивные когнитивные механизмы, соответствующие младенческому возрасту. В исследованиях Е. Ласки и Е. Талепороса отмечено, что родной язык гораздо чаще используется для выражения галлюцинаторных симптомов [4].

Совершенно противоположные данные были получены в 70-х годах Л. Маркосом и его коллегами, которые обнаружили гораздо больше симптоматики при оценке двуязычных клиентов, когда обследование проходило на неродном (втором) языке. Ученые отметили, что необходимость использовать неродной язык еще больше усиливало нервное напряжение, тревогу пациентов, запуская деструктивные процессы [5].

Такие противоречивые данные лишь подчеркивают необходимость серьезного отношения к клинической и психологической диагностике людей, принадлежащих к другой языковой культуре, потому что на сегодняшний день в этой сфере довольно много «белых пятен».

Следующий немаловажный аспект, связанные с диагностикой мигрантов, заключается в необходимости учета тревоги и дискомфорта, которые возникают в ситуации необходимости человека изъясняться на чужом (недостаточно знакомом) языке, особенно когда степень его владения оставляет желать лучшего. Это явление довольно широко изучено в специализированной литературе, операционализировано в рамках различных понятий: «дистанция от истинного события», «защитная интеллектуализация от эмоций», «языковая малодоступность» [8].

Психологические и клинические исследования констатируют, что когда пациент (клиент) рассказывает о своих переживаниях, чувствах, симптомах, используя «неродной язык», у него в большей мере выражены такие черты, как пассивность, нечеткость, простодушие, бесхитрость, неспособность полностью выразить свои чувства, неуверенность, тревожность и ощущение своей подчиненности перед исследователем, диагностом. Сам диагност (клиницист, психолог) воспринимается мигрантом как Другой (а иногда и Чужой), что предопределяет некоторые изменения во взаимодействии с ним, мигрант становится более осторожным, более пассивным, невыразительным и подчеркнуто почтительным [5].

Стоит поставить под сомнения универсальность клинических критериев и применение единых взглядов (например, появившихся в американской или западно-европейской науке) к описанию специфики психических функций и дисфункций у человека, экстраполяцию этих взглядов на представителей дру-

гой культуры. Инструменты диагностики, применяемые в одной культуре для оценки личности, ее дисфункций, могут быть не валидными для людей, чьи культурно обусловленные психосемантические системы существенно отличаются. Вопрос кросскультурной валидизации и надежности диагностических методов, транслируемых из одной культуры в другую, также остаётся очень актуальным и важным на сегодняшний день.

Очень интересными в этой связи являются результаты исследования реакций ПТСР у иммигрантов-беженцев, проведенные зарубежными исследователями. Так, отмечено, что число травматических событий, которые испытали на себе вьетнамские и камбоджийские беженцы, связаны с тяжестью этих симптомов, и традиционные диагностические опросники ПТСР при обследовании не «работали». А в процессе диагностики реакций на травму у беженцев из Африки было обнаружено гораздо большее число психосоматических симптомов, по сравнению с психическими, так как телесный отклик больше соответствует устойчивым представлениям, идиомам о бедствии и дистрессе в африканской культуре [6].

В клинической литературе все чаще появляется описание культурно-обусловленных синдромов (culture-bound syndrome), которые представляют собой любые патологические поведенческие синдромы, характерные для определённой культуры, считающиеся местным вариантом проявления тревожных, депрессивных или соматоподобных расстройств [2].

Подобные синдромы существуют в какой-либо определённой культуре и не проявляются в других. Например, в Японии, где ярко выражен уровень технического прогресса в области виртуалистики и компьютерных технологий, описан синдром «отаку» (otaku), встречающийся у подростков. Синдром описывается следующими характеристиками: глубокое погружение в виртуальную реальность, видеоигры, прослушивание музыки через наушники в течение длительных периодов времени. Из жизни подростка практически вытесняется необходимость социальной интеграции, стремление к получению образования, развитие личности через определенные ступени достижения – ребенок даже не выходит из дома. Культурно обусловленные синдромы проявляются через аффективные, когнитивные и поведенческие симптомы, наблюдающиеся у представителей определенной культурной группы.

Все выше перечисленные факторы необходимо учитывать в ситуации клинической и психологической диагностики мигрантов. В более глубоком изучении нуждается проблема диагностики билингвов. На наш взгляд, для совершенствования диагностических процедур необходимо учитывать выводы ученых, сделанных в рамках междисциплинарных исследований (психологических и кросскультурных, антропологических и клинических) [1, 3, 5, 6, 8].

На сегодняшний день отечественная клиническая психология, ее методология и методический инструментарий нуждаются в уточнении данными и знаниями из смежных областей: кросскультурной психологии, кросскультурной психиатрии и концепции дистресса (травмы), учитывающей культурные факторы.

Работа выполнена в рамках проектной части госзадания в сфере научной деятельности (Задание № 25.2566.2014 «Разработка конструктивистского подхода

и методов когнитивного моделирования в психологическом сопровождении социальной адаптации мигрантов») (Министерство образования и науки РФ)  
Литература

1. Вигель Н.Л. К вопросу о психолингвистике и нейролингвистике билингвизма и особенностях билингвальной психологии // В мире науки и искусства: вопросы филологии, искусствоведения и культурологии: сб. ст. по матер. XXXVII междунар. науч.-практ. конф. № 6(37). Новосибирск: СибАК, 2014. С.11-16.
2. Клиническая психология. Словарь / Под ред. Н.Д. Твороговой. М.: ПЕР СЭ, 2007.
3. Нестерова А.А., Сулова Т.Ф. Конструктивистский и социально- психологический подходы к изучению факторов жизнеспособности и адаптации мигрантов: Монография. М.: Дашков и К°, 2015.
4. Laski, E., & Taleporos, E. (1977). Anticholinergic psychosis in a bilingual: A case study. *American Journal of Psychiatry*, 134, 1038-1040.
5. Marcos, L.R., Eisma, J.E., & Guimon, J. (1977). Bilingualism and the sense of self. *American Journal of Psychotherapy*, 37, 285-290.
6. Peltzer, K. (1998). Ethnocultural construction of posttraumatic stress symptoms in African contexts. *Journal of Psychology in Africa, South of the Sahara, The Caribbean and AfroLatin America*, 1, 17-30.
7. Perez Foster, R. (1992). Psychoanalysis and the bilingual patient: Some observations on the influence of language choice on the transference. *Psychoanalytic Psychology*, 9, 61-76.
8. Perez Foster, R. (2001). When Immigration Is Trauma: Guidelines for the Individual and Family Clinician. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(2), 153-167.
9. Price, C.S., & Cuellar, I. (1981). Effects of language and related variables on the expression of psychopathology in Mexican American psychiatric patients. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 3, 145-160.

**Носачев Г.Н., Носачев И.Г.**

**К размыванию понятий в структуре клинической психологии**

ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет»,  
г. Самара, Россия  
[nosachev.g@mail.ru](mailto:nosachev.g@mail.ru)

**Ключевые слова:** нейропсихологическое исследование, невролог, психиатр, некомпетентный пользователь

**Nosachev G., Nosachev I.**

**The blurring of concepts in the structure of clinical psychology**

Of the Samara state medical University, Samara, Russia

**Keywords:** neuropsychological study, neurologist, psychiatrist, incompetent user

**Введение.** Клиническая (медицинская) психология (на наш взгляд более широкий раздел прикладной и практической психологии в медицине и здравоохранении), родившись в недрах психиатрии, широко вошла в практику не только «корзины» клинических нейронаук, но и всех других (соматических) медицинских наук (дисциплин). Наиболее привлекательной стала клиническая психодиагностика, которая «пленила» своей тестовой «простотой» и возможностью междисциплинарного исследования в медицине.

Прагматический подход в психиатрии, а с 90-х годов XX века и в неврологии, в XXI веке постепенно превращается в самостоятельный научный метод естественных и гуманитарных наук о человеке, как метод аксиологических наук. Антропологический и биопсихосоциальнодуховный подходы к человеку и пациенту позволили пересмотреть концепты и принципы в интерпретации

психиатрии и неврологии. В концептуальной иерархии философии науки «принципы – методы – законы – модели – понятия» в психиатрии и неврологии (с опорой, в первую очередь, на клинко-психопатологический и клинко-неврологический методы исследования) нашло своё место широкое привлечение клинко-психологического метода, в том числе психодиагностики, особенно скрининговой (т.е. пато- и нейропсихологической диагностики с множеством частных моделей, методик и понятий с их «частной» интерпретацией).

В философии науки XX века произошел, с одной стороны, прагматический поворот, который способствовал становлению прагматического метода (в частности широкое использование клинического метода), а, с другой, синергетический переворот – процессы самоорганизации структур, различных по своей природе - от электрона (квантов) до человека и общества (от биологической до социальной психиатрии и неврологии).

Человек, его личность, его ценности и болезни – основа изучения, диагностики и реабилитации неврологических и душевно больных. Человек не только динамичен, он наделен значительной мерой неопределенности, особенно в поведении и влечениях (потребностях). Один из выходов - расширение духовной среды обитания человека, которое меняет облик самого человека, и тогда человек, что особенно подчеркивалось русской соборной философией, не только личен, но и человечесен.

К. Юнг призывал к формированию и развитию гармонизации внутреннего мира человека и превращению современного человека в человека здорового и умелого. Что возможно только в обществе при наличии такой реальности как язык, как понятия, так и интерпретации их смысла.

**Целью** работы является анализ широко используемого термина (понятия) – «нейропсихологическое исследование» преимущественно в психиатрии и неврологии с позиции методологии. «Мода» на «новое» понятие так завладела умами исследователей и врачей, что практически перестали упоминаться даже такие разделы клинической психологии как «патопсихология» и «патопсихологический синдром», даже в исследованиях психиатров, не говоря о неврологах. Невролог О.С. Левин приводит следующие общие принципы (подходы) к диагностике деменции: 1) сбор анамнеза; 2) нейропсихологическое исследование; 3) неврологический осмотр; 4) общий осмотр; 5) исследование аффективных и поведенческих нарушений и т.д.[2]. Можно было бы логически считать, что как не будет невролог сам проводить лабораторные исследования крови, так и психологические исследования будет, соответственно, проводить психолог. Но порядок диагностики показывает, что невролог посылает к психологу раньше проведения неврологического и общего осмотра пациента, который пришел к врачу-специалисту. В большинстве книг автора приводятся множество психологических тестов и опросников, которые рекомендуется проводить самим врачам-неврологам. В разделе «Общий и неврологический осмотр» приводится таблица «Когнитивные функции и методы их оценки», а в нейропсихологическом исследовании автор вновь возвращается к нарушенным и сохранным когнитивным функциям. Следовательно, из семи приведенных диагностических подходов - три чисто психодиагностические, а при приведенном подходе к общему и неврологическому осмотру, то и все пять подходов

составляют исследование когнитивных функций с помощью «психодиагностики»).

Главная опора на психодиагностику присутствует и в другой книге автора [3], посвященной алгоритму диагностики деменций, где из восьми подглав пять посвящено психодиагностическим и психопатологическим поискам с помощью тестов и опросников (нейропсихиатрические нарушения).

Необходимо заметить, что в национальном руководстве «Неврология» (2009) (к слову, те же авторы), как во всем руководстве, так и в главе, посвященной нарушению когнитивных функций, нейропсихологические исследования избегаются. А базовый учебник по нейропсихологии Е.Д.Хомской, продолжающий разработку идей А.Р.Лурия, И.М.Тонконового, выделяет и описывает нейропсихологические симптомы и синдромы при локальных поражениях мозга, не выделяя и не описывая синдрома деменции и других психопатологических синдромов.

Существует множество классификаций методов психологического исследования (Ананьев Б.Г., 1987; Немов Р.С. 1995; и др.), но все они основаны на парадигме целостности психологического исследования, среди которых базовыми группами являются организационные (в нашем случае – комплексные), информационные, обработки результатов экспериментов и наблюдений и интерпретационные методы. И это только требование к использованию психологического исследования без включения клинических и параклинических данных. В клинической психологии, а, соответственно, в психиатрии и неврологии выделяют клинко-психологическое исследование, которое большинство неврологов обозначают нейропсихологическим [2-4] (к сожалению, многие психиатры также предпочитают термин нейропсихологическое вместо патопсихологического). Так, Н.Н.Яхно с соавт. [4] в руководстве для врачей «для широкой клинической практики» и «объективизации когнитивного статуса» рекомендуют следующий минимум: 1) Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE); 2) Батарея тестов для оценки лобной дисфункции; 3) Тест рисования часов. Для анализа возьмем наиболее популярный по частоте встречаемости, а так же и абсурдный по интерпретации тест MMSE. Из самого названия теста следует, что тест MMSE является скрининговым, позволяющим обратить внимание на когнитивный дефицит, а не диагностировать его даже на синдромальном уровне. Между тем в большинстве неврологических публикаций с использованием теста приводится следующая интерпретация полученных баллов: нет нарушений когнитивных функций; недементные когнитивные нарушения; деменция легкой степени выраженности; деменция умеренной степени выраженности и тяжелая деменция [4]. И это выводят по одному скрининговому тесту? Для понимания абсурдности интерпретации результатов теста приведем данные, полученные автором (к сожалению, психиатром) [1] у больных в дооперационном и раннем послеоперационном периодах при операции на сердце (аортокоронарное шунтирование). На пятый день после операции у 39,5% пациентов отмечены отклонения по шкале MMSE в 1-ой группе; 55,5% - во второй; 18,7% - в третьей (группы отличаются характером оперативного вмешательства). По степени выраженности деменции по шкале MMSE в первой группе: легкая у 18,4% пациентов, умеренная - у 13,1% и выраженная – у 2,6% (соответственно во второй группе – 13,9, 19,4 и 16.56%; в

третьей – только легкая -3,1%). На 14 день процент «деменций» существенно снижается. Получается, что в результате медицинских манипуляций у пациента возникла «деменция», а не имели место временные мнестико-интеллектуальные затруднения, по-видимому, обусловленные расстройством сознания, например, ундулирующим легким оглушением или протрагированной астенией, в структуру которых входят, в том числе, и временные мнестико-интеллектуальные затруднения, не имеющие никакого отношения к синдрому деменции.

А врач-кардиолог в похожем исследовании, также используя обсуждаемый тест, с трибуны кардионеврологической конференции (Самара, 2012) заявила, что две трети прооперированных пациентов «дементны и недееспособны».

В любой момент существования общество нуждается, во-первых, в синхронном оперативном адресном общении как в средстве согласования взаимодействия людей и, во-вторых, в диахронном общении как средстве передачи информации от поколения к поколению, от человека к человеку. Язык как общественная реальность выступает, по мнению Ф. де Соссюра, и как единство противоположных сторон: знака и значения, языка и речи, социального и индивидуального. Основная ошибка некомпетентного использования клинико-психологических исследований в отдельных медицинских дисциплинах – это организационный и правовой нигилизм врачей-исследователей, приводящий к ошибочным диагнозам и сомнительным исследованиям.

#### Литература

1. Кренкель Г.Л. Структура и динамика психических расстройств у больных в дооперационный и раннем послеоперационном периодах при операциях на сердце // Журнал неврологии и психиатрии.- 2007, №10, с. 18-25.
2. Левин О.С. Диагностика и лечение деменций в клинической практике. М.: Медпресс, 2010; 256с.
3. Левин О.С. Алгоритм диагностики и лечения деменции. 3-е изд.,испр. и доп.-М.: МЕДпресс-информ,2011.- 192 с.
4. Яхно Н.Н., Захаров В.В., Локшина А.Б.,Коберская Н.Н, Мхитарян Э.А. Деменции: Руководство для врачей. 2-е изд.- М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 272 с.

**Оганесян Н.Ю.**

#### **Психомоторные методы исследования эффективности танцевально-двигательной психотерапии больных шизофренией**

ГКУЗ ГПБ № 6 (стационар с диспансером);  
ГКУЗ ГПБ №7 (Клиника неврозов им. Академика И.П. Павлова),  
Санкт-Петербург Россия,  
[anais\\_og@rambler.ru](mailto:anais_og@rambler.ru)

**Ключевые слова:** психомоторная диагностика, танцевально-двигательная психотерапия, шизофрения

**Oganesian N.**

#### **Psychomotor methods for studying the effectiveness of dance movement therapy in patients with schizophrenia**

GKUZ GBO number 6; GKUZ GBO №7  
(Clinic neuroses named after Academician Pavlov),  
St. Petersburg, Russia

**Keywords:** psychomotor diagnostics, Dance movement therapy, schizophrenia



**Введение.** Танцевально-двигательная терапия - это междисциплинарная область, она существует на стыке психотерапии и танцевального искусства. Кроме того, она тесно связана со многими другими областями знания. Среди них: анатомия, физиология, психофизиология, нейропсихология, психология, самые разные теории движения и танца и т.д. [6]. Как отмечал В.Д. Вид, «для групп больных шизофренией характерны меньшие возможности подражания предлагаемым моделям положительного социального поведения» [1]. И именно танцевально-двигательная терапия является невербальной областью моторно-эмоциональной коррекции коммуникаций больных шизофренией. При помощи моторной рефлексии - кинестетической эмпатии, главной техники танцевально-двигательной терапии, пациенты имеют возможность: 1. посмотреть на себя в исполнении другого, 2. с помощью танцевального терапевта развить свой двигательный потенциал и откорректировать координацию движений и невербальные коммуникации.

При первых научных исследованиях динамики психомоторики больных шизофренией в процессе танцевально-двигательной терапии остро встал вопрос о подборе психологических методик, чувствительных к моторной составляющей этого метода [2,3]. Остановимся на характеристике движений, без которой невозможно понять основы телесного анализа в танцевальной психотерапии. 1. Силовая характеристика связана с уровнем напряжения при движении. 2. Линейная характеристика связана с линейным контуром движений и с линиями, которые мы прорисовываем телом в процессе движения, то есть с направленным аспектом движения. 3. Амплитудная характеристика связана со способностью нашего тела к расширению и сжатию и с расширением и сжатием тела в пространстве при движении, то есть с амплитудой движений. 4. Проекционная характеристика - с тем, каким способом мы применяем силу или энергию – непрерывным, взрывным, баллистическим, прерывистым и так далее, от этого зависят все спонтанные и направленные танцевальные импровизации. Именно эти характеристики движений формируют эмоционально-моторный диалог танцевального терапевта с пациентом. Нельзя не отметить особенности темперамента человека, который влияет не только на танцевальные импровизации, но и главное - на состояние пациентов, динамику лечения и социальное функционирование. К сожалению, этот личностный аспект больных шизофренией пока недостаточно изучен.

**Методы исследования.** Методов исследования моторики явно не достаточно даже в настоящее время. Этим и объясняется, что для исследования моторики были взяты методы Н.И. Озерецкого и И.Н. Толчинского (1930), а затем разработаны новые, откликающиеся на задачи исследования. Приводим методы исследования психомоторики, используемые на настоящее время.

Психодиагностические методы. 1. Методы исследования моторики – «Мотоскопия» Озерецкого, методы изучения психомоторики, описанные Н.И. Озерецким и М.О. Гуревичем в книге «Психомоторика» (1930) и модифицированные применительно к танцевальной терапии, предназначенные для изучения осанки, мимики, походки, эмоционального выражения. 2. Методы исследования психомоторики (методы изучения телесного компонента и координации движений). Озерецкий Н.И. предлагал использовать для исследования моторики у взрослых серию тестов И.Н. Толчинского, отмечая, что они стан-

дартизированы по взрослой выборке (свыше 3000 человек). Серия содержит тесты для испытания темпа движения и координации. Эти методика верифицированы танцевальными терапевтами Санкт-Петербургской школы на более чем 3000 пациентах психиатрических стационаров и диспансеров. Среди этих методов может быть использован кинематометрический тест «Внешний баланс» Ильина, предназначенный для изучения внешнего влияния на кинестико-эмоциональное состояние пациентов. Методика А.Р. Лурия на выявление органического поражения головного мозга и нарушений пространственной ориентации – «Положение ладоней в пространстве» (пробы Хэда).

Экспериментально-психологические методы. Опросник «Исследование психологической структуры темперамента» (методика Смирнова), описанный Е.П. Ильиным (2001). Используется для выявления ряда полярных свойств темперамента: экстраверсия – интроверсия, эмоциональная возбудимость – эмоциональная уравновешенность, темп реакций (быстрый – медленный), активность (высокая – низкая), шкала искренности. Свойства темперамента отражаются на процессе танцевально-терапевтического отреагирования состояния пациентов.

Психодиагностический метод самооценки Дембо-Рубинштейн используется для оценки динамики личностной самооценки пациентов в процессе танцевальной терапии. «Анализ телесного компонента интеллекта» [4] используется для самоанализа телесных напряжений в процессе танцевальной терапии. Методика «Телесный анализ» [5] позволяет с помощью разработанных параметров исследования движений, основанных на системе анализа движений Р. Лабана, (Effort / Shape или LMA=Laban Movement Analysis) проанализировать особенности самооценки двигательной активности больных шизофренией, неврозами и здоровых испытуемых в процессе танцевальной терапии. А также даёт возможность: 1. исследовать патологию телесной картины больных шизофренией; 2. определить уровень регресса (дефицитарности) больных шизофренией; 3. оценить динамику психомоторики в процессе танцевальной психотерапии в комплексе с другими психологическими методиками. Апробация методик «Анализ телесного компонента интеллекта» и «Телесный анализ» проходила в течение 12 лет с 2003 г. по настоящее время на группе более 3000 испытуемых.

Проективно-невербальные методы (проективные методики): 1. экспресс-диагностическая методика «Какого Я цвета» позволяет оценить эмоциональное состояние пациента до и после каждой танцевально-терапевтической сессии [2]; 2. «Психотерапевтический рисунок» даёт возможность проследить работу с образами и символами воображения в состоянии релаксации, танца и рисунка; 3. «Звёзды и Волны» (У.-А. Лаллемант) используется для определения тревожности, нарциссизма, маскированной депрессии и оценки образа «Я» пациента [2]. 4. Цветовой тест Люшера.

Для объективизации динамики состояния пациентов с их письменного согласия используются видео материалы танцевально-терапевтических сессий. Эти видео материалы предъявляются для оценки пациентам, независимым экспертам (после предварительного обучения), а также оцениваются танцевальным терапевтом. Используются бланки методики «Телесный анализ», где по 5-бальной шкале оцениваются индивидуальные танцевальные импровиза-

ции и групповое взаимодействие. Особо необходимо отметить, что как структура танцевально двигательной сессии, так и методики исследования эффективности могут быть модифицированы в соответствии с предпочтениями танцевального терапевта и задачами исследования.

**Резюмируя** необходимо отметить, что в настоящее время исследования эффективности танцевально двигательной терапии больных шизофренией продолжаются с позиций нейрофизиологии.

Литература

1. Вид В.Д. «Психотерапия шизофрении», Спб «Питер», 2008г., 143с. 87 стр.
2. Оганесян Н.Ю. «Танцевальная терапия в реабилитации психотических расстройств» Автореферат диссертации на звание к. п. наук 2005
3. Оганесян Н.Ю. Клиническое наблюдение больной параноидной шизофренией в процессе танцевальной психотерапии. Вестник Санкт-Петербургского Университета Сер.12. 2010. Вып.2. Стр.355-366
4. Оганесян Н.Ю., Эйдемиллер Э.Г. . Взаимовлияние психических процессов в системной танцевальной психотерапии больных шизофренией // Вестник Санкт-Петербургского Университете Сер. 12. 2010 Вып. 3 Стр. 196-203.
5. Оганесян Н.Ю. "Теоретико-методологические аспекты танцевальной терапии больных шизофрени", Вестник Санкт-Петербургского Университета, СПб., Сер 12., Вып. 2. Ч.1, 2009, стр.206-214, 308с.
6. Oganasyan, N.Yu., "The history and present use of motor therapy methods in Russia with patients diagnosed with schizophrenia"(p.81-94) In: Adamkova Segard M., Hatlova B. (Eds.), "Psychomotor Therapy in the Treatment of Schizophrenia"/ University J.E.Purkyne, Usti nad Labem.Czech Republic.2012.-268с.

**Переpravina Ю.О.**

**О применении Мельбурнского опросника принятия решений (русско-язычная адаптация Корниловой Т.В.) в диагностике лиц с психическими расстройствами при оценке дееспособности**

ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, Москва,  
[yuliaperepravina@gmail.com](mailto:yuliaperepravina@gmail.com)

**Ключевые слова:** принятие решения, дееспособность, Мельбурнский опросник принятия решения, ограниченная дееспособность, комплексная психолого-психиатрическая экспертиза

**Perepravina Y.**

**Melbourne decision making questionnaire in structure of diagnostics of persons with mental disorders at assessment of capacity**

The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry,  
Moscow, Russia

**Keywords:** decision making, legal capacity, Melbourne decision making questionnaire, restriction of legal capacity, complex forensic psychological and psychiatric examination

**Введение.** Последние годы в судопроизводстве отмечается активный рост судебных дел в гражданском процессе по вопросу дееспособности и способности к совершению сделки. К нововведениям, значимым для клинической и судебной психологии, относится также вопрос ограничения дееспособности вследствие психического расстройства (как прогностической возможности совершения сделки), вступивший в силу на законодательном уровне и активно

внедряющийся в практику судебных комплексных психолого-психиатрических экспертиз.

Экспериментально-психологическое обследование подэкспертного лица (изучение познавательных процессов и индивидуально-психологических особенностей) является обязательным компонентом экспертного исследования при комплексной психолого-психиатрической экспертизе. Основными самостоятельными задачами экспериментально-психологического исследования в рамках судебно-психиатрической экспертизы являются: 1) предоставление дополнительных патопсихологических данных в целях дифференциальной диагностики; 2) установление степени выраженности (глубины) имеющихся у испытуемого психических расстройств [2]. В данные задачи мы также считаем возможным включить исследование принятия решения.

Одним из предметов экспертного исследования, с позиций общей психологии, выступает нарушение способности субъекта к осознанному принятию решения и его целенаправленному исполнению, реализации как психологического эквивалента юридического критерия оценки сделко- и дееспособности [3]. Психологические исследования принятия решения человека в условиях неопределенности включают как анализ когнитивных составляющих, так и личностных аспектов регуляции его выборов. Т.В. Корнилова предлагает мультипликативную модель принятия решения, включающую три «оси» оценивания решений человека по проявленным: 1) интеллектуальной ориентировке; 2) личностным свойствам; 3) выраженности новообразований, характеризующих уровень актуальности решений, или выборов, со стороны вкладов интеллектуально-личностных усилий. В соответствии с данной моделью рассматриваются следующие параметры принятия решения: 1) бдительность (вигильность) - свойство, способствующее продуктивному принятию решения, рассматривается в качестве продуктивного копинга, а именно, в виде уточнения целей и задач решения, рассмотрение альтернатив, связанное с поиском информации, положительно связанное с рациональностью, рефлексивностью, интолерантностью к неопределенности, самоэффективностью, пониманием своих эмоций; 2) избегание принятия решения; 3) прокрастинация, как перекладывание ответственности и рационализация сомнительных альтернатив; 4) сверхбдительность (не включает интеллектуальную ориентировку) - импульсивное принятие решения, обещающее избавление от ситуации [1].

Значимость использования Мельбурнского опросника принятия решения в экспериментально-психологическом обследовании лиц с психическими расстройствами при оценке дееспособности заключается в рассмотрении параметров принятия решения в их структурно-функциональных связях и динамическом взаимодействии с механизмами саморегуляции. Данный аспект проблемы выступает одной из задач нашего основного исследования, целью которого является изучение механизмов саморегуляции (трех уровней саморегуляции в соотношении с тремя функциональными блоками мозга), лежащих в основе нарушения осознанности своих действий и контроля над ними, у лиц с психическими заболеваниями, как предполагаемого медицинского критерия для оценки сделкоспособности. В исследовании используются следующие методы: комплект базовых нейропсихологических и патопсихологических

методик, Мельбурнский опросник принятия решений (русскоязычная адаптация Корниловой Т.В.).

**Резюме.** Проведено предварительное исследование в группе подэкспертных, как дееспособных лиц, которые могут понимать значение своих действий и руководить ими, так и лиц с ограниченной дееспособностью. Как показали материалы исследования, ведущую роль в структуре принятия решения по результатам Мельбурнского опросника принятия решения играет параметр «бдительность» как продуктивная копинг-стратегия, подразумевающий уточнение целей и задач решения, рассмотрение альтернатив при принятии решения, связанное с поиском информации. Данный параметр принятия решения соотносится с личностно-мотивационным уровнем саморегуляции. При схожести результатов дееспособных подэкспертных и подэкспертных с ограниченной дееспособностью у них наблюдаются выраженные различия по результатам пато- и нейропсихологических обследований. У лиц с ограниченной дееспособностью отмечаются снижение целеполагания, трудности дифференцирования сложных логико-грамматических конструкций, импульсивность в принятии решения, снижение контроля за реализацией программы деятельности.

#### Литература

1. Корнилова Т.В. Мельбурнский опросник принятия решений: русскоязычная адаптация. Психологические исследования, 2013, 6(31), 4. <http://psystudy.ru>
2. Медицинская и судебная психология. Курс лекций: Учебное пособие / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова. – М.: Генезис, 2004. – 606с.
3. Судебно-психологическая экспертиза : учебник для академического бакалавриата / Ф.С. Сафуанов. – М. : Издательство Юрайт, 2015. – 421с. – Серия : Бакалавр. Академический курс.

**Пискарева Т.К., Ениколопова Е.В.**

#### **Особенности эмоционального интеллекта у больных с поражением лобных долей мозга**

ФГБНУ НЦПЗ, МГУ им. М.В. Ломоносова, ф-т психологии, Москва, Россия  
[stm8649806@yandex.ru](mailto:stm8649806@yandex.ru), [enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru)

**Ключевые слова:** эмоции, эмоциональный интеллект, локальные поражения мозга, больные с поражением лобных структур мозга

**Piskareva T., Enikolopova E.**

#### **Emotional intelligence in patients with frontal lobe lesions**

FSBSI MHRC, Lomonosov MSU, Dept. of Psychology, Moscow, Russia

**Keywords:** emotions, emotional intelligence, local brain lesions, frontal lobe lesions

**Введение.** В последние десятилетия исследования эмоций в психологии ведутся в рамках понятия «эмоциональный интеллект» (ЭИ). Однако в клинической психологии исследования, опирающиеся на данный конструкт, довольно редки [1,4,5]. В данной работе предлагается рассмотреть ЭИ на модели локальной мозговой патологии, что позволит оценить влияние характера поражения на функционирование различных компонентов ЭИ и связанных с ними способностей. Предполагается, что при поражении лобных долей мозга будет нарушаться как регуляция эмоций, так и их когнитивная оценка и использование.

ЭИ рассматривается в соответствии с теорией Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо, которые понимали его как взаимосвязанный набор компетенций четырех уровней: идентификация эмоций, использование эмоций в решении проблем, понимание и анализ эмоций, сознательное управление эмоциями [6]. Данная модель наиболее полно по сравнению с другими [2,7] отражает компетенции, входящие в состав ЭИ.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие испытуемые в возрасте от 18 до 60 лет: 137 здоровых лиц (37 мужчин и 100 женщин) и 37 больных с локальными поражениями мозга (21 мужчина и 16 женщин). У 27 больных очаговый патологический процесс располагался в лобных долях мозга (у 17 – в правом полушарии, у 10 – в левом полушарии), у 5 - в задних отделах левого полушария, у 5 – в задних отделах правого полушария. Исследование проводилось на базе НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н.Бурденко.

В работе использован метод нейропсихологического синдромного анализа, разработанный А.Р. Лурия, а также тестовый метод для исследования ЭИ. Для определения уровня ЭИ использовались: Секции А (измерение восприятия лиц) и Е (измерение восприятия картинок) теста эмоционального интеллекта Дж. Мэйера–П. Сэловея–Д. Карузо (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test – MSCEIT V2.0) в адаптации Е.А. Сергиенко и И.И. Ветровой [6]; сокращенный вариант теста «Распознавание эмоциональных состояний по выражению глаз» («Reading the mind in the eyes» Simon Baron-Cohen) [8]; Сокращенный вариант теста «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда [3]. Соотношение между набором компетенций ЭИ и используемыми методиками представлено в Таблице 1.

Таблица 1. Связь между используемыми методиками и компетенциями ЭИ

Компетенции	Методики
«Идентификация эмоций»	Секции А и Е теста «Эмоциональный интеллект»
«Использование эмоций в решении проблем»	Субтесты 1 и 3 теста «Социальный интеллект»
«Понимание и анализ эмоций»	Субтест 4 теста «Социальный интеллект»
«Сознательное управление эмоциями»	Тест «Определение эмоционального состояния по выражению глаз» и субтест 2 теста «Социальный интеллект»

**Результаты.** В контрольной группе проведен анализ роли формальных характеристик испытуемых, таких как пол, возраст и уровень образования, в дисперсии результатов. Было выявлено, что женщины выполняют методики «Распознавание эмоциональных состояний по выражению глаз» и «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда лучше, чем мужчины, с увеличением возраста и уровня образования успешность выполнения данных тестов увеличивается. Подробный анализ результатов выполнения методик секций А и Е теста «Эмоциональный интеллект» показал значимые различия в оценке интенсивности всех эмоций, кроме «удивления», при обсуждении эмоциональности людей на фотографиях и описании своих эмоций от изображений. Испытуемые оценивали интенсивность эмоций других людей как значимо более выраженную, чем интенсивность своих эмоций. При этом для экспериментальной группы значимыми были различия только по эмоциям «печаль» и «страх».

Сравнение результатов экспериментальной и контрольной групп показало наличие значимых различий по методикам секция Е теста «Эмоциональный интеллект» ( $F=5,69$ ;  $p<0,05$ ), «Социальный интеллект» Гилфорда ( $F=4,03$ ;  $p<0,05$ ). В последнем наибольшее значимое снижение результатов у экспериментальной группы наблюдается в субтесте 4, который авторами методики признается как наиболее сложный и имеющий наибольший вес в суммарной оценке социального интеллекта.

Далее было проведено сравнение экспериментальной и контрольной групп по эмоциональным субшкалам секций А и Е теста «Эмоциональный интеллект». В секции А было получено значимое сходство между оценками степени выраженности эмоций «удивление» ( $F=0,013$ ;  $p>0,9$ ) и «возбуждение» ( $F=0,002$ ,  $p>0,95$ ). В секции Е были получены значимые различия между оценками испытуемыми своих эмоций «счастье» ( $F=3,68$ ;  $p<0,05$ ), «удивление» ( $F=10,17$ ;  $p<0,01$ ), «возбуждение» ( $F=11,96$ ;  $p<0,01$ ). Таким образом, при оценке интенсивности чужих эмоций, испытуемые экспериментальной и контрольной группы давали сходные ответы, в то время как интенсивность своих эмоций оценивалась большими как значимо более низкая.

У всех групп больных отмечаются ответы о наибольшей интенсивности эмоций «счастье», «печаль», «удивление» и «возбуждение», что может свидетельствовать о наибольшей доступности этих эмоций для осознания. При этом больные с поражениями передних отделов правого полушария склонны давать ответы о меньшей интенсивности всех эмоций, кроме счастья и печали, по сравнению с другими больными. Более того, у больных с поражениями передних отделов мозга отмечается более высокая интенсивность эмоций «счастье» и «печаль», чем у больных с поражениями задних отделов.

Больные с поражениями передних отделов правого полушария показали самые низкие результаты по всем четырем субтестам теста «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда. Это говорит об их низких способностях к познанию поведения людей, пониманию связей между поведением и его последствиями, владению языком телодвижений, взглядов и жестов, распознаванию смыслов вербальных сообщений, анализу ситуаций межличностного взаимодействия.

**Выводы.** Анализ результатов показал наличие определенных связей между характеристиками испытуемых и различными показателями ЭИ в норме. Выявлено более успешное выполнение заданий на идентификацию эмоций испытуемыми женского пола. При этом обнаружена тенденция нормы преуменьшать интенсивность своих эмоций и преувеличивать интенсивность эмоций других.

Анализ результатов показал, что у больных с поражениями передних отделов преимущественно правого полушария мозга показатели ЭИ ниже, чем у здоровых испытуемых по всем компетенциям: «Сознательное управление эмоциями», «Понимание и анализ эмоций», «Использование эмоций в решении проблем», а также «Идентификация эмоций».

Больные с поражениями передних отделов мозга склонны оценивать интенсивность своих и чужих эмоциональных состояний в целом как менее выраженную, чем больные с поражениями задних отделов мозга и здоровые испытуемые.

В структуре ЭИ больных с поражениями передних отделов мозга наиболее сохранна компетенция «Идентификация эмоций»; компетенция «Сознательное управление эмоциями» нарушена в наибольшей степени.

Полученные в результате исследования данные могут быть использованы для разработки проблем, связанных с диагностикой и социальной реабилитацией больных с мозговой патологией и возвращением их в общество.

#### Литература

1. Гордеева Е.Г., Лосева И.В. Изменение коэффициента эмоционального интеллекта как следствие трансформационного воздействия клинической трансперсональной психотерапии / Вестник Новгородского государственного университета №1(92), 2016, с. 87-90.
2. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. Пер. с англ. А.П. Исаевой. - М.: АСТ МОСКВА, 2009. - 478с.
3. Михайлова (Алешина) Е.С. Тест Дж. Гилфорда им. Салливена Диагностика социального интеллекта: Методическое руководство, М.:, 1995, 27 с.
4. Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах, канд. дисс., 2010 – 190 с.
5. Рычкова О. В., Соина Н. А. Эмоциональный интеллект при шизофрении / Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Гуманитарные науки, № 24 (95) / том 12 / 2011, с. 272-281
6. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И. Тест Дж. Мейера, П. Сэловея и Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» (МСCEIT v. 2.0). Руководство. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2010. – 176 с.
7. Bar-On R. The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI). Psychothema, 18 (Suppl.), 2006, 13-15 p.
8. Simon Baron-Cohen et al. “The “Reading the mind in the eyes” test revised version: a study with normal adults and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism”, 2001, - 11 p.

**Польская Н.А.**

**Методы исследования эмоциональной регуляции при самоповреждающем поведении**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,  
[polskayana@yandex.ru](mailto:polskayana@yandex.ru)

**Ключевые слова:** самоповреждающее поведение, эмоциональная регуляция, методы исследования

**Polskaya N.**

**Methods of studying emotional regulation in self-injurious behavior**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** self-injurious behavior, emotional regulation, methods

Особенностям эмоциональной регуляции при самоповреждающем поведении (СП) посвящены работы многих исследователей, занимающихся проблематикой самоповреждения. СП рассматривается и как следствие нарушений эмоциональной регуляции (как определенный вариант девиации), и как способ эмоциональной регуляции, связанный с управлением негативными эмоциями. Большая часть причин СП связывается с функцией регуляции эмоций: совладать с чувством депрессии, страхом и волнением, выразить фрустрацию, гнев, наказать себя, отвлечься от неприятных воспоминаний [9].



В зависимости от концептуализации и операционализации понятия эмоциональной регуляции, происходит определение метода изучения этого конструкта в эмпирических исследованиях СП. В одних случаях определение эмоциональной регуляции не исключают возможность самого испытуемого давать отчет в том, какие стратегии регуляции эмоций он использует, и оценивать успешность этих стратегий. В других определениях эмоциональная регуляция включает неосознаваемые компоненты, а значит, применение опросников не дает полной информации о процессах, лежащих в ее основе, поэтому предпочтение оказывается экспериментальным методикам. Кроме того, изучение в русле эмоциональной регуляции таких конструктов, как эмоциональный интеллект, алекситимия или психологическая разумность, позволяет применять в исследованиях СП стандартизированные и валидизированные методики, которые разрабатывались и апробировались на нормативных и клинических выборках.

Одним из наиболее популярных опросников, измеряющих нарушения эмоциональной регуляции, стал опросник К. Грац и Л. Роймер [4]. Он базируется на теоретических представлениях о многомерных нарушениях эмоциональной регуляции и включает следующие шкалы: принятие эмоциональных реакций, сложность в осуществлении целенаправленного поведения (при переживании негативных эмоций), сложности в контроле над импульсивным поведением, недостаточное осознание эмоций, ограниченный доступ к стратегиям эмоциональной регуляции, недостаточная ясность эмоций (сходно с алекситимией) [4]. Другим распространенным опросником является шкала эмоциональной регуляции Дж. Гросса и О. Джона, измеряющая две стратегии: когнитивную переоценку и подавление экспрессии [5]. Было показано, что данные стратегии независимы друг от друга, то есть применяются разными испытуемыми.

В исследованиях СП и суицидального поведения широко используются клинические шкалы (алекситимии, тревожности, депрессии, враждебности и т.п.). С этой точки зрения нарушения эмоциональной регуляции при СП выражаются в повышенном переживании негативных эмоций, а также в недоступности собственных эмоциональных состояний для осознания. Однако использование данных переменных не проясняет механизмов и специфики нарушений эмоциональной регуляции, выявляя только связи феноменологии нарушений с СП.

Эмоциональная реактивность и интенсивность эмоций не входят собственно в конструкт эмоциональной регуляции, но тоже могут объяснять самоповреждение и связываться в единой модели нарушений эмоциональной регуляции с использованием неэффективных стратегий или неправильным распознаванием эмоций. Их измерение может быть осуществлено с помощью опросников Р. Ларсен или М. Нока. В опроснике интенсивности аффекта Р. Ларсен [12] выделяется три шкалы – положительный аффект, негативная интенсивность и негативная реактивность. Опросник эмоциональной реактивности М. Нока включает шкалы чувствительности, возбуждения/интенсивности и продолжительности эмоций [10].

Исследования эмоциональной регуляции с помощью опросников подвергаются критике. В качестве альтернативы предлагается измерение психофизиологических коррелятов эмоциональных состояний в исследованиях, модели-

рующих самоповреждение с помощью болезненного воздействия (температурного, электрического) или с помощью воспоминаний об акте самоповреждения/демонстрации связанных с ним изображений [2]. Особый интерес вызывает механизм облегчения при прекращении боли, который объясняет прекращение негативных эмоций после акта самоповреждения с точки зрения физиологических процессов, происходящих после остановки болевого воздействия [3].

В исследованиях, базирующихся на понимании эмоциональной регуляции в качестве функции СП, превалируют методы интервью и шкалы самоотчета, только вопросы направлены не на рефлексию собственных стратегий регуляции эмоций, а на причины, побуждающие индивидуума к акту СП. Примером может служить шкала утверждений о самоповреждении Д. Клонски и Т. Олино, вторая часть которой, направленная на выявление причин СП, содержит 13 пунктов, одним из которых является регуляция аффекта [7]. Аналогична разработанная нами шкала причин самоповреждающего поведения, с выделением четырех стратегий СП: восстановление контроля над эмоциями, избавление от напряжения, воздействие на других, изменение себя и поиск нового опыта [1].

Выделение в самоотчетах функции эмоциональной регуляции и ее выход на ведущее место привел исследователей к вопросу о том, какие эмоции предшествуют акту самоповреждения, и как они изменяются после него. Первые исследования этой проблемы были проведены с помощью клинического интервью [6]. Данные исследования являлись ретроспективными, что увеличивало их неточность: испытуемые могут неточно вспоминать свои эмоциональные состояния, особенно в случае применения достаточно дифференцированных шкал эмоций.

Более совершенным методом стал метод экологического моментального измерения [8], в котором испытуемые получают специальные карманные компьютеры с опросниками (например, на измерение текущего эмоционального состояния и совершенных актов самоповреждения). Заполнение опросников осуществляется несколько раз в день в рандомизированное время, перед сном и после совершения установленных исследователем действий (например, самоповреждения).

Другим примером использования данного метода служит исследование, в котором на основе того, какие ранги испытуемые приписывали различным словам, обозначающим эмоциональные состояния, строился коэффициент дифференциации негативных эмоций [13]. Этот метод позволяет получать информацию о состоянии испытуемого в режиме реального времени, однако сами измерения и рефлексия собственного эмоционального состояния, сопровождающая заполнение опросников, могут вмешиваться в ход типичного акта самоповреждения.

В рамках экспериментальных исследований эмоциональной регуляции при СП используются эксперименты с индукцией эмоций. Так, в исследовании С. Свальди и коллег [11] было использовано сочетание индукции негативных эмоций с помощью видео-клипа и различных инструкций, касающихся регуляции эмоций (подавление/принятие грусти). При этом испытуемые также отмечали свое эмоциональное состояние и желание совершить самоповреждение (с помощью графических шкал).

Таким образом, методы исследования эмоциональной регуляции при СП определяются концептуализацией и операционализацией понятия эмоциональной регуляции, в зависимости от чего могут использоваться методики самоотчета и интервью, стандартизированные опросники и шкалы, экспериментальные процедуры, нацеленные как на измерение психофизиологических и психологических параметров эмоциональной регуляции, так и на измерение отдельных эмоций в их связи с СП.

Работа выполнена при финансовой поддержке РГНФ (грант № 16-06-01098).

#### Литература

1. Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 2 (81). С. 140–152.
2. Bentley K.H., Nock M.K., Barlow D.H. The Four-Function model of nonsuicidal self-injury key directions for future research // *Clinical Psychological Science*. 2014. Vol. 2 (5). P. 638–656.
3. Franklin J.C., Puzia M.E., Lee K.M. et al. The nature of pain offset relief in nonsuicidal self-injury a laboratory study // *Clinical Psychological Science*. 2013. Vol. XX(X). P. 1–10.
4. Gratz K.L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale // *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004. Vol. 26 (1). P. 41–54.
5. Gross J.J., John O.P. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being // *Journal of personality and social psychology*. 2003. Vol. 85(2). P. 348–362.
6. Kamphuis J.H., Ruyling S.B., Reijntjes A.H. Testing the emotion regulation hypothesis among self-injuring females: Evidence for differences across mood states // *The Journal of nervous and mental disease*. 2007. Vol. 195 (11). P. 912–918.
7. Klonsky E.D., Olinio T.M. Identifying clinically distinct subgroups of self-injurers among young adults: a latent class analysis // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2008. Vol. 76(1). P. 22–27.
8. Muehlenkamp J.J., Engel S.G., Wadeson A. et al. Emotional states preceding and following acts of non-suicidal self-injury in bulimia nervosa patients // *Behaviour research and therapy*. 2009. Vol. 47(1). P. 83–87.
9. Nixon M.K., Cloutier P.F., Aggarwal S. Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents // *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 2002. Vol. 41. P. 1333–1341.
10. Nock M.K., Wedig M.M., Holmberg E.B. et al. The emotion reactivity scale: development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors // *Behavior therapy*. 2008. Vol. 39(2). P. 107–116.
11. Svaldi J., Dorn C., Matthies S. et al. Effects of suppression and acceptance of sadness on the urge for non-suicidal self-injury and self-punishment // *Psychiatry research*. 2012. Vol. 200(2). P. 404–416.
12. Turner B.J., Chapman A.L., Layden B.K. Intrapersonal and Interpersonal Functions of Nonsuicidal Self-Injury: Associations with Emotional and Social Functioning // *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2012. Vol. 42(1). P. 36–55.
13. Zaki L.F., Coifman K.G., Rafaeli E. et al. Emotion differentiation as a protective factor against nonsuicidal self-injury in borderline personality disorder // *Behavior therapy*. 2013. Vol. 44(3). P. 529–540.

**Пуговкина О.Д. Гудкова М.В.**

**Методы диагностики нарушений социального познания у больных депрессиями**

Московский НИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» МЗ РФ), ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, [olgapugovkina@yandex.ru](mailto:olgapugovkina@yandex.ru), [mgoodok@gmail.com](mailto:mgoodok@gmail.com)

**Ключевые слова:** социальное познание, ментализация, эгоцентризм, глобализация, депрессии

**Pugovkina O., Gudkova M.**

**Methods of diagnosis of social cognition in patients with depression**

Moscow Research Institute of Psychiatry (branch "Federal Medical Research Center of Psychiatry and Addiction"), MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** social cognition, mentalization, egocentrism, globalization, depression

**Введение.** Сфера социального познания у больных депрессиями активно исследуется в течение последних лет через призму различных подходов и конструкций: ментализация, теория психического, социальный интеллект, социальные навыки. Показано, что дефицит указанных способностей играет важную роль в возникновении и хронификации симптомов депрессии. На нарушения социального познания у больных депрессиями указывают также наблюдения психотерапевтов, занимающихся этой категорией пациентов [7]. Дж.МакКаллоу указывает на такие особенности мышления больных хронической депрессией, как сверхобобщение текущей оценки событий, глобализация при описании себя и своего прошлого, невнимание к логической аргументации собеседника, отсутствие привычки выдвигать гипотезы, эгоцентризм [3]. Так как под социальным познанием подразумевается широкая совокупность познавательных процессов, касающихся восприятия и понимания ситуаций социального взаимодействия, причин поведения и особенностей психического состояния себя и других людей, поле исследований его довольно широко. При этом одним из дискуссионных вопросов является валидность самоотчетных методов оценки социального познания и достоверность получаемых таким образом данных [4; 6]. На данный момент наиболее надежным способом исследования социального познания является сочетание самоотчетных и экспериментальных методик [7].

Среди экспериментальных методов изучения социального познания распространены приемы оценки ментализации на основе данных интервью привязанности и нарративных методов (описания картинок с сюжетами межличностного взаимодействия, понимание ситуаций обмана и бестактности, различные автобиографические сочинения и др.) [3; 4; 6].

**Материал и методы.** В рамках пилотажного исследования начата адаптация методики исследования ментализации – Любекского тест преоператорных черт мышления (Luebeck questionnaire for recording preoperational thinking) [8]. Данный тест был создан специально для выявления паттернов преоператорного мышления (эгоцентризма) у взрослых людей. Он состоит из ряда ситуаций социального взаимодействия, в которых испытуемый должен представить себя и свою реакцию, а после выбрать из двух предложенных вариантов реагиру-

ния наиболее ему близкий. При этом один из вариантов ответа предполагает эгоцентрическую позицию испытуемого, а другой – децентрированную.

Пример. Мой сосед каждый год устраивает вечеринку в честь дня своего рождения. Он приглашал меня на эту вечеринку каждый год 10 лет подряд. В этом году я не был(а) приглашен(а). Варианты ответов: 1. Я знал(а), что на самом деле никогда не нравился(лась) своему соседу - это только все подтверждает; или 2. Позвоно своему соседу, ведь я действительно хочу пойти на его вечеринку.

Варианты ответов в методике, связанные с эгоцентрической позицией, отражают эмоционально дезадаптивные реакции испытуемого.

Методика была переведена, количество стимульных ситуаций было сокращено до 10 (путем исключения ситуаций, не характерных для российского социального контекста, а также гендерно специфичных ситуаций), к каждой фрустрирующей социальной ситуации был добавлен открытый вопрос: «Что бы вы подумали и почувствовали в этой ситуации?». Ответы испытуемых фиксировались на диктофон, расшифровывались и далее оценивались по следующим параметрам: смена позиции, вероятностный характер суждений, способность к конкретному ситуативному анализу, эмпатия.

Для оценки выраженности симптомов эмоционального неблагополучия была использована клиническая шкала самоотчета SCL-90-R [5].

**Результаты.** Разработанная в исследовании система оценки открытых ответов испытуемых расширяет возможности и информативность получаемых данных. В здоровой популяции редко встречается выбор эгоцентричного ответа, предлагаемого в тесте (не более 1 на протокол). Развернутая оценка открытого ответа с использованием критериев «вероятностный характер суждений», «эмпатический характер суждений», «смена позиции» дает возможность анализа более тонких, менее грубых проявлений эгоцентрического преоператорного мышления в социальном познании. Корреляционный и регрессионный анализ связи переменных свидетельствуют о том, что проявления черт преоператорного мышления (по стандартной оценке теста, а также по параметру «вероятностный характер суждений») вносят вклад в выраженность проявлений эмоциональной дезадаптации в виде повышения показателей общей тяжести симптомов, а также симптомов депрессии, враждебности, межличностной сензитивности ( $p < 0,05$ ).

**Выводы.** Адаптированная версия Любекского теста преоператорных черт мышления является информативным инструментом для выявления черт социального эгоцентризма. Качественный анализ ответов испытуемых позволяет выявить более тонкие проявления эгоцентризма и преоператорных черт мышления, касающихся непосредственно ситуаций социального взаимодействия. Данные пилотажного исследования свидетельствуют о наличии связи между проявлениями преоператорных черт мышления в социальном познании (социальным эгоцентризмом) и выраженностью симптомов эмоциональной дезадаптации у студентов.

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект 14-16-03461) на базе ФГБУ «ФМИЦПН» МЗ РФ.

Литература

1. Грибкова Ю.М., Пуговкина О.Д. Исследование ментализации у больных депрессией // Всероссийская конференция «Повышение эффективности лечебно-реабилитационной помощи психически больным». Москва, 12-14 декабря 2011г. / Материалы конференции. С. 305.
2. Мак-Каллоу Д. Лечение хронической депрессии. М., 2003.
3. Пуговкина О.Д., Давыдова Ю.А. Когнитивная переработка межличностного стресса в норме и при эмоциональных расстройствах // Горизонты зрелости. Сборник тезисов Пятой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. С. 469-473.
4. Сергиенко Е.А. Модель психического и социальное познание // Психологические исследования. 2015. Т. 8, № 42. С. 6. [электронный ресурс].
5. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
6. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Пуговкина О.Д. Социальное познание и его нарушения в процессе онтогенеза: модели и методы исследования // Вопросы психологии. – 2015. – № 5. – С.125-136.
7. Холмогорова А.Б., Пуговкина О.Д. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. N 6(35). [Электронный ресурс].
8. Kühnen T. et al. Chronic depression: development and evaluation of the luebeck questionnaire for recording preoperational thinking (LQPT) / BMC Psychiatry. 2011. Vol. 11. № 199.

**Рагозинская В. Г.**

**Проективные критерии алекситимии и методика чернильных пятен Роршаха**

Челябинский государственный университет, Челябинск, Россия,  
[sunny\\_song@mail.ru](mailto:sunny_song@mail.ru)

**Ключевые слова:** алекситимия, методика чернильных пятен Роршаха, Интегративная Система Дж. Экснера

**Ragozinskaya V.**

**Projective measures of alexithymia and the Rorschach inkblot test**

Chelyabinsk state university, Chelyabinsk, Russia

**Keywords:** alexithymia; Rorschach Inkblot Test; Exner Comprehensive System

**Введение.** Под алекситимией понимается устойчивая психологическая характеристика индивида, включающая ряд когнитивно-аффективных особенностей: трудности в определении (идентификации) и описании собственных чувств; трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями; снижение способности к символизации, о чем свидетельствует бедность фантазии и других проявлений воображения; фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях, дефицит рефлексии, ограничение способности к регуляции внутренних состояний, особый прагматический стиль мышления [1; 4].

Основным методом исследования алекситимии в нашей стране является «Торонтская шкала алекситимии» (TAS), которая относится к методикам самоотчета, поэтому надежность ее результатов несколько ограничена способностью испытуемого к точному распознаванию эмоций [8].

«Методика чернильных пятен» Г. Роршаха неоднократно применялась для исследования алекситимии [3; 5; 7; 8]. Однако, результаты, полученные разными авторами, противоречивы. Это является вследствие использования различных систем оценки и интерпретации теста Роршаха (что ограничивает возможность сравнения результатов различных исследований), а также по причине ограниченности сравниваемых выборок и/или их несоответствия друг другу по основным социально-демографическим переменным, отчасти из-за необоснованного отождествления алекситимичных лиц с пациентами, страдающими психосоматическими расстройствами, без оценки алекситимии соответствующими методами исследования.

В настоящее время за рубежом тест Г. Роршаха широко используется в рамках Интегративной Системы Дж. Экснера (Exner Comprehensive System) [6], опираясь на которую, он стал мощной стандартизированной методикой получения разносторонней валидной информации о различных аспектах психической деятельности человека [2; 6; 9]. Процедура исследования методикой Г. Роршаха на основе Интегративной Системы детально описана в соответствующей литературе [6; 9].

**Цель исследования** – выявить диагностические критерии алекситимии с помощью теста Г. Роршаха в парадигме Интегративной Системы Дж. Экснера.

**Материалы и методы исследования.** В качестве обследуемых были приглашены 100 здоровых лиц в возрасте от 19 до 23 лет (41 мужчина и 59 женщин). Критерии включения в выборку: отсутствие соматических заболеваний и психических расстройств; достаточный уровень интеллекта для понимания инструкций к методам исследования. Все испытуемые на момент участия в исследовании являлись студентами высших и средних специальных образовательных учреждений г. Челябинска. Все испытуемые были ознакомлены с условиями исследования и дали добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

В исследовании применялись «Торонтская шкала алекситимии» (TAS) Г. Дж. Тэйлора, адаптированная в НИПНИ им. В.М. Бехтерева [1], и «Методика чернильных пятен» Г. Роршаха в парадигме Интегративной Системы Экснера [6]. Статистическая обработка проводилась по критерию U Манна-Уитни.

**Результаты исследования.** С помощью TAS установлено, что среди обследованных лиц 49 человек (18 мужчин и 31 женщина) относятся к неалекситимичному типу (показатели по шкале TAS не превышают 62 баллов), 18 человек (7 мужчин и 11 женщин) относятся к так называемому «пограничному типу» (показатели по шкале TAS находятся в диапазоне от 63 до 73 баллов), 33 человека (16 мужчин и 17 женщин) относятся к алекситимичному типу (74 и более баллов по шкале TAS).

Далее проводилось тестирование по методике Роршаха неалекситимичных лиц и лиц с высоким уровнем алекситимии. Испытуемые «пограничного типа» (по результатам TAS) из дальнейшего исследования были исключены. В ходе первичной обработки результатов методики Роршаха из анализа были исключены 3 протокола с количеством ответов менее 14. В результате было сформировано две группы испытуемых – группа неалекситимичных лиц (48 человек, 17 мужчин и 31 женщина) и группа лиц с выраженной алекситимией (31 человек, 15 мужчин и 16 женщин).

Протоколы испытуемых подвергались качественному и количественному анализу и интерпретации в парадигме Интегративной Системы Дж. Экснера. На основании индивидуальных показателей в каждой из групп были вычислены средние значения и стандартные отклонения переменных теста Роршаха. Сравнительный анализ количественных показателей в двух группах проводился с помощью критерия U Манна-Уитни. Статистически значимые различия показателей теста Роршаха в группе неалекситимичных лиц и в группе лиц с выраженной алекситимией представлены в таблице 1.

Таблица 1. Статистически значимые различия показателей теста Роршаха в группах неалекситимичных лиц и лиц с выраженной алекситимией

Сравниваемые параметры	Среднее значение	
	Лица без алекситимии	Лица с алекситимией
R (общее число ответов)	23,49±6,52	18,68±5,25**
M (ответы «Движения людей»)	4,34±2,77	2,56±1,91**
WsumC (взвешенная сумма цветowych ответов)	3,74±2,81	2,90±2,06*
FC (ответы «Форма-Цвет»)	3,68±2,78	2,68±1,51*
Blends (ответы с 2 и более детерминантами)	4,89±3,11	3,82±2,67*
Lambda (относительная частота ответов с чистой формой)	0,54±0,31	1,03±0,87*
EA (сумма ответов M и WsumC)	8,14±3,78	5,49±2,99*

Примечание: \*\* – значимые различия с группой неалекситимичных лиц при  $p \leq 0,01$ ; \* – значимые различия с группой неалекситимичных лиц при  $p \leq 0,05$ .

Согласно данным в таблице 1, в сравнении с неалекситимичными испытуемыми у лиц с выраженной алекситимией значимо снижены показатели общего числа ответов (R) и показатели числа ответов, выражающих человеческие движения (M). По данным литературы [3], это указывает на сниженную способность к фантазированию у лиц с выраженной алекситимией.

Также в сравнении с неалекситимичными испытуемыми у лиц с выраженной алекситимией значимо снижены показатели взвешенной суммы цветowych ответов (WsumC) и числа ответов, детерминированных формой и цветом чернильного пятна (FC). По данным литературы [3; 8], это указывает на узость диапазона аффективного опыта лиц с выраженной алекситимией, их ограниченную способность к эмоциональным откликам и склонность к избеганию эмоционально близких отношений.

Выявленные у высокоалекситимичных лиц значимое снижение количества ответов, обусловленных двумя и более детерминантами (Blends), и значимое повышение относительной частоты ответов, детерминированных только формой чернильного пятна (так называемые «ответы с чистой формой»), к общему числу ответов свидетельствуют о конкретности мышления и стереотипности восприятия [3]. Значимое снижение у алекситимичных лиц в сравнении с неалекситимичными испытуемыми показателя актуальных переживаний (EA) свидетельствует об ограничении способности к саморефлексии и дефиците ресурсов воображения [8].



**Резюме.** Результаты исследования с помощью методики чернильных пятен Роршаха показали, что ключевые патопсихологические изменения у лиц с выраженной алекситимией локализируются в когнитивной, эмоциональной, социальной сферах, в сфере самовосприятия и в сфере поведенческого контроля и толерантности к стрессу. Из представленных в настоящей работе данных следует, что тест Роршаха на основе Интегративной Системы Дж. Экснера представляет собой эффективный метод получения разносторонней значимой информации об алекситимичной личности.

#### Литература

1. Алекситимия и методы ее определения при пограничных психосоматических расстройствах : пособие для психологов и врачей / Сост. Д.Б. Ереск и др. – СПб.: НИП-НИ им. В.М. Бехтерева, 2005. – 25 с.
2. Ассанович М. А. Тест Роршаха на основе адаптированной интегративной системы Экснера: теоретические и прикладные аспекты // Журнал практической психологии и психоанализа. – 2002. – № 4. – С. 29–31.
3. Acklin M.W., Alexander G. Alexithymia and somatization: A Rorschach study of four psychosomatic groups // J. Nerv. Ment. Dis. – 1988. V. 176. P. 343-350.
4. Apfel R.J., Sifneos P.E. Alexithymia: Concept and measurement // Psychotherapy and Psychosomatics. – 1979. – V. 32. – P. 180–190.
5. Bash K.W. Psychosomatic Diseases and the Rorschach Test // Journal of Personality Assessment. – 1986. – V. 50. – № 3. – P. 350–357.
6. Exner J.E., Jr. The Rorschach: A comprehensive system: in 3 vol. – NY: Wiley, 1991-1993. – Vol. 1: Basic foundations. – 3rd ed. – 1993. – 450 p.
7. Linden W., Wen F., Paulhus D.L. Measuring alexithymia: reliability, validity, and prevalence // Advances in Personality Assessment, edited by Butcher J., Spielberger C. – Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1995. – P. 51–95.
8. Porcelli P., Meyer G. J. Construct validity of Rorschach variables for alexithymia. Psychosomatics. – 2002. – V. 43. – P. 360–369.
9. Weiner I.B. Principles of Rorschach interpretation. – Mahwah, New Jersey: LEA, 1998. – 426 p.

**Разорина Л.М.**

**Перспективы нормативной диагностики С.Я.Рубинштейн (на примере методики Сэва-Рубинштейн)**

Сыктывкарский государственный университет имени Питирима Сорокина,  
Сыктывкар, Россия,  
[L-ras@mail.ru](mailto:L-ras@mail.ru)

**Ключевые слова:** нормативная диагностика, методика Сэва-Рубинштейн

**Razorina L.**

**The prospects for normative diagnostics of S.Ya.Rubinstein (on the example of Seve-Rubinstein's technique)**

Syktvykar State University named after Pitirim Sorokin, Syktvykar, Russia

**Keywords:** normative diagnostics, Seve-Rubinstein's technique

**Введение.** Отечественная нормативная диагностика имеет два истока. Одним из них является идея создания нормативов развития, исходящая из культурно-исторической концепции Л. С. Выготского [5]; другим - направление тестологии, использующее критериально-ориентированные тесты. Отличительной чертой этого направления является интерпретация выполнения теста с точки зрения его содержательного смысла, того, что индивид может и что он знает, а

не того, как он выполняет на фоне других [1]. Итоговый показатель теста фиксирует наличие либо отсутствие навыка на некотором заранее установленном уровне. Реализация нормативного подхода, по мнению Е. М. Борисовой [2], должна обеспечить овладение нормативной системой ценностей и социально заданным минимумом требований к деятельности. На стыке этих двух направлений выполнена методика А. Я. Ивановой [6], направленная на оценку обучаемости и умственного развития детей.

Самым перспективным представляется подход Л. С. Выготского. Различая вслед за А. Гезеллом нормативную и клиническую психологию, Л.С.Выготский указывает, что задача научного изучения симптома заключается не только в его описании, но и в определении его отклонения от постоянных величин, в выведении индексов, показателей, оценка отклонения от стандартной величины. Соглашаясь с А. Гезеллом относительно существования большой разницы между психологическим измерением и психологическим диагнозом, Л.С. Выготский поясняет эту разницу, указывая, что психологическое измерение относится к области установления симптома, диагноз же относится к окончательному суждению о явлении в целом, к оценке его на основании изучения, сопоставления и толкования относящихся к этим явлениям симптомов. Цель клинической психологии, - пишет Л. С. Выготский, цитируя А. Гезелла, - «истолковать человеческое поведение и определить его границы и возможности» [4]. По мнению Л.С.Выготского психолого-клиническая диагностика нуждается в сравнительном нормативном методе, который систематически вырабатывает объективные стандарты и описательные формулировки для сравнительной оценки умственных способностей и возможностей [4]. В последующем тексте Л. С. Выготский указывает, что это в полной мере относится и к оценке развития, и к оценке личности. «Пустой диагноз ничего не способен объяснить в наблюдаемых явлениях. ... Истинный же диагноз должен дать объяснение, предсказание и научное обоснованное практическое назначение» [5]

Представляется, что созданная С.Я.Рубинштейн методика на основе модификации идеи Л. Сэва, в полной мере отвечает замыслу Л. С. Выготского. В ее основу положено представление Л.Сэва о том, что «изучение использования времени дает возможность научно подойти к базису личности» [7] на основе примерной оценки реальных затрат времени. По мнению С. Я. Рубинштейн, более верным и информативным для оценки направленности личности является учет сдвига временных затрат при наличии возможности совершенно свободно распорядиться своим временем.

Действительно, направленность личности отражает не только иерархию мотивов, но служит и своеобразной системой критериев для отбора отвечающих потребностям видов деятельности. Другими словами, методика С.Я.Рубинштейн анализирует потребностно-смысловую фазу деятельности, мотивационную готовность к выбору действий в разных сферах деятельности.

**Материал и методика.** Для проверки этого предположения был использован список занятий Р. С. Вайсмана [3], в котором были дифференцированы способы получения информации. Обработка проводилась по методике С. Я. Рубинштейн [7] на основе анализа сдвига желаемых затрат времени по отношению к реальным. Принципиальные отличия заключались в том, что все занятия были

сгруппированы в блоки по аналогии со схемой социологического анализа: общий бюджет времени, время на удовлетворение потребностей физического существования, необходимо несократимое время, длительность рабочего времени (аудиторные занятия и подготовка к ним) и фонд досугового времени. В нем были выделены сферы: 1) общения, 2) социального, 3) профессионального, 4) эстетического и 5) физического развития. Отдельно анализировались занятия, характеризующие личностную ответственность, потребность в полном отдыхе, время, отводимое на чтение этико-философской литературы и время на работу для улучшения материального благосостояния.

Респондентами в исследовании выступили студенты Сыктывкарского государственного университета: 73 студента 1-3 курсов гуманитарных факультетов, осуществлявших подготовку к учительской деятельности, (средний возраст 19,7 лет) в 1989 году и 86 студентов 2 и 3 курса специальности «социальная работа» (средний возраст -19,6 лет) в 1999 году. В силу специфики факультетов выборки были представлены в основном девушками (87,7 и 84,9%)<sup>5</sup>. Расчет описательных статистик осуществлялся с помощью программы Excel.

**Результаты.** Индивидуальные границы реального бюджета времени в нашем исследовании варьировали от 337 часов до 2520 часов, а желаемого - от 478 до 3040 часов, сильно перекрывая критерии здоровья С. Я. Рубинштейн.

Полученные результаты обнаруживают повышение уровня профессиональной направленности (21,0 и 11,6%), снижение уровня направленности на эстетическое развитие (49,3 и 33,7%); рост уровня направленности на физическое (17,8 и 30,2%), профессиональное (15,0 и 21,0%) и социальное (5,5 и 11,6%) развитие. Однако в учебе наблюдается снижение познавательной направленности. У 39,7 и 27,9% респондентов реальные затраты времени на аудиторные занятия и самостоятельную работу заявляются не менее 140 часов и в желаемых затратах времени не опускаются ниже 140 часов (87%-ного уровня нормативного времени). 26,0 и 27,9% респондентов, декларируя такое же реальное время, снижают желаемое как ниже 85%-ного уровня, так и вообще до нуля. 34,3 и 44,2% студентов изначально фиксируют учебную занятость не выше 85% от нормативных требований. Зафиксировано возрастание потребности в полном отдыхе (3,5 и 12,2 часа). В то же время сохраняемый уровень полного отдыха в 1999 году во многих случаях составляет не менее часа в день. Результаты исследования обнаруживают рост числа респондентов с системными характеристиками ответственности (31,5 и 46,4%), однако ее уровень остается низким и даже снижается. Снижается время чтения этико-философской литературы (3,04 и 2,54 часа), заботы о близких (15,9 и 6,4 часа); затраты времени на волонтерскую работу. Студенты сокращают время на виды занятий, требующих их активного участия, что совпадает с данными социологических исследований по разным регионам. Полученные данные о направленности личности подтверждаются реальным поведением респондентов.

Методика Сэва-Рубинштейн представляет собой проективную вербальную методику, где деятельность респондента осуществляется в символическом желательном пространстве с предоставленной ему неограниченной свободой.

---

<sup>5</sup> Здесь и далее первая цифра указывает данные по выборке 1989 года, а вторая по выборке 1999 года.

Деятельность респондента нормируется инструкцией экспериментатора. В первой серии – это указание на объем фонда времени, во второй – просьба оставаться в пределах реальности.

Анализ отклонений желательного времени от реального позволяет обнаружить масштаб отклонений у разных респондентов и размах индивидуальных особенностей, как в использовании досугового времени, так и времени удовлетворения физических потребностей.

Анализ социологических исследований бюджета времени молодежи (исполнительная часть деятельности) обнаруживает зависимости бюджетов от объективных и субъективных факторов. Специально следует отметить, что в плане анализа взаимоотношений потребностно-мотивационного планирования и исполнения проективного замысла, целесообразно провести психологическое и социологическое исследование в разных регионах России.

Вместе с тем, полученные результаты позволяют предположить, что списки занятий могут изменяться для разных групп населения и разных возрастов. Методика может служить целям, как создания объективных стандартов возрастного развития, так и фиксации отклонения от норм и стандартов деятельности в разных возрастах и группах населения. Особым достоинством методики является простой способ перевода данных в сравнимые показатели для любых выборок.

#### Литература

1. Анастаси А. Психологическое тестирование. В 2 кн. Кн.1. М., 1982.
2. Борисова Е.М. Современные тенденции развития психодиагностики // Прикладная психология. 1997. Сигнальный номер. С.64-71.
3. Вайсман Р.С. Развитие мотивационной сферы человека в старшем (студенческом) возрасте. Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1973. 153 с.
4. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства// Он же. Собр.соч. В 6 т. Т.5. М., 1983. С.257-321.
5. Выготский Л.С. Проблема возраста // Он же. Собр. соч. В 6 т. Т.4. М., 1984. С.244-268.
6. Иванова А. Я. Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей. М.: МГУ, 1976.
7. Рубинштейн С.Я. Использование времени (фактическое и желаемое) как показатель направленности личности // Экспериментальные исследования в патопсихологии. М., 1976. С. 245-253.

**Рогачева Т.В.**

**Возможности психоаналитической методики Л.Сонди при выявлении этиологии нарушений ритма у детей**

ЧОУ ВО «Уральский медико-социальный институт», г.Екатеринбург, Россия,  
[TVRog@yandex.ru](mailto:TVRog@yandex.ru)

**Ключевые слова:** Методика Л.Сонди, актуальные потребности, вытесненные потребности

**Rogacheva T.**

**Possibilities of psychoanalytic technique I.Szondi in identifying the etiology of cardiac arrhythmias in children**

Ural medical & social institute. Ekaterinburg, Russia

**Keywords:** Technique L.Szondi, the current needs, the supplant needs

**Введение.** Методика Л. Сонди [3], подобно тестам М.Люшера или С.Розенцвейга, является проективным тестом второго поколения. Л.Сонди предложил инструмент, позволяющий проанализировать многостороннюю, почти исчерпывающую характеристику глубинной сферы личности как целостной, иерархически организованной, развивающейся структуры, элементы которой взаимосвязаны и, находясь в непрерывной борьбе, усиливаются или ослабевают. С этой позиции сам человек представляется границей между его глубинной сферой и окружающим миром, в активном взаимодействии которых от рождения до смерти строится судьба этого человека. Сделать максимально зримой эту жизнь в глубинной сфере проективным тестам первого поколения не под силу. Вот здесь и проявляется в полной мере преимущество методики Л.Сонди, в которой путем несложных экспериментальных процедур выбора фотопортретов "просвечивается" личность подобно рентгену. Поэтому методика Л.Сонди является инструментом экспериментального исследования индивидуально вариабельных механизмов побуждений и Я.

Предлагаем рассмотреть возможности данной методики при выявлении причин нарушений сердечного ритма у детей и подростков. Нарушения ритма сердца у детей и подростков в последние годы приобретают все больший вес в структуре детской кардиоваскулярной патологии. Медики выражают озабоченность изменением состава контингента детей с нарушениями ритма. На первый план выступают идиопатические формы заболевания, протекающие без морфологических нарушений, в то же время особое значение приобрели угрожающие жизни аритмии, наличие которых связано с высоким риском внезапной смерти у детей и подростков. Как подчеркивают медики, «к сожалению, мы имеем мало научно-обоснованных данных о связи природных и социальных факторов с развитием сердечно-сосудистых заболеваний».

На сегодняшний день не существует единой общепринятой психологической теории, которая могла бы объяснить возникновение всех возможных психосоматических нарушений системы кровообращения. Психоаналитическая модель пытается вскрыть лежащие под поверхностью наблюдаемой симптоматики внутренние психологические конфликты, проблемы и фиксации, идущие, как правило, из раннего детства пациента и также связанные с противоречиями между генотипическими и фенотипическими факторами индивидуальности ребенка.

Данное противоречие, с нашей точки зрения, наиболее часто встречающийся психологический конфликт детского, и особенно подросткового возраста. Другими словами, социальная среда, в первую очередь, родители, предъявляют своему ребенку требования, не соответствующие его индивидуально-личностным особенностям, что и приводит к защитным реакциям на телесном уровне. В современной отечественной и зарубежной литературе [1] все чаще появляются статистически достоверные результаты исследований о том, что семейная среда играет незначительную роль в детерминации личности в любом возрасте, а индивидуальная среда - значительно более мощный источник влияний на все личностные черты. Следовательно, не оказывая значительного влияния на индивидуальность ребенка, социальная среда может деформировать его психику, приводя к нарушениям функционирования его организма.

**Материал и методы.** Для проверки выдвинутой гипотезы проведено психологическое исследование 106 подростков в возрасте от 10 до 15 лет, страдающих нарушением сердечного ритма без выраженной органической патологии и находящихся на лечении в ГДКБ №11 г. Екатеринбурга.

**Результаты.** Отношение к болящему ребенку его родителей можно отследить посредством выявления актуальных и вытесненных потребностей подростков, вошедших в выборку. На первом месте у испытуемых находится потребность в индивидуальной любви (у 73,58%), и среди вытесненных потребностей на первом месте (у 51,9%) опять та же потребность, что сигнализирует о хроническом неудовлетворении одной из базовых потребностей человека. Ситуация осложняется тем, что в психологической литературе чаще всего данную потребность рассматривают в "связке" с потребностью в безопасности. Удовлетворенная потребность в безопасности указывает на адаптивность к социальной среде, что проявляется как открытость и дружелюбие в общении. Однако, в структуре актуальных потребностей у опрошенных была выявлена тенденция к скованности, стремлению утаивать что-либо (56,6%), а также страх нарушить социальные традиции, имеющиеся правила (46,23%), при том, что у одной трети (38,68%) продиагностирована вытесненная потребность в злости, агрессии и враждебности по отношению к другим людям.

В структуре актуальных потребностей присутствует потребность в "сцеплении с объектом" (49%), которая одновременно и вытесняется (у 38,68%), что демонстрирует как раз неспособность выбрать адекватную ситуации модель поведения, нерациональное, неадекватное поведение в ситуации фрустрации (аутоагрессия, нежелание брать на себя ответственность за разрешение проблемной ситуации, чувство вины). Полученные результаты подтверждаются в исследовании Л.В.Царегородцева и И.В.Леонтьева, которые пишут, что "состояние детей с жалобами на боли в области сердца свидетельствовало о выраженной дезадаптации и характеризовалось значительной аутизацией, нервозностью, раздражительностью, ощущением неуверенности [4].

Следовательно, можно предположить, что достаточно рано установленный диагноз у подростков с нарушениями ритма сердца приводит к деформациям системы взаимодействия "родители - болящий ребенок", проявляющихся в гиперопеке со стороны родителей. Чаще родители пытаются оградить ребенка от социальных взаимодействий, минимизировать как физические, так и интеллектуальные нагрузки, постоянно напоминая подростку о тяжелой патологии. Тем самым формируются рентные установки как у самого подростка, так и у родителей, что как бы "закрывает" варианты использования имеющегося индивидуально-личностного потенциала болящего ребенка для адекватного существования такой семьи в условиях патологии. Об этом типе воспитания в семьях с детьми, имеющими морфологические нарушения целостности структуры органа, сигнализирует наиболее часто встречающиеся "опасные" модели поведения, выявляемые с помощью методики Л.Сонди. Так, на первом месте у таких детей модель поведения, названная Л.Сонди "аутопсихическим резонансом", сущность которой в самолюбовании, самодурстве, требованиях постоянного внимания и заботы, эгоизме.

Однако нельзя назвать адекватными способы взаимодействия в семьях, где диагноз детей связан с функциональными нарушениями работы сердца. Здесь

на первое место выходит "опасная" модель поведения, связанная с хронической неудовлетворенностью потребности "быть прикрепленным", то есть включенным в группу. Таких людей Л. Сонди называет "вечно-покинутыми", что означает для данного исследования неадекватность процессов коммуникации в семьях таких детей. Другими словами, такой ребенок "неуспешно социализирован, то есть имеется высокая степень асимметрии между социально определенной реальностью, в которую он de facto заключен как в чуждый ему мир, и собственной субъективной реальностью, которая лишь самым бедным образом отражает этот мир... Неуспешно социализированный индивид сам по себе социально предопределен как профилирующий тип - калека" [2].

Эти тенденции проявляются в высокой степени напряженности (у 74,5 % испытуемых), что не способствует благоприятному прогнозу заболевания. Мы связываем данное напряжение с несоответствием особенностей темперамента обследуемых реальным моделям поведения, формирующимся в первую очередь, семьей, что приводит к невротическому конфликту. В данном случае, конфликт обусловлен неудовлетворенностью ряда потребностей, с одной стороны, и навязыванием несвойственных детям моделей поведения, с другой. Поэтому почти всем детям в силу разных причин приходится сдерживать негативные эмоции, внутреннее напряжение при этом достигает высокого уровня. На наш взгляд, наиболее четко отслеживает процесс соматизации психогенного конфликта модель двухэшелонной линии обороны А. Митчерлиха [5]. Данный автор представляет развитие психосоматического процесса в такой последовательности. Сначала человек пытается справиться с конфликтом при помощи исключительно психических средств на психо-социальном уровне:

- при зрелой личности человек пытается разрешить конфликт при помощи обычных средств социального взаимодействия (обсуждение соответствующих проблем и конфликтов) или посредством нормальных механизмов защиты (вытеснение, регрессия, проекция, интроекция, сублимация и др.);
- если нормальных механизмов защиты недостаточно, подключаются невротические защитные механизмы (невротическая депрессия, навязчивые мысли и действия, страхи, фобии и т.п.);
- бывают ситуации, когда защитные механизмы включают поведение личности в целом; в таких случаях говорят о невротическом развитии личности или неврозе характера;

Если не удастся справиться с угрожающим собственному существованию конфликтом только психическими средствами, то есть не срабатывает первая линия обороны, подключается защита второго эшелона - соматизация, которая со временем может привести к структурным изменениям в том или ином органе. Это защита на психо-соматическом уровне.

**Вывод.** Можно говорить о психосоматическом механизме этиопатогенетического процесса в данной выборке.

#### Литература

1. Беннетт Д.Х. Аритмии сердца. М.: МЕДпресс-информ, 2016. – 272 с.
2. Бергер П., Лукман Т. Идентичность // Психология самосознания. - Самара, 2000. – 3. С. 567-588.
4. Сонди Л. Учебник по экспериментальной диагностике побуждений. - Кишинев, 1995. - 364 с.

6. Царегородцев Л.В., Леонтьев И.В. Характеристика психовегетативного синдрома у детей с болями в сердце // Педиатрия. - 1995. - №6. - С. 23 - 32.
7. Mitscherlich A. Zur psychoanalytischen Auffassung psychosomatischen Krankheitsentstehung // J. Psyche. – 1953/54.- №7. - P. 651-751.

**Романов А.А.**

**Обучающий эксперимент: принципы, особенности и возможности при диагностике развития и коррекции поведения детей с аутизмом**

ГНЦ Судебной психиатрии им. В.П. Сербского, Москва, Россия,  
[playther@mail.ru](mailto:playther@mail.ru)

**Ключевые слова:** диагностика развития; обучающий эксперимент; нарушения поведения у детей; структура диагностической и коррекционной задачи; подказывание.

**Romanov A.**

**Educational experiment: the principles, features and possibilities for the diagnosis of the development and correction of the behavior of children with autism**

The Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry,  
Moscow, Russia

**Keywords:** diagnosis of the development; educational experiment; behavioral disorders in children; structure of the diagnostic and corrective tasks; prompting

Диагностика развития детей с расстройствами аутистического спектра (РАС), основанная на принципах патопсихологического эксперимента, обучающего эксперимента [4, 9] – это: 1) диагностика не только парциальной, преимущественно когнитивно-перцептивной, спонтанно-мозаичной и произвольно-целенаправленной психической активности ребенка; 2) но и диагностика состояний, поведения, деятельности, особенностей личности ребенка. Эта диагностика приобретает разные формы в работе клинического психолога, специального психолога, дефектолога и других специалистов.

К принципам, духу, атмосфере патопсихологического эксперимента по С.Я. Рубинштейн, автору данной статьи удалось приобщиться в годы работы (в 1990- 1992 гг.) в 6-й детской психиатрической больнице г. Москвы, наблюдая работу известного патопсихолога А.Я. Ивановой.

Общеизвестно, что ввиду особой (мозаичной, дезинтегративной, дисрегулярной, диссоциативной, дефицитарной) природы шизотипических расстройств [11] именно поведение детей с РАС существенно мешает проведению патопсихологического эксперимента в его классической форме. Ребенок с РАС может встать из-за стола, проявлять полевое поведение, безразличие к заданиям взрослого, выраженный негативизм, уходы в себя, страх и отказы выполнять задания и т.п.

Низкофункциональный детский аутизм по Каннеру и высокофункциональный по Аспергеру (непроцессуального или процессуального генеза) проявляется в произвольных и произвольных видах (модальностях) психической активности (сенсорно-перцептивной, когнитивной, психомоторной, речевой и др.). Акты этой общей психической активности – это ситуационно-личностные реакции и разнообразные действия ребенка, они могут быть чрезвычайно мозаичны, переслоены, дезинтегрированы, дефицитарны и т.п.



Итак, обучающий эксперимент – «это, скорее, особый принцип построения эксперимента, который может быть применен при видоизменении любой из методик» [9] и не только при диагностике активности общих, парциальных психических процессов, но и состояний, поведения, деятельности и личности ребенка с РАС в целом.

Почти любое парциальное сенсорно-перцептивное, когнитивное, речевое, психомоторное и иное действие, которое предлагает ребенку взрослый в форме диагностического задания (структуры задачи), обладает развивающим и диагностическим потенциалом. Количество же диагностической и коррекционной помощи при выполнении или отказе выполнения действия ребенком определяется варьированием, усложнением, упрощением структурных элементов задания или даже заменой задания (задачи) взрослым в зависимости от структуры РАС (дефекта, актуального состояния и поведения, особенностей характера и свойств личности ребенка в целом, условий предметной среды «здесь и сейчас»).

Игровые задачи с правилами являются вполне самостоятельными и структурированными средствами не только коррекционной [6], но средствами диагностической деятельности специалиста [7].

Вероятностно-игровые формы патопсихологического эксперимента (то есть изменения структуры диагностической задачи взрослым) могут быть эффективным средством, принципом и/или условием эффективности диагностики парциальных психических функций в едином потоке предсказуемо или непредсказуемо меняющегося поведения ребенка с РАС [7].

Структура патопсихологических заданий или задач, которая включает цели взрослого, цели ребенка, диагностические действия взрослого, способы и предметы действий ребенка и взрослого, правила и условия их выполнения ребенком. Это, безусловно, то структурное целое, структурные элементы, свойства которых экспериментатор (диагност) меняет или сохраняет константным, в зависимости от предсказуемо или непредсказуемо меняющегося поведения ребенка с РАС.

Введение заданий в трехступенчатой форме подсказок (вербальных инструкций, указательного жеста или показа способа действия по образцу, совместно действия) при отказах выполнения действий широко используется не только в отечественной, но и в зарубежной психолого-педагогической практике обучения и коррекции поведения детей, например методами АВА [1]. Однако необходимо понимать, что в случае обучающего эксперимента, то есть диагностики обучаемости, предложенной А. Я. Ивановой [4], продуманное, дозированное, избыточное количество и качество помощи взрослого диагностирует структуру того или иного дефекта у ребенка.

Подходы к диагностике обучаемости и модели обучения детей могут отличаться и/или иметь разные интерпретации. Например, «effortless learning» (обучение без ошибок) на основе «A→B→C» модели Скиннера Б.Ф. [2, 3], в которой А (антецедент в виде инструкции-раздражителя, задания взрослого ребенку), В (поведение ребенка и помощь-подсказка взрослого ребенку) направлены на получение С (требуемого результата), который позитивно подкрепляется взрослым (SR – reinforcing stimulus).

Практически диагностика развития ребенка может осуществляться и осуществляется в непосредственной коррекционной работе взрослого с ребенком с РАС. Современные тенденции в использовании экспериментально-психологических средств диагностики и коррекции детей с РАС могли бы заключаться в диагностике и коррекции парциальных психических функций в единой и противоречивой динамике спонтанной и произвольной активности (проявляющейся в состояниях, поведении и деятельности ребенка).

Динамический принцип диагностики (в процессе решения коррекционных задач с детьми с РАС) состоит из: 1) потоков спонтанно-полевой и целенаправленной психической активности ребенка; 2) потока или процесса взаимодействия и взаимоотношений, помощи, подсказок, сотрудничества взрослого (экспериментатора, диагноста) с ребенком. Этот принцип реализуется в потоке предсказуемого и непредсказуемого поведения ребенка «здесь и сейчас» через гибкое изменение взрослым структурных элементов диагностических заданий (задач), приобретающее вероятностную [10] и вероятностно-игровую форму [8].

#### Литература

1. Meadows T. 3 Step Prompting 2011. [Электронный ресурс] <http://www.iloveaba.com/2011/09/3-step-prompting.html>
2. Paul A. Alberto, Anne C. Troutman Eighth edition (2009) Applied Behavior Analysis for Teachers.
3. Terrace, H.S. Discrimination learning with and without "errors". Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 1963. № 6, 1–27.
4. Иванова А.Я. Обучаемость как принцип оценки умственного развития детей. – М., 1976.
5. Макушкин Е.В, Симашкова Н.В. Расстройства аутистического спектра: диагностика, лечение, наблюдение. Клинические рекомендации (протокол лечения). 2015. [Электронный ресурс] <http://psychiatr.ru/news/411>
6. Поляков Ю.Ф., Мелешко Т.К., Критская В.П. Игра или действия по правилам? Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. МГУ, 1991., с.5. – С. 256.
7. Романов А.А. Диагностика и коррекция расстройств поведения и эмоций у детей с ограниченными возможностями здоровья в специально организованных игровых ситуациях. Инклюзивное образование: результаты, опыт и перспективы: сборник материалов III Международной научно-практической конференции / под ред. С.В. АLEXИНОЙ. – М.: МГППУ, 2015. – 528 с.
8. Романов А.А. Психолого-педагогическая диагностика и игровая коррекция аутизма у детей. Тезисы конференции: XII Мнухинские чтения. Аутизм: медико-социально-педагогическая, социально-экономическая и правовая проблема. СПб, 2014, с. 185. Сборник статей под ред. Шигашова Д.Ю, Фесенко Ю.А. С. 250.
9. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с. (Серия «Мир психологии»).
10. Фейгенберг И.М. Порог вероятностного прогнозирования и его изменение в патологии // Вероятностное прогнозирование в деятельности человека. М., Наука. 1977. с. 169 - 188.
11. Горюнова А.В., Козловская Г.В., Римашевская Н.В. К вопросу о нейropsychической дезинтеграции у детей раннего возраста из группы высокого риска по эндогенным психозам // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста / Под ред. М.Ш. Вроно. М., 1986.

**Рощина И.Ф., Колыхалов И.В., Федорова Я.Б., Пономарева Е.В., Михайлова Н.М.**

**Клинико-нейропсихологическая диагностика психической деятельности пациентов с лобно-височной деменцией**

ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва, Россия,  
[ifroshchina@mail.ru](mailto:ifroshchina@mail.ru)

**Ключевые слова:** лобно-височная деменция, нейропсихологическая диагностика, типы лобно-височной деменции

**Roshchina I., Kolykhalov I., Fedorova Ya., Ponomareva E., Mikhaylova N.**  
**Clinical and neuropsychological diagnosis of mental activity in patients with frontotemporal dementia**

FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** frontotemporal dementia (FTD), neuropsychological diagnostics, types of frontotemporal dementia

**Введение.** Лобно-височная деменция (ЛВД) – прогрессирующее нейродегенеративное заболевание головного мозга, начинающееся, как правило, в пресенильном возрасте с постепенно нарастающих изменений личности и/или оскудения речи, сопровождается рано наступающей утратой критики и социальной адаптации (при относительной сохранности операциональных возможностей пациента) и приводит к развитию тотального слабоумия с характерной клинической картиной деменции лобно-височного типа. В последнее десятилетие клинические представления об этом заболевании получили новое развитие. Поскольку далеко не все случаи деменции лобно-височного типа имеют классические нейроморфологические признаки болезни Пика, был предложен ряд других терминов: лобно-долевая деменция неальцгеймеровского типа [1], деменция лобного типа [2], лобно-долевая дегенерация [3]. Позднее две группы исследователей из Лунда и Манчестера [4], ввели термин лобно-височная деменция (ЛВД), критерии которого были усовершенствованы D.Neary и соавт. [5]. В настоящее время большинство зарубежных авторов придерживаются термина ЛВД, хотя по-прежнему широко используется и обозначение «болезнь Пика» (МКБ-10). Мета-анализ 73 статей о рано начавшейся деменции (у пациентов младше 65 лет) показывает, что лобно-височные деменции являются вторым из трех наиболее распространенных типов деменций и распространенность ЛВД колеблется от 3 до 26% [6].

**Цель исследования:** клинико-нейропсихологическое исследование амбулаторных и стационарных больных с лобно-височной деменцией (ЛВД) с целью выделения различных типов заболевания и описания нейропсихологического профиля больных для дальнейшей разработки методов коррекционно-реабилитационной работы в комплексном клинико-психологическом сопровождении пациентов.

**Материал и методы.** Обследована когорта пациентов с ЛВД (58 человек), обратившихся за помощью в отделение болезни Альцгеймера отдела гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Клиническая диагностика проводилась согласно современным критериям диагностики ЛВД [7,8]. Среди пациентов - 23 мужчины и 35 женщин, на стадии мягкой деменции - 38 больных, а на ста-

дии умеренной и тяжелой деменции – 20 больных. Средний возраст пациентов – 64,5 года.

Все пациенты прошли клинико-психопатологическое, комплексное нейропсихологическое (по методу А.Р.Лурия), психометрическое, МРТ-исследование головного мозга. Все обследованные пациенты были правшами.

**Результаты.** Клинико-психопатологическое обследование показало, что у 20 пациентов (1-я подгруппа, средний возраст – 64,4 года) наблюдался поведенческий вариант ЛВД (ПЛВД). Уже на начальных этапах болезни (из анамнеза) у пациентов этой подгруппы наблюдались нарушения поведения при относительной сохранности речи. Следует отметить следующие поведенческие симптомы:

- социально неадекватное поведение (воровство в магазинах, неуместные шутки, оскорбительные высказывания в адрес знакомых и малознакомых людей, отсутствие смущения, временами непристойное обнажение тела);
- потеря симпатии или сочувствия к другим (несоответствующая реакция в ответ на болезнь близкого, жестокие комментарии в отношении близких, детей, или пожилых людей);
- апатия и социальная изоляция с потерей интереса к работе, хобби или друзьям;
- нарушение гигиены;
- переедание;
- появление вредных привычек в виде злоупотребления спиртным, чрезмерное увлечение азартными и компьютерными играми;
- стереотипное моторное поведение.

Речевые нарушения присоединялись позже в среднем через 2 года после появления нарушений поведения. В этой подгруппе пациентов у 5 больных отмечены бредовые расстройства.

Результаты нейропсихологического обследования указывают, что у пациентов 1-ой подгруппы на этапе мягкой деменции на первый план выступали симптомы со стороны лобных структур мозга (некритичность, нарушение контроля за деятельностью, нарушение самостоятельного программирования деятельности и произвольного внимания, нарушение регулирующей функции речи, регуляторная и кинетическая апраксия, нарушение произвольной памяти).

У пациентов этой подгруппы с умеренной деменцией отмечались системные персеверации, а также наблюдалось сочетание лобных симптомов с патологией со стороны левых височных структур мозга (нарушение речи по типу акустико-мнестической афазии, снижение номинативной функции речи, вербальные парафазии, нарушение слухо-речевой памяти в виде сужения объема запоминания и патологической тормозимости следов). При этом во всех случаях симптомы со стороны переднелобных отделов коры больших полушарий выступали на первый план.

У 27 пациентов (2-я подгруппа, средний возраст – 59,7 лет) с первичной прогрессирующей афазией (ППА) выраженные речевые нарушения сочетались с поведенческими нарушениями. Наиболее значимыми клиническими признаками у этой группы больных были трудности, связанные с нарушением устной и письменной речи. Большинство больных демонстрировали трудности пони-

мания грамматически сложных предложений. Эти нарушения являлись основной причиной нарушения повседневной деятельности на начальных этапах заболевания. Речь у данной группы больных была, как правило, медленной с множеством искажений. Эти речевые нарушения были особенно заметны, когда пациент пытался произнести или повторить многосложные слова. При этом по анамнестическим сведениям нарушения речи появлялись на начальных этапах болезни, а поведенческие нарушения присоединялись в среднем через 3 года после появления речевых нарушений.

Нейропсихологическая оценка пациентов 2-ой подгруппы на этапе мягкой деменции показала, что на первый план выступали симптомы акустико-мнестической и динамической афазии, которые сочетались со снижением критичности, эхо-феноменами, снижением контроля и самостоятельного программирования деятельности, снижением регулирующей функции речи, регуляторной апраксией, элементами псевдогагнозии. У пациентов с умеренной деменцией появлялись системные персеверации и инертность.

У 11 пациентов (3-я подгруппа, средний возраст - 61,6 лет) отмечался семантический вариант ППА с речевыми нарушениями [7,8]. Нарушения речи у пациентов этой подгруппы развивались постепенно. Первоначально появились затруднения в подборе слов (чаще существительных или имен собственных). Практически все пациенты в начале заболевания замечали эти свои проблемы и относились к ним критично.

У пациентов 3-ей подгруппы структура нейропсихологического синдрома характеризовалась выраженными симптомами со стороны левой височной доли мозга. У всех пациентов на этапе мягкой деменции наблюдались симптомы акустико-мнестической и амнестической афазии (вербальные и литеральные парафазии в устной речи и при письме, отчуждение смысла слов при нагрузке на речь, нарушение номинативной функции речи, нарушение модально специфической слухо-речевой памяти, обусловленное сужением объема запоминания и патологической тормозимостью следов при отсроченном воспроизведении). Дефекты фонематического слуха наблюдались у 2 пациентов. Следует отметить сохранность зрительной памяти, на которую пациенты опирались при запоминании новой информации. У пациентов с умеренной деменцией к указанным симптомам присоединялись трудности выполнения оптико-пространственных проб, а также снижение контроля.

**Заключение.** Результаты клинико-нейропсихологической диагностики особенностей нарушений психической деятельности у пациентов с разными типами ЛВД должны быть положены в основу разработки программ коррекционных занятий в комплексной клинико-психологической работе с больными.

#### Литература

1. Brun A: Frontal lobe degeneration of non-Alzheimer type: I, neuropathology. Arch Gerontol Geriatr 1987; 6:193–208
2. Neary D., Snowden J.S., Northen B., Goulding P. Dementia of frontal lobe type, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1988; 51:353–61.
3. Miller BL, Seeley WW, Mychack P, Rosen HJ, Mena I, Boone K: Neuroanatomy of the self: evidence from patients with fronto-temporal dementia. Neurology 2001; 57:817–821
4. The Lund and Manchester Groups. Clinical and neuropathological criteria for frontotemporal dementia, J Neurol Neurosurg Psychiatry, 1994;57:416–8.

5. Neary D., Snowden J.S., Gustafson L. et al., Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria, *Neurology*, 1998;51:1546–54
6. Vieira R.T., Caixeta L., Machado S. Et al. Epidemiology of early-onset dementia: review of the literature. *Clin Pract Epidemiol Ment Health* 2013; 9:88–95
7. Rascovsky K., Hodges J.R., Knopman D., et al. Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*. 2011; 134(Pt 9): 2456-2477
8. Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, et al. Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*. 2011; 76(11):1006-1014

**Русина Н.А.**

**Экспериментально-психологическая диагностика в психосоматике (на примере исследования пациентов онкологической клиники)**

Ярославский государственный медицинский университет, Ярославль, Россия,  
[rusinana@ysmu.ru](mailto:rusinana@ysmu.ru)

**Ключевые слова:** психосоматика, онкология, диагностика, психосемантическое пространство

**Rusina N.**

**Experimental-psychological diagnostics in psychosomatic (on the example of patients of the oncology clinic)**

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

**Keywords:** psychosomatics, oncology, diagnostics, psychosemantic space

**Введение.** Основой клинико-психологической диагностики пациента в психосоматической клинике являются методы наблюдения и беседы с больным, тест-опросники [1]. Методики исследования выбираются согласно задаче, нозологии, возрасту больного, фазе развития заболевания. Ежегодно проходящие в С.-Петербурге (2006-2016 гг.) конгрессы по психосоматической медицине демонстрируют широкий спектр психологических исследований психосоматических заболеваний.

**Цель.** Для построения психосемантического пространства пациентов онкологической клиники и создания психологической модели психотерапии мы проводили комплексное изучение пациентов онкологического профиля.

**Материал и методы исследования.** Использовались опросник Мини-мульти (вариант СМИЛ), опросник ТОБОЛ, методика «Индекс жизненного стиля», опросник Lazarus, методика исследования самооотношения С.Р. Пантилеева, тест смысловых ориентаций Д.А. Леонтьева, опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R). Для исследования эмоциональной сферы пациентов применялись методика Аннет для оценки типа МПА, метод ранжирования картинок с выражением базовых эмоций по Изарду, метод свободных ассоциаций на эмоционально-значимые слова.

В 1-м исследовании [4] принимали участие 237 пациентов (70 мужчин и 167 женщины, возраст от 35 до 73 лет), перенесшие операции по поводу рака желудка и кишечника, органов репродуктивной сферы. В контрольных группах были пациенты хирургического профиля, пациенты психотерапевтического профиля с депрессивной симптоматикой, здоровые реципиенты. Во 2-м исследовании [2,5] изучалась эмоциональная сфера пациентов онкологической клиники, проводился сравнительный анализ мужского и женского типа реагирования. Обследовано 60 женщин, перенесших операции по поводу рака органов

репродуктивной сферы, и 82 мужчины, перенесших операцию в связи с раком желудка и кишечника, в возрасте от 40 до 89 лет. В 3-м исследовании [4] изучались адаптационные ресурсы пациентов, согласившихся на операцию либо отказавшихся от нее (106 мужчин и 3 женщины, возраст от 40 до 89 лет), 21 пациент, отказавшийся от операции и получавший консервативное лечение (лучевую терапию), и 88 пациентов, которым были произведены операции резекции гортани, ларингэктомии, трахеопищеводного шунтирования.

**Результаты.** В 1-м исследовании были выявлены симптомокомплексы поведения онкологических больных. 1. Сочетание преобладания шкал сверхконтроля и эмоциональной лабильности, выявляющее пассивное отношение к конфликтам, уход от решения проблем, сопровождающийся «уходом в болезнь». 2. Эмоциональная незрелость, приводящая к неконструктивному стилю переживаний, снижающему уровень тревоги, но оставляющему выраженной эмоциональную напряженность. 3. Самоуничижение, характеризующееся внутренней конфликтностью и самообвинением, как механизм защиты «Я» от отрицательных эмоций, которые бессознательно подавлены. 4. Внутренний конфликт, проявляющийся в отрицании проблем, что может рассматриваться как защитная стратегия, способствующая понижению тревоги относительно неопределенного будущего. 5. Неудовлетворенность самореализацией и прожитой жизнью, связанная с процессом преждевременного подведения итогов жизни, с разрушением смысловой структуры личности. 6. Значимо высокая эмоциональная оценка собственного внутреннего мира, ценности своего «Я» по духовным критериям. 7. Напряженность защитных механизмов при слабом выражении механизмов совладания.

Одной из причин дефицита эмоционального проявления считают алекситимию (первичную и вторичную). При работе с больными самым трудным является отсутствие связи между телесностью и эмоциональной сферой. Для онкологических заболеваний имеет значение именно вторичная алекситимия, как фактор психосоматического неблагополучия. Во 2-м исследовании по опроснику Аннет у мужчин получено выраженное доминирование правых асимметрий. У женщин - выраженное доминирование в поведенческом фенотипе правых рук, ног, глаз и ушей, т.е. профиль ПППП у всех обследованных больных женщин. Дополнительные пробы на доминирование глаза и уха подтвердили доминирование правого глаза и правого уха у всех женщин. Дополнительные моторные пробы на «скрытое левшество» по А.Р. Лурия - «переплетение пальцев» и «поза Наполеона» - показали наличие левых асимметрий у больных женщин. По типу МПА прооперированные женщины относятся к жесткому типу левополушарного доминирования, что соответствует доминированию словесно-логического и последовательного характера познавательных процессов, склонности к абстрагированию, анализу и контролю. Таким людям не хватает гибкости, непосредственности, спонтанности в выражении чувств; они предпочитают действовать по заранее составленным схемам, с трудом перестраивают свои отношения с людьми, имеют ограниченный и ригидный репертуар решения сложных ситуаций, что подтверждается данными исследования психологического статуса пациентов.

Результаты исследования адаптационных ресурсов показали, что напряженность психологической защиты в обеих группах существенно выше нормы.

Для мужчин характерно подавленное раздражение, для женщин – подавление влечения к социально неодобряемому поведению. Копинг-стратегии в обеих группах значимо ниже нормы. Женщины имеют значения по всем шкалам выше, чем мужчины, т.е. при дефиците копинг-стратегий женщины все же лучше справляются с проблемами. У мужчин преобладают «принятие ответственности», у женщин – «самоконтроль» и «поиск социальной поддержки».

Для определения степени закрытости эмоциональной сферы применяли метод ранжирования картинок с выражением базовых эмоций. В обеих группах обнаружены нарушения опознания качества эмоций, отсутствие понятийного словаря и образа эмоционального явления. Для половины больных характерны затруднения в интерпретации и идентификации собственных эмоциональных переживаний. Для анализа различий эмоциональной сферы у мужчин и женщин применили метод свободных ассоциаций. Базовое скрываемое эмоциональное состояние мужчин - «Одиночество». Базовое скрываемое эмоциональное состояние женщин - «Слезы».

Итак, смысловое поле пациентов демонстрирует депривационный характер отрицательных эмоциональных состояний, которое при наличии личностных характерологических особенностей реализуется трудностями оценивания и отреагирования эмоций и ложится в основу неэффективных стратегий общения, проявляется в дефиците копинг-ресурсов, в преобладании механизмов психологической защиты протективного типа и конфликтного самоотношения. Данная ситуация приводит к реализации механизмов аутоагрессии, реализующихся опухолевым соматическим процессом. Это приводит к еще большему усилению деформации когнитивного и эмоционального способов переработки информации, идущей от среды. Следствием этого является дезадаптация личности онкологических больных в обществе (при этом возникающее онкологическое заболевание выполняет функцию средства, гармонирующего отношения среды и самоотношения).

В 3-м исследовании доказано, что не личностные особенности пациентов, но наличие/отсутствие системы связей адаптационных механизмов обеспечивают наиболее адекватное ситуации поведение пациентов онкологической клиники в условиях витальной угрозы и принятия/отказа от операции. Использование психологической защиты по типу «проекция» с уверенностью маркируют пациентов, отказывающихся от операции, как нерешительных, испытывающих страх перед сложившейся ситуацией, скрывающих свои эмоции, агрессивность и недоброжелательность путем приписывания их окружающим. Высокий показатель фобической тревожности подчеркивает наличие у отказавшихся от операции пациентов базовой реакции страха, избегания оперативного вмешательства как проявлений иррациональных и неадекватных реакций, обеспечиваемых более жесткой структурой взаимосвязей механизмов психологических защит. Пациенты, соглашающиеся на операцию, обладают более структурированной системой связей копинг-стратегий.

**Резюме.** Полученные результаты комплексного исследования пациентов онкологической клиники позволили нам построить психосемантическое пространство пациентов онкологической клиники:





Данное пространство определяет психологическую модель психотерапии. «Психотерапевтические мишени» онкологических пациентов это – психоэмоциональные ресурсы, отношение к себе, смысло-жизненные ориентации. Психотерапевтическая работа с онкологическими больными должна включать обучение эмоциональному отреагированию, поведенческой гибкости, преодолению стереотипов, принятию себя, «смыслостроительству».

#### Литература

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике. СПб.: Речь, 2011 – 271с.
2. Русина Н.А. Реакции адаптации пациентов онкологической клиники [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 5 (22). – URL: <http://mprj.ru>
3. Русина Н.А. Эмоциональная депривация и адаптационные ресурсы мужчин и женщин с онкологическими заболеваниями // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. Т. XX, №4, 2013. - С.53-57.
4. Русина Н.А., Барабошин А.Т., Ларичев А.Б. Эмоциональный стресс хирургических и онкологических пациентов [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – N 5 (22). – URL: <http://mprj.ru>
5. Пережигина Н.В., Русина Н.А. Нейропсихологические корреляты особенностей совладающего поведения онкологических больных // Интеграция медицины и психологии в XXI веке // Под ред. С.И. Блохиной, Е.Т. Соколовой, Л.Т. Баранской. Екатеринбург, «СВ-96», 2007. 352 с. - С.287-303.

**Рыжов А.Л.**

**Оценка способности к преодолению противоречивых тенденций в рассказах Тематического апперцептивного теста**

МГУ имени М.В.Ломоносова, ф-т психологии, Москва, Россия,  
[andrey.ryzhov@gmail.com](mailto:andrey.ryzhov@gmail.com)

**Ключевые слова:** ТАТ, внутренний конфликт, амбивалентность, диагностика эмоциональных нарушений

**Ryzhov A.**

**Assessment of the capacity to negotiate contradictory tendencies in Thematic apperception test stories**

Lomonosov MSU, Dept. of Psychology, Moscow, Russia

**Keywords:** TAT, inner conflict, ambivalence, diagnostics of emotional disturbances

**Введение.** Стимульный материал – таблицы ТАТ носят внутренне противоречивый характер. Противоречие задается на уровне стоящей перед испытуемым когнитивной задачи (сложность обыденного объяснения, почему объекты, например, городского типа девушка с книгами и сельская сцена на заднем плане таблицы 2, изображены вместе). И, что более значимо, на уровне эмоциональной задачи (сочетание идей, непротиворечивых логически, но несовместимых по смыслу, в том числе благодаря неосознаваемому подтексту, в рассматриваемом примере, принадлежность социуму, традициям, семье, с одной стороны, и признание отличий, индивидуальности, с другой, что отсылает к проблематике соперничества, брошенности и зависти).

Для каждой таблицы (по крайней мере, из рутинно используемых) существуют шаблонные или банальные сюжеты, позволяющие интегрировать противоречивое содержания образного стимула в непротиворечивый нарратив. Одновременно, это наиболее распространенные рассказы для каждой таблицы. Испытуемый может предложить и свой, творческий, сценарий преобразования противоречия. Успешность, в любом случае, будет зависеть не от выбора сюжета, а от способностей субъекта к развитию истории.

Безусловно, каждый испытуемый может вносить свой личностный смысл в понимание изображения и составленный рассказ. Однако, это не значит, что он может проигнорировать значимое противоречие, заложенное в стимуле (следует учитывать и историю тщательного подбора таблиц ТАТ). Подобное игнорирование является диагностически значимым само по себе и свидетельствует о нарушенном контакте с реальностью, низкой эмоциональной чувствительности, погруженности в свои переживания или крайней ригидности защитных механизмов.

Предлагаемый подход направлен на оценку того, насколько в рассказе ТАТ преодолевается противоречивость стимульного материала. Способность к упорядочиванию противоречивых и спутанных переживаний, их переработке и сведению к доступным для осмысления, понимания и принятия формам является важным показателем, характеризующим устойчивость эмоционального состояния, зрелость эмоциональной сферы и имеющим дифференциально-диагностическое значение. Такие характеристики, ассоциируемые с психотическим регистром расстройств, как амбивалентность, спутанность, диссоциированность эмоциональных реакций могут быть неочевидны при оценке состояния больного «невооруженным взглядом», но проявляться в неспособности составить связный рассказ в ТАТ.

Несмотря на роль, которую в разработке метода играли ряд психоаналитических конструктов («до- и постамбивалентные объектные отношения», «смещение влечений», «примитивные» и «невротические защитные механизмы», «внутренний конфликт»), она не направлена на глубинную интерпретацию и не требует приверженности психоаналитической парадигме. Диагностические критерии имеют много пересечений с существующими рекомендациями по анализу ТАТ [1,2,3,4]. Оригинальным, однако, является акцент именно на анализе сложности семантической структуры рассказа, что позволяет ее использовать и самостоятельно, и как дополнение для существующих диагностических подходов, как показатель успешности психического функционирования.

**Результаты.** На основе анализа более 200 протоколов ТАТ гетерогенной группы испытуемых подростков, госпитализированных в острое отделение НПЦ ПЗДП имени Г.Е. Сухаревой ДЗМ, были выделены следующие варианты представленности противоречия в рассказах .

1. Игнорирование противоречия: рассказы, в которых противоречивое содержание таблицы не находит отражения. Возможны варианты: (а) с искажением проблематики таблицы; (б) с упущением противоречия (недооценка ситуации, эмоциональной тональности); (в) с вариантами защитного ухода от выполнения задания (описание деталей, комментарии, крайняя банализация). К рассказам с игнорированием противоречия будут относиться семейные идиллии, зарисовки из деревенской жизни с минимальной дифференциацией ролей, исключение девушки или людей на заднем плане из рассказа.

2. Фрагментированные рассказы: рассказы, в которых противоречивые идеи представлены бессвязно, с нарушением нарративной и логической структуры (например, «мужчина бьет лошадь, женщина беременна, а девушка идет в школу...»). Специфическим вариантом являются рассказы с неустойчивостью объектов, когда одному персонажу приписываются противоположные эмоциональные качества (например, вначале девушку угнетает злая мачеха, а затем оказывается что девушка ленивая и не желает помогать родителям).

3. Рассказы с феноменом «расщепления». Особенностью рассказов этого типа является то, что противоречие представлений переводится в плоскость более конкретного противопоставления персонажей, с их глобальной (моральной, эмоциональной и пр.) оценкой и поляризацией. Обосновано выделение двух вариантов: (а) когда расщепление связано преимущественно с проблематикой преследования, контроля и недоброжелательности (девушка видит, как барыня издевается над своими батраками), (б) с идеализацией и обесцениванием (противопоставление эмоционально холодной девушки с высоким самомнением скромным труженникам поля или, напротив, утонченной натуры грубой деревенщине), (в) рассказы с дистанцированием и обесцениванием всех персонажей (анекдоты, фарсы).

4. Рассказы с тематически неинтегрированными проявлениями противоречивых тенденций. В этом случае могут быть выделены качественно различные случаи: (а) рассказы с изоляцией противоречивых представлений, когда испытуемый их называет, но затрудняется объединить в рассказ (например, подчеркивание, что девушка не знакома с парой на заднем плане, не имеет к ним отношения и вообще на них не похожа – в этом случае важно, для отличия от игнорирования, чтобы идеи пары, принадлежности и отличия были артикулированы, возможно, с эффектом замещения – например, приписывание тенденции к автономии лошади); (б) «наивные» рассказы с откровенным символическим содержанием (девушка хочет помочь мужчине или покататься на лошади, но боится испачкаться или получить копытом), (в) проявления конфликта в виде оговорок, защитных механизмов аннулирования, отрицания и пр. (например, утверждение о том, что пара старая, бедная, нуждается в помощи со стороны девушки, что может рассматриваться как отрицание идей связанных с враждебностью и желанием разрушить пару).

5. Фиксация противоречия. Рассказы, структура которых характеризуется противопоставлениями, отражающими противоречивую природу стимула. Они

могут проявляться в разной форме и приписываться, как одному (в виде противоречивых установок), так и различным персонажам (например, стремление к учебе и знаниям – стремление к труду и семье, любовь девушки к молодому человеку – его обремененность семьей, желание девушки уехать в город – печаль, связанная с отрывом от родителей и родных мест). Особые варианты фиксации противоречия: (а) простая констатация (представлено только одно противоречие), (б) примитивная констатация – рассказы, близкие бессознательным сценариям (мама запрещает девушке помогать папе), (в) предложение нескольких альтернативных сюжетных линий, (г) фиксация противоречия в нескольких противопоставлениях, (д) магические концовки – неожиданное снятие конфликта (девушка страдает из-за неразделенной любви, но, в конце концов, все разрешается и она становится счастлива).

6. Попытки преодоления противоречия (нахождения компромисса). В этом случае, кроме самого противоречия представлены попытки объединить противоречивые идеи. Так, попытка примирить противоречивость между идеями принадлежности паре (семье, группе) и сохранением автономного существования может преодолеваться через любовно-романтические сценарии, включающие отвержение или измену (при условии, что они не являются простым игнорированием условностей и включают противоречивые представления: любовь должна бороться с чувством вины или долга), или поиска своего места в жизни (при этом также должны содержаться противоречивые представления, например, с одной стороны, страх отрыва от корней, потери опоры и близких людей, с другой – необходимость самореализации и самостоятельности, что ведет к поиску нового места жительства и занятия). Попытки примирения могут быть удачными или нет.

Работа выполнена при поддержке гранта РФФИ 14-06-00316 Проблема измерения инкогерентности образа мира в общей и клинической психологии  
Литература

1. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. – М.: МГУ, 1980
2. Pine F. Thematic drive content and creativity // Journal of Personality, 1959, 27, 2, pp. 136-151.
3. Rapaport D., Gill M., Schafer R. Diagnostic psychological testing. Revised edition (Ed. by R.R.Holt). NY, International Universities Press, 1968
4. Shentoub V. Manuel d'utilisation du T.A.T. (Aproche psychanalytique). Paris: Bordas, 1990

**Рычкова О.В., Холмогорова А. Б.**

**Методика диагностики социальной ангедонии: адаптация и валидизация для русскоязычной выборки**

Московский НИИ психиатрии – филиал  
ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского Минздрава России», Москва, Россия  
[psylab2006@yandex.ru](mailto:psylab2006@yandex.ru)

**Ключевые слова:** социальная ангедония, шизофрения, внешняя валидность, надежность-согласованность

**Rychkova O., Kholmogorova A.**

**Test for diagnosis of social anhedonia: adaptation and validation for russian population.**

Moscow Research Institute of Psychiatry - a subdivision of V. Serbsky Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

**Keywords:** social anhedonia, schizophrenia, external validity, reliability, consistency

**Введение.** Понятие «ангедония» было введено Т.Рибо для обозначения нарушенной способности испытывать удовольствие, отмеченной у больных с серьезными соматическими заболеваниями. У Джеймс рассматривал ангедонию как тип патологической меланхолии, а в дальнейшем понятие нашло подтверждение своей высокой значимости в психиатрии, особенно – в шизофренологии. Родоначальник концепции шизофрении Э.Блейлер отмечал при данном расстройстве «уплощение» аффекта; в том числе – в аспекте снижения способности испытывать удовольствие. Позже возникла идея о неспособности испытывать удовольствие от жизни (ангедонии) как ключевом дефиците при шизофрении. S.Rado полагал ангедонию следствием накопленного больными опыта переживания отрицательных эмоций [19]. Р.Е.Мееhl писал о лицах с выраженной первичной ангедонией (часто генетически predetermined), которые воспринимают жизнь с отрицательной стороны, как полную опасностей, неудач, вследствие чего сохраняют высокий уровень тревоги, напряжения, уязвимы к стрессу, что может предопределить манифестацию шизофрении [17].

Первоначально исследователи исходили из предположения о ключевой роли проявлений физической ангедонии (в виде общего физического дискомфорта, неудовольствия, глобально плохого самочувствия), как наиболее близкой к биологическому дефекту при шизофрении [9]. Были зафиксированы многочисленные подтверждения симптомов физической ангедонии у больных шизофренией, связи физической ангедонии с бедными социальными и сексуальными отношениями. Позже особо значимой для объяснения дефицитов пациентов с шизофренией признали социальную ангедонию [15, 18].

Шкала социальной ангедонии - «Revised Social Anhedonia Scale (RSAS)» [11] не только успешно измеряла уровень ангедонистических тенденций личности, но высокий балл по этой шкале был признан в качестве наиболее надежного показателя предрасположенности к шизофрении в лонгитуде длительностью более 10 лет [10]. Социальная ангедония доказала свою роль важного фактора риска психоза в рамках известного проекта по изучению предикторов шизофрении – Нью-Йоркского проекта изучения лиц из группы риска [12].

Изучалась ангедония и за пределами клиники шизофрении: при депрессивных расстройствах [5, 14,21]., применительно к патологии личности [8], в сравнительном аспекте при разных видах психических расстройств [6,14,20]. Но если при депрессивных расстройствах ангедония является скорее транзиторным состоянием, то при шизофрении - устойчивой характеристикой, чертой [7,16]. Феномен «истинного дефицита положительных эмоций» у больных шизофренией был исследован и подтвержден и в работах отечественных авторов [1,2].

Тест «Revised Social Anhedonia Scale (RSAS)», включающий 40 пунктов с дихотомическим вариантом ответа, достаточно простой для выполнения пациентами с серьезными нарушениями, неоднократно доказывал свои хорошие психометрические параметры. Использование русскоязычного варианта методики позволило говорить о причастности социальной ангедонии, отражающей сниженную способность испытывать интерес и удовольствие от взаимодействия с социально-релевантными стимулами и партнерами по общению, к нарушениям социального познания, к социальной изоляции пациентов с шизофренией [3,4]. Кроме того, ангедония видится значимой мишенью психологической помощи в рамках психотерапевтической, психосоциальной работы с больными шизофренией. Необходимость надежной и своевременной диагностики показателя социальной ангедонии привела к оценке психометрических характеристик русскоязычного варианта теста RSAS, что стало частью проекта по изучению социального познания при психических расстройствах (грант Российского научного фонда № 14-18-03461).

**Материал и методы.** Базой настоящего исследования стали больные шизофренией, шизоаффективным расстройством и психически здоровые испытуемые, всего 202 человека (105 мужчин и 97 женщин), жители различных городов России. Группа психически здоровых лиц была подвергнута процедуре скрининговой оценки (лица с отклоняющимися от нормы показателями по параметрам эмоционального благополучия исключались). Для оценки внешней валидности Шкалы RSAS в исследовании использованы Опросник выраженности психопатологической симптоматики «Symptom check list-90-Revised» – SCL-90-R (адаптация Н.В.Тарабриной, 2001); «Шкала социального избегания и дистресса» - «Social avoidance and distress scale» – SADS (адаптация В.В.Красновой, А.Б.Холмогоровой, 2011), предназначенная для измерения склонности избегать социальных ситуаций и испытывать в них дискомфорт; Госпитальная шкала тревоги и депрессии – HADS (адаптация М.Ю.Дробижева, 1993).

**Результаты.** Показатель внутренней consistency (Альфа Кронбаха) для итоговой шкалы (составил 0,853), равно как и значения этого коэффициента для отдельных пунктов теста свидетельствуют о высокой согласованности пунктов теста с показателем шкалы в целом. Кластерный анализ позволяет утверждать отсутствие устойчивых сочетаний ответов по пунктам, что говорит об однородной структуре шкалы. Получены данные о нормативном диапазоне показателя шкалы RSAS (от 1 до 11 баллов, и у мужчин нормативный коридор от 1 до 12 баллов). Продемонстрирована значимая положительная связь между выраженностью социальной ангедонии и рядом параметров теста SCL-90 (такими, как GSI - общий индекс тяжести клинического состояния, DEP - депрессия, PSY - психотизм, PST – отражает степень клинического неблагополучия респондента, ANX - тревога и PAR - параноидное мышление). Значимой оказалась связь социальной ангедонии с показателями депрессии и тревоги Госпитальной шкалы. Важными для оценки валидности теста RSAS стали высоко значимые корреляции с показателями социального дистресса и социального избегания по шкале SADS. На части выборки психически здоровых лиц проведено повторное тестирование через полгода, и результат теста оказался устойчивым при ретестировании.

**Выводы.** Исследование подтверждает валидность и надежность опросника социальной ангедонии RSAS, правомерность использования его русскоязычной версии для определения степени выраженности социальной ангедонии у лиц взрослого возраста. Адаптация шкалы на российской выборке дает возможность проведения новых исследований нарушений социального познания при психических расстройствах с учетом параметра социальной ангедонии, отражающей вклад социальной мотивации в нарушения когнитивной и эмоциональной сферы. Адаптация шкалы дает практикам важный инструмент для прогностической оценки состояния лиц из группы риска по заболеваниям шизофренического спектра, а также постановки дифференцированных задач психологической помощи при работе с больными, страдающими расстройствами шизофренического спектра и другими формами психической патологии.

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда № 14-18-03461.

#### Литература

1. Гараян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1986. 23 с.
2. Курек Н.С. Дефицитарные нарушения психической активности (Личность и болезнь): дисс. ... докт. психол. наук. М., 1998. 415 с.
3. Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта при шизофрении. Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2013. 478 с.
4. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушение социального познания - новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. Изд-во: Форум, 2016 г., 288 с.
5. Bernstein A.S., Riedel J.A. Psychological response patterns in college students with high physical anhedonia: Scores appear to reflect schizotypy rather than depression // *Biol. Psychi.* 1987. Vol. 22. P. 829-847.
6. Blanchard J.J., Bellack A.S., Mueser K.T. Affective and social-behavioral correlates of physical and social anhedonia in schizophrenia // *J. Abn. Psychol.* 1994. Vol. 103 (4). P.719-728.
7. Blanchard J.J., Horan W.P., Brown S.A. Diagnostic differences in social anhedonia: A longitudinal study of schizophrenia and major depressive disorder // *J. Abn. Psychol.* 2001. Vol. 110 (3). P. 363-371.
8. Brown L., Silvia P., Myin-Germeys I., Lewandowski K., Kwapil T. The relationship of social anxiety and social anhedonia to psychometrically identified schizotypy // *J. Soc. Clin. Psychol.* 2008. Vol. 27. P.127-149.
9. Chapman L., Chapman J., Raulin M. Scales for physical and social anhedonia // *J. Abn. Psychol.* 1976. Vol. 85. P. 374-382.
10. Chapman L., Chapman J., Kwapil T., Eckblad M., Zinser M. Putatively psychosis-prone subjects 10 years later // *J. Abn. Psychol.* 1994. Vol. 103 (2). P.171-183.
11. Eckblad M., Chapman L., Chapman J., Mishlove M. The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished test, University of Wisconsin, Madison, WI. 1982.
12. Erlenmeyer-Kimling L., Cornblatt B., Rock D., Roberts S. et al. The New York High-Risk Project: anhedonia, attentional deviance, and psychopathology // *Sch. Bull.* 1993. Vol. 19 (1). P.141-153.
13. Katsanis J., Iacono W., Beiser M. Anhedonia and perceptual aberration in first-episode psychotic patients and their relatives // *J. Abn. Psychol.* 1990. Vol.99. P.202-206.
14. Katsanis J., Iacono W., Beiser M., Lacey L. Clinical correlates of anhedonia and perceptual aberration in first-episode patients with schizophrenia and affective disorder // *J. Abn. Psychol.* 1992. Vol.101. P.184-191.

15. Kwapil T. Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders // J. Abn. Psychol. 1998. Vol.107 (4). P. 558-565.
16. Loas G., Noisette C., Legrand A., Boyer P. Is anhedonia a specific dimension in chronic schizophrenia? // Sch. Bull. 2000. Vol.26 (2). P.495-506.
17. Meehl P. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // Am. Psychologist. 1962. Vol.17. P.827-838.
18. Meehl P. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia // J. Pers. Disorders. 1990. Vol. 4. P.1-99.
19. Rado S. Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado (Vol. 2). New York: Grune and Stratton, 1962.
20. Romney D., Candido C. Anhedonia in depression and schizophrenia: a reexamination // J. Nerv. Ment. Dis. 2001. Vol.189(11). P.735-740.
21. Schuck J., Leventhal D., Rothstein H., Irizarry V. Physical anhedonia and schizophrenia // J. Abn. Psychology. 1984. Vol.93. P.342-344.

**Саковская В.Г.<sup>1</sup>, Бровин А.Н.<sup>1</sup>, Мярс Т.Г.<sup>2</sup>**

**Использование методики «Пиктограммы» в дифференциальной диагностике шизофрении**

<sup>1</sup>ФГУ ДПО СПбИУВЭК Минтруда России,

<sup>2</sup>СПб ГБУЗ ГПНДС-7, г. Санкт-Петербург, Россия,

[veragenadevna@rambler.ru](mailto:veragenadevna@rambler.ru)

**Ключевые слова:** пиктограммы, нарушения мышления, шизофрения, шизотипическое расстройство, дифференциальный диагноз

**Sakovskaia V.<sup>1</sup>, Brovin A.<sup>1</sup>, Miars T.<sup>2</sup>**

**The «Pictograms» method usage in differential diagnosis of schizophrenia**

<sup>1</sup>The Federal State Budgetary Institution «Saint-Petersburg Postgraduate Institute of Medical experts» of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation, Saint-Petersburg;

<sup>2</sup>Outpatient Department of the State Budgetary Healthcare Institution City Psychological Dispensary № 7 (with inpatient department), Saint-Petersburg, Russia

**Keywords:** pictograms, thought disorders, schizophrenia, schizotypal disorder, differential diagnosis

**Введение.** В данной работе проведен сравнительный анализ «особых феноменов» в методике «Пиктограммы» у пациентов с диагнозом «Шизофрения параноидная» и «Шизотипическое расстройство личности». Диагноз «Шизотипическое расстройство личности» (F21) фактически соответствует диагностической формулировке «малопрогрессирующая (вялотекущая) шизофрения» в школе отечественной психиатрии. По критериям МКБ10 шизотипическое расстройство личности характеризуется эксцентричным поведением, аномалиями мышления и эмоциональных реакций, похожими на те, которые имеют место при шизофрении (F20), однако отчетливых и характерных для данного заболевания признаков не обнаруживается ни на какой стадии развития расстройства. Таким образом, мы исходили из того, что мышление пациентов с диагнозом F21 в целом сходно с мышлением больных шизофренией. С другой стороны, в основе данной работы лежит гипотеза о наличии существенных различий в мышлении между пациентами с диагнозом F20 и F21, т.е. нарушения мышления пациентов с диагнозом F21 имеют свои отличительные черты, а не яв-



ляются простым аналогом нарушений мышления при шизофрении в менее выраженной степени.

Предполагалось, что методика «пиктограммы» является наиболее подходящей для поиска этих различий, так как позволяет охватить нарушения мыслительной деятельности, достаточно подробно описанные такими отечественными исследователями, как С.Я. Рубинштейн, С.В. Лонгинова, Б.Г. Херсонский [2,3,4,5,6]. Также и Б.В. Зейгарник включала тест «пиктограммы» в план исследования мышления пациентов при патопсихологическом обследовании [1].

**Материал и методы.** Исследование проводилось на базе амбулаторного отделения СПб ГУЗ ГПНДС N7 (со стационаром). В экспериментальную группу вошли 37 человек в возрасте от 18 до 63 лет. 19 человек с диагнозом «Параноидная шизофрения» (F20) и 18 человек с диагнозом «Шизотипическое расстройство личности» (F21), со стажем заболевания от 5 до 20 лет. Диагноз устанавливался врачом-психиатром в соответствии с критериями по МКБ-10. Все пациенты исследовались в состоянии ремиссии, без острой психопатологической симптоматики, без сопутствующей соматической патологии и проходили экспериментально-психологическое обследование по направлению врача.

**Методы исследования.** Клинико-психологический метод реализовывался с помощью изучения медицинской документации, наблюдения и беседы во время проведения экспериментально-психологического обследования. Экспериментально-психологический метод реализовывался с помощью проведения методики «пиктограммы» и анализа встречаемости «особых феноменов». Метод математически-статистической обработки с применением U критерия Манна-Уитни использовался для оценки различий между двумя независимыми выборками – сравнивалась частота встречаемости «особых феноменов» в группах пациентов с диагнозами F20 и F21.

**Результаты.** И из всего многообразия «сырых» данных, которые могут нам предоставить пиктографические рисунки, мы выбрали признаки, выделенные Б.Г. Херсонским как «особые феномены» и характерные для группы шизофренических пациентов. В данном случае имеются в виду «разнообразные, подчас довольно тонкие особенности выполнения метода, в том числе: высказываний испытуемого, эмоциональных и других поведенческих реакций – всего того, что остается за пределами формализованной оценки ответов» [6]. В соответствии с классификацией, предложенной Б.Г. Херсонским, нами был выделен ряд подобных неформализованных факторов анализа: шоковые реакции (ш.р.), множественный выбор (мнв), выхоленная символика (вых), недифференцируемые образы (ндо), употребление буквенных и словесных обозначений (букв), стереотипии (стер), дублирование (дубл), замена (зам), феномен возврата (возвр), привнесение цвета (цвет), спонтанная нумерация (нум), спонтанная пунктуация (пункт), фрагментаризация (фр). Был проведен сравнительный анализ встречаемости указанных феноменов в группах пациентов с диагнозом «Шизофрения параноидная» (группа А1) и «Шизотипическое расстройство личности» (группа А2). Результаты приведены в табл. 1.

Таблица 1. Сравнительный анализ «особых феноменов в методике «пиктограммы» в группе пациентов с диагнозом F20 и F21 (по МКБ 10)

Показатели	Сумма рангов группа А1	Сумма рангов группа А2	Значение критерия U	Уровень значимости
Ш.р.	374,5	366,5	176,5	0,7
Мнв	243	498	53	0,01
Вых	360	381	170	0,7
Ндо	359	382	169	0,6
Букв	441	300	110	0,03
Стер	449	292	102	0,02
Дубл	315	426	125	0,3
Зам	370,5	370,5	180	0,7
Возвр	370,5	370,5	180	0,7
Цвет	370,5	370,5	180	0,7
Нум	370,5	370,5	180	0,7
Пункт	380	361	171	0,6
Фр	361	380	171	0,6

Как видно из таблицы, для обеих выборок (F20 и F21) характерно использование стереотипных, множественных, недифференцируемых образов, буквенных обозначений и дублирования. Отличительной особенностью группы пациентов с диагнозом F21 является использование феномена «множественных выборов» в большей степени, чем у пациентов группы F20. Для пациентов группы F20 в большей мере, чем для группы F21, характерно использование феномена «стереотипии» и «буквенные обозначения». Также в выборке пациентов с диагнозом F20 отмечалось три случая разделения рисунков линиями, чего в группе пациентов с диагнозом F21 не наблюдалось.

**Выводы.** Таким образом, полученные результаты позволили подтвердить выдвинутую гипотезу о наличии существенных различий в мышлении между пациентами, имеющими диагнозы «Шизофрения» и «Шизотипическое расстройство личности», которые могут быть выявлены экспериментально-психологически.

Данные, полученные в ходе настоящего исследования, могут быть использованы в работе клинического психолога в процессе патопсихологического обследования в качестве дополнительных критериев дифференциальной диагностики между шизофренией и шизотипическим расстройством личности, что является важным для психиатрической практики. Кроме того, результаты настоящего исследования открывают перспективы дальнейшего изучения специфических нарушений мышления с использованием проективных методик.

#### Литература

1. Зейгарник Б. В. Патопсихология: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. — 3-е изд., стереотип. — М.: Академия, 2005.
2. Лонгинова С.В. Исследование мышления больных шизофренией методом пиктограмм //Патопсихология: Хрестоматия/ Сост. Белопольская Н.Л. — М.: Изд. УРАО, 1998.
3. Лонгинова С.В., Рубинштейн С.Я. О применении метода «пиктограммы» для экспериментального исследования мышления психически больных. — М., 1972.
4. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. — М.: Апрель-Пресс, 2007, с. 448.
5. Херсонский Б.Г. Метод пиктограмм в психодиагностике. — СПб, «Речь», 2003.
6. Интернет-источник: <http://psychologylib.ru/books/item/f00/s00/z0000025/st006.shtml>

**Самарина И.И., Зверева Н.В., Казакова М.В., Балакирева Е.Е.**  
**К проблеме анализа «модели психического» у младших школьников в**  
**норме и при эндогенной психической патологии**

ФГБНУ НЦПЗ, ГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

**Ключевые слова:** «модель психического», младшие школьники, эндогенная психическая патология, словарь эмоций

**Samarina I., Zvereva N., Kazakova M., Balakireva E.**

**For the problem of the theory of mind analysis for primary school children**  
**with endogenous mental disorders and healthy control group children**

FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** theory of mind, primary school children, endogenous mental disorder, emotion vocabulary,

**Введение.** В последние годы «модель психического» - способность к пониманию ментальных, психических состояний другого и своих собственных (мыслей, намерений, эмоций и т.п.) становится предметом клинко-психологического исследования в различных группах пациентов (аутизм, шизофрения, аффективная патология и др.). Исследуются различные аспекты, такие, как структурные компоненты модели психического, их связь с основными психическими функциями и состояниями; клинические варианты изменений функционирования модели психического, половозрастная специфика, методические возможности диагностики. [1,3,4,5,6]. Известно, что понимание социальных отношений, восприятие эмоций, социальная перцепция нарушены у больных шизофренией разных возрастных групп и у детей с аутистическими расстройствами. Имеется ряд работ, посвященных формированию и функционированию модели психического у больных шизофренией и детей с расстройствами аутистического спектра. Однако недостаточно исследований, направленных на анализ модели психического у детей с эндогенной психической патологией (шизофренией) [1,7]. Свое значение имеет и методическая сторона обсуждаемой проблемы структуры и функционирования модели психического у детей младшего школьного возраста, а также ее связь с эмоциональной сферой.

В настоящей работе ставится проблема более полного и углубленного изучения способности детей младшего возраста понимать ментальный мир у себя и у других людей на примере понимания лицевой экспрессии. Данная проблема исследуется в рамках подхода модели психического, или theory of mind.

**Цель** – пилотажное сравнительное исследование модели психического у детей младшего школьного возраста в норме и при шизофрении на примере понимания лицевой экспрессии.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 56 испытуемых младшего школьного возраста (7-10 лет), из них 46 (26 мальчиков и 20 девочек) испытуемых составили контрольную группу (ученики ГБОУ школы № 1811 «Восточное Измайлово»), 10 больных (7 мальчиков и 3 девочки) 7-го клинического детского отделения ФГБНУ НЦПЗ («Научный центр психического здоровья») составили пилотажную клиническую группу. Все больные имели выставленные клинические диагнозы шизофренического спектра (F20.8, F21 по

МКБ-10), находились в клинически стабильном состоянии и получали индивидуально подобранную медикаментозную терапию. Средний возраст – 8 лет.

В исследовании были использованы следующие **методы**: анализ медицинской документации и экспериментально-психологический. Все материалы статистически обработаны. Используются **методики** направленные на компонент модели психического – понимание лицевой экспрессии - тест «Лица», тест «Понимание психического состояния другого по взгляду» [3,4,8]. Параметры оценки в методике «Лица» - распознавание базовых эмоций; комплексных психических состояний и суммарный балл. Для второй методики – суммарный балл, полученный по успешности распознавания эмоций по области вокруг глаз.

**Результаты.** Исследование нормативной группы позволило выявить влияние возраста на уровень распознавания лицевой экспрессии как по фотографии лица в целом, так и по фотографии области вокруг глаз. Обнаружены следующие различия по фактору возраста, представленные в таблице 1.

Таблица 1. Таблица взаимосвязи переменных в методиках, направленных на понимание лицевой экспрессии по фактору возраста в контрольной группе

Категория ответа	Коэффициент корреляции r-Спирмана	Статистическая достоверность
Тест "Лица" (базовые эмоции)	0,17	$p > 0,05$
Тест "Лица" (комплексные психические состояния)	0,37*	$p < 0,05$
Тест "Лица" (общий балл)	0,40*	$p < 0,01$
Тест "Понимание психического по взгляду"	0,32*	$p < 0,05$

Полученные данные говорят о том, что чем старше ребенок, тем лучше он понимает комплексные психические состояния по изображению лица, а также лучше справляется с заданием в целом (суммарный балл по заданию выше). Аналогично можно говорить о том, что с увеличением возраста ребенка, улучшается понимание психического состояния другого человека по области вокруг глаз. Небольшой состав испытуемых в клинической группе не позволяет достоверно оценить возрастную динамику исследуемых показателей при шизофрении у младших школьников. Однако сопоставление выполнения методик здоровыми и больными детьми по анализируемым показателям оказалось доступно. В таблице 2 представлены результаты выполнения методик на оценку лицевой экспрессии здоровыми и больными шизофренией детьми.

Таблица 2. Результаты методик, направленных на понимание лицевой экспрессии у испытуемых контрольной и экспериментальной группы

Категория ответа	здоровые	больные	Значение U критерия Манна-Уитни	Достоверность
Тест "Понимание психического по взгляду"	16,78	11,10	67,0*	$p < 0,001$
Тест "Лица" (базовые эмоции)	8,70	6,90	62,0*	$p < 0,001$
Тест "Лица" комплекс-	7,67	6,70	159,50	$p > 0,05$

ные психические состояния)				
Тест "Лица" (общий балл)	16,41	13,60	89,0*	p<0,05

Здоровые дети значительно лучше справляются с методикой, направленной на понимание психического состояния по области глаз, по сравнению со сверстниками, страдающими шизофренией. Полученные данные говорят о том, что больные дети слабее понимают эмоциональные состояния по изображению области вокруг глаз. Обнаружены достоверно значимые различия по результатам выполнения теста «Лица» в контрольной и экспериментальной группах. В тесте «Лица» было выделено 3 группы ответов: «Базовые эмоции», «Комплексные психические состояния» и «Общий балл». Было показано, что дети, больные шизофренией, понимают базовые эмоции по изображению области лица хуже, чем здоровые сверстники.

**Резюме.** Представленное пилотажное исследование является частью более объемного изучения формирования и функционирования модели психического у младших школьников в норме развития и при психической патологии, проводимого в ФГБНУ НЦПЗ. В данной статье отражены материалы пилотажного использования методик на восприятие лицевой экспрессии в контексте понимания модели психического. Было показано наличие положительной возрастной динамики в нормативной выборке. Сравнение успешности распознавания лицевой экспрессии здоровых и больных шизофренией детей показало, что дети больные шизофренией значительно хуже справляются с заданиями, направленными на понимание психического состояния по области глаз, по сравнению с психически здоровыми детьми. Кроме того, дети, больные шизофренией, значительно хуже здоровых сверстников справляются с заданиями, направленными на понимание психического состояния по фотографии лица. В дальнейшем предполагается расширение клинической выборки и более подробный анализ связи клинических параметров и успешности функционирования модели психического у младших школьников с шизофренией, как в плане понимания лицевой экспрессии, так и других компонентов модели психического.

#### Литература

1. Зверева Н. В. Клиническая психология детей и подростков: учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / Н. В. Зверева, Т. Г. Горячева. – М. : Изд. Центр «Академия», 2013. – 272 с.
2. Изард К. Е. Психология эмоций / Кэрол Е. Изард ; [Пер. с англ. В. Мисник, А. Татлыбаев]. М. : Питер, 2009. – 460 с.
3. Румянцева Е. Е. Оригинальная и модифицированная версии теста «Reading the mind in the eyes». Методические рекомендации. М.: Цифровичок, 2016 60 с.
4. Румянцева Е. Е. Методика оценки психического состояния другого по выражению глаз у подростков в норме и при шизофрении [Электронный ресурс] // Е. Е. Румянцева, Т. Н. Самарина // Психологическая наука и образование (электронный журнал). – 2014. № 3. – С. 197 – 207. URL: [http://psyedu.ru/journal/2014/3/Rumyanzeva\\_Samarina.phtml](http://psyedu.ru/journal/2014/3/Rumyanzeva_Samarina.phtml)
5. Сергиенко Е. А. Раннее когнитивное развитие: Новый взгляд. – М.: Изд. «Институт психологии РАН», 2006. – 464 с.
6. Сергиенко Е. А. Модель психического в онтогенезе человека. – М.: Изд. «Институт психологии РАН», 2009 – 415 с.

7. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. – Медицина, 1974. – 320 с.
8. Экман П. Психология эмоций. Я знаю, что ты чувствуешь. 2-е изд.: пер. с англ. / П. Экман. – СПб.: Питер, 2010. – 334 с.

**Самойлова В.М., Епишин В.Е.**

### **Слухоречевая память дошкольников с ОВЗ как показатель разновидности дизонтогенеза**

ГБОУ ВО МГППУ Москва, Россия  
[vmsamojlova@mail.ru](mailto:vmsamojlova@mail.ru)

**Ключевые слова:** слухоречевая память, дошкольники, задержка психического развития, дизонтогенез

**Samojlova V., Epishin V.**

### **Audio verbal memory of , disability accessible as an indicator of species dizontogenii**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** Audio verbal memory, preschool children, mental retardation, dizontogenesis

**Введение.** Один из типов дизонтогенеза, ЗПР, выделили и подробно описали в 70-80 годы прошлого века [1,2,3,5,6,10]. В последнее время диагноз «ЗПР» стали ставить многим группам детей с ОВЗ, которые до того не относились к данному типу нарушенного развития. Подобный диагноз – задержка психического развития - мы можем увидеть у разных групп детей (дети с речевой патологией; высокофункциональные группы РАС; дети с негрубыми сенсорными дефектами; умственно отсталые дети с легкой интеллектуальной недостаточностью) [1,10].

С целью уточнения основных черт данной группы целесообразно провести исследование с учетом принципов, приверженцем которых была С.Я. Рубинштейн. Используя эти принципы, можно проводить обследования, позволяющие четко определить тип дизонтогенеза и составить программу работы по преодолению нарушения развития [6,11,12].

В нашем исследовании мы выбрали познавательный процесс, который в дошкольном возрасте является структурообразующим всей системы интеллекта, а именно память.

**Цель** исследования - изучение особенностей слухоречевой памяти детей старшего дошкольного возраста той многочисленной категории, что в настоящем определяют, как ЗПР.

**Материал и методы.** В экспериментальном исследовании приняли участие 44 дошкольника, из школы № 1321 («Ковчег»): 20 человек с диагнозом ЗПР и 24 – с тяжелыми нарушениями речи (ТНР).

Мы предположили, что у дошкольников с ЗПР показатели всех видов слухоречевой памяти будут невысокими, в то время как у старших дошкольников с ТНР мы ожидали обнаружить достоверно значимые различия между показателями их смысловой памяти и механической памяти.

Применялись тесты для изучения «механической» вербальной памяти на запоминание 10 слов, а также тест на изучение смысловой памяти, методика

«Воспроизведение рассказов» [10]. Для запоминания был выбран рассказ Л.Н. Толстого «Муравей и голубка» объемом 56 слов.

Анализировались следующие параметры «механической» вербальной памяти: количество слов, воспроизведенных после 1-го, 3-го, 5-го предъявлений; наличие вербальных и литеральных парафазий; привнесения; отсроченное воспроизведение (через 40 мин). Параметры анализа смысловой памяти: количество слов, воспроизведённых с первого и второго предъявления текста; степень понимания; наличие аграмматизмов, вербальных и литеральных парафазий; наличие вставок, изменений текста.

Для обчёта полученных данных применялись методы математической статистики с применением U критерия Манна-Уитни для независимых выборок, а для номинативных переменных использовалась статистика Хи-квадрат [15,16]. При расчёте использовался статистический пакет IBM® SPSS® Statistics Base 20.

**Результаты.** Исследование построено на основании принципов, принятых в отечественной клинической психологии, приверженцем которых была С.Я.Рубинштейн.

Важно отметить, что экспериментальное изучение строилось не строго и порядок предъявления тестовых заданий строго не фиксировался. Часть испытуемых вначале выполняли задания на запоминание 10 слов, а затем тестовые задания для исследования смысловой памяти. У другой части наших обследуемых порядок предъявления заданий был иным. Соотношение этих групп было практически одинаковым, что дает нам основание не учитывать фактор утомления при выполнении тестовых заданий.

Данные, полученные нами, в значительной степени подтвердили выдвинутые гипотезы и позволили уточнить ряд характеристик произвольной памяти у обеих групп дошкольников с ОВЗ.

Таблица 1. Результаты изучения «механической» памяти у детей с ЗПР и ТНР

Параметр	ЗПР		ТНР	
	Среднее	Разброс	Среднее	Разброс
Объём кратковременной памяти	3,78	2-7	4,9	1-9
Степень вработываемости	6,11	3-10	5,9	2-10
Способность к запоминанию	6,67	4-10	6	1-10
Отсроченное воспроизведение	4,33	0-9	6,60	4-10

Количество слов, воспроизведённых после первого предъявления, у дошкольников с ЗПР в среднем составляет - 3,78 слова, а с ТНР – 4,9 слова. При этом разброс в количестве воспроизведенных слов для дошкольников с ТНР больше, чем для дошкольников с ЗПР. У детей с ЗПР количество слов после первого предъявления от 2 до 7, а у детей с ТНР от 1 до 9. Количество слов, запомнившихся после 3-х предъявлений приближаются к 6-ти словам в каждой из групп. После 5 предъявления дети с ЗПР в среднем воспроизвели 6,67 слова, с ТНР – 6 слов. Имеющиеся различия не являются статистически значимыми. Однако через час отличия в способности сохранять материал появились: если дошкольники с ЗПР смогли в среднем припомнить только – 4,33 слова, то дошкольники с ТНР в среднем воспроизводили – 6,6 слова. Выявленные различия в способности сохранять вербальный материал оказались статистически значимыми.

Обе группы при воспроизведении припоминали не предъявляемые им слова, в обеих группах мы отметили вербальные и литеральные парамнезии, но статистически значимых различий по этим параметрам между группами выявить не удалось. Значение статистики Манна-Уитни (U) равно 152 при уровне значимости 0,031.

Таблица 2. Результаты изучения смысловой памяти у детей с ЗПР и ТНР

Параметр	Диагноз		ЗПР		ТНР	
	Среднее	Разброс	Среднее	Разброс	Среднее	Разброс
Первоначальный объём кратковременной памяти	53,3%	0-100%	85%	70-100%		
Степень вработываемости	52,78%	0-100%	90,1%	80-100%		

Данные полученные в ходе изучения смысловой памяти свидетельствуют наличии статистически значимых различий между обеими группами.

Количество слов, воспроизведённых с первого предъявления, существенно разнятся. Если после первого предъявления текста дошкольники с ЗПР смогли воспроизвести около 53 % текста, то дошкольники с ТНР – 85%. После второго прочтения показатели объема припоминаемого материала в двух группах улучшились (53% текста в группе ЗПР и – 90%. В группе ТНР). При запоминании смыслового материала можно отметить более высокую истощаемость дошкольников с ЗПР, по сравнению с дошкольниками с ТНР. По этим двум показателям были получены статистически значимые различия. Значение статистики Манна-Уитни (U) равно 40 при уровне значимости 0,00003.

Степень понимания рассказа, которую мы выявляли по вопросам, уточняющим содержание и осознание скрытого смысла, также существенно разнятся. Так, среди дошкольников с ТНР не было ни одного человека, не понявшего скрытого смысла рассказа, не запомнившего существенные детали вербального материала. В то же время в группе дошкольников с ЗПР число не понявших текст доходило до 1/3. Были и таковые, кто не понял даже фабулу рассказа. Значение статистики Хи-квадрат получилось равным 9,120 уровне значимости 0,028, однако наличие в таблице сопряженности частот, не превышающих 5 не даёт возможности рассматривать полученный результат как достоверный.

К показателям понимания текста можно отнести наличие или отсутствие парафазий. Интересно, что вербальные парафазии удалось выявить в обеих группах, а литеральные только у дошкольников с ЗПР. Количественно вербальные парафазии преобладают у детей с ЗПР, но статистически значимых различий между группами выявить в нашем исследовании не удалось.

Наконец, степень точности воспроизведения – наличие вставок, изменений текста, также служит показателем осознания текста. В группе с ЗПР мы наблюдали изменения сюжета, грубые деформации текста, привнесение дополнительных сюжетных линий и т.д. Все эти данные указывают на невысокую степень способности осознания текстового материала. В группе с ТНР аналогичных явлений не отмечалось. Здесь, как и в случае со степенью понимания рассказа, удалось получить статистически значимые различия (Хи-квадрат = 9,22 при значимости 0,019), однако опять же низкие частоты не позволяют рассматривать результат как достоверный.



Аграмматизмы имеют место в обеих группах. При этом они выявлены практически у всех детей с ЗПР и у трети дошкольников с ТНР. По данным параметрам различия уже почти достигают статистической значимости.

### **Выводы**

1. Показатели «механической» и смысловой памяти ниже у группы детей с ЗПР по всем исследуемым параметрам слухоречевой произвольной памяти.
2. Сохранность вербального материала, не связанного между собой смысловыми связями, ниже в группе дошкольников с ЗПР и достигает статистически значимых различий в сравнении с группой дошкольников с речевой патологией.
3. При воспроизведении не связанного по смыслу материала в обеих группах отмечаются вербальные и литеральные парафазии, а в связанных текстах литеральные парафазии имеются только у детей с ЗПР.
4. Для группы дошкольников с ЗПР характерна высокая истощаемость при работе со связными текстами.
5. Степень понимания тестов и воспроизведения связного материала ниже в группе дошкольников с ЗПР.
6. Смысловая память дошкольников с ТНР выше, чем не связанного по смыслу материала.

**Заключение.** Мы полагаем, что различия в смысловой памяти в значительной степени обусловлены нарушениями мышления, поскольку понимание текста является здесь ключевым. При исследовании механической памяти не выявлено существенных различий в первоначальном объеме памяти, а при изучении смысловой - они обнаружены. Суть в том, что смысловая память – ВПФ, а «механическая» – имеет большую натуральную составляющую. Запоминание и воспроизведение смыслового материала подразумевает способность адекватного использования и осознания лексических единиц, т.е. умение пользоваться лексическими средствами. В силу отсутствия такого умения отсроченное воспроизведение у наших испытуемых низкое. Неспособность к использованию средств приводит к замедленному формированию позднее возникающей в онтогенезе смысловой памяти у обеих групп, в то время элементарные виды памяти сохранены в группе детей с ТНР.

Итак, проведенное нами изучение характеристик слухоречевой памяти дошкольников с ОВЗ с учетом принципов исследования, пропагандируемых С.Я. Рубинштейн, подтвердило, как наши гипотезы, так и данные отечественных авторов предыдущих лет [12,13,14,17,18]. Полученные результаты не позволяют считать проблему окончательно изученной: выборка не велика, изучались преимущественно количественные показатели, глубокий лингвистический анализ привнесений, парафазий не проводился. Поставленная проблема нуждается в дальнейшем исследовании. Однако на основании выявленных фактов, можно полагать, что технологии, используемые каждой из категорий детей с ОВЗ, могут применяться и в настоящее время.

### **Литература**

1. Актуальные проблемы диагностики задержки психического развития детей. / Под ред. К.С. Лебединской/ – М., 1982
2. Белякова, Л.И. / Сравнительное психолого-педагогическое исследование дошкольников с общим недоразвитием речи и нормально развитой речью/ Л.И. Белякова [и

- др.]//Теория и практика коррекционного обучения дошкольников с речевыми нарушениями. - М., 1991.
3. Власенко, И.Т. Особенности словесно-логического мышления взрослых и детей с нарушениями речи/ И.Т. Власенко. - М.: Педагогика, 1990. - Даниленкова, О.Р. Развитие преднамеренного запоминания у детей с нерезко выраженным общим недоразвитием речи/О.Р. Даниленкова// Дефектология. - 2000.- № 6.- С. 50- 64.
  4. Выготский Л.С. / Психология. – М., 2002.
  5. Дети с задержкой психического развития. / Под ред. Т.А. Власовой, В.И. Лубовского, Цыпиной Н.А. – М., 1984.
  6. Диагностика и коррекция психического развития дошкольников/ Под ред. Я.Л. Коломинского, Е.А. Панько. - Мн, 2003.
  7. Диагностика и коррекция задержки психического развития у детей / Под ред. С.Г. Шевченко. –М., 2001
  8. Егорова Т.В. / Особенности памяти и мышления младших школьников, отстающих в развитии. –М., 1973.
  9. Калягин, В.А. Энциклопедия методов психолого-педагогической диагностики лиц с нарушениями речи. Практикум: Пособие для студентов, педагогов, логопедов и психологов/ В.А. Калягин, Т.С. Овчинникова.- СПб.: КАРО, 2008.- 432 с.
  10. Коноваленко С.В. Как подготовить ребенка к школе. - М., "Эксмо", 2004.
  11. Лебединский В.В. / Нарушения психического развития в детском возрасте. – М., 2003.
  12. Лубовский В.И. / Психологические проблемы диагностики аномального развития. – М., 1990.
  13. Основы логопедической работы с детьми: Учебное пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ / под общ. ред. Г.В. Чиркиной. - М., 2002.
  14. Рубинштейн С.Я. / Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – М., 2004.
  15. Сидоренко Е.В. / Методы математической обработки в психологии. - СПб, 2003.
  16. Сорокин, В.М., Кокоренко В.Л. / Практикум по специальной психологии: учеб. пособие. - СПб., 2003.
  17. Филичева, Т.Б. / Психолого-педагогические основы коррекции ОНР у детей дошкольного возраста/ Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина//Дефектология. - 1985.- № 4.- С. 72-79.
  18. Шашкина, Г.Р. / Логопедическая работа с дошкольниками. - М.: 2003.

**Седова Е.О., Горячева Т.Г.**

**Нейропсихологический подход к диагностике нарушений формирования саморегуляции у младших школьников**

РНИМУ им. Н.И.Пирогова, ФГБОУ ВО МГППУ, г. Москва, Россия  
[eesedova@mail.ru](mailto:eesedova@mail.ru), [goryatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goryatcheva_tg@mail.ru)

**Ключевые слова:** саморегуляция, младшие школьники, нейропсихологическая диагностика, учебная мотивация

**Sedova E., Goryacheva T.**

**Neuropsychological approach to the diagnostics of self-regulation problems of junior schoolchildren**

RNRMU, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** self-regulation, junior schoolchildren, neuropsychological diagnostics, learning motivation

**Введение.** Интерес к проблеме формирования саморегуляции возрос в последние годы среди представителей различных психологических дисциплин. Особую роль в становлении современных представлений сыграл системный подход, в рамках которого саморегуляция рассматривается как процесс, имеющий многоуровневую детерминацию. Основанием, объединяющим различные взгляды на обсуждаемую проблему, можно считать подход В.В.Николаевой, подразумевающей под саморегуляцией «системный процесс, обеспечивающий адекватную условиям изменчивость, пластичность жизнедеятельности субъекта на любом из ее уровней» [4]. Выделяется три уровня регуляторной деятельности. Первый – уровень психической саморегуляции или регуляции состояния, способствующий поддержанию оптимальной психической активности, необходимой для деятельности человека. Второй – операционально-технический уровень или уровень регуляции деятельности, обеспечивающий сознательную организацию и коррекцию действий субъекта. Третий, личностно-мотивационный уровень (уровень регуляции мотивации и потребностей), обеспечивает осознание мотивов собственной деятельности, управление мотивационно-потребностной сферой, создает возможность быть хозяином, творцом собственной жизни [4].

**Целью** настоящего исследования было выявление нарушений саморегуляции у учеников средней общеобразовательной школы в возрасте от 7 до 12 лет.

**Материал и методы.** Выборку составили 145 учащихся массовой школы в возрасте от 7 до 12 лет, которые относились к трем возрастным группам:

- младшая группа – 7-8 лет (54 испытуемых);
- средняя группа – 9-10 лет (44 испытуемых);
- старшая группа – 11-12 лет (47 испытуемых).

По данным о школьной успеваемости испытуемые были разделены на 2 группы: (1) - успешные ученики (оценки в триместре и в году «4» и «5»); (2) - «проблемные» ученики (имеют в триместре и в году «3»).

Методы, применявшиеся в ходе исследования, можно разделить на три группы: (1) нейропсихологические методы, стандартная методика нейропсихологической диагностики А.Р.Лурия (модификация А.В.Семенович) [6]; (2) методы изучения мотивации учебной деятельности (методика М.Р.Гинзбурга [5] для 7-8 лет; методика Н.Г.Лускановой [5] для 9-10 лет; методики О.С.Гребенюка и Т.Г.Гребенюк [2] и А.К.Марковой [3]); (3) анализ анамнестических данных и данных анкет, заполненных родителями.

**Результаты.** Для каждого испытуемого были подсчитаны показатель произвольной саморегуляции, характеризующий состояние подкорковых и стволовых структур, и показатель произвольной саморегуляции, характеризующий степень сформированности функций лобных отделов. Подавляющее большинство участников исследования продемонстрировали признаки дефицитарности стволовых и дисцефальных структур разной степени выраженности, причем данная проблема проявилась как в группе успешных, так и «проблемных» учеников.

На основании параметров распределения показателя произвольной саморегуляции были рассчитаны значения, соответствующие высокому, среднему и низкому уровню саморегуляции в каждой возрастной группе.

По мнению Ахутиной Т.В. и Пылаевой Н.М. [1], «норма отличается от ненормы возможностями компенсации функциональных слабостей». Данные, полученные нами в ходе статистического анализа, подтверждают гипотезу о том, что в группе успешных учеников имеющиеся проблемы скомпенсированы лучше. Об этом говорят статистически достоверные различия в уровне произвольной саморегуляции и данных нейропсихологического исследования. Различия в уровне произвольной саморегуляции подтверждают гипотезу о том, что более серьезные проблемы саморегуляции препятствуют успешной учебной деятельности даже при сохранном интеллекте. Полученные в ходе исследования статистически достоверные различия в показателях произвольной и произвольной саморегуляции (выявленные между младшей и средней, а также средней и старшей возрастными группами), подтверждают, что развитие произвольной саморегуляции компенсирует нарушения произвольной саморегуляции. Положительная связь между показателями произвольной и произвольной саморегуляции показывает, что в случае выраженных проблем произвольной саморегуляции становление произвольной регуляции задерживается.

Полученные данные позволяют объяснить, как уровень саморегуляции психических состояний (первый уровень саморегуляции) и личностно-мотивационный уровень (третий уровень) влияют на уровень саморегуляции деятельности (второй уровень). Формальные результаты учебной деятельности (положительные четвертные и годовые оценки) не всегда указывают на степень сформированности первого и третьего уровней.

В младшей возрастной группе у большинства детей результаты учебной деятельности не определяются мотивацией к учению, между группами успешных и «проблемных» учеников нет достоверных различий по уровню учебной мотивации. Зато у успешных учеников показатели как произвольной, так и произвольной саморегуляции значительно лучше, чем у «проблемных» учеников, т.е. успешность их обучения определяет степень сформированности первого уровня саморегуляции. Вместе с тем следует отметить, что в младшем школьном возрасте возможна ситуация, когда при относительно низком уровне сформированности произвольной саморегуляции дети демонстрируют высокие показатели в учебе. В этом случае механизмом компенсации нарушений первого уровня саморегуляции служит внешний контроль со стороны родителей и учителей, и формирование произвольной саморегуляции задерживается. В средней возрастной группе показатели произвольной и произвольной саморегуляции улучшаются по сравнению с младшей возрастной группой. Личностно-мотивационный уровень саморегуляции приобретает большее значение, и между группами успешных и «проблемных» учеников различия по уровню учебной мотивации становятся статистически достоверными.

В старшей возрастной группе связь между уровнем учебной мотивации и результатами обучения становится выраженной и определяет успешность обучения. За счет функционального созревания коры головного мозга показатели произвольной и произвольной саморегуляции существенно улучшаются по сравнению с младшей и средней возрастными группами.

**Выводы.** 1. Степень саморегуляции учебной деятельности зависит от сформированности саморегуляции психических состояний, обеспечиваемой первым функциональным блоком мозга (блоком регуляции уровня активности мозга). 2. Отдельные нарушения уровня саморегуляции психических состояний спонтанно компенсируются. Более серьезные нарушения, в том числе сочетающиеся с парциальной задержкой формирования функций второго блока мозга, препятствуют формированию произвольной саморегуляции деятельности. 3. В возрасте 8-9 лет начинается переход ведущего уровня саморегуляции от уровня саморегуляции психических состояний к личностно-мотивационному уровню.

4. Основным механизмом компенсации нарушения формирования саморегуляции психических состояний является созревание личностно-мотивационного уровня саморегуляции, обеспечиваемого третьим функциональным блоком мозга (блоком программирования, регуляции и контроля за протеканием психической деятельности).

Процесс формирования саморегуляции в онтогенезе нуждается в дальнейшем изучении. Направлениями будущих исследований могут служить как изучение влияния различных факторов на этот процесс, так и вопросы практического применения методов, направленных на работу с нарушениями формирования саморегуляции.

#### Литература

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Преодоление трудностей учения: нейропсихологический подход. – СПб.: Питер, 2008. – 320 с.
2. Гребенюк О.С., Т.Б.Гребенюк. Основы педагогики индивидуальности. Уч. пособие – Калининград: Изд-во Калинингр. гос. ун-та, 2000. – 572 с.
3. Маркова, А.К., Т.А.Матис, А.Б.Орлов Формирование мотивации учения. – М.: Просвещение, 1990. – 192 с.
4. Николаева, В.В. О психологической природе алекситимии. // Телесность человека: междисциплинарные исследования. / Под редакцией А.Ш.Тхостова. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – С. 80-89.
5. Овчарова, Р.В. Справочная книга школьного психолога.– М.: Просвещение, Учебная литература, 1996. – 352 с.
6. Семенович, А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 232 с.

**Семенова Н.Д.**

**Наследие Бориса Семенова (Boris Semeonoff) и современная клиническая психология Великобритании**

Московский НИИ психиатрии, филиал ФГБУ  
«ФМИЦПН им. В.П. Сербского Минздрав РФ, Москва, Россия,  
[niyami2020@gmail.com](mailto:niyami2020@gmail.com)

**Ключевые слова:** история психологии, клинко-психологическая диагностика, Boris Semeonoff

**Semenova N.**

**Boris Semeonoff and his legacy in contemporary clinical psychology in the UK**

Moscow Research Institute of Psychiatry,  
subsidiary The Serbsky Federal Research Center  
for Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

**Keywords:** History of Psychology, Clinical and Psychological Diagnostics, Boris Semeonoff

В истории клинико-психологической диагностики осталось еще немало «белых пятен». Данная работа – первая попытка рассказать отечественному специалисту о значимой фигуре в психологии Великобритании, Борисе Семенове, «русскому просветителе и психологе» [4]. Это также попытка указать на имплицитно существующую связь психологов, принадлежащих одной эпохе: Л. С. Выготского (1896-1934), С. Я. Рубинштейн (1911-1990), Бориса Семенова (1910-1998).

Борис Семенов (Boris Semeonoff) родился 20 марта 1910 года в Санкт-Петербурге. В 1914 году в возрасте 4-х лет вместе с матерью он приехал в Шотландию. В связи с началом Первой мировой войны путь в Россию был отрезан, и семья была вынуждена остаться за рубежом. Мать Бориса Семенова Анна Геринг-Семенова стала преподавать русский язык в Эдинбурге, столице и втором по величине городе Шотландии. Борис Семенов окончил колледж George Watson's College и продолжил обучение в Университете Эдинбурга по специальности «английский язык и литература». Далее ему было предложено остаться в Университете, и в 1936 году уже на Факультете психологии Борис Семенов защищает диссертацию по психофизике. Предметом его исследования было восприятие интенсивности звука. Далее исследовательский интерес Бориса Семенова развивался в иных направлениях, однако тема восприятия звука не оставляла его и воплотилась в ряде работ и личностных пристрастий автора [5, 6]. Во время Второй мировой войны Борис Семенов призывается в армию и служит там с 1943 по 1946 годы. Он работает психологом, осуществляя клинико-психологическую диагностику в Отделе по отбору персонала для специальных операций в тылу врага. В 1947 году Борис Семенов возвращается в университет, а в 1966 году уже возглавляет Факультет психологии, и далее, до конца жизни продолжает работу на факультете. С 1958 по 1964 годы он издает журнал *British Journal of Psychology*, получающий широкое международное признание. Борис Семенов становится членом Совета основного профессионального объединения британских психологов – *British Psychology Society*. В 1968 году он был избран Президентом этого общества. Борис Семенов также возглавлял Секцию психологии *British Association for the Advancement of Science*, был одним из основателей *Experimental Psychology Society*, почетным президентом *British Society Projective Psychology*, членом *International Union Applied Psychology*, *Experimental Psychology Society*, *Psychology and Psychotherapy Association*, *The British Rorschach Society*. Борис Семенов умер 2 августа 1998 года и похоронен в Эдинбурге.

Для старшего поколения британских психологов имя Бориса Семенова ассоциируется, прежде всего, с личностным тестированием с использованием проективных техник, с тестом Роршаха, тематическим апперцептивным тестом и др. Тест Роршаха был ‘открыт’ для Великобритании благодаря усилиям группы молодых психологов Tavistock Clinic в Лондоне. Они верили, что техника Роршаха откроет новые горизонты и возможности в области психодиагностики [3]. Однако, именно профессор Б. Семенов из Университета Эдинбурга понастоящему внедрил этот метод наряду с другими проективными методиками в клиническую практику и включил проективные методики в программу под-

готовки по клинической психологии. Известна полемика Бориса Семенова с Гансом Юргеном Айзенком, ярким критиком методики Роршаха [3]. Позиция Бориса Семенова оказалась сильнее. Его убежденность в ценности данного диагностического инструмента в связи с исследованием личности имела итогом написание в 1976 году книги, впоследствии многократно переиздававшейся [8].

Для молодого поколения британских психологов имя Бориса Семенова более ассоциируется с тестом Семенова – Выготского (The Semeonoff-Vygotsky Test). В отличие от известной методики Выготского – Сахарова [1, 2], данный инструмент имеет иную предметную и интенциональную отнесенность. Опираясь на работы Л.С.Выготского, Борис Семенов в 1937 году создает методику, которая апробируется на Факультете психологии Университета Ливерпуля и используется для исследования интеллекта и познавательной деятельности. Именно эта методика фигурировала в качестве ключевой при отборе персонала для специальных операций в тылу во время Второй мировой войны. Испытуемые (потенциальные кандидаты) плохо владели английским языком, поэтому тесты, не опирающиеся на вербальные способности, а предполагающие манипуляцию объектами, позволяли получить важные количественные и качественные показатели на предмет познавательной деятельности и доступности испытуемому сложных абстракций и логических умозаключений. Как и в методике Выготского – Сахарова, для проведения теста использовался набор деревянных фигурок (разной формы, цвета и толщины) – 22 предмета, однако двойная стимуляция (написанные на фигурках и поначалу ничего не означающие слова, напр., «бик», «гур», «лаг») задавалась в тесте иначе.

С помощью методики Выготского – Сахарова исследовалось мышление психически больных, методика широко использовалась в лаборатории экспериментальной патопсихологии Института психиатрии МЗ РФ, где работала С.Я.Рубинштейн, и стороннему исследователю предлагалось заимствовать и копировать фигурки именно там [2]. Успешное выполнение задания по методике Выготского – Сахарова иногда позволяло опровергнуть полученное на основании предварительного тестирования с помощью других методик заключение о снижении познавательной активности пациента. Такие же умозаключения можно найти и в работах Бориса Семенова, где использовались, в частности, и другие невербальные техники психодиагностики – Тест цветных пирамид (The Color Pyramid Test) – при рассмотрении вопроса о трудоустройстве лиц с разной степенью умственной отсталости [9, 10].

В подходе к клинико-психологической диагностике и тестированию и обобщая опыт работы в условиях военного времени, Борис Семенов пришел к выводу, что тестирование с использованием стандартизованных инструментов может быть разумным дополнением к изучению предмета в рамках методологии анализа единичного случая. Он выражал сожаление, что эти два комбинентарных подхода «попали в разные руки... и рассматриваются как враждующие, критикующие друг друга за ограничения...» [7]. Автор призывал к вдумчивому комбинированию этих подходов, сочетанию количественных и качественных методов, в попытке соединить их в единую процедуру. «В итоге, подход в отношении оценки психических функций взрослых людей будет, как можно надеяться, и гибким и строгим одновременно» [11].

Мы затронули имплицитно существующую в истории клинико-психологической диагностики связь: Л. С. Выготский – С. Я. Рубинштейн – Борис Семенов. Экспликация этой связи – задача, требующая специальной работы в архивах Университета Эдинбурга и Британского психологического общества.

#### Литература

1. Выготский Л. С., Сахаров Л. С. Исследование образования понятий: методика двойной стимуляции // Хрестоматия по общей психологии. Психология мышления / Под ред. Ю. Б. Гиппенрейтер, В. В. Петухова. М., 1981.
2. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – ЭКСМО-Пресс, 2004.
3. McCarthy Woods J. The history of the Rorschach in the United Kingdom //Rorschachiana. – 2008. – Т. 29. – №. 1. – С. 64-80.
4. MacKay T., Semeonoff B. In the presence of a great psychologist... Boris Semeonoff. – 1999.
5. Semeonoff B. A new approach to the testing of musical ability //British Journal of Psychology. General Section. – 1940. – Т. 30. – №. 4. – С. 326-340.
6. Semeonoff B. Record collecting: a guide for beginners. – Oakwood Press, 1951.
7. Semeonoff B. New developments in projective testing //New Approaches in Psychological Assessment. New York and London: Wiley. – 1973.
8. Semeonoff B. Projective techniques. – John Wiley & Sons, 1976.
9. Semeonoff B. The Colour Pyramid Test: Some considerations of scope and validity //British Journal of Projective Psychology & Personality Study. – 1980.
10. Semeonoff B., Moss J. B. Projective testing with the mentally handicapped: A study using the Colour Pyramid Test //British Journal of Projective Psychology & Personality Study. – 1978.
11. Semeonov B., Trist E. L. Diagnostic performance tests: a manual for use with adults. – Tavistock Pubs., 1958.

**Сергиенко А.А.**

**Применение методики Н.Н. Николаенко «Тест на асимметрию зрительного внимания» в группе детей и взрослых относительно нормы и у детей с эндогенной патологией**

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия,  
[aumsan@gmail.com](mailto:aumsan@gmail.com)

**Ключевые слова:** асимметрия зрительного внимания, нейропсихологический анализ, дети с эндогенной патологией

**Sergienko A.**

**Application of the method of N.N. Nikolaenko "Asymmetry test of visual attention" in a group of children and adults and the relative rate of children with endogenous pathology**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** test to assess of asymmetry visual attention, neuropsychological analysis, children with schizophrenia spectrum disorders

**Введение.** Проблема асимметрии внимания представляет интерес с различных точек зрения. Во-первых, в связи с возможной аномальной латерализацией функций при различных нарушениях развития (Stroganova T., et al., 2007; Oades R., 1998 и др.). Во-вторых, при возможном аномальном формировании функциональных систем произвольного внимания при различных видах эндо-



генной патологии, что является чрезвычайно интересным в плане дифференциальной диагностики в клинике детской и подростковой шизофрении, РДА (раннего детского аутизма), шизотипических расстройств личности. Подбор адекватных методов и методик, направленных на выявление асимметрии внимания и адекватных сегодняшнему уровню знаний о работе систем внимания в норме и при патологии, представляет собой еще одну важную насущную проблему. Проблема особенно важна при учете недостаточности, с одной стороны, представлений об особенностях асимметрии зрительного внимания в детском и подростковом возрасте. С другой стороны, малочисленности методического материала, адекватно определяющего такие особенности. Кроме этого данные определяющие «нормативную» выборку по различным методикам, определяющим асимметрию внимания, так же чрезвычайно малочисленны и не все опираются на достаточную для анализа группу испытуемых.

**Материал и методы.** Анализ литературы, собственная длительная практика, позволили выбрать методiku исследования асимметрии внимания, которая, в наибольшей степени удовлетворяет ряду вышеперечисленных определяющих условий. Это модифицированная методика Николаенко Н.Н. [1], направленная на исследование асимметрии зрительного произвольного внимания. Методика по своему содержанию схожа с методикой, предложенной Wilsonom et al. в 1987 году для оценки выраженности зрительно-пространственного игнорирования вследствие локальных поражений головного мозга. В методике Wilsona перед испытуемым кладется горизонтально ориентированный лист бумаги А4, на котором в псевдослучайном порядке изображены 56 целевых стимулов – маленьких звездочек – среди 72 дистракторов (больших звездочек и букв). 27 целевых стимулов лежат справа от средней линии листа, 27 – слева. Испытуемого просят вычеркнуть (или обвести) карандашом все маленькие звездочки на листе за неограниченное время. В методике Николаенко Н.Н. в очерченном на половине листа А4 прямоугольнике 10х12 см. среди 157 дистракторов (букв латинского алфавита) с каждой стороны, симметрично относительно средней линии прямоугольника разбросаны по 30 стимулов (определенная буква латинского алфавита). В методике Николаенко Н.Н. вместо, по сути, разнородных дистракторов, предлагаются дистракторы одного рода, а именно, буквы латинского алфавита, а время проведения ограничивается одной минутой. Считается, что испытуемые с функциональной слабостью левого полушария игнорируют правую часть зрительного поля. И наоборот, испытуемые с функциональной слабостью правого полушария игнорируют левую часть зрительного поля и, следовательно, зрительное внимание в игнорируемой части снижается. Модификация методики заключалась в способе подачи (инструкция) и последующего анализа материала.

Апробация методики на различных группах детей и взрослых показала, что методика удовлетворяет следующим условиям: простота понимания инструкции всеми группами испытуемых; высокая скорость проведения теста (1 мин); относительная простота анализа материала; методика, кроме собственно асимметрии зрительного произвольного внимания позволяет с высокой степенью точности определить характеристики подвижности, переключаемости и концентрации произвольного внимания, темповые характеристики деятельности. Так, в специальном исследовании была выявлена высокая корреляция

данных, полученных с помощью методики АЗВ (асимметрии зрительного внимания), и методики «Таблицы Шульте», определяющих, в основном, именно эти характеристики внимания. При этом необходимо учитывать простоту и скорость проведения методики АЗВ, что немаловажно в клинической практике обследования.

В ряде наших предыдущих статей и тезисов [2,3,4] были описаны результаты применения методики в различных группах детей с расстройствами круга шизофрении и детей с расстройствами аутистического спектра. В данной работе в таблицах на рисунках 1, 2, 3 приводятся полученные нормативные показатели в сравнении с показателями детей с эндогенной патологией.

Группы испытуемых: 1) взрослые («относительная норма») - 131 человек, 20 мужчин 111 женщин, возраст от 20 до 45 лет; 2) Дети (относительная норма) – 80 детей, 33 мальчика и 47 девочек, средний возраст 8 лет; 3) Дети с эндогенной патологией – 45 детей и подростков, диагнозы - F20, F21, F21.x, средний возраст 11.3 г, 23 мальчика и 22 девочки (исследование эндогенных больных проводилось в 7 клиническом (детском) отделении ФГБНУ НЦПЗ).

**Результаты.** На рисунках 1, 2, 3 представлены усредненные результаты по разным группам испытуемых. Обозначения: л – количество стимулов, найденных в левой части зрительного поля (усредненные данные по группе после статистической обработки); п - количество стимулов, найденных в правой части зрительного поля; сумма – суммарное количество найденных стимулов (показатель подвижности и переключаемости произвольного внимания, концентрации внимания); л-п – разница между количеством стимулов, найденных слева и справа (показатель степени асимметрии зрительного произвольного внимания); дети (норма), взрослые (норма) – выделенная в общей группе испытуемых нормативная группа (с помощью методов математической статистики (робастные методы оптимизации) были исключены крайние случаи и выходящие за рамки экстремальные результаты); дети (общ), взрослые (общ) – усредненные показатели по всей группе испытуемых (без исключения экстремальных показателей); дети с эндогенной патологией (общ) - усредненные показатели по всей группе детей с эндогенной патологией; дети с эндогенной патологией (F21) - усредненные показатели по группе детей с шизотипическим расстройством личности.

	АЗВ			
	л	п	сумма	л - п
<b>дети 7 -9 лет (норма)</b>	18,55102	17,346939	35,897959	1,2
<b>дети 7 -9 лет (общ)</b>	17,825	14,3	32,025	3,7375
<b>дети 7 лет (норма)</b>	13,3	14,1	27,4	-0,8
<b>дети 8 лет (норма)</b>	19,111111	16,481481	35,592593	2,6
<b>дети 9 лет (норма)</b>	21,666667	22	43,666667	-0,3

Рис 1. Усредненные результаты методики АЗВ в группе детей относительной нормы.

	АЗВ			
	л	п	сумма	л - п
<b>Взрослые (норма)</b>	24,567797	22,4	47,032787	2,2
<b>Взрослые (общ)</b>	24,272727	21,681818	45,94697	2,6641221

Рис 2. Усредненные результаты методики АЗВ в группе взрослых относительной нормы.

	АЗВ			
	л	п	сумма	л - п
Дети с эндогенной патологией (общ)	17,42857	11,07143	28,5	6,3
Дети с эндогенной патологией (F21)	17,6	12,6	30,2	5

Рис 2. Усредненные результаты методики АЗВ в группе детей с эндогенной патологией.

Результаты проведенного исследования, особенно в части детей с эндогенной патологией являются предварительными и требуют дальнейшего уточнения и анализа, как, в плане увеличения количества испытуемых, так и в плане уточнения диагнозов испытуемых, что в клинике детской шизофрении представляет свою отдельную проблему. Нам представляется, что предлагаемая методика может внести свой вклад в вопросы такой диагностической дифференциации.

**Выводы.** Дети с расстройствами круга шизофрении характеризуются: 1) снижением темповых характеристик продуктивной деятельности, снижением подвижности и переключаемости зрительного внимания по сравнению с детьми относительной нормы аналогичного возраста; 2) выраженной асимметрией зрительного произвольного внимания в сравнении с группой относительной нормы. Адаптированный вариант методики АЗВ может служить одним из инструментов дифференциальной диагностики в группе детей с эндогенной патологией.

#### Литература

1. Николаенко Н. Н. Функциональная асимметрия мозга и структура зрительного поля // Физиология человека. 1989. Т. 15. № 6. С. 8.
2. Сергиенко А.А., Хромов А.И., Зверева Н.В. Связь нейрокогнитивных дисфункций с факторами возраста и диагноза у детей и подростков с расстройствами круга шизофрении // Вестник СМУС74 Выпуск №2 (13) (июнь) 2016 Том 3, Челябинск С. 122-125
3. Сергиенко А.А. Нейропсихологический анализ особенностей познавательной сферы у детей с расстройствами шизотипического спектра. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – М. 2013(13), № 1 - С. 32 – 39
4. Zvereva N, Sergienko A., Features of asymmetry of visual attention in children with schizophrenia spectrum disorders PM-062, //Eur Child Adolesc Psychiatry (2015) 24 (Suppl 1):S1-S303, S199

#### Слоневский Ю.А.

**Место и значение традиционного патопсихологического обследования в моделях комплексного сопровождения и поддержки больных с расстройствами эндогенного круга и религиозной фабулой переживаний**

ФГБНУ НЦПЗ, отделение по изучению особых форм психической патологии,  
Москва, Россия,  
[slonevsky2012@yandex.ru](mailto:slonevsky2012@yandex.ru)

**Ключевые слова:** патопсихологическое исследование, пациент как участник анализа и оценки, совладающее поведение, первичное реабилитационное вмешательство

Slonevsky Y.

**Place and significance of the traditional pathopsychological examination in models of complex accompanying and supporting of patients with endogenous mental disorders, and religious content of experience.**

FBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** pathopsychological research, the patient as a participator of analysis and assessing, coping strategy, primary rehabilitative intervention, system-oriented approach.

Подход Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, а так же их единомышленников и последователей к развитию теории и практики патопсихологии, к процессу внедрения экспериментально-психологического направления в систему оказания форм психиатрической помощи многое изменил в ней и, безусловно, оправдал себя [1,2,3]. Современный этап развития психологической науки и практики лишь помогает раскрыть качественно новые возможности и ресурсы традиционного патопсихологического исследования. В этом нас убеждает ретроспективный анализ многолетнего опыта решения научно-практических задач диагностики, реабилитации, психокоррекции, психотерапии и консультирования в клинике эндогенных психозов.

Для пациентов с эндогенной психической патологией, в рамках которой преобладает религиозная фабула переживаний, темы и события религиозной (духовной) и обычной повседневной жизни, с их во многом типичными и привычными видами активности, могут протекать как практически автономно и независимо, однако, оказывая друг на друга латентное влияние, так и сталкиваясь между собой. Последствия от их взаимодействия могут быть весьма сложными и неоднозначными. Может наблюдаться эффект, подобный системному когнитивному диссонансу.[4] Технологическая культура проведения исследования, ясность и четкость его целей, задач и смысла, сочетаются в патопсихологическом исследовании с отсутствием предвзятости в процессах системной и качественной оценки и интерпретации результатов. Экспертные возможности эксперимента органично дополняются широким и одновременно целенаправленным, творчески-поисковым процессом динамичного исследования. Это дает возможность учитывать тематический и событийный контекст актуальной жизненной социально-психологической ситуации больного. Процедура обследования позволяет включать самого больного в процессы исследования, анализа и оценки различных граней и уровней и реально доступных для использования в данный момент знаний, навыков, умений, и ресурсных возможностей. Традиционное патопсихологическое исследование с преобладанием качественного анализа позволяет в достаточно короткий отрезок времени и без использования громоздкого психодиагностического инструментария получать представление о формах доступных больному копинг-стратегий, в том числе и религиозных. Может быть уточнен уровень психологической готовности личности к сотрудничеству, к поиску социальной и терапевтической поддержки. Может быть так же решена задача выделения факторов, препятствующих эффективному использованию большими возможностями своей когнитивно-познавательной, эмоциональной, мотивационно-волевой, коммуникативной и

других сфер. Возможно так же приобретение больными первичного опыта формирования и активного использования навыков тематического сотрудничества и преодоления проблем и затруднений. Уже в самом начале общения с пациентом и его близкими мы сталкиваемся с особым значением для них содержания социально-психологической, духовно-религиозной поддержки. Наиболее проблемным для терапевтического сотрудничества с больными является подход к формированию личной или групповой идентичности «от противного», при котором главный акцент делается на поиске и уточнении того, что принадлежит оппонентам, «другим» и поэтому является недопустимым и категорически неприемлемым для самих больных. В этих случаях работа с больными идет не менее чем по двум направлениям, различающимся по уровню и формату. Первая линия связана, прежде всего, с решением задач оказания практической помощи, вторая – скорее исследовательская, пробная, для оптимального подбора терапевтических стратегий и форм комплексного психологического сопровождения больных. Оказание помощи и поддержки в рамках первичного реабилитационного вмешательства требует от психолога тщательного исследования и понимания различных граней и уровней бытийного контекста, спектра внутренних переживаний больного. Необходима работа с восприятием болезни, готовностью оценить «жизненные» смысл и значение ее ключевых параметров. Все это возможно в ходе диагностических встреч, основанных на принципах диалогического взаимодействия и классической качественной патопсихологической диагностики, с выявлением нарушенных и сохранных компонентов психических функций, эмоционального, личностного и социального функционирования пациентов.

Литература:

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: МГУ, 1986.
2. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. – М.: Изд-во «Института психологии РАН», 2015..
3. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения в клинике. М.: Медицина, 1970.
4. Слоневский Ю. А. Религиозный контекст как фактор выбора интегративных принципов организации консультативно-диагностической и реабилитационной работы психолога в клинике эндогенных психозов часть 1 //Современная терапия в психиатрии и неврологии. – 2015. – №. 2. - с.16-36.

**Солондаев В. К.**

**Патопсихологический эксперимент в постнеклассической перспективе**

Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова,  
Ярославль, Россия,  
solond@yandex.ru

**Ключевые слова:** эксперимент, постнеклассический подход, клиническая психология, психическое состояние

**Solondaev V.**

**Clinically-psychological experiment in post-nonclassic aspect**

P.G. Demidov Jaroslavl state university, Jaroslavl, Russia

**Keywords:** experiment, post-nonclassical approach, clinical psychology, mental state

Представленная работа направлена на решение двух задач. Во-первых, мы предлагаем рефлексию патопсихологического эксперимента, разработанного Б.В Зейгарник [3] и С.Я. Рубинштейн [5], в контексте постнеклассической рациональности, описываемой В.С. Стёпиным [7]. На момент создания патопсихологического эксперимента понятие постнеклассической рациональности не было введено, поэтому вопрос не мог обсуждаться авторами подхода. На наш взгляд, постнеклассическая рациональность позволяет полнее охарактеризовать суть подхода Б.В Зейгарник и С.Я. Рубинштейн и может способствовать его дальнейшему продуктивному развитию. Вторая задача - методологическое дополнение к постнеклассическому пониманию патопсихологического эксперимента. Обе задачи пока могут быть решены лишь «в первом приближении», но их постановка и обсуждение необходимы. В рамках первой задачи главный вопрос заключается в том, насколько существенно видовое отличие «патопсихологический» в понятии «патопсихологический эксперимент». На наш взгляд, это отличие принципиально.

На первый взгляд понимание патопсихологического эксперимента в том виде, как он эксплицирован Б.В Зейгарник [3] и С.Я. Рубинштейн [5], достаточно точно соответствует современному пониманию эксперимента, и видовое отличие обозначает лишь предметное содержание исследуемых явлений - психика больного человека. А.В. Ахутин определяет эксперимент как «род опыта... который проводится в специально заданных, воспроизводимых условиях путем их контролируемого изменения» [1]. Особенно показательно определение эксперимента у В.Н. Дружинина: «Совместная деятельность испытуемого и экспериментатора по изучению психических особенностей испытуемого путем наблюдения за его поведением при проведении экспериментальных заданий» [2]. Следовательно, патопсихологический эксперимент, несомненно, эксперимент в современном понимании. В чем же суть его видового отличия - патопсихологический?

С.Я. Рубинштейн не обозначает это отличие явным образом, мы можем судить лишь по контексту. Отличие патопсихологического эксперимента от эксперимента, например, в психофизике, связано с тем, что «в патопсихологическом эксперименте должна быть моделирована еще более общая, внепрофессиональная структура деятельности: активная ориентировка в новом, целенаправленность, критичность, содержание ассоциаций» [5]. Не отдельный процесс, не изолированная функция, а общая структура. И далее: «Главными для толкования экспериментальных данных являются качественные показатели, т. е. те показатели, которые свидетельствуют о способе выполнения заданий, о типе и характере ошибок, об отношении больного к своим ошибкам и критическим замечаниям экспериментатора» [5]. Выделенное отличие принципиально в методологическом плане, поскольку моделирование общей структуры противоречит установке на аналитичность, искусственность и количественное описание закономерностей по результатам эксперимента [2]. Задача моделирования общей структуры деятельности и ее качественного описания предполагает, что данная структура уже охарактеризована в целом другими исследованиями. В противном случае задача не может быть решена. Но сама возможность полной характеристики общей структуры деятельности и ее качественного описания вызывает сомнения.

В данном контексте проявляется еще одно существенное свойство патопсихологического эксперимента. С.Я. Рубинштейн явно формулирует ограничение возможности стандартизации патопсихологического эксперимента: «Не может быть подбора методик для исследования больных определенным заболеванием хотя бы потому, что эксперименты с больным производятся чаще всего тогда, когда диагноз его еще представляется сомнительным... Выбор методик для исследования определяется, прежде всего, клинической задачей» [5]. Иначе говоря, патопсихологический эксперимент претендует не на полноту моделирования психической жизни в целом, а лишь на полноту моделирования, достаточную для решения определенной, индивидуальной в каждом конкретном случае, клинической задачи. Клиническая задача, заметим, определяется не «внутрипсихологическими» целями научного познания, а «внепсихологическими» задачами оказания медицинской помощи. Следовательно «в общем случае» патопсихологический эксперимент методологически точно описывается лишь в контексте постнеклассической рациональности [7].

Из приведенной характеристики следует, что обобщение результатов патопсихологического эксперимента требует не столько единообразия методик, сколько единообразия задач, стоявших перед исследователем на момент сбора данных. Данный момент согласуется с авторской интерпретацией: «Хотя каждая методика обладает какой-то преимущественной узкой направленностью, она дает одновременно материал для выводов об иных сторонах или особенностях психики больного» [5]. Подтверждением корректности рефлекслируемого выше понимания патопсихологического эксперимента может служить постнеклассическая интерпретация судебной психолого-психиатрической экспертизы, сформулированная Ф.С. Сафуановым [6].

Изложенное позволяет считать, что точность, надежность, воспроизводимость патопсихологического эксперимента должна характеризоваться не совпадением фактов, фиксируемых в протоколе исследования, а совпадением решений клинической задачи, которые, вообще говоря, могут быть получены эмпирически разным путем. Аналогичный критерий - совпадение ответов на поставленные перед экспертизой вопросы (но не обязательно полное совпадение обоснования ответов) успешно используется в практике судебных экспертиз.

Постнеклассическая интерпретация патопсихологического эксперимента позволяет предложить еще одно методологическое дополнение. Авторы подхода имплицитно это дополнение, используя термин «состояние» для характеристики психической реальности, изучаемой патопсихологическим экспериментом [5] и указывая, что ситуация актуализирует определенное отношение [3]. Психическое состояние, как позже было показано А.О. Прохоровым, характеризует результат воздействия ситуации на психику человека, при котором «ситуация как бы «преломляется», опосредуется смысловыми структурами, в ней выделяются значимые составляющие, измеряющие смысл для субъекта» [4]. Ситуация эксперимента, создаваемая и контролируемая исследователем, влияет на психику не прямо, а опосредовано - через осмысление и его результат - психическое состояние. Установлено, например, что осмысление ситуации и психическое состояние в существенной мере влияют на сенсорные процессы [8].

Проведенное нами исследование возможностей идентификации психических состояний родителей детей-пациентов показало, что психические состояния не идентифицируемы однозначно как испытываемыми, так и исследователями. Данный момент здесь можно лишь обозначить без подробного обсуждения, но он важен, поскольку определяет потенциальное ограничение патопсихологического эксперимента, ранее не обсуждавшееся в литературе.

При постнеклассической интерпретации, на наш взгляд, корректно говорить не о характеристике психического состояния испытуемого в ситуации патопсихологического эксперимента (детерминация ситуацией), а о характеристике психики испытуемого, находящегося в определенном психическом состоянии, которое не полностью детерминировано ситуацией патопсихологического эксперимента и мера детерминации пока не изучена.

**Резюме.** Основной тезис может быть сформулирован так: границы точности, надежности и воспроизводимости патопсихологического эксперимента определяются, во-первых, клинической задачей, во-вторых психическим состоянием испытуемого на момент обследования. Типология клинических задач в настоящее время в значительной мере разработана. Разработка типологии психических состояний испытуемых только требует разработки и может стать одним из направлений дальнейшего развития патопсихологического эксперимента.

Исследование выполнено при поддержке РГНФ, проект № 15-06-10641

#### Литература

1. Ахутин А.В. Эксперимент // Новая философская энциклопедия: в 4 т. – М.: Мысль, 2010. Т. 4. – С. 425-426.
2. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология. СПб.: Питер, 2001 - 320 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1976 - 238 с.
4. Прохоров А.О. Смысловая регуляция психических состояний. М.: Институт психологии РАН, 2009 - 352 с.
5. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. — М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. — 448 с.
6. Сафуанов Ф.С. Актуальные теоретические и методологические проблемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы // Психология и право 2011, № 2 С. 44-54.
7. Степин В.С. Классика, неклассика, постнеклассика: критерии различения // Постнеклассика: философия, наука, культура. СПб.: Мирь, 2009. С.249 – 295.
8. Шендяпин В.М., Скотникова И.Г. Моделирование принятия решения и уверенности в сенсорных задачах. – М.: Институт психологии РАН, 2015. – 201 с.

#### **Стояхина Н.Ю.**

#### **Психодиагностическая деятельность врачей Нижнего Новгорода в 1920-1930 гг.**

Нижегородский государственный университет им. Н.И. Лобачевского,  
Нижний Новгород, Россия  
[natkor63@gmail.com](mailto:natkor63@gmail.com)

**Ключевые слова:** психодиагностика, врачи-психиатры, Горьковский психоневрологический институт, психотехника, педология



**Stoyukhina N.**

**Psychodiagnostic activity of the doctors of Nizhny Novgorod in 1920-1930s**

Lobachevsky Nizhny Novgorod State University, Nizhny Novgorod, Russia

**Keywords:** psychological testing, psychiatrists, neuropsychiatric Institute, Gorky, psychotechnics, pedology

В 1920-30-е гг. в Советском Союзе множество врачей работали вместе с психологами, их вклад в развитие педологии и психотехники до сих пор не оценен по достоинству. Особенно трудно восстанавливать страницы их деятельности в провинции [10].

Во второй половине 1920-х гг. Нижний Новгород (с 1932 г. – Горький) был активно развивающимся городом, где психоневрологические науки были чрезвычайно востребованы. Одним из направлений работы врачей была психодиагностика, которая расходилась по следующим «векторам»: педологическая диагностика (исследование психики как учащихся обычных школ, так и «трудных» детей); психотехническая диагностика (профотбор, изучение психики трудящихся, профотбор в ряды РККА); зачастую врачи совмещали несколько мест работы.

Так, доктор В.Ю. Толкачевская, сотрудник Нижегородской детской профилактической амбулатории-диспансера, писала об обследовании 864 воспитанников всех детских домов города. Выяснилось их недостаточное физическое развитие (костная и мышечная системы), много замечаний было получено от терапевта, отоларинголога, окулиста, дерматовенеролога, что объяснялось тяжелым прошлым детей. Отдельно врач высказалась об интеллектуальном развитии: умственная одаренность детей из детдомов стоит гораздо ниже детей, воспитывающихся в семье родителей. «...большинство детей – сироты и попали в детдома в тяжелые годы беженства и голода, империалистической и гражданской войны. Война, голод, эпидемии, пережитые потрясения, переживания – все это понизило нервно-психологическое здоровье детей детдомов. Большинство... проявили себя во время эксперимента как дети легковозбудимые, неуравновешенные: часть из них или ненормально возбуждены, или наоборот – замкнуты, угрюмы» [12]. Позже, когда в Нижнем Новгороде был организован краевой психоневрологический институт под руководством Я.Г. Илона [9], она же проанализировала личностные особенности детей-дезорганизаторов на основании диспансеризации трудных детей (135 детей). Описав ряд отрицательных факторов биосоциального фонда как эндогенного, так и экзогенного происхождения, В.Я. Толкачевская с оптимизмом замечает: «наследственность это не нечто фатальное. ... заложенные в зародышевой плазме предрасположения обуславливают лишь тенденции организма, которые реализуются в признаки лишь при посредстве внешней среды» [11] и рекомендует после «педологического анализа каждого дезорганизатора в отдельности» создавать сеть врачебно-педологических консультаций для детей, психосанработки среди родителей, улучшать условия жизни ребенка в семье. Доктор-педолог Н.В. Васильев из клиники судебной психиатрии Горьковского управления исправительно-трудовых учреждений (научный рук. Я.Г. Ильон) изучал несовершеннолетних правонарушителей, прошедших через Горьковские фабрично-заводские технические курсы в 1933 г. (400 человек). Он констатировал

различные заболевания (много – деформация позвоночника), а из психических заболеваний отметил 8% «дебилюков» и 12% примитивов (примитивность личности как особый качественный уровень развития интеллекта, – один из главных факторов девиации поведения) [1]. После подробного описания социально-психологического портрета подростка-правонарушителя, Н.В. Васильев призывает «планово реорганизовать социально-материальную среду юного правонарушителя», переделывая его сознание, причем, эта переделка – «активный процесс переориентировки самой личности к окружающему миру. ... Под руководством партии трудящиеся массы нашего Союза творят невиданные и неслыханные подвиги труда. Методы исправительно-трудовой политики советской власти не нуждаются в какой-либо расшифровке, т.к. они являются, по выражению М. Горького, “большевистской правдой”, которая, как единственно подлинная правда вызывает то, что дано только большевика – энтузиазм труда» [1], в котором перековывается личность правонарушителя. Примером такого места перековки автор называет Балтийско-Беломорский канал и др. строительства.

Сам директор Горьковского краевого психоневрологического института Я.Г. Ильон планировал создать детскую краевую психоневрологическую станцию для детей, страдающих идиотией, эпилепсией, с глубоким ослаблением умственных способностей; легкой формой олигофрении; психопатией и невропатией; эпилепсией с легкой эпилептической дегенерацией [3].

После выхода Инструкции КТ СССР от 13 июля 1930 г. по проведению профессионального отбора и профконсультации при осеннем наборе 1930 г. в школы ФЗУ и ШУМП врачи стали активно привлекаться в психотехническую психодиагностику, т.к. там говорилось: «профконсультация и профотбор должны включать в себя врачебное и психотехническое обследование... Медицинское обследование подростка – обязательно. Без него прием подростков в школы ФЗУ и ШУМП не допускается. Психотехническое исследование должно быть обеспечено достаточно квалифицированными специалистами-психотехниками или врачами-психотехниками, работающими под методическим руководством или в тесной связи с одним из центральных или местных институтов, или лабораторий, занимающихся профотбором или профконсультацией и по возможности под их контролем. Медицинское обследование и психотехническое испытание должны производиться в тесной связи» [4]. Одним из таких врачей-психиатров-психотехников была Чегодаева Вера Мануиловна (1885-1953), учившаяся в Санкт-Петербургском психоневрологическом институте у проф. А.Ф. Лазурского и Г.И. Россолимо. Будучи студенткой четвертого курса, работала в психологической лаборатории профессора В.М. Бехтерева, написала работу «Воспитание сочетательно-двигательного рефлекса на электро-болевые раздражения» (не опубликована). Работа, начатая с А.Ф. Лазурским – «О влиянии ритмической гимнастики на волю и внимание» – осталась незаконченной, т.к. руководитель умер. В.М. Чегодаева два года состояла слушательницей Женских высших курсов в Санкт-Петербурге, работала по философии в семинарии профессора С.Л. Франка и слушала курс психологии у профессора И.И. Лапшина. По окончании института работала в клиниках нервных болезней профессоров Миллера и Л.В. Блюменау, с июня 1915 г. по ноябрь 1918 г. была ординатором больницы Николая Чудотворца для душев-

нобольных. В 1919 г. она переехала в Нижний Новгород, став психиатром. Будучи сотрудником психотехнического отделения Нижегородского губотделтруда (НижГОТ), она проводила профотбор в школы фабрично-заводского ученичества, отметив важность профотбора в деле исключения случайности при направлении молодежи на работу [15], и исследовала утомление у работающих взрослых людей, обучающихся по вечерам [14]. В этой же организации врач-педолог Н.В. Васильев занимался профотбором подростков [2], как и врач-психиатр В.Ю. Толкачевская в детской профилактической амбулатории Нижгубздравотдела, положительно отзываясь о важности самой процедуры профотбора.

Рабочие ведущих предприятий также не были забыты врачами-психиатрами: например, доктор Г.А. Ротштейн из Нижегородского краевого института по изучению профессиональных заболеваний провел «психологический эксперимент над группой рабочих кузнечного цеха завода “Красное Сормово” численностью 400 человек», тестируя из пятью тестами: тест Бурдона, Шульце, Нечавина, тест Альфа и тест контрастов [7]. Бригада из девяти врачей психоневрологического института в течение всего 1933 г. выявляет производственников прессового отделения Автозавода им. Молотова, страдающих теми или иными формами психоневрологических заболеваний, изучают их психику и соматику, проводя врачебное обследование на месте их работы. В разработанной врачами «Психоневрологической карте», кроме медицинских вопросов, были пункты, отражающие психологическую составляющую испытуемого [8].

Одной из задач, стоящих перед психотехниками, была задача профотбора в РККА и в авиацию. Профотбор летчиков был главной задачей Центральной психофизиологической лаборатории Военно-воздушных сил СССР. В 1934 г. перед врачами-психиатрами психофизиологической лаборатории при Горьковском психоневрологическом институте Н.Г. Миролубовым и Е.П. Голубенко была поставлена задача дать характеристику личности кандидата, поступающего в летную школу. Н.Г. Миролубов выделили основные свойства личности, на которые психиатр должен обратить внимание при исследовании и характеристике личности кандидата, поступающего в летную школу: классовая направленность поведения личности; степень ее культурного развития; возможности и слабости личности в разрешении противоречий и, в первую очередь, в активном воздействии на среду в целях изменения ее согласно своим потребностям и адекватной перестройки своей личности согласно своим же потребностям и требованиям социальной среды к ситуации; состояние основных предпосылок для возможности активного приспособления личности; особенности аналитико-синтетических функций – способности к анализу настоящего с учетом прошлого и предвидением будущего, сила нервной системы, степень уравновешенности и подвижности нервно-мозговых процессов [5]. Характеристика лиц, вполне годных для обучения в летных школах, выработанная членами комиссии, такова: решительные, быстрые (по особенностям приспособляемости к ситуациям), твердые и стойкие (по особенностям длительности и устойчивости напряжения), настойчивые и энергичные (по особенностям интенсивности напряжения), уравновешенные (по эмоциональным проявлениям) [6].

## Литература

1. Васильев Н.В. Несовершеннолетние в ИТУ Горьковского края / Вопросы нервно-психиатрического оздоровления населения. Труды института и кафедры. Сборник первый. Под ред. проф. Я.Г. Ильона. Горький: Издание психоневрологического института, 1935. – 414 с. С. 64-75.
2. Васильев Н. Опыт применения метода школьных тестов при отборе подростков в школы ФЗУ // Школа и жизнь. – 1929. – № 5. – С. 89-94.
3. Ильон Я.Г. Организация детской краевой психоневрологической станции // Нижегородский просвещенец. - № 8-9. – С. 50-52.
4. Инструкция НКТ СССР от 13 июля 1930 г. по проведению профессионального отбора и профконсультации при осеннем наборе 1930 г. в школы ФЗУ и ШУМП // Психотехника и психофизиология труда. – 1930. – № 5. – С. 433-436.
5. Миролюбов Н.Г. Опыт работы врача-психиатра в медицинской комиссии по психофизиологическому отбору кандидатов, поступающих в летние школы / Вопросы нервно-психиатрического оздоровления населения. Труды института и кафедры. Сборник первый. Под ред. проф. Я.Г. Ильона. Горький: Издание психоневрологического института, 1935. – 414 с. С. 397-409.
6. Миролюбов Н.Г., Голубенко Е.П. Некоторые моменты психоневрологической характеристики молодежи, прошедшей психогигиеническое обследование в медицинской комиссии в 1934 г. в г. Горьком при наборе кандидатов в летние школы / Вопросы нервно-психиатрического оздоровления населения. Труды института и кафедры. Сборник первый. Под ред. проф. Я.Г. Ильона. Горький: Издание психоневрологического института, 1935. – 414 с. С. 411-430.
7. Ротштейн Г.А. К вопросу о влиянии социально-бытовых факторов и производства на интеллектуальное развитие рабочих кузнечного цеха завода «Красное Сормово» // Казанский медицинский журнал. – 1931. – № 3. – С. 281-286.
8. Стойко А.Г., Чегодаева В.М. Опыт психоневрологического обследования производственников пресового отделения автозавода им. Молотова / Вопросы нервно-психиатрического оздоровления населения. Труды института и кафедры. Сб. первый. Под ред. проф. Я.Г. Ильона. – Горький: Издание психоневрологического института, 1935. – 414 с. С. 76-87.
9. Стоюхина Н.Ю. Ильон Яков Гаврилович: данные биографии #1 // История российской психологии в лицах: дайджест. – 2016. – № 3. – С. 33-46.
10. Стоюхина Н.Ю. Проблемы изучения истории «провинциальной психологии» // Мир науки, культуры, образования. – 2013. – № 1 (38). – С. 152-157.
11. Толкачевская В.Ю. Опыт анализа личности детей-дезорганизаторов в школе / Вопросы нервно-психиатрического оздоровления населения. Труды института и кафедры. Сборник первый. Под ред. проф. Я.Г. Ильона. Горький: Издание психоневрологического института, 1935. – 414 с. С. 324-330.
12. Толкачевская В. Результаты всестороннего обследования детей и подростков 14 детских домов Н. Новгорода Нижегородской профилактической амбулаторией // Школа и жизнь. – 1928. – № 10. – С. 20-26.
13. Толкачевская В. Сущность профотбора подростков и как он проводится // Школа и жизнь. – 1928. – № 7. – С. 90-94.
14. Чегодаева В. Исследование утомления в вечерней школе взрослых им. Свердлова // Школа и жизнь. – 1929. – № 7. – С. 37-44.
15. Чегодаева В. Профотбор в школы ФЗУ Нижнего, Канавина и Сормова в 1927 г. // Школа и жизнь. – 1928. – № 7. – С. 83-90.

**Стоянова И.Я., Каткова М.В.**

**Проблемы дифференциальной психодиагностики пациентов с шизотипическими расстройствами**

НИИ психического здоровья Томского национального  
исследовательского медицинского центра,  
Томский национальный исследовательский государственный университет,  
Россия, Томск,  
[Ithka1948@mail.ru](mailto:Ithka1948@mail.ru)

**Ключевые слова:** патопсихологические характеристики, эндогенные расстройства

**Stoyanova I., Katkova M.**

**Problems of differential psychodiagnostics of patients with schizotypal disorders**

Mental Health Research Institute of Tomsk National Research Medical Center,  
Tomsk National Research State University, Russia, Tomsk

**Keywords:** pathopsychological characteristics, endogenous disorder

**Введение.** Проблемы психодиагностики пациентов шизофренического спектра сохраняют свою актуальность как в аспекте достоверности получаемой психологической информации, специфичности протекания психических процессов в каждой из форм эндогенного заболевания, так и в плане создания новых методов, способствующих выявлению нарушенных и сохранных проявлений психики. Изучение специфики познавательных, эмоционально-волевых и личностных характеристик у пациентов с шизотипическим расстройством до сих пор не теряет своей значимости, что определяется своеобразием когнитивных и личностных проявлений по сравнению с другими эндогенными расстройствами. Дискуссионными в научной литературе остаются вопросы, отражающие представления зарубежных и отечественных ученых о закономерностях формирования психических нарушений при шизофрении. Так, отечественные психологи руководствуются концепцией симптомокомплекса. С этих позиций особое внимание при диагностике уделяется изучению мышления, искажению операциональной, мотивационной стороны мыслительных процессов, характеру эмоциональной и личностной вовлеченности пациента в процесс обследования [1].

В работах Ю.Ф. Полякова акцентируется внимание на патологии мышления, которое проявляется в нарушении актуализации знаний прошлого опыта и связанное с этим изменение селективности, что приводит, в конечном счете, к падению продуктивности познавательной деятельности [8].

Б.В. Зейгарник (1986) выделяет мотивационные, операциональные и динамические нарушения мышления. В ее представлениях, нарушения мышления обусловлены личностными особенностями, а в основе нарушения мыслительных операций находится явление смысловой смещенности, которое обуславливает психическую деятельность в целом [5].

В трудах С.Л. Рубинштейна (2012), на концептуальные основания которого опиралась и С.Я. Рубинштейн, рассматриваются проблемы регуляции психической деятельности, реализуемые в двух формах – побудительной и исполнительской. Как отмечают исследователи, если первая форма связана с эмоциями

и волей, то вторая зависит от оценки условий, в которых эта деятельность осуществляется [12]. Развивая эти подходы, отечественные патопсихологи выявляют у больных шизофренией снижение произвольных компонентов регуляции деятельности и в меньшей степени - произвольных. Ведущая роль потребностно-мотивационного компонента в нарушении регуляции психической деятельности при шизофрении связана с ослаблением роли социального фактора, что также означает искажение эмоционально-волевых компонентов мотивации. В результате формируется специфический способ познания мира и специфическая познавательная деятельность. Нарушение потребностно-мотивационных факторов психической деятельности является определяющим в шизофреническом патопсихологическом синдроме. При этом наблюдаются выраженные нарушения эмоционально-волевой сферы, искажения мышления и восприятия с последующим нарастанием обеднения мышления. Страдает критичность мышления при сохранности формального интеллекта, снижается психическая активность [6].

Как отмечают исследователи, при шизотипическом расстройстве, как и при других вариантах эндогенных нарушений, у пациентов наблюдаются характерные нарушения мышления. При этом отмечается, что эти нарушения могут быть не настолько выражены, сохраняется критичность мышления. Для этих пациентов характерно необычное, чуждающееся поведение, аффективные нарушения. Сложности при психодиагностике определяются, кроме того, приемом нейролептиков и особенно - их дозировкой. При этом неоднородность индивидуальных патопсихологических проявлений у пациентов требует более точной и дифференцированной диагностики эмоциональной, волевой и мыслительной сфер [10, 11].

Выявленная исследователями дифференциация между шизофренией и шизотипическим расстройством весьма условна. Картина нарушений мышления, например, на начальных этапах шизофрении может быть незначительной, а нарушения при шизотипическом расстройстве довольно разнообразны и глубоки. При этом результаты патопсихологического обследования в значительной степени определяются особенностями личностной структуры, тяжестью психического состояния, а также отношением пациента к экспериментальной работе. Как отмечает Д.П. Гайлене (1984), в рамках патопсихологического эндогенного симптомокомплекса требуется четкая дифференциация нарушений и рассмотрение динамики внутри патопсихологического синдрома [3].

В последние десятилетия в рамках психических нарушений активно изучается когнитивный дефицит в качестве ведущего расстройства при оценке прогноза больных шизофренией [2]. Исследовательские мишени направлены на изучение мышления, памяти, внимания, исполнительской функции и проблемно-решающего поведения. Проведенные исследования нейро-когнитивных нарушений при шизофрении показали, что нарушения вербальной памяти и внимания связано с тяжестью заболевания, наличием продуктивной симптоматики. Негативная симптоматика в большей степени влияет на нарушение исполнительских функций, которые проявляются в недостаточности речевой продукции и исполнении социальных функций, вербальной продуктивности. Эти нарушения могут редуцироваться при снижении негативной симптоматики [7]. Однако проведенные исследования не дают однозначных ответов на

вопросы о генезе когнитивных нарушений. В некоторых случаях особенности когнитивного дефицита у пациентов с эндогенными расстройствами либо не выявлялись, либо связывались с влиянием нейролептиков [4,6, 13].

Значительный пласт зарубежных исследований посвящен изучению мышления в качестве интегративного процесса переработки информации, нарушение которого искажает когнитивный процесс в целом. При шизорфрении отмечают нарушения мышления в виде основных когнитивных расстройств, формальных и содержательных. Такие нарушения связывают с нейрофизиологическими причинами, повреждением височных областей головного мозга, а также гиперактивностью или нарушениями отдельных областей коры головного мозга [2].

Исследователи акцентируют внимание на том, что гибкость познавательных процессов, включая контроль поведения, планирование – когнитивные процессы высшего уровня, отвечающие за исполнительскую деятельность, являются базовым компонентом нейрокогнитивного дефицита при шизофрении. При этом нарушения памяти и внимания обусловлены дефицитом функций префронтальной коры, с чем связывают и недостаточность исполнительской функции в виде слабой способности к планированию, регуляции поведения, постановке целей [8].

Рассматривая возможности дифференциальной диагностики пациентов с различными формами эндогенных расстройств, Г.Г. Лебедева, Е.Р. Исаева, А.В. Степанова (2013) утверждают, что пациенты с шизотипическим расстройством демонстрируют менее выраженные нейрокогнитивные нарушения в сравнении с пациентами с параноидной шизофренией. Последние не могут эффективно использовать и применять логико-мыслительные операции в практической деятельности [9].

**Резюме.** Проведенный анализ литературных источников, посвященный генезу нарушений у пациентов с эндогенными расстройствами, и, в частности, пациентов с шизотипическими расстройствами, свидетельствует о необходимости дифференциации патопсихологических проявлений при разных формах шизофрении, каждая из которых имеет специфические проявления. Интегративный подход открывает новые диагностические перспективы, позволяющие более точно и полно диагностировать как дефициты, так и ресурсные составляющие пациентов в контексте реабилитационных программ.

#### Литература

1. Аведисова, А.С. Вериго Н.Н. Шизофрения и когнитивный дефицит // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2001. – Т. 3, № 6. – С. 5
2. Бауманн У., Перре М. Клиническая психология / 1-е изд. —СПб.: Питер, 1998. – 965 с.
3. Гайлене Д.П. Динамика нарушений мыслительной деятельности больных шизофренией (параноидной и неврозоподобной формой). Дисс.канд. псих.наук. Москва – 1984, 137с.
4. Говорин Н.В., Озорнин А.С., Озорнина Н.В., Васильева А.И. Клинико-динамические особенности психопатологических и когнитивных расстройств у больных с острой шизофренией при применении риссета и галоперидола. // Дальневосточный медицинский журнал, 2010.-N 2.-С.71-74.
5. Зейгарник, Б.Ф. Патопсихология: основы клинической диагностики и практики: учеб. пособие / Б.Ф. Зейгарник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Московского университета, 1986. – 287 с.

6. Иванов М.В., Ильина О.Г., Янушко М.Г. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дефицита при шизофрении/ Пособие для врачей и медицинских психологов. - СПб.- 2007. - 20 с.
7. Кабанов С.О. Сравнительная оценка влияния антипсихотической фармакотерапии на когнитивные нарушения у больных параноидной шизофренией. Диссертация на соискание ученой степени канд. мед. наук. - Москва – 2007, - 151с.
8. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание - М.: изд МГУ , 1991 - 256 с.
9. Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р., Степанова А.В. Когнитивный дефицит при параноидной шизофрении. - //Вестник ТГПУ (TSPU Bulletin). 2013. 5 (133).
10. Немытых Д.Н. Когнитивные нарушения при параноидной шизофрении (клинические, адаптационные и реабилитационные аспекты). Диссертация на соискание степени канд. мед. Наук. – Томск, 2005 -188 с.
11. Шубина С.Н., Скугаревский О.А. Сравнительная оценка исполнительских функций с учетом социальных когнийций у больных нервной анорексией // Медицинский журнал – Минск 2010 г. N 4 – с. 96-98.
12. Рубинштейн Л.С. Бытие и сознание. – СПб.: Питер – 2012 – 228с.
13. Ханнанова А.Н. Клинико-динамические характеристики негативных расстройств и нейрокогнитивных нарушений у больных параноидной шизофренией. Автореферат диссертации на соискание степени канд. мед. наук. - Москва – 2013. – 28с.

**Султанова А. С., Иванова И. А.**

**К проблеме нормативных показателей в клинико-психологической диагностике**

ФГБНУ «Институт изучения детства, семьи и воспитания» РАО,  
Психологический центр «Сателлит», Россия, Москва,  
[Alfiya\\_Sultanova@mail.ru](mailto:Alfiya_Sultanova@mail.ru), [Irina\\_A\\_Ivanova@mail.ru](mailto:Irina_A_Ivanova@mail.ru)

**Ключевые слова:** нейро- и патопсихология; патопсихологическая диагностика; нормативные показатели

**Sultanova A., Ivanova I.**

**To the problem of normative data in clinical psychological diagnostics**

Institute for the study of childhood, family and education  
of Russian academy of education,  
Psychological Center «Satellite», Moscow, Russia

**Keywords:** neuro- and pathopsychology; pathopsychological diagnostics; normative data

**Введение.** Один из основополагающих принципов проведения диагностического исследования в отечественной клинической психологии – сравнительный анализ полученных результатов с нормативными данными. Б. В. Зейгарник отмечала, что соотнесение результатов исследования с данными здоровых лиц соответствующего возраста, пола, образования было одним из основных принципов патопсихологического исследования еще в школе В. М. Бехтерева [3]. Данный принцип соблюдается в настоящее время практически во всех клинико-психологических исследованиях (например, в диссертационных работах): проводится сравнительный анализ результатов нескольких групп испытуемых – основной и контрольной («нормы»). Однако специалист, работающий в клинике, стационаре, в частной практике и пр., не имеет возможности исследовать контрольную группу и должен ориентироваться на



нормативные показатели к каждой применяемой методике, в т. ч. – к «классическим» методам патопсихологического и нейропсихологического эксперимента. При этом возникает ряд вопросов, прежде всего, об актуальности нормативных данных. Согласно концепции Л. С. Выготского (1999, 2005), развитие любой высшей психической функции (ВПФ) является культурно обусловленным процессом, т. е. зависит от социально-исторических факторов. Можно предположить, что общественные изменения, происходящие в последние десятилетия, должны были отразиться и на процессе формирования мышления и других ВПФ. Соответственно, возникает вопрос – что сейчас можно рассматривать в качестве нормативных показателей? Можно ли опираться на те нормативные данные, которые описаны в книгах классиков клинической психологии? Что, например, нужно принять за норму при исследовании мышления – мышление, опирающееся на законы формальной логики (которые, конечно, неизменны, вне зависимости от социально-исторических факторов) или мышление современного человека? Особенно сложная в этом плане ситуация – в детской клинической психологии. Если в патопсихологии детского возраста появляются новые методы, в которых представлены сравнительные данные, то в детской нейропсихологии экспериментатору зачастую приходится уповать на профессиональную интуицию, т.к. достоверных нормативных данных просто нет. Единственный выход из сложившейся ситуации – проведение специальных масштабных исследований. Нами было проведено пилотажное исследование, представленное ниже. Необходимо отметить, что мы избегали погружаться в теоретические проблемы выделения критериев нормы и патологии, т.к. в данном случае ставили конкретную задачу – выявить особенности выполнения классических патопсихологических методик здоровыми испытуемыми.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 50 взрослых психически здоровых, социально адаптированных испытуемых, получающих или имеющих высшее образование, 20-39 лет. Применялись методы: классификация предметов, «Пиктограмма», заполнение пропущенных в тексте слов (тест Эббингауза), объяснение пословиц [4].

**Результаты.** Анализ результатов исследования позволил выделить основные особенности, свойственные большинству испытуемых.

1. Особенности, касающиеся процесса исследования и актуализации личностного отношения испытуемого к эксперименту. Б. В. Зейгарник писала, что «при всех индивидуальных различиях здоровые испытуемые стараются выполнить инструкцию, "принимают" задание, между тем как психические больные иногда не только не стараются выполнить задание, но и превратно толкуют опыт или активно противостоят инструкции» [3]. В нашем исследовании отношение к эксперименту, как правило, было довольно настроенным. Очень часто (70%) испытуемые переспрашивали: «Зачем это нужно?», в ряде случаев (12%) отказывались выполнять какое-либо задание. Многие испытуемые объясняли свое негативное отношение к эксперименту неоднозначным отношением к психологам вообще, при этом ссылались в качестве основного источника формирования своих представлений на СМИ. Обращало на себя внимание довольно чувствительное отношение к замечаниям-подсказкам со стороны экспериментатора. Доброжелательное сотрудничество, которое опи-

сывается в классических работах по клинической психологии и которое встречалось в нашей практике десятилетия назад, отмечалось довольно редко.

2. Очень часто (78%) наблюдалось повышенное эмоционально-личностное отношение к стимульному материалу. Испытуемые при выполнении методик «Классификация предметов», «Толкование пословиц», «Пиктограмма» были склонны опираться, в основном, на личный прошлый опыт, свою жизненную ситуацию и т. п., что рождало впечатление о некотором эгоцентричном своеобразии ответов. Наиболее ярко это проявлялось при выполнении методики «Пиктограмма» (например, для запоминания слова «богатство» испытуемый рисует перечеркнутую монету, поясняя: «Это не для меня»; при запоминании словосочетания «тяжелая работа» человек рисует книгу).

3. Многим испытуемым (70%) были свойственны снижение критичности к результатам своей деятельности, затруднение процесса сопоставления полученных результатов с заданными условиями задачи (например, часто наблюдалось использование букв и слов в «Пиктограмме», вставление в текст словосочетаний вместо одного слова и отсутствие сопоставления вписанных слов с текстом в методике Эббингауза и т. п.). 34% испытуемых, выполняя методику «Классификация предметов», не принимали помощь и подсказку экспериментатора, настаивали на своем способе выделения групп, т. е. имела место ошибка суждения [4]. С. Я. Рубинштейн, описывая подобное поведение у больных, отмечала: «такая реакция больного свидетельствует о снижении критики, потому что при любой убежденности больной должен был бы понять, что экспериментатор в данном вопросе лучше разбирается. Такого типа не критичность встречается у больных шизофренией» [4].

4. Одним из самых трудновыполнимых заданий для большинства испытуемых (86%) являлось «Толкование пословиц». В данном случае мы сочли возможным использовать именно прием объяснения смысла пословиц, а не методику соотношения пословиц и фраз. Среди пословиц можно выделить «легкие» и «сложные» для понимания испытуемыми; к «сложным» пословицам, которые, как правило, неверно интерпретировались, относятся: «цыплят по осени считают», «не в свои сани не садись», «не по-хорошему мил, а по-милому хорош». При этом испытуемые демонстрировали разные уровни обобщения, от конкретно-ситуативного до высокого (например, «не в свои сани не садись» испытуемый объясняет: «Надо всегда пользоваться своим транспортом» – неправильное толкование пословицы с довольно высоким уровнем обобщения).

5. Многим испытуемым были свойственны такие особенности мышления, как: непоследовательность (58%), разноплановость (72%), тенденция к резонерству (42%, чаще – у мужчин). Непоследовательность мышления, как правило, выражалась в том, что испытуемые при выполнении методики «Классификация предметов» одни группы складывали очень обобщенно, а другие – чрезмерно детально. С. Я. Рубинштейн писала, что «такая непоследовательность мышления наблюдается при самых разнообразных заболеваниях – иногда при шизофрении, иногда при органических заболеваниях, но обычно в период какого-то легкого неблагополучия» [4]. Разноплановость мышления чаще всего была связана не с причудливостью критериев классификации, а с «эгоцентричностью» мышления (например, наряду с правильными группами выделялись группы «что я люблю» и «что я не люблю», группа «для дома, для семьи»).

Лишь в ряде случаев испытуемые соглашались поменять способ классификации на предложенный экспериментатором.

6. Для многих испытуемых (56%) были характерны нейродинамические особенности: утомляемость, колебания внимания, неравномерность темпа деятельности.

**Выводы.** В целом, результаты эксперимента позволяют выделить две сферы, в которых заметны наибольшие изменения, – эмоционально-мотивационная (личностная) сфера и мышление. Осознавая все несовершенства и ограничения нашего пилотажного исследования, мы бы хотели привлечь внимание профессиональной общественности к изучаемой проблеме и подчеркнуть ее значимость. С нашей точки зрения, необходимы более масштабные исследования в данной области.

Литература

1. Выготский Л. С. Мышление и речь. – М.: Лабиринт, 1999.
2. Выготский Л. С. Психология развития человека. – М.: Смысл, Эксмо, 2005.
3. Зейгарник Б. В. Патопсихология. – М.: Изд-во МГУ, 1986.
4. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. – М.: Апрель-пресс, Психотерапия, 2010.

**Трифаненкова С.В.**

**Пропедевтический этап, как начальная ступень диагностической и коррекционной работы с аутичным ребенком**

СОГБОУ «Центр диагностики и консультирования», г. Смоленск, Россия,  
[svtrifanenkova75@mail.ru](mailto:svtrifanenkova75@mail.ru)

**Ключевые слова:** нарушения психического развития, нейропсихологический метод диагностики

**Trifanenkova S.**

**Propaedeutic phase, as the initial stage of the diagnostic and remedial work with an autistic child**

«Centre for diagnosis and counseling», Smolensk, Russia

**Keywords:** disorders of mental development, neuropsychological diagnostic method

**Введение.** Одним из наиболее часто встречающихся в практической деятельности специалистов нарушений психического развития детей является ранний детский аутизм (РДА) встречается примерно в 3-6 случаях на 10 000 детей). Из-за сложности организации психологического исследования и постановки диагноза у детей в раннем возрасте большое количество из них не получает своевременной адекватной помощи, в связи с чем дети признаются необучаемыми. Учитывая выраженные особенности эмоциональных проявлений и низкий уровень коммуникации, данная категория детей считается так же социально не адаптированной. В связи со сказанным возникают сложности в планировании и организации коррекционно-развивающих воздействий, эффективность которых основывается на грамотном и подробном заключении о состоянии психики ребенка и точности диагноза. Поэтому наряду с медицинскими процедурами, психодиагностическим обследованием, при составлении индивидуальной коррекционно-развивающей программы необходимо учитывать данные о нейропсихологическом статусе, который показывает совокупное состояние

высших психических функций и поведения аутичного ребенка в зависимости от функционирования различных зон головного мозга.

Аутичные дети различаются по степени выраженности дезадаптации, уровню сформированности интеллектуальной деятельности, речевому и коммуникативному развитию, по глубине дефекта аффективно-волевой составляющей личности. Тем не менее, по результатам проведенной комплексной пролонгированной диагностики осуществляемой с детьми дошкольного возраста в условиях стационарных групп и групп кратковременного пребывания, можно выделить некоторые сходные характеристики, присущие данной категории детей.

Яд особенностей нейропсихологического статуса у детей с РДА включает: нарушения формирования мотивационной сферы; импульсивность, непроизвольность физиологических реакций и поведения; проблемы в сфере целеполагания; недоразвитие моторной сферы и низкий уровень сформированности сенсомоторной ориентировки; наличие грубых нарушений пространственно-временной координации; низкий уровень эмоциональной связи с людьми ближайшего окружения; диспропорция в развитии ВПФ, вплоть до тотального снижения развития интеллектуальной деятельности; повышенный уровень тревожности в сочетании с низким уровнем самосохранения; наличие навязчивых движений, стереотипий. Полученные эмпирическим путем данные подтверждаются научными исследованиями. В частности, исследованиями В.С. Мухиной, [5], М.М. Либлинг, О.С.Никольской и Е.Р. Баенской [4], Т.Г. Горячевой, Ю.В. Никитиной [3].

Полученные диагностические данные в результате углубленной психологической диагностики обеспечивают разработку коррекционно-развивающей программы, дифференцированной в зависимости от характера, природы и механизма образования нарушений и направленной на их предупреждение, снятие или ослабление.

**Метод.** Важным предварительным этапом работы с такими детьми является пропедевтический этап. Этот период сочетает в себе комплекс диагностических и адаптационно-коррекционных мероприятий. Работа с аутичными детьми проводится в системе, при условии строгой регламентации места, времени, продолжительности, структуры занятия. Требуется постоянное включенное в коррекционно-развивающий процесс присутствие близкого взрослого (родителя), а также обязательное закрепление дома освоенного на занятиях материала. Данная работа может осуществляться в несколько этапов.

Первый этап - коммуникативная коррекция. Преимущественным методом диагностики является метод наблюдения с обязательной подробной фиксацией всех изменений в эмоциональном и поведенческом статусе ребенка. Учитывая, что у аутистов низкий уровень развития коммуникации и повышенная тревожность, первые встречи могут проходить на уровне невербальной коммуникации. Важно правильно организовать пространство общения, учитывая и расстояние между психологом и дуэтом «ребенок-мать». При отсутствии интереса к общению со стороны ребенка, психолог сначала «зеркалит» его поведение. Постепенно позицию психолога следует изменить на более активную.

Второй этап - сенсорная коррекция. Наиболее обоснованным на этом и последующих этапах работы является нейропсихологический метод диагности-

ки. Нейропсихологический метод исследования основан на тщательном анализе изменений психических процессов при локальных поражениях мозга с целью выявления того, какие именно комплексы и системы психических процессов нарушаются при этих поражениях. Нейропсихологическая диагностика складывается из ряда этапов: сбора медико-психологического анамнеза, анализа материалов болезни, наблюдения за больным, собственно экспериментально-психологического обследования с использованием не только целенаправленных нейропсихологических проб и заданий, но и если необходимо, то и патопсихологических и тестовых методик.

На втором этапе необходимо стимулировать все сферы восприятия, стремясь перевести внимание аутичного ребенка с внутренних переживаний на периферические импульсы внешнего тела, а позднее на внешние объекты. С целью усиления психической активности следует определить ведущую модальность: многих детей привлекают звуки разной степени интенсивности, некоторые дети реагируют на движение, встречаются дети, внимание которых привлекает ритмичная смена освещения. Первые занятия включают упражнения, в основе которых, лежат предпочтения ребенка. В процессе коррекции занятия обогащаются дополнительными стимулами, с включением других анализаторов. Постепенно формируется некое взаимодействие, когда на значимый внешний стимул, ребенок дает комплекс разнообразных реакций.

Третий этап - психомоторная коррекция дисфункции телесно-пространственного анализа. На этом этапе происходит овладение как внутренним, так и внешним пространством. В поведении это может проявляться в двигательльно-координатных исследованиях своего тела.

Четвертый этап - социально-бытовая коррекция. Со временем появляется возможность направить коррекционное воздействие на формирование произвольной саморегуляции.

Пятый этап - социальная коррекция. Работа включает в себя мероприятия, направленные на частичное и кратковременное включение ребенка-аутиста в круг сверстников. У него появляется ситуационный кратковременный интерес к их деятельности.

**Резюме.** Пропедевтическая работа (как комплекс диагностических, адаптационных и коррекционных мероприятий) дает возможность изучить особенности формирования личности ребенка, степень искажения его развития и создать условия для преодоления проявления тревоги, агрессии. Предварительная работа подготавливает ребенка для следующей ступени - плавного включения в социальную среду.

#### Литература

1. Баенская Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием: младший дошкольный возраст. Альманах института коррекционной педагогики РАО. - 2001, №4.
2. Гнедова С.Б. Специальная психология: учебное пособие. - Ульяновск УлГУ, 2009 – 306 с.
3. Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. Применение метода сенсомоторной коррекции при работе с детьми с аутистическими расстройствами: Методическое руководство. – М. Институт бизнеса и политики, 2011.
4. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок: Пути помощи. - М.: Тервинф. 2000. - 336 с.

5. Мухина В.С. Сенсорное развитие дошкольника. Учебное пособие для студентов педагогических институтов. Под ред. Л.А. Венгера – 2-е издание перер. и допол. – М.: Просвещение, 1985. 213-238 с.

**Тромбчиньски П. К.**

**«Опросник невротической личности Kon-2006» - адаптация и стандартизация в России**

Санкт-Петербургский государственный университет, факультет психологии,  
Санкт-Петербург, Россия,  
[kala.84@mail.ru](mailto:kala.84@mail.ru)

**Ключевые слова:** адаптация методики, невротические расстройства, невротическая личность

**Trabczynski P.**

**«Neurotic personality questionnaire Kon-2006» - adaptation and standardization in Russian Federation**

Saint Petersburg University, Dept. of Psychology, Saint Petersburg, Russia

**Keywords:** adaptation of method, neurotic disorders, neurotic personality

**Введение.** Неврозы являются одним из самых распространенных видов нервно-психических расстройств. Это нарушение может возникнуть практически у любого человека. В настоящее время диагностическая категория «невроз» отсутствует, вместе этого используется термин «невротическое, связанное со стрессом и соматоформное расстройство».

Развитие невротических расстройств рассматривается как результат столкновения человека с субъективно неразрешимой ситуацией, с которой он не может справиться в силу своих личностных особенностей [1]. Значение таких ситуаций в этиопатогенезе невротических или тревожных расстройств подчеркивают авторы МКБ – 10 и DSM IV. Особенное внимание заслуживает вопрос диагностики невротических расстройств, разработки и внедрения новых диагностических инструментов.

**Целью** представленной работы являлась адаптация на российской выборке новой методики, предназначенной для диагностики невротических расстройств - «Опросник невротической личности KON-2006» (далее KON-2006).

**Материал и методика.** «Опросник невротической личности KON-2006» разработан польским психиатром Е. Александровичем и позволяет оценить степень дисфункций личности, связанных с развитием невротических расстройств, дифференцировать невротические расстройства и другие стрессовые реакции [2]. Опросник дает возможность оценить степень дисфункций личности без особенных временных затрат, а значение общего показателя (X-KON) отражает не только степень выраженности личностных дисфункций в целом, но и оценивать влияние терапии на изменение психологических характеристики, т.е., оценить результаты психотерапии [2]. Методика создавалась на основе анализа диагностической ценности различных личностных опросников и опросников темперамента (16 PF, MMPI, PTS, TTS, IPIP и др.). Был проведен экспертный анализ этих шкал, осуществлялся поиск корреляционных взаимосвязей с симптоматическим опросником КО «0», выявляющим выраженность симптоматики невротического регистра [3]. Для исследования ретеста и

надежности производилось сравнение больных, не проходивших лечение, с больными, прошедшими лечение. Был проведен корреляционный анализ с 16 PF в группе больных и здоровых. На основе этого были присвоены стены и выведен показатель X - KON.

Структура опросника. Опросник содержит 243 пункта, на которое респондент дает ответ «ДА» или «НЕТ». Ответы подсчитываются в сырых балах (отдельно для мужчин и женщин), которые затем переводятся в стандартную систему единиц - стены, после чего вычисляется коэффициент X-KON. Как правило, крайние значения (высокие или низкие), полученные по шкалам, позволяют предварительно дифференцировать здоровых испытуемых от больных. Коэффициент X-KON дает возможность общей оценки степени расстройства личности, связанного с развитием невроза. Типичный показатель для больных с невротическими расстройствами - более 18 баллов, для здоровых – ниже 8 баллов. Результаты между 8 и 18 баллами входят в диапазон диагностической неуверенности [1].

Шкалы опросника отображают изучаемые методикой черты личности невротического характера: Чувство зависимости от окружения, Астенция, Низкая самооценка, Импульсивность, Сложность в принятии решений, Чувство одиночества, Демобилизация, Рискованное поведение, Сложность эмоциональных взаимоотношений, Чувство усталости, Чувство беспомощности, Чувство отсутствия влияния, Низкая мотивированность, Склонность к мечтанию (эскапизм), Чувство вины, Проблемы в межличностных отношениях, Чувство зависти, Нарциссизм, Чувство опасности, Экзальтированность поведения, Иррациональность, Педантизм, Рефлексивность и Чувство эмоциональной и физической перегрузки.

Процедура адаптации. Адаптация методики в России проводилась с 2007 года по 2013. В процессе адаптации опросника 2-мя независимыми переводчиками был сделан двойной перевод, по результатам которого подготовлен русскоязычный вариант методики. Было переведены и описаны ключи, содержание шкал и вся процедура обработки результатов. На следующем этапе проводился сбор материала на клинических базах в Санкт-Петербурге, Архангельске и Челябинске.

**Психометрические характеристики опросника «KON-2006».** Процедура стандартизации методики «KON-2006» включала в себя сбор материала, его обработку, изучение надежности и валидности методики на российской выборке. С помощью «KON-2006» было обследовано 423 человек- 167 мужчин и 256 женщин. Надежность методики изучалась посредством применения коэффициентов альфа Кронбаха и лямбда Гутмана. В ходе изучения надежности был определен коэффициент  $\alpha$  Кронбаха для всей выборки. Значение  $\alpha$  Кронбаха является высокой (по стенам- 0,88; по сырым - 0,952), что свидетельствует о надежности методики. Применение модели половинного расщепления ( $\lambda$  Гутмана) подтвердило высокую надежность методики. Валидность методики была измерена двумя способами: конвергентная валидность и конструктивная валидность. Показателем конвергентной валидности рассматриваются коэффициенты корреляции (Пирсона) шкал опросника KON-2006 и методик SCL-90 и Уровень невротизации (УН); были получены значимые ( $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ ) двухсторонние взаимосвязи всех шкал с показателем уровня невротизации.

Обнаруженные взаимосвязи свидетельствуют, что опросник KON-2006 также описывает проявления невротического спектра, выявляемые с помощью методик SCL-90 и УН, традиционно используемых в диагностике невротических расстройств. Также хорошую конвергентную валидность имеет общий показатель X-KON. Его корреляции с уровнем невротизации, шкалами и индексами методики SCL-90 подтверждают, что он действительно определяет характер выраженности невротических черт личности.

Исследование конструктивной валидности позволило продемонстрировать взаимосвязи шкал опросника KON-2006 с другими личностными характеристиками, представленными в методике Невротические черты личности (НЧЛ). Корреляционный анализ показал, что шкалы опросника KON-2006 имеют как прямые, так и обратные взаимосвязи ( $p < 0,01$  и  $p < 0,05$ ) со шкалами методики НЧЛ.

**Выводы.** На основе анализа полученных результатов надежность опросника можно оценить как «очень хорошую» и рекомендовать «Опросник невротической личности KON-2006» как надежный инструмент для применения в диагностике и исследованиях в клинике неврозов. Анализ результатов исследования валидизации показывает, что выраженность невротических черт личности, описываемых опросником KON-2006, взаимосвязана с выраженностью психопатологической симптоматики, что указывает на принадлежность личностных характеристик, описываемых опросником KON-2006, к невротическому регистру.

#### Литература

1. Мясишев В.Н. «Личность и неврозы», монография, Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, Л.: издательство ЛГУ, 1960.
2. Aleksandrowicz J. W., K. Klasa, J. Sobański, D. Stolarska «Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON – 2006», Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Biblioteka Psychoterapii Polskiej, Kraków, 2006, p. 72.
3. Aleksandrowicz J.W., Klasa K., Sobański J.A., Stolarska D., «KON-2006 Kwestionariusz osobowości nerwicowej», Psychiatria Polska, tom XLI, numer 6, 2007, p. 759–7.

**Трушкина С.В.**

**Новые подходы к диагностике психического развития детей в раннем возрасте**

ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», г. Москва, Россия,  
[trushkinasv@gmail.com](mailto:trushkinasv@gmail.com)

**Ключевые слова:** ранний возраст, тесты развития, уровни социально-эмоционального функционирования

**Trushkina S.**

**New approaches to diagnostics of mental development in early childhood**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** early childhood, tests of mental development, capacities of emotional and social functioning

**Введение.** Применение тестов для оценки уровня развития ребенка наряду с клиническим наблюдением, использованием нозологически-ориентированных оценочных шкал (таких как CARS, ADI-R и др.) и беседой с родителями дает возможность выявления и квалификации нарушений психического здоровья и



развития у детей. При этом следует иметь в виду, что обнаруженная при тестировании сумма дефицитов ребенка не дает полной картины его развития. Только непосредственное наблюдение за его поведением и эмоциональными реакциями вкупе с информацией об условиях его развития в семье могут дать достаточные основания для принятия решения о направлении и способах терапии. Цель тестов развития состоит в получении данных об уровне как общего развития ребенка, так и различных функциональных областей, причем при тестировании требуется обеспечить достаточную степень объективности и надежности данных, а также их верную интерпретацию на основе статистически установленных норм.

Обзор наиболее известных среди западных исследователей и практиков тестов развития для детей младенческого и раннего возраста позволяет увидеть те специфические для этих возрастов области, которые традиционно считаются ключевыми для определения уровня общего развития ребенка [1]. Так, в Gesell Developmental Schedules, адресованном детям от 0 до 6-ти лет, исследуются такие области развития как крупная моторика, адаптивное поведение, речь и социальные навыки. Cattell Infant Intelligence Scale (возраст детей - от 0 до 2-х с половиной лет) направлен на исследование интеллекта. Bayley Scale of Infant Development - инструмент, хорошо известный российским специалистам по раннему детству как «шкалы Бейли» (возраст детей - от 0 до 2-х с половиной лет), до последнего пересмотра содержал набор шкал для различных показателей моторных и умственных способностей, коммуникации, настойчивости, выносливости и других. [2]. Следует отметить, что в сравнении с другими методиками шкалы Бейли выгодно отличаются, поскольку опираются на большую репрезентативную выборку и постоянно обновляемые нормы [1].

В России в связи с малым количеством проводимых в последние десятилетия работ по адаптации и стандартизации подобных методик ощущается серьезный дефицит качественного психодиагностического инструментария. Он отчасти восполняется собственными разработками. Переводными методиками, стандартизированными на российских выборках достаточного объема, являются шкалы CDI (Child Development Inventory, тестируемые области развития - самообслуживание, крупные движения, тонкие движения, развитие речи, понимание языка; возраст детей - от 1-го года 2-х месяцев до 3-х лет 6-ти месяцев) и KID (Kent Infant Development Scale, возраст детей - от рождения до 16-ти месяцев, аналогичные области развития). Методики были адаптированы Институтом раннего вмешательства г. Санкт-Петербург в 2000 году, оснащены компьютерными способами обработки данных и генерации заключения по результатам тестирования [3, 4]. Они рекомендованы к использованию в работе российских лекотек и активно применяются там с целью выявления уровня достижений у детей с нарушениями развития или выраженными психогенными расстройствами. Денверский скрининговый тест развития детей (возраст испытуемых - от 0 до 5-ти с половиной лет, исследуются области крупной и тонкой моторики, речи и адаптивного поведения) был адаптирован и стандартизирован специалистами Ленинградского психоневрологического института еще в 80-е годы прошлого столетия, однако, до сих пор используется достаточно активно.

Среди отечественных разработок пользуется известностью методика Е.А. Стребелевой «Ранняя диагностика умственного развития» [5], разработанная на основе теоретического и методического подхода школы Л.А. Венгера и предназначенная для выявления нарушений интеллектуального развития у детей 2-х и 3-х лет. Несомненным преимуществом методики является учет не только актуального состояния ребенка, но и «зоны ближайшего развития», что дает специалисту возможность более полно оценивать возможности коррекционной работы. Разработанная в 2000 году авторским коллективом Психологического института РАО «Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет» [6] также опирается на теоретическую базу ведущих отечественных психологических школ. Методика представляет собой инструмент, направленный не на диагностику отдельных сфер развития, а на обследование целостных форм психической активности ребенка – его общения со взрослым и соответствующей возрасту ведущей деятельности. Методика позволяет собрать богатый эмпирический материал и оценить такие диагностически важные параметры развития, как инициативность ребенка в общении, его чувствительность к воздействию взрослого, ориентация на оценку взрослого, стремление действовать по образцу, развитие средств общения (как вербальных, так и невербальных), познавательную активность, эмоциональную вовлеченность в совместную с взрослым деятельность, уровень развития игры и многое другое.

Такой подход к диагностике психического развития детей в раннем возрасте, выдержанный в традициях культурно-исторического направления, одновременно отражает и появившуюся в последние десятилетия устойчивую мировую тенденцию - выделять области социального и эмоционального функционирования ребенка в качестве важнейших в этом возрасте. Ранее, напротив, акцент при определении успешности развития маленького ребенка ставился на сформированности у него различных умений и навыков - моторных, речевых, бытовых (опрятности, самообслуживания, самостоятельности и т.п.). Упомянутая выше тенденция ярко проявилась в том, что в 2006 году в результате третьего пересмотра шкал Бейли в их новый набор были включены «Карты социально-эмоционального развития С. Гринспена» [7], что явилось принципиально новым методическим подходом к определению уровня развития ребенка в младенческом и раннем возрастах. Таким образом, можно говорить о значительных изменениях, произошедших в понимании хода развития человека в первые месяцы и годы жизни, при котором в качестве признанных приоритетов выступают его эмоциональное и социальное развитие и благополучие. [8]

Диагностика уровня социально-эмоционального развития ребенка базируется на положениях концепции С. Гринспена о существовании девяти стадий функционального эмоционального развития, отражающих способность детей к регуляции своего поведения в процессе общения и взаимодействия с людьми. Первые шесть стадий приходятся на младенческий и ранний возрасты. Так, основными достижениями первой стадии (0 - 3 мес.) являются способность ребенка к самостоятельной регуляции своего эмоционального состояния и проявление им совместного с взрослым внимания. Способность ребенка направлять свое внимание на то же, что и взрослый, признается важнейшей

ступенью его психического развития, поскольку на этой основе позже развиваются невербальные и вербальные формы коммуникации, ориентация на реакцию взрослого (т.н. «социальная ссылка»), целенаправленность поведения и т.д. Ранними признаками базовых эмоциональных нарушений, относящимися к этой стадии, могут служить недостаток устойчивого внимания к предметам и звукам, бесцельное поведение и самостимуляция. К последующим стадиям социально-эмоционального развития по С. Гринспену относятся: интерес к другому и активное установление отношений (3 - 6 мес.); целенаправленное длительное двустороннее взаимодействие (4 - 10 мес.); сложноорганизованные коммуникативные сигналы и способность к совместному решению проблем (10 - 18 мес.); использование символов и понятий для выражения мыслей и чувств (18 - 30 мес.); использование причинно-следственных связей и логическое мышление (30 - 48 мес.). Подробное описание этих стадий, а также методик для их оценивания содержится в специальной литературе, в том числе - переведенной на русский язык [7, 9, 10]

**Резюме.** Несомненно, что новый концептуальный подход требует тщательного осмысления, апробации и соотнесения с принятыми в настоящее время взглядами на оценку хода развития ребенка в раннем возрасте. Тем не менее использование показателей социально-эмоционального развития уже сейчас позволяет выявлять детей с нарушениями как в эмоциональной, так и в познавательной сферах, начиная с первых месяцев жизни. Располагая четким представлением о содержании, последовательности и нормативном возрасте достижения уровней социально-эмоционального развития, специалист (психолог или коррекционный педагог) может более уверенно и обоснованно планировать развивающие программы, формулируя их цели более конкретно и опираясь на уже достигнутые ребенком уровни.

#### Литература

1. Заримски К. Важнейшие тесты развития и их значение. Ранняя диагностика и коррекция. В 2 т.: практическое руководство. Т.1. Нарушения развития. Под ред. У.Б. Брака. Пер. с немецкого. М.: Издательский центр «Академия», 2007. С. 75-83.
2. Шкалы психомоторного развития детей от рождения до 42 месяцев Нэнси Бэйли (вторая версия) \ Bayley Scales of Infant Development Second Edition (BSID-II). Доступно по: [http://www.mniip.org/science/scales/scales\\_children.php](http://www.mniip.org/science/scales/scales_children.php) Ссылка активна на 20.09.2016
3. Чистович И.А., Рейтер Ж., Шапиро Я.Н. Руководство по оценке развития младенцев до 16 месяцев на основе русифицированной шкалы KID. СПб: Институт раннего вмешательства, 2000.
4. Чистович И.А., Шапиро Я.Н. Руководство по оценке развития детей от 1 года 2 месяцев до 3 лет 6 месяцев на основе русифицированной шкалы RCDI-2000. СПб: Институт раннего вмешательства, 2000.
5. Психолого-педагогическая диагностика развития детей раннего и дошкольного возраста. Под ред. Стребелевой Е.А. М.: Просвещение, 2004.
6. Смирнова Е.О., Галигузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет. Методическое пособие для практических психологов. СПб: ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2005.
7. Гринспен С., Уидер С. На ты с аутизмом. Использование методики Floortime для развития отношений, общения и мышления. Пер. с английского. М.: Теревинф, 2013.
8. Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития / Под ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. СПб.: Изд-во С.-Петерб. ун-та, 2008

9. Greenspan S.I., DeGandi G.A., Wieder S. The functional emotional assessment scale (FEAS) for infancy and early childhood: clinical and research applications. Bethesda, 2001.
10. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood: Revised Edition. – Washington, 2005.

**Трушкина С.В.**

**Диагностика родительской самооценки у матерей, имеющих детей раннего возраста с нормативным и задержанным развитием**

ФГБНУ НЦПЗ, г. Москва, Россия,  
[trushkinasv@gmail.com](mailto:trushkinasv@gmail.com)

**Ключевые слова:** родительское отношение, самооценка, ранний возраст

**Trushkina S.**

**Parental self-assessment at mothers of small children with the standard and detained development**

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

**Keywords:** parental relationship, parental self-assessment, early age

**Введение.** Качество и эффективность собственного родительства имеют большое значение для большинства матерей. Оценка женщиной себя как «хорошей», «правильной» матери является для нее мощным источником удовлетворенности и самоуважения, основой для устойчивой высокой самооценки. Ощущение удовлетворенности собой как родителем выступает для матери ориентиром при реализации ею родительских функций, что отмечается как при нормативном ходе развития ребенка, так и в случае отклоняющегося развития, например, при задержке его темпов или искажении вследствие психического заболевания у ребенка. Есть основания считать, что успешность развития ребенка в раннем возрасте является фактором, влияющим на материнскую самооценку женщины. Как показывают наблюдения из практики, родительская самооценка повышается, если развитие ребенка идет в соответствии с принятыми в социуме нормами или опережает их, и занижается в случае отставания или искажения хода его развития.

Организация эмпирического исследования оценки женщиной себя как успешного родителя сталкивается с проблемой субъективности представлений женщин о показателях качества материнства, о гармонии во взаимоотношениях с ребенком или о качестве его жизни. Решение этой проблемы было найдено в методическом подходе, существующем в русле гуманистической психологии. Согласно ему, мерой благополучия в той или иной сфере субъективного восприятия является соответствие реального положения вещей индивидуальному представлению о том, как должно быть, т.е. некоему субъективному идеалу. В психометрической процедуре «Q-сортировка» испытуемым предлагается дважды проранжировать карточки с различными личностными и поведенческими характеристиками – для самоописания («Я-реальное») и для описания собственного идеала («Я-идеальное»). Коэффициент корреляции между двумя рядами оценок выступает количественным показателем соответствия «Я-реального» и «Я-идеального» и таким образом может быть использован для измерения самооценки.

**Цель** эмпирического исследования: выявить связь между успешностью психического развития детей раннего возраста и уровнем оценки их матерей себя в качестве родителя. **Задачи исследования:** 1. определить уровень психического развития у детей; 2. количественно оценить уровень родительской самооценки у их матерей; 3. применяя процедуры статистического анализа, установить наличие или отсутствие связи между полученными показателями; 4. провести качественный анализ результатов. **Гипотеза:** уровень родительской самооценки у матерей нормативно развивающихся детей выше, чем у матерей детей, отстающих в развитии.

**Материал и методы.** Были обследованы 56 материнско-детских диад (всего 112 человек). Возраст детей – от одного года до трех лет (средний возраст – 2 года 3 мес.); 20 детей имели возраст младше двух лет и обследовались на дому, в присутствии матери или обоих родителей; 36 детей в возрасте от двух до трех лет посещали детские дошкольные учреждения г. Москвы и были обследованы там с согласия их родителей<sup>6</sup>. Возраст матерей – от 23-х до 38-ми лет (средний возраст - 31 год), все они – русскоговорящие социально адаптированные жительницы Москвы и Московской области.

Для определения уровня психического развития детей второго года жизни использовалась методика «Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет» (Смирнова Е.О. с соавт., 2005), для детей третьего года жизни - «Диагностика нервно-психического развития детей раннего возраста» (Аксарина Н.М., 2007). Уровень родительской самооценки (УРС) у матерей определялся методом Q-сортировки в модификации автора.

**Результаты.** Результаты исследования уровня психического развития детей представлены в табл. 1.

Табл. 1. Уровень психического развития детей

	Доля детей с нормативным или опережающим развитием (%)	Доля детей с отставанием в развитии (%)
В целом по выборке	59	41
Среди детей второго года жизни	65	35
Среди детей третьего года жизни	56	44

По результатам обследования детей выборка исследования была разделена на 2 группы: диады с нормативно развивающимися детьми (группа 1) и диады с отстающими в развитии детьми (группа 2). Средние значения УРС у матерей из обеих групп приведены в табл. 2.

Табл. 2. Средние значения уровня родительской самооценки у матерей

	В диадах с нормативно развивающимися детьми	В диадах с отстающими в развитии детьми
В целом по выборке	0,60	0,40
У матерей детей второго года жизни	0,54	0,27
У матерей детей третьего года жизни	0,65	0,32

<sup>6</sup> Обследование детей 2-х – 3-х летнего возраста и их матерей (36 диад) было выполнено студентами факультета повышения квалификации МГППУ Т.С. Богомоловой, Г.А. Верховых и Л.Б. Ярковой в ходе подготовки дипломных работ (научный руководитель к.психол.н. С.В. Трушкина)

В ходе исследования гипотеза подтвердилась. Для определения достоверности различий между группами 1 и 2 было проведено сопоставление эмпирических распределений показателей УРС у матерей из этих групп с применением критерия Колмогорова-Смирнова. Статистический анализ показал, что различия в уровне родительской самооценки у матерей нормально развивающихся и отстающих детей достоверны на уровне  $p < 0,05$ . Кроме того, анализ позволил установить значение УРС, равное 0,45, при котором расхождение между распределениями является наибольшим. Это значение в дальнейшем использовалось как критическое, разделяющее матерей на имеющих достаточно высокую ( $> 0,45$ ) и заниженную ( $< 0,45$ ) родительскую самооценку.

Дополнительно был проведен анализ влияния фактора возраста детей на УРС матерей. Был использован критерий углового преобразования Фишера. Было установлено, что матери нормативно развивающихся детей третьего года жизни достоверно чаще ( $p < 0,05$ ) имеют высокую родительскую самооценку, нежели матери нормативно развивающихся детей второго года жизни. В группе матерей, имеющих отстающих в развитии детей, таких различий выявлено не было.

Качественный анализ результатов исследования показал, что среди матерей успешно развивающихся детей 9% женщин имели низкую удовлетворенность собой как родителем. В то же время 19% женщин, имеющих детей с отставанием в развитии, высоко оценили себя в качестве родителя, причем двое испытуемых из этой группы показали очень высокую степень совпадения образа себя с идеальным материнским образом.

**Выводы.** Исследование показало, что родительская самооценка у матерей детей раннего возраста является сложным и многофакторным личностным образованием. Было установлено, что уровень развития ребенка выступает значимым фактором формирования оценки женщиной себя как родителя. Матери детей, развивающихся в соответствии с возрастными нормами, имели достоверно более высокую родительскую самооценку, чем матери детей, отстающих в развитии. При этом фактор развития ребенка не был единственным. Так, в ходе исследования выявилось влияние фактора возраста ребенка: матери детей третьего года жизни были склонны выше оценивать качество своего материнства, нежели матери детей младше двух лет.

Отклоняющийся от нормы ход развития маленького ребенка не исключал возможности существования высокой родительской самооценки у матери. Можно предположить, что в этих случаях положительное самоотношение может искусственно поддерживаться женщиной, поскольку необходимо для совладания с ситуацией, помогая выработать оптимальную модель поведения по отношению к ребенку и корректировать ход его развития. Феномен низкой родительской самооценки у матерей хорошо развивающихся детей указывает на существование иных оснований для формирования родительской самооценки, не связанных непосредственно с развитием ребенка. Она может обуславливаться, например, высокой личностной тревожностью женщины или особенностями ее семейных отношений.

Туревская Р.А., Есиков Д.А.

**Методика диагностики слухового внимания у детей с трудностями школьного обучения**

ФГБОУ ВО МГППУ, АНО НПЦ «Туррион», Москва, Россия  
[info@turita.net](mailto:info@turita.net), [info@esdmm.com](mailto:info@esdmm.com)

**Ключевые слова:** слуховое восприятие и внимание, произвольное внимание, когнитивная стратегия и тренинг, обработка звука

**Turevskaya R., Esikov D.**

**Methods of diagnosis of auditory attention in children with difficulties in school education**

MSUPE, Turrion psychological center, Moscow, Russia

**Keywords:** auditory perception and attention, voluntary attention, cognitive strategies and training, sound processing

Практика психолого-педагогической работы с детьми, имеющими проблемы в обучении, показывает, что нередко в их основе лежит недостаточная сформированность произвольной регуляции психической деятельности. Часто страдает произвольная регуляция ее базовых компонентов - памяти, внимания, восприятия - что в свою очередь приводит к трудностям формирования школьных навыков, особенно распространенным в среде детей начального школьного возраста.

Способность к быстрой автоматизированной переработке слухоречевой информации и слуховое внимание являются необходимым условием эффективности образовательного процесса. Вместе с тем недостаточность этих функций, в частности, быстрая истощаемость, замедленность, неспособность к сосредоточению, отсутствие усилия, необходимого для решения поставленных задач, ведет к трудностям фонетико-фонематического анализа, ошибкам распознавания и понимания в устной и письменной речи, снижению учебной работоспособности в целом.

**Методика.** Для оказания психологической помощи (диагностика и коррекция) детям с трудностями школьного обучения была создана методика, основанная на специальной обработке звука. Она базируется на сочетании психологических методов и принципов, используемых в диагностической и коррекционной практике: методе интерференции [1], методе программируемого обучения с введением внешних средств, методе интериоризации (переводе внешних программ во внутренние) [2,3].

Задания сгруппированы во взаимосвязанные усложняющиеся модули и направлены на диагностику базовых предпосылок учебной деятельности:

- умения внимательно слушать,
- точно воспроизводить услышанное;
- навыков саморегуляции и самоконтроля в процессе переработки слухоречевой информации.

Коррекционная часть методики фактически обучает умению управлять своим слуховым вниманием и представляет собой тренинг слухового восприятия, который предполагает прослушивание различной информации со все возрастающей степенью сложности (от простых сигналов и обращений до описания людей и изложения фактов) на фоне различных шумов (таких как музыка,

уличный шум, галдеж на перемене и т.д.) с последующим устным воспроизведением ее ребенком.

Программа, используемая в тренинге, была написана на языке LabVIEW [4] и представляла собой микшер, совмещающий при воспроизведении две фонограммы (Рис. 1а). В качестве фоновых использовались реальные звуки или шумы, с которыми сталкивается человек (Рис. 1б). На них накладывались фонограммы разной тематики, несущие смысловую нагрузку (Рис. 1).

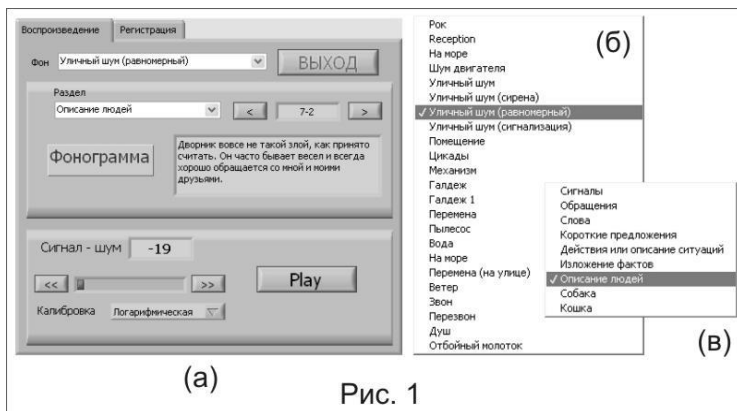


Рис.1 Панель управления микшера (а), список шумов (б), тематика фонограмм (в).

В каждом из смысловых разделов было представлено от 5 до 20 разнообразных фонограмм, снабженных текстовым комментарием. При их воспроизведении психолог может выбирать произвольную комбинацию «Фон» + «Фонограмма», имея при этом возможность контролировать соотношение громкости фона и фонограммы и таким образом диагностировать порог распознавания зашумленного сигнала и добиваться правильности восприятия информации испытуемым, варьируя параметры звука. Ребенок во время диагностики сидит спиной к монитору и не видит отображаемого на экране текста. При микшировании сигналов можно использовать две шкалы громкости – линейную и логарифмическую. Последняя была ориентирована на особенности физиологического восприятия звуков человеком и ее параметры позволяли определить порог восприятия с большей точностью.

Ребенок должен целенаправленно слушать информацию, выделять и проговаривать то, что является существенным, используя определенные поведенческие навыки (должен внимательно вслушиваться, занять удобную позицию, подумать о том, что мог иметь в виду говорящий; должен стараться избегать помех и не обращать внимания на посторонние звуки), которым он заранее обучается по специальной программе. Одновременно с этим разрабатывается и универсальная когнитивная стратегия с выводом ее во внешний план (с представлением ее на специальных карточках), которая определяет избирательность слухового восприятия и программу воспроизведения прослушанной информации с учетом ее смысловых компонентов.



Таким образом, в процессе диагностической работы психологическими мишенями становятся:

- усилие при слуховом восприятии,
- концентрация, распределение и перемещение фокуса внимания при слуховом восприятии,
- опознание и анализ информации, в том числе зашумленной и соответственно сокращенной в условиях интерференции,
- целенаправленное воспроизведение информации,
- антиципирующие действия в слуховом восприятии,
- процесс автоматизации в слуховом восприятии.

В рамках предлагаемой методики отдельно оценивались порог восприятия, точность и скорость автоматизации переработки слуховой информации.

Диагностика и обучение детей произвольному управлению слуховым вниманием в динамике работы позволяет постепенно переходить к освоению различных когнитивных стратегий для развития иерархически более высоких компонентов слухового восприятия, включая целеполагание, программирование, контроль, с возможностью сокращения и автоматизации его исполнительных звеньев.

#### Литература

1. Лаут Г.В., Шлоттке П.Ф. Нарушения внимания у детей: тренинг и развивающие игры : учеб. пособие / пер. с нем. В.Т. Алтухова; науч. ред рус. текста А.Б. Холмогорова. – 5-е изд., перераб. – М.: Академия, 2008. – 368 с.
2. Цветкова Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. -М., 1997. – 256 с.
3. Корнев А.Н. Основы логопатологии детского возраста. Клинические и психологические аспекты. – СПб., 2006 – 380 с.
4. National Instruments, URL: <http://www.ni.com>, <http://www.labview.ru>.

**Узлов Н.Д., Семенова М.Н.**

#### **Психодиагностика глазами студентов: рефлексия некоторых организационных моментов психологического исследования**

Березниковский филиал Пермского государственного национального исследовательского университета (г.Березники, Пермский край),  
Березниковский филиал Пермского государственного политехнического университета,  
[knots51@mail.ru](mailto:knots51@mail.ru), [semenova\\_rus@mail.ru](mailto:semenova_rus@mail.ru)

**Ключевые слова:** психодиагностика, студенты, испытуемые, анкетирование

**Uzlov N., Semenova M.**

#### **Psychodiagnostics through the eyes of students: a reflection on some organizational issues of the psychological study**

Berezniki Branch of the Perm State National Research University; Berezniki Branch of the Perm National Research Polytechnic University, Berezniki, Perm Region, Russia

**Keywords:** psychodiagnostics, students, respondents, questionnaire survey

**Постановка проблемы.** В настоящее время психологическая диагностика прочно вошла в арсенал подготовки практических, в т.ч. медицинских психологов. Требования к итоговой государственной аттестации предполагает вы-

полнение выпускной квалификационной работы (магистерской диссертации), представляющей собой законченную разработку с результатами экспериментального исследования, обследования или апробированный проект определенного характера. Наш опыт руководства курсовыми и дипломными работами показывает, что студенты, как правило, выбирают путь проведения сравнительного или корреляционного исследования с помощью современных психодиагностических методик и у них сложилось представление, что «психодиагностическое исследование – это легко», стоит лишь сформировать репрезентативные группы испытуемых, предложить им опросники, ввести ответы в таблицы и т.д. Иные методы исследования – беседа, наблюдение, оценки экспертов, рассматриваются как второстепенные. К слову говоря, подобная практика встречается повсеместно: при анализе многочисленных диссертационных работ последних десятилетий отчетливо видно, что уклон делается в сторону использования психодиагностических методик. В этой ситуации испытуемый представляется «таинственным незнакомцем», про которого ничего не известно, а исследователь – человеком, который с помощью тестов раскрывает всю его подноготную. При этом почти исключаются возможности визуальной диагностики, игнорируется личностное отношение респондента к проводимому обследованию и качественная оценка полученных результатов [6].

Между тем, этому аспекту проблемы уделяется большое внимание, как в зарубежных, так и отечественных публикациях (права респондентов, информированное согласие, проверки добровольности-принудительности участия испытуемых, требования к личности экспериментатора, стандарты условий исследования и др.) [1-4; 9]. А.Г. Лидерс, описывая особенности позиции практического психолога по отношению к клиенту, выделяет три уровня – теоретическую, прикладную и практическую психологию. Применительно к исследовательской работе студентов моделируется первый уровень: психолог в этом слое является исследователем по отношению к субъекту-носителю психики, к тому же значительно ограниченному в правах. Не испытуемый ищет психолога, а как раз психолог ищет испытуемых [5]. Ключевым фактором, определяющим ситуацию тестирования, является ответ на вопрос: кто является субъектом принятия решения – сам испытуемый, либо кто-то другой, иными словами, кто является заказчиком данной услуги. В этой связи В.Н.Дружинин описывает четыре варианта исследовательских ситуаций, в которых в качестве переменных выступают характер участия (добровольность и принудительность) и выбор дальнейшего поведения испытуемого (самостоятельный или навязанный) [4]. Очевидно, что интересующий нас тип студенческих исследований можно отнести к категории преимущественно добровольных (в ряде случаев добровольно-принудительных ситуаций) не влекущих постороннего вмешательства в судьбу испытуемого.

**Эмпирическое исследование.** С целью изучения взаимоотношений выпускников-психологов Березниковского филиала ПГНИУ со своими респондентами нами составлена специальная анкета из 14 пунктов, которая разослана 65 респондентам. В установленные сроки получено 42 ответа (64,6%) от выпускников 2008-2016 гг., из них: специалистов – 34 чел. (81%), бакалавров – 8 чел. (19%). Получены следующие результаты.

Выбор тем выпускных квалификационных работ в большинстве случаев определялся условиями работы студентов: у 25,75% исследователей респондентами выступали руководители или коллеги по работе; 17,5% проводили сбор данных на рабочем месте как педагоги, медицинские работники и др. 8,75% просили других студентов заполнить бланки психодиагностических методик. У 26,25% исследователей испытуемые были друзьями, знакомыми или родственниками. Только в 21,25% случаев в качестве испытуемых были люди, с которыми они никогда ранее не встречались.

В 52% случаев использовался ресурс руководителей для «добровольно-принудительного» привлечения контингента к обследованию и специально предназначенные регламентом учреждения время совещаний, классных часов, время отдыха пациентов и др. В 48% случаев студенты обращались лично к каждому испытуемому. Длительность сбора эмпирических данных в целом составляла от 1 до 6 месяцев, т.к. исследователям приходилось заранее договариваться или встречаться с респондентами неоднократно.

54,2% студентов честно рассказывали своим испытуемым, что пишут диплом на заявленную тему и просили их помочь. В 11,9% случаев говорили о практической значимости работы для повышения производительности труда, условий работы, качества лечения и т.п., а в 20,3% случаев стимулировали любопытство респондентов лучше о себе узнать. 13,6% студентов вообще не объясняли цели исследования. Скорее, в обосновании цели проводимой психодиагностики преобладала личная просьба о помощи.

24% студентов ответили, что никак не мотивировали испытуемых, однако в 76% случаев использовали разные манипулятивные приемы, обещали провести бесплатные консультации по результатам исследования. При личном обращении и мотивировании в целом испытуемые спокойно отнеслись к психодиагностической процедуре (71,5% ответов); в пределах 2-6% присутствовали реакции волнения и страха, ропот, недовольство, язвительные замечания и комментарии, желание корректировать вопросы теста; 7% респондентов отказались участвовать.

У 21,5% исследователей есть сомнения в честности ответов испытуемых, причем 7,1% однозначно уверены, что респонденты были неискренни. Заметим, что 59,9% выпускников, считают, что «скорее» ответы были достоверны. В полной достоверности полученных данных убеждены 11,5% исследователей.

На вопрос о качестве обработки данных большинство выпускников, принявших участие в нашем опросе, ответили, что проводили выбраковку неверно заполненных протоколов, собирали новые данные или просили испытуемого исправить ошибку, что говорит о профессиональном подходе к работе с эмпирическими материалами. Тем не менее, 20,3% опрошенных признались, что позволяли себе иногда самому исправить ошибку испытуемого, учитывая, что отдельный результат вряд ли в дальнейшей статистической обработке данных.

Оценивая собственное эмоциональное состояние во время проведения обследования, 64,7% исследователей указывали на уверенность и спокойствие, а остальные отмечали у себя тревогу и волнение (13,8%), неуверенность в себе (9,8%), нарастающее раздражение и желание быстрее закончить процедуры психодиагностики (11,7%).

Проведенное нами исследование показывает, что в процессе подготовки квалификационной работы выпускники сталкиваются, прежде всего, с трудностями установления и поддержания контакта с испытуемыми, но в целом уверены в качестве полученных исследовательских данных. Для многих из них конечная цель – успешная защита выпускной квалификационной работы. Для других, результаты проведенного психодиагностического исследования с контингентами лиц, с которыми им приходится взаимодействовать дают возможность лучше понять некоторые скрытые мотивы их поведения, истоки проблем и т.п. Наконец, еще одну, самую малочисленную группу, составляют студенты, которыми движет любопытство и неподдельный интерес, подогреваемый преподавателем, который, благодаря удачно организованному сотрудничеству со своим подопечным, проверяет свои собственные идеи и гипотезы. На «выходе» такое сотрудничество представляется возможностью совместных публикаций результатов исследований [7; 8].

#### Литература

1. Анастаси А., Урбина С. Психологическое тестирование. – СПб.: Питер, 2007. – 688 с.
2. Бодалев А.А., Столин В.В., Аванесов В.С. Общая психодиагностика. – СПб.: Речь, 2000. – 440 с.
3. Гудвин Дж. Исследование в психологии: методы и планирование. – СПб.: Питер, 2004. – 558 с.
4. Дружинин В.Н. Экспериментальная психология. – СПб.: Питер, 2000. – С.48-73.
5. Лидерс А.Г. Особенности позиции практического психолога по отношению к клиенту // Журнал практического психолога. 1996. № 3. С.15-28.
6. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
7. Узлов, Н.Д. Сексуальность, гендер, брак: новые реалии XXI века: избранные статьи 2007-2011 гг. – Пенза: НИЦ «Социосфера», 2011. – 84 с.
8. Узлов, Н.Д. Личность, болезнь, криминальность: избранные статьи по клинической и пенитенциарной психологии. – Пенза: НИЦ «Социосфера», 2014. – 220 с.
9. American Psychological Association. Ethical principles of psychologists and code of conduct // American Psychologist. –1992. – V.47. – P.1597-1611.

#### **Фанталова Е.Б.**

#### **Методика «ЗА и ПРОТИВ» как вариант исследования самосознания в общей и клинической психологии**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,  
[elenafantal@yandex.ru](mailto:elenafantal@yandex.ru)

**Ключевые слова:** самосознание, образ Я, методика «ЗА и ПРОТИВ»

#### **Fantalova E.**

#### **Methodology "PROS and CONS" as a variant of the study of self-consciousness in general and clinical psychology**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** self-concept, self-image, the method «PROS and CONS»

**Введение.** Исследование самосознания на различных контингентах лиц является одним из ведущих направлений в общей и клинической психологии. Такие аспекты исследования как образ «Я», «Я – концепция», «идентичность», «самоотношение» и другие, являются на сегодняшний день ведущими для основных, наиболее известных концептуальных моделей самосознания [1,2]. С

особенностями переживания и осмысления образа «Я», как правило, связаны ведущие жизненные мотивы, ценности, процессы смыслообразования и целеполагания. Внешние и внутренние конфликты личности также во многом раскрываются через призму самосознания по отношению к тем событиям автобиографии, которые человек рассматривает как наиболее существенные для себя, повлиявшие на его жизненный путь.

Наблюдая неразрывную связь в структуре и динамике переживаний таких психологических категорий как «Образ Я» и «Событийность жизни», нами была создана методика, раскрывающая отношение личности к одному из ведущих событий жизни, кардинально изменившему ее жизненный путь и последовательность привычных, ожидаемых жизненных событий. Данная методика была названа автором «ЗА и ПРОТИВ» и впервые была апробирована на контингенте лиц, совершивших противоправные, общественно опасные действия.

**Материал и метод.** Объектом исследования были подэкспертные испытуемые, проходившие судебно-психологическую экспертизу [3]. Поскольку в центре переживания этих лиц было совершенное ими правонарушение (убийство, нанесение тяжких телесных повреждений, кража, ограбление, хулиганские действия и др.), то и создаваемая методика предполагала выявление фактов «ЗА» и «ПРОТИВ» этого события в жизни испытуемого.

Инструкция к методике состояла из трех этапов и формулировалась таким образом, чтобы раскрыть субъективное видение испытуемым своего правонарушения и событий, так или иначе повлиявших на случившееся. Испытуемому предлагалось вспомнить и выделить события (обстоятельства), которые, согласно его мнению, способствовали правонарушению (факты «ЗА», первый этап), препятствовали правонарушению (факты «ПРОТИВ», второй этап), а также желательные для будущего события (желательный выбор будущего, третий этап). В каждом случае испытуемому предлагалось написать пять или более таких событий. Таким образом, **цель** методики состояла в раскрытии внутренней картины развития личности испытуемого, понимаемой как совокупность значимых для него событий (фактов, обстоятельств), выступающих в жизни в качестве «переломных» и несущих в себе выраженную аффективную заряженность. Следует отметить, что ответы первого (факты «ЗА») и второго (факты «ПРОТИВ») этапов проведения методики отражали, главным образом, содержание рефлексии испытуемого, фрагменты образа «Я», специфику защитных механизмов, эмоционально-волевого контроля и когнитивного стиля, в то время как ответы третьего этапа (желательные события в будущей биографии), отражали во многом систему ценностей и характерных для нее переживаний в настоящий момент. Актуальность выбранной темы исследования иногда приводила к тому, что испытуемые, увлекаясь, давали целостные картины взаимосвязанных событий своей жизни вместо предложенного выделения конкретных пяти. Для наглядности работы методики «ЗА и ПРОТИВ» приведем конкретный поэтапный пример с испытуемым (А.О., 24 года), совершившим убийство в провоцирующей его ситуации, связанной с оскорблением и унижением. В кавычках приведен дословный текст из протокола.

Факты «ЗА» правонарушение (1 этап методики) приводятся, начиная с периода детства: «замкнутость первоклассника вызывает насмешки и недружелю-

бие со стороны одноклассников», «смерть одноклассницы, которая погибла от ножа хулигана (3 класс)»; «восхищение и дикая радость одноклассников (ниж), вызванная просмотром порнографических открыток, отвержение к ним, сравнение их с повадками животных (8 класс)» и др.

Факты «ПРОТИВ» правонарушения (2 этап методики): «осознание своей неполноценности, чувство закомплексованности, заикание, физическая слабость и т.д.», «добродушный и мягкий характер, прощающий ошибки другим, но очень страдающий от наносимых другими ранами (душевными)»; «отвращение к дракам, бретёрству, к шумным компаниям», «любовь к одиночеству, стремление к замкнутости, уединению от окружающих»; «жалость к живым существам вообще, в особенности, к животным, любовь к ним (например, лошади, кошки, и т.д.)»; «боязнь ответственности за нарушение уголовного закона, но оно исчезает после выработки своих воззрений на закон, на его относительность»; «любовь ко всему прекрасному (люди сюда не относятся) и неприятное чувство при воображаемой картине какого-либо насилия, даже если оно вызвано необходимостью и является единственно верным выходом в мир справедливости, добра и красоты».

Желательные события будущей жизни (3 этап методики): «Хотелось бы, чтобы детство, юность, вообще вся жизнь, протекали в 17-ом веке, в Англии. Хотелось бы, чтобы с детства я был окружен музыкой и жил в ней. Был окружен благородным, изысканным обществом, от которого не будешь бояться услышать каких-либо пошлых слов, обид, которые могут ранить душевно... Находиться среди родных по духу людей, которые далеки от таких чувств как корысть, зависть, злоба, ненависть и т.д. ...Среди людей, не возводящих животные инстинкты в догму, в цель жизни... Среди людей, которые признают лишь возвышенную, чистую любовь, лишенную чувства наслаждения».

Настоящий пример показывает, что как бы критически ни относиться к содеянному данным испытуемым, потенциал его внутреннего мира далек от совершенного им противоправного деяния, а имеющиеся у него ранимость и эмоционально-интеллектуальная направленность предопределили спровоцированную потерпевшим обиду, вслед за которой со стороны испытуемого последовала аффективная вспышка и импульсивное убийство потерпевшего.

В целом ответы испытуемых оценивались по форме, содержанию и субъективной значимости, последняя - по 10-ти балльной системе оценок значимости выделенного события. Как правило, если испытуемый был не многословен, лаконичен, с трудом выделял одно-два события, то это указывало на психологическую защиту в форме «ухода» от задания, низкую степень рефлексии, тенденцию «отгородить» свое «Я» от «ненужных мыслей». Характерно, что в подобных случаях, перед выполнением этой методики, испытуемый довольно долго мог выполнять задания на исследование интеллекта, внимания, памяти, не вызывавшие у него агрессивных фрустрационных реакций. Последние появлялись лишь при аффективно-значимых темах. Наряду с этим встречались и противоположные по форме и содержанию ответы, в которых испытуемый склонен был как можно более подробно и убедительно рассказать о себе (приведенный выше пример). Ответы при этом были обстоятельны, детализированы, со множеством различных подробностей, что в целом указывало на необходимость постоянной актуализации значимых для испытуемого переживаний

и их высокую рефлексивность. В подобных случаях со стороны психолога вставала задача подробного анализа содержания таких событий, расстановки акцентов во внутренней картине развития личности, выявления функционального места этой значимой «точки» в общей структуре самосознания. По имеющимся результатам были получены следующие варианты ответов оцениваемых событий, имеющих, по мнению испытуемого, отношение к содеянному правонарушению: 1) события (обстоятельства) выделяются, но не имеют решающего значения, вину за происшедшее испытуемый берет на себя; 2) события (обстоятельства) решают все, при этом со стороны испытуемого выявляется так называемый «феномен неучастия» в содеянном: «При данных условиях иначе быть не могло». Личностная позиция испытуемого в таких случаях пассивна, ригидна и достаточно устойчива; 3) варианты «уходов» от анализа событий: «Ничто не препятствовало, как ничто не способствовало».

В дальнейшем, уже после опыта работы в судебно-психологической экспертизе, методика «ЗА и ПРОТИВ» применялась автором в индивидуальном и семейном консультировании, в групповой психотерапии как диагностический и одновременно психотерапевтический рефлексивный прием. Но при этом в центр анализа ставились уже не правонарушения, а такие понятия как «затянувшийся конфликт в семье», «неожиданный разрыв с друзьями», «отсутствие семьи», «несостоявшаяся любовь», «отсутствие любимой работы», «наступление болезни» и другие.

#### Литература

1. Психология самосознания. Хрестоматия. – Самара: ИД «БАХРАХ-М», 2000. -672 с.
2. Самосознание и защитные механизмы. Хрестоматия. – Самара: ИД «БАХРАХ-М», 2000. -656 с.
3. Фанталова Е.Б. Об одном методическом подходе к исследованию самосознания и мотивации // Психология XXI столетия. Т.2 / под ред. В.В.Козлова. – Ярославль, МАПН, 2008. С.254 - 256.

**Хайн А. Е.**

#### **Исследование эмоционального дистресса у подростков в процессе трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК)**

ФГБУ «ФНКЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева» Минздрава России,  
Москва, Россия,  
[khain.alina@gmail.com](mailto:khain.alina@gmail.com)

**Ключевые слова:** эмоциональный дистресс, психологическая адаптация, трансплантация гемопоэтических стволовых клеток, детская гематология и онкогематология

**Khain A.**

#### **Emotional distress in adolescents undergoing hematopoietic stem cell transplantation (HSCT)**

FSCC PHOI n.a. Dmitry Rogachev Ministry of Health RF, Moscow, Russia

**Keywords:** emotional distress, psychological adjustment hematopoietic stem cell transplantation, pediatric hematology and oncology

**Введение.** Международные медицинские организации предлагают ввести в клиническую практику регулярную оценку эмоционального дистресса, сделав ее такой же важной частью лечебного процесса в соматическом стационаре,

как и оценка боли [4]. Диагностика дистресса в онкологической клинике (в сравнении с диагностикой депрессии, тревоги...) предложена в связи с желанием уменьшить возможную стигматизацию, а также разработать экспресс-инструмент для комплексной оценки эмоционального состояния и более раннего подключения необходимых специалистов. ТГСК является одним из наиболее современных и активно развивающихся методов лечения в детской онкологии и онкогематологии [1]. Апробация современных психодиагностических скрининговых методов необходима для более эффективного построения программ психологического сопровождения, а также исследования особенностей и динамики эмоционального состояния пациента, факторов психологической адаптации к различным этапам ТГСК.

**Цель исследования.** Изучение особенностей эмоционального дистресса у пациентов подросткового возраста, проходящих лечение в отделении трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК). **Задачи:** 1. Определение уровня и характеристик эмоционального дистресса пациентов на этапе подготовки и этапе активного лечения в отделении ТГСК. 2. Сравнительное исследование динамики дистресса у пациентов подросткового возраста на различных этапах ТГСК. Характеристика обследуемой группы: В исследовании приняло участие 22 пациента подросткового возраста (n=22, в возрасте 11-18 лет; M=14.4; 13-мужского пола, 9-женского пола) проходящих лечение от гематологических (идиопатическая апластическая анемия, анемия Фанкони), онкогематологических заболеваний (острый лимфобластный лейкоз, острый миелобластный лейкоз) и направленных на аллогенную ТГСК в условиях специализированного отделения.

**Материалы и методы.** Изучение эмоционального дистресса пациентов подросткового возраста проводилось в рамках исследования факторов психологической адаптации к ТГСК с помощью методик:

а) Дистресс-термометр - методика для анализа воспринимаемого подростком актуального уровня эмоционального дискомфорта, а также для выявления основных проблем, внесших вклад в дистресс. Методика разработана Дж. Холланд, адаптирована для детей разных возрастов С. Патель [5]. Имеет три варианта для детей разного возраста. Вариант для детей 7-18 лет представлен визуальной измерительной шкалой в виде термометра, с отметками от 0 до 10 в левой части бланка, и перечнем симптомов, разбитых на группы (эмоциональные, физические, бытовые, духовные, семейные/социальные проблемы) в правой части бланка.

б) Шкала детской депрессии М. Ковак (адаптация С.В. Воликовой, А.Б. Холмогоровой) позволяет определить количественные показатели спектра депрессивных симптомов (сниженного настроения, гедонистической способности, вегетативных функций, самооценки, межличностных проблем) у детей и подростков от 7 до 17 лет, чувствительна к динамике состояния [2].

в) Интегративный тест тревожности (ИТТ) (адаптация Л.И. Вассермана, А.П. Бизюка) выявляет личностную (диспозиционную) и ситуационную тревожность, отличительная особенность интегративного теста – пять дополнительных субшкал, чувствительных к таким компонентам тревоги, как тревожная оценка перспектив, социальные реакции защиты, эмоциональные нарушения, астенический и фобический компоненты тревожности.



**Результаты.** По данным пилотажного исследования на этапе подготовки к трансплантации подростки отмечают у себя слабый дистресс в методике Дистресс-термометр ( $M=3.38$ ;  $SD=1.99$ ). Общий балл дистресса в данной методике значимо коррелирует с симптомами дистресса в эмоциональной сфере: Беспокойство ( $r=.649$ ,  $p=.001$ ), Страх ( $r=.583$ ,  $p=.006$ ), Раздражительность ( $r=.590$ ,  $p=.005$ ). Данные Дистресс-термометра на этапе подготовки к трансплантации коррелируют с результатами общих баллов Шкалы детской депрессии ( $r=.531$ ,  $p=.013$ ), а также общими баллами личностного ( $r=.515$ ,  $p=.020$ ) и ситуативного вариантов ( $r=.610$ ,  $p=.012$ ) Интегративного теста тревожности (ИТТ).

Уровень дистресса пациентов на этапе активного лечения в целом выше, чем на этапе подготовки к трансплантации ( $M=4.86$ ;  $SD=2.26$ ). На этапе активного лечения в отделении наполнение Дистресс-термометра в самоотчете пациентов значительно меняется. Вклад в дистресс, по мнению подростков, вносят Ощущение одиночества ( $r=.545$ ,  $p=.019$ ), Трудности общения со старыми друзьями ( $r=.528$ ,  $p=.024$ ). Наряду с Беспокойством ( $r=.496$ ,  $p=.036$ ) при повышении уровня дистресса появляются Раздражительность ( $r=.640$ ,  $p=.004$ ), Злость ( $r=.559$ ,  $p=.016$ ). Помимо отмечаемых и на первом этапе исследования Нарушений сна ( $r=.496$ ,  $p=.036$ ), проблем, связанных с побочными эффектами лечения Сухость носа ( $r=.470$ ,  $p=.049$ ), на активном этапе лечения в описании дистресса появляются Ощущение усталости ( $r=.523$ ,  $p=.026$ ), а также связанные с особыми условиями лечения Проблемы с передвижением ( $r=.492$ ,  $p=.038$ ), Трудности с гигиеной ( $r=.492$ ,  $p=.038$ ). Так же как и на первом этапе исследования уровень дистресса по Дистресс-термометру значимо коррелирует с общими баллами по Шкале детской депрессии ( $r=.811$ ,  $p=.000$ ) и по Интегративному тесту тревожности ( $r=.790$ ,  $p=.000$ ). В Шкале детской депрессии в сравнении с первым этапом исследования появляются корреляции с показателями Межличностные проблемы ( $r=.647$ ,  $p=.007$ ) и Негативная самооценка ( $r=.712$ ,  $p=.002$ ). При соотнесении уровня дистресса с результатами Интегративного теста тревожности обращает на себя внимание корреляция с субшкалой Социальные реакции защиты, отражающая тревожность в сфере социальных контактов, неуверенность в себе в связи с социальным взаимодействием ( $r=.597$ ,  $p=.015$ ).

**Выводы.** Данные опросника Дистресс-термометр коррелируют с результатами общих баллов Шкалы детской депрессии, общими баллами личностного и ситуативного вариантов Интегративного теста тревожности на обоих этапах исследования, что подтверждает описанную в зарубежной литературе высокую прогностическую значимость данной методики [3,5]. Результаты пилотажного исследования продемонстрировали значимые различия в уровне и характеристиках дистресса на этапе подготовки к трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и этапе активного лечения у подростков проходящих лечение в отделениях ТГСК. На этапе подготовки к трансплантации гемопоэтических стволовых клеток у пациентов выявлен низкий уровень эмоционального дистресса. Повышение уровня дистресса значимо коррелирует со снижением фона настроения, ангедонией, усталостью в связи с тяжелым предшествующим лечением, а также тревожностью и беспокойством перед предстоящей трансплантацией. Эмоциональный дистресс пациентов на этапе активного лечения значимо выше, чем на этапе подготовки к ТГСК. В самоотчете отно-

сительно эмоционального состояния помимо ангедонии и тревоги, подростки отмечают также злость и раздражение. Особые условия лечения в отделениях ТГСК связаны с повышением контроля и зависимости от значимых взрослых, дефицитом личного пространства, изоляцией. Результаты исследования показали, что подростки реагируют на эти условия возросшим ощущением одиночества, социальной тревогой, неудовлетворенностью существующим уровнем контактов и неуверенностью в будущем успешном взаимодействии. Выявлена значимая прямая корреляция между уровнем дистресса подростка на этапе подготовки к трансплантации и этапе активного лечения. Ранняя диагностика эмоционального состояния пациентов направляемых на ТГСК могла бы помочь выделить группу пациентов наиболее нуждающихся в психологическом сопровождении лечения для снижения риска развития симптомов нарушений психологической адаптации.

#### Литература

1. Хаин А.Е. Психологические аспекты трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) у детей // Консультативная психология и психотерапия, 2015. Том 23. № 1. С. 116–125.
2. Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Калина О.Г. Методические рекомендации: применение опросника детской депрессии М. Ковак (CDI). М.: ФГБУ «МНИИП», 2013.
3. Blenkiron Paul, Brooks Alexander, Dearden Richard, McVey Joanne Use of the distress thermometer to evaluate symptoms, outcome and satisfaction in a specialist psycho-oncology service // General Hospital Psychiatry, 2014. V. 36 P.607–612.
4. Holland J.C., Breitbart W.C., Butow P.N., Jacobsen P.B., Loscalzo M.J., McCorkle R. Psycho-Oncology // Oxford University Press, 2015.
5. Patel Sunita K., Mullins Wendy, Turk Anne, Dekel Noya, Kinjo Christine and Sato Judith K., Distress screening, rater agreement, and services in pediatric oncology // Psycho-Oncology, 2011. V. 20 P.1324–1333.

**Харисова Р.Р., Чебакова Ю.В., Паршуков А.Ю.**

**Возможности исследования специфики опосредования процесса обобщения эффектами внешнего контекста при психических расстройствах**

НОЧУ ВО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия,  
[checkquality@mail.ru](mailto:checkquality@mail.ru), [chebakova.yu.v@mail.ru](mailto:chebakova.yu.v@mail.ru), [mat-tri-x@yandex.ru](mailto:mat-tri-x@yandex.ru)

**Ключевые слова:** мышление, нарушения мышления, процесс обобщения, контекстный эффект

**Kharisova R., Chebakova Yu., Parshukov A.**

**Possibilities study the specifics of the mediation process of external context effects in generalizations in mental disorders**

Laboratory of Experimental and Practical Psychology,  
Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia

**Keywords:** thinking, thought disorder, generalization, context effect

**Введение.** В психологической науке проблема выделения существенных признаков рассматривалась с точки зрения структуры понятия [2]. Однако открытыми остаются вопросы о том, что следует считать существенным признаком, на основании которого формируется понятие, а также в чем отличие латентных обобщений, актуализируемых при эндогенных заболеваниях и пограничных расстройствах [1; 3; 4; 5]. Ряд последних исследований позволяет говорить о неоднородности как латентных (субъективных, анализаторных, синтак-

сических) [8], так и нормативных (категориальных и функциональных) обобщений [5].

**Материал и методы.** В проведенном нами исследовании разных типов нормативных обобщений (категориальных и функциональных) и их нарушений при шизофрении [5], была показана зависимость выбора существенных признаков, на основе которых осуществляется обобщение, от условий экспериментального задания. С помощью специальной организации заданий на исключение лишнего предмета с двухальтернативным выбором обобщения (по категориальному или функциональному признаку) и варьирования семантической близости соответствующих признаков, мы показали, что обобщение производится на основе заданных условий сенсibilизации, как в группе здоровых лиц, так и у больных шизофренией. В так называемых несенсibilизированных пробах (при одинаковой семантической близости понятий по категориальному и функциональному признаку) испытуемые опирались на индивидуальные стратегии обобщения, которые, предположительно, связаны с особенностями когнитивного стиля.

Полученные результаты зависимости процесса обобщения от экспериментально моделируемой семантической близости понятий обосновали обращение к зарубежной традиции исследования эффектов контекста (context effect), позволяющей объяснить процессуальную сторону семантической репрезентации знаний с помощью влияния различных факторов на восприятие той или иной формы стимуляции [9]. Условия задания, определяющие экспериментальную сенсibilизацию, мы обозначили внешним контекстом; индивидуальные стратегии обобщения, актуализируемые в несенсibilизированных пробах, – внутренним контекстом.

В рамках отечественной психологии также существует традиция исследования процессов восприятия, «викарных перцептивных действий», специфических образований опыта человека, эмоционально-личностных особенностей [2; 3; 6] как факторов, опосредующих извлечение упроченного содержимого памяти в непосредственном познавательном акте. В рамках исследований нарушений мышления при шизофрении в отечественном подходе выявлен вклад механизмов «смысловой смещенности», переструктурирования мотивационно-потребностной иерархии в феноменологии нарушений мышления; изучена операциональная сторона мыслительного акта с точки зрения изменения вероятностной структуры социального опыта [2; 3; 4].

Понимание механизмов нарушения мышления при шизофрении в зарубежных исследованиях тесно связано с гипотезой об «отказе» в восприятии или «принятии» контекстного материала [9].

В современных отечественных исследованиях также имеется ряд данных в отношении понимания роли контекста эмоциональных стимулов в решении познавательных задач у пациентов с личностными расстройствами, а также дезорганизующей роли избыточной пристрастности [1].

Таким образом, как отечественные, так и зарубежные исследования позволяют предположить, что при шизофрении существует дефицит обработки социального контекста; при пограничных расстройствах дефицит обработки контекста связывается с выраженным субъективным откликом на фоновые раздражители. Мы предполагаем, что существуют различные механизмы акту-

ализации латентных, в частности, субъективных признаков предметов при шизофрении и пограничных психических расстройствах, которые могут раскрыть новые возможности дифференциальной диагностики указанных нозологических форм. Выбор субъективных признаков при обобщении больными шизофренией определяется дефицитом обработки социального контекста, больными пограничными психическими расстройствами – напротив, избыточной социальной опосредованностью.

Возможность актуализации как латентных, так и субъективных признаков как существенных при обобщении в специально заданных контекстных условиях в группе здоровых лиц была нами выявлена в последних исследованиях [7]. Экспериментально была показана возможность дезинтеграции и нестабильность социально-обусловленных признаков предметов и явлений, задающих их денотат (основное значение). Так, при усилении коннотативных (не основных с точки зрения социального контекста) признаков предметов (например, опасности в задании «нож-рогатка-пистолет»), выступающих субъективными латентными признаками в условиях иного «фоновое» окружения (в задании «нож-вилка-ложка»), а также при варьировании семантической близости понятий, нормативность обобщений стала определяться их контекстным опосредованием. Таким образом, те или иные свойства предметов (субъективные, функциональные) меняли модус своего качества (патологического/нормативного) в условиях определения роли различных фоновых стимулов при решении задачи.

Для выявления специфики опосредования процесса обобщения эффектами внешнего контекста предполагается создание и использование модифицированной методики «Исключение предметов» с тремя сериями проб. Первая серия предполагает наличие проб с разной семантической близостью понятий (с высокой, средней и низкой плотностью обобщаемых групп), определяемой путем попарного сравнения понятий в пилотном исследовании. Варьирование семантической близости понятий позволит задавать экспериментальные условия, определяющие существенные признаки при обобщении. Данная серия будет разделена на две группы проб. В первой группе в заданиях будет заложен один признак для обобщения. Во второй группе задания будут представлять двухальтернативный выбор существенного признака для обобщения (категориального, субъективного). Выделение двух групп проб позволит варьировать, во-первых, степень неопределенности стимульного материала и позволит изучить особенности контекстной обработки в зависимости от структурированности внешнего контекста, во-вторых, обеспечит исследование индивидуальных стратегий обобщения в норме и при психических расстройствах. Вторая серия («Химеры») состоит из стандартных категориальных групп обобщения при наличии в данной группе предмета с нестандартным социальным контекстом его использования. Данная серия предполагает создание ассоциального контекста разной степени выраженности, который должен дезорганизовать процесс обобщения при пограничных психических расстройствах и в группе здоровых лиц и облегчить контекстную обработку больных шизофренией. Третья серия определяется сенсibilизацией коннотативного свойства предмета с актуализацией его скрытого, но социально обусловленного признака. Усиление социального, эмоционально значимого контекста предполагает

создание экспериментальных условий для проявления феномена аффективной дезорганизации в группе лиц с пограничными психическими расстройствами.

Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №16-06-00830.

Литература

1. Виноградова М.Г., Тхостов А.Ш. Смысловая регуляция познавательной деятельности при истерическом расстройстве личности // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 2.
2. Выготский Л.С. Мышление и речь. – М., 1999. – 352 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М., 2003. – 208 с.
4. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. – М., 1991. – 256 с.
5. Паршук А.Ю., Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р., Кузнецова Н.В. Нарушение опосредования функциональных и категориальных типов обобщения при шизофрении // Психологические исследования. 2016. Т. 9, N 46. С. 4. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 27.09.2016).
6. Рубинштейн С.Я. Психология умственно отсталого школьника. – М., 1986. – 192 с.
7. Харисова Р.Р. Специфика актуализации категориальных и субъективных обобщений в норме и у больных шизофренией // Новое слово в науке и практике. – Новосибирск, 2015 – С. 73-79.
8. Чебакова Ю.В., Харисова Р.Р. Классификация латентных признаков в патопсихологическом обследовании при шизофрении // Материалы Юбилейной науч.-прак. конф. «Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения». – М., 2011. – С. 177-180.
9. Cohen J.P., Servan-Schreiber D. Context, cortex and dopamine: A connectionist approach to behaviour and biology in schizophrenia // Psychological Review. 1992. N 99. Pp. 45–77.

**Хрущев С.О., Выборных Д.Э., Федорова С.Ю., Кузьмина Л.А., Паровичникова Е.Н.**

**Диагностика когнитивных нарушений у пациентов с заболеваниями системы крови при трансплантации костного мозга**

ФГБУ Гематологический научный центр Минздрава России, Москва, Россия,  
[dvyb@yandex.ru](mailto:dvyb@yandex.ru)

**Ключевые слова:** заболевания системы крови, трансплантация костного мозга, когнитивные нарушения

**Khrushchev S., Vybornykh D., Fedorova S., Kuzmina L., Parovichnikova E.**  
**Diagnosis of cognitive impairments in patients with hematological malignancies in bone marrow transplantation**

National Research Center for Hematology, Moscow, Russia

**Keywords:** hematological malignancies, bone marrow transplantation, cognitive impairments

**Введение.** Тяжелые соматические заболевания, как правило, сопровождаются психологическими нарушениями, выступающими в структуре реакции личности на болезнь, либо являющимися непосредственным осложнением, как само заболевание, так и проводимых терапевтических процедур. Одними из наиболее распространенных синдромов, сопутствующих течению и терапии заболеваний системы крови, являются когнитивные нарушения. Трансплантация костного мозга (ТКМ) / трансплантация стволовых кроветворных клеток крови (ТСКК) у взрослых является общепризнанным методом лечения различ-

ных заболеваний системы крови, таких как: лейкозы, лимфомы и миеломы и т.п. [1,2]. Результаты исследований показывают, что существующие протоколы лечения, и, в частности, процедура ТКМ, являются факторами риска возникновения когнитивных нарушений [3,4]. Чаще всего (у пациентов с опухолями, локализованными вне ЦНС) диагностируют нарушения произвольной регуляции, памяти, внимания, моторных навыков, способности к обработке информации [5]. Степень выраженности нарушений у пациентов с заболеваниями системы крови варьируется в широком диапазоне: от тяжелых когнитивных нарушений (при делириозном синдроме) до мягких когнитивных снижений (в частности, в отдаленном посттрансплантационном периоде). Нарушения когнитивного функционирования осложняют способность больных к адаптации (общее качество жизни, профессиональная деятельность, обучение, взаимоотношения в семье). Диагностика когнитивных нарушений у данной группы пациентов является малоизученной областью, но подобные исследования, могут помочь в решении следующих проблем:

- определение структуры и характера (транзиторные и устойчивые [6,7]) когнитивных нарушений у пациентов с ТКМ.
- оценка влияния фармакотерапии основного заболевания на динамику когнитивного функционирования больных
- диагностика с целью определения необходимости дополнительного осмотра психиатра и проведения психофармакотерапии (для восстановления когнитивного функционирования)
- разработка и реализация программ клинко-психологической реабилитации пациентов.

Таким образом, авторам представляется актуальным исследование когнитивных нарушений у данной группы пациентов, в частности, с точки зрения нейропсихологического подхода.

Результаты большинства зарубежных исследований, включавших нейропсихологическое обследование и психометрические тесты, единогласно указывают на наличие когнитивных нарушений у пациентов в до- и посттрансплантационном периоде. В частности M.Andrykowski et al. [8] указывают, что те или иные нарушения наблюдаются у 33% испытуемых (n=55). Из них в 26 % нарушения моторной ловкости, в 22% нарушения памяти, в 6% нарушения внимания. В исследовании M.Friedman et al. [9] у 39% (n=117) пациентов наблюдались те или иные нарушения когнитивных функций (более 1-1.5 ст. откл.). В работах [10,11,12] описаны более значительные цифры: у 42%, 50% и 80% больных наблюдали когнитивные нарушения по одному и более домену, соответственно (популяционная норма 15.7%). Ключевыми нарушенными доменами являлись: память, внимание и произвольная регуляция, вербальная беглость. По данным другого исследования [13] - 62% больных жаловались на ухудшение памяти, 50% на нарушения внимания. Была выявлена значимая корреляция ( $p=0.05$ ) между самоотчетами пациентов о когнитивных нарушениях и результатами нейропсихологического исследования, подтверждавшего наличие когнитивных нарушений [13,14].

Что же касается динамики когнитивных расстройств, то, по данным S.Jacobs et al. [15], у более чем 50% (n=65) больных были выявлены умеренные нарушения (1 ст.откл.) в более чем одном когнитивном домене спустя 6 мес. после

ТКМ (популяционная норма - 16%). Умеренные или тяжелые (2-3 ст. откл. и более) нарушения наблюдались у 28% больных в одном и более домене (популяционная норма - 7%). [7,11]) n=142 указывается что, на 80 день после ТКМ было обнаружено снижение когнитивных функций по тому или иному домену у всех испытуемых (p=0.05), но спустя 12 месяцев у испытуемых выявлено улучшение значений функционирования (p=.005) с возвращением на уровень, отмечаемый до ТКМ (за исключением моторной ловкости). Моторные навыки остаются снижены даже спустя 12 мес. после трансплантации (p=0.01), а вербальная беглость и вербальная память остаются значительно ниже нормы на всех этапах (p=0.01), хотя и возвращаются к уровню до трансплантации спустя 12 мес.

Таким образом, результаты исследования показывают, что у пациентов с заболеваниями системы крови до и после ТКМ нарушения когнитивных функций проявляются в следующих сферах: памяти, внимания, произвольной регуляции, вербальной беглости. Наблюдается позитивная динамика в когнитивном функционировании в некоторых доменах по прошествии 6-12 месяцев после ТКМ.

Расхождение результатов разных исследований могут быть объяснены разными подходами к определению понятия нарушения той или иной функции. Одни исследования опираются на критерий 1 ст.откл., другие 1.5-2 ст откл. К тому же исследования нередко являются гетерогенными по нозологическим группам и типам ТКМ, не смотря на то, что существуют значительные различия в терапевтических протоколах при аллогенной ТКМ и аутологичной ТКМ. **Результаты.** Авторами данной статьи проводится исследование когнитивного функционирования у пациентов, перенесших ТКМ. На данном этапе предварительные результаты количественного анализа на основании нейропсихологической диагностики в дотрансплантационном периоде следующие:

на основе базового нейропсихологического обследования 43 пациентов (острый лимфобластный лейкоз (n=21), острый миелобластный лейкоз (n=16) и множественная миелома (n=7), 18 мужчин и 25 женщин, средний возраст 34 +/- 7.9) были выявлены нарушения одной или более ВПФ у 32 (75%) пациентов. Наибольшие нарушения были выявлены в следующих доменах: внимание, память, произвольная регуляция, а так же моторные навыки. Последующее исследование когнитивных нарушений на посттрансплантационном периоде (6 – 12 мес. после ТКМ) и увеличение численности выборки позволят провести не только детальную количественную оценку, но и качественный нейропсихологический анализ в рамках отечественного подхода А.Р.Лурия.

**Резюме.** Говоря о перспективах дальнейших исследований, следует еще раз подчеркнуть, что терапия заболеваний системы крови, как правило, сопровождается развитием целого спектра когнитивных нарушений. Принимая во внимание тот факт, что у большинства пациентов нарушения являются умеренными, а в некоторых случаях незаметны для самого пациента и его окружения, актуальным становится вопрос диагностики таких «невных» нарушений. В этом ключе может оказаться результативным использование методов, разрабатываемых в рамках критериев мягких когнитивных снижений (МКС) [16,17,18].

Одним из существующих пробелов в исследованиях когнитивных нарушений у больных с ТКМ [15] является оценка динамики функционирования на раннем посттрансплантационном периоде (первые 4 недели после ТКМ). В виду тяжелого соматического состояния (инфекционные осложнения, агранулоцитоз и т.п.) и трудоемкости многочисленного проведения полного нейропсихологического обследования, реалистичным компромиссом представляется использование компьютеризированных экспресс методик для оценки когнитивного функционирования и его динамики.

#### Литература

1. Aschan J. Allogeneic haematopoietic stem cell transplantation: current status and future outlook. *Br Med Bull.* 2006;77-78:23-36.
2. Ringden O, LeBlanc K. Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation: state of the art and new perspectives. *APMIS.* 2005;113:813-830.
3. Pavol, M. A., Meyers, C. A., Rexer, J. L., Valentine, A. D., Mattis, P. J., & Talpaz, M. (1995). Pattern of neurobehavioral deficits associated with interferon alfa therapy for leukemia. *Neurology*, 45, 947–950.
4. Meyers, C. A., Albitar, M., & Estey, E. (2005). Cognitive impairment, fatigue, and cytokine levels in patients with acute myelogenous leukemia or myelodysplastic syndrome. *Cancer*, 104, 788–793.
5. Harder H, Van Gool AR, Cornelissen JJ, et al. Assessment of pre-treatment cognitive performance in adult bone marrow haemopoietic stem cell transplantation patients: a comparative study. *Eur J Cancer.* 2005;41:1007-1016.
6. Jacobs, S.R., Small, B.J., Booth-Jones, M., Jacobsen, P.B. & Fields, K.K. (2007). Changes in cognitive functioning in the year after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 110, 1560 – 1567.
7. Booth-Jones M, Jacobsen PB, Ransom S, Soety E. Characteristics and correlates of cognitive functioning following bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant.* 2005; 36(8):695–702.
8. Andrykowski, M. A., Schmitt, F. A., Gregg, M. E., Brady, M. J., Lamb, D. G., & Henslee-Downey, P. J. (1992). Neuropsychologic impairment in adult bone marrow transplant candidates. *Cancer*, 70 (9), 2288–2297.
9. Friedman MA, Fernandez M, Wefel JS, Myszka KA, Champlin RE, Meyers CA. Course of cognitive decline in hematopoietic stem cell transplantation: a within-subjects design. *Arch Clin Neuropsychol.* 2009; 24(7):689–698.
10. Scherwath A, Schirmer L, Kruse M, Ernst G, Eder M, Dinkel A, et al. Cognitive functioning in allogeneic hematopoietic stem cell transplantation recipients and its medical correlates: a prospective multicenter study. *Psychooncology.* 2012
11. Syrjala KL, Langer SL, Abrams JR, et al. Recovery and long-term function after hematopoietic cell transplantation for leukemia or lymphoma. *JAMA.* 2004;291:2335-2343.
12. Beglinger LJ, Duff K, Van Der Heiden S, et al. Neuropsychological and psychiatric functioning pre- and posthematopoietic stem cell transplantation in adult cancer patients: a preliminary study. *J Int Neuropsychol Soc.* 2007;13:172-177.
13. Harder H, Cornelissen JJ, Van Gool AR et al. Cognitive functioning and quality of life in long-term adult survivors of bone marrow transplantation. *Cancer* 2002; 95: 183–192.
14. Poppelreuter M, Weis J, Kulz AK, et al: Cognitive dysfunction and subjective complaints of cancer patients. a cross-sectional study in a cancer rehabilitation centre. *Eur J Cancer* 40:43-49, 2004
15. Jacobs, S. R., Small, B. J., Booth-Jones, M., Jacobsen, P. B., & Field, K. K. (2007). Changes in cognitive functioning in the year after hematopoietic stem cell transplantation. *Cancer*, 110, 1560–1567.
16. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol.* 1999;56(3):303–308.



17. Jak AJ, Bondi MW, Delano-Wood L, Wierenga C, Corey-Bloom J, Salmon DP, Delis DC. Quantification of five neuropsychological approaches to defining mild cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2009 May;17(5):368–375.
18. Есейкина Л.И., Лукин А.В., Плужников И.В. Отечественный и зарубежный опыт нейropsychологической оценки психических функций при синдроме мягкого когнитивного снижения. Сообщение 1. Научно-практический журнал «Психиатрия», № 02 (70) 2016. Стр 55-62.

**Чепелюк А.А.**

**Опыт применения модифицированного теста Г. Виткина для исследования когнитивных процессов при расстройствах личности**

ГБУЗ «ПКБ имени Ю.В. Каннабиха ДЗМ», Москва, Россия,  
[staysha@yandex.ru](mailto:staysha@yandex.ru)

**Ключевые слова:** расстройства личности, когнитивные стратегии, нарушения познавательной деятельности, модифицированный тест Г.Виткина

**Chepelyuk A.**

**Experience in the application of the modified H. Witkin's test to study cognitive processes in personality disorders**

Cannabich Mental Hospital, Moscow, Russia

**Keywords:** personality disorder, cognitive strategies, impairments of cognitive activity, the modified Witkin's test

**Введение.** Современное развитие исследований расстройств личности (РЛ) основывается на изучении закономерностей нормального и нарушенного развития, искажений восприятия образов собственного "Я" и других, понимании личностной патологии как сложного взаимодействия генетических и средовых факторов. Одним из наиболее важных аспектов современного подхода является признание того факта, что изучение личностных расстройств возможно только в случае интегрального рассмотрения внешне наблюдаемых описательных характеристик и лежащих за ними психологических процессов и свойств (Widiger T.A., 2012), поддерживающих патологическое или же обеспечивающих адаптивное функционирование личности (Perry J. Ch., Presniak M.D., Olson T.R., 2013). Существующие в настоящее время модели психологических механизмов нарушений психической деятельности при расстройствах личности указывают на важную роль ситуаций межличностного взаимодействия для экстерииоризации особенностей и нарушений когнитивных и эмоционально-личностных стилей (Herpertz S.C., Bertsch K., 2014). Среди психологических механизмов нарушений психической деятельности исследователями описаны нарушения механизмов эмоциональной и смысловой регуляции деятельности (Tkhostov A.Sh., Vinogradova M.G. 2010), программирования и контроля (Giakoumaki S., 2012), построения модели сознания другого (Ripoll L.H., Zaki J, Perez-Rodriguez M.M., et.al, 2013). В качестве психологических характеристик расстройств личности указывают снижение толерантности к ситуациям неопределенности (Osma J., 2014), утрату внутренней последовательности и связанности переживаний «я» (Соколова Е.Т., 2012), нечувствительность к противоречиям (Tkhostov A.Sh., Vinogradova M.G., 2013)

Патопсихологическое исследование нарушений психической деятельности при расстройстве личности осложняется рядом трудностей, обусловленных их многоаспектностью, нестабильностью дисфункциональных проявлений, приближенностью к нормативному уровню, а также возникновением в особых стрессовых условиях, где невозможность опоры на привычный способ функционирования приводит к дезорганизации сложившегося стереотипа адаптации (Виноградова М.Г., Ермушева А.А., Шабанова А.А., 2013). Многоаспектность, ситуативность, невыраженность когнитивных нарушений психической деятельности при РЛ требует разработки специального методического аппарата, исследующего познавательные процессы в развернутом виде, основывающегося на тесной взаимосвязи и взаимодействии личностных, эмоциональных и когнитивных компонентов психической деятельности, и позволяющего отмечать не только «отклонения» от объективно заданных критериев, но и фиксировать качественные особенности деятельности.

**Материал и методы.** В качестве экспериментальной патопсихологической методики, позволяющей учитывать вышеописанные особенности исследования расстройств личности, нами был разработан модифицированный вариант теста «Включенных фигур» Г. Виткина. Модификация основывалась на базовых принципах построения экспериментального патопсихологического обследования и заключалась в моделировании деятельности пациентов с помощью дифференциации в выполнении различных действий: анализа и синтеза наглядного абстрактного материала, сравнения различных деталей, сопоставления части и целого, заданного образца и полученного результата, в непривычных условиях. Также моделирование деятельности осуществлялось за счет использования приемов "глухой" и "дополнительной" инструкций, позволяющих варьировать степень неопределенности задания, увеличивая или снижая количество степеней свободы в принятии решения, создавая возможность для максимальной проекции личностных свойств; и различных способов организации стимульного материала (сукцессивного и симультанного). Принцип учета отношения больного к ситуации исследования реализовывался в фиксации различных комментариев в процессе выполнения задания, вопросов к экспериментатору, наличия или отсутствия заинтересованности результатами выполнения и т.д. Принцип качественного анализа заключался в фиксации темпа выполнения, характера допускаемых ошибок и отношения к ним, особенностей взаимодействия с инструкциями и стимульным материалом и т.д.

В стандартном проведении от испытуемого требуется отыскать только одну из 8-и простых фигур в структуре каждой из 24-х сложных (всего 24 стимульных ситуаций). В модифицированном варианте исследование было организовано в две серии. В первой серии испытуемому предъявлялись сложные фигуры с первой по двенадцатую и восемь простых фигур к ним (всего 96 стимульных ситуаций). Во второй серии - сложные фигуры с тринадцатой по двадцать четвертую одновременно по две (всего 48 стимульных ситуаций). Для количественного анализа результатов выполнения теста Виткина был разработан ряд параметров. В качестве основных параметров выполнения приведем в данном исследовании следующие: число

правильных ответов в каждой серии, количество выборов простых фигур в структуре сложных в первой и второй сериях и число ошибок по типу «ложных» тревог. Для анализа стратегий выполнения внутри каждой из групп были выделены испытуемые с максимальными и минимальными значениями правильных ответов.

В исследовании приняло участие 140 человек, из них 70 больных с расстройствами личности (РЛ, экспериментальная группа) и 70 здоровых испытуемых (контрольная группа). Среди обследованных больных – 50 пациентов с диагнозом шизотипическое расстройство личности (ШРЛ) - F21.3, 20 пациентов с диагнозом обсессивно-компульсивное расстройство личности (ОКРЛ) - F60.55. Исследование проводилось на базе ГБУЗ «ПКБ имени Ю. В. Каннабиха ДЗМ».

**Результаты.** При выполнении первой серии модифицированного теста Г. Виткина были обнаружены как общие, так и различные для больных с РЛ и здоровых испытуемых стратегии. Общими стратегиями являлись: достижение большого числа правильных ответов при увеличении числа выборов простых фигур в структуре сложных, когда наряду с правильными ответами отмечается большое количество неточных («псевдопродуктивная» стратегия); стратегия достижения малого количества правильных ответов при малом числе неточных выборов простых фигур в структуре сложных (непродуктивная стратегия с малым количеством выборов) и стратегия малого количества правильных ответов наряду с большим количеством неточных выборов (непродуктивная стратегия с большим количеством выборов). Важно отметить, что больные с РЛ, применяющие «псевдопродуктивную» стратегию в первой серии теста, отличались от здоровых испытуемых, использующих аналогичную стратегию, меньшим числом правильных ответов (так, в контрольной группе мода составила 9 верных ответов, в группе пациентов с ШРЛ – 7,  $p \leq 0,05$ ; в группе пациентов с ОКРЛ – 6,  $p \leq 0,01$ ). Для пациентов с РЛ с непродуктивными стратегиями также было характерно меньшее число правильных ответов по сравнению со здоровыми испытуемыми (так, мода правильных ответов в группе пациентов с ШРЛ, применявших непродуктивную стратегию с малым числом неточных выборов, составила - 1 ответ, в контрольной группе – 3 ответа,  $p \leq 0,05$ ; мода правильных ответов в группе пациентов с ШРЛ и с ОКРЛ, использующих непродуктивную стратегию с большим числом неточных выборов – 2, в контрольной группе – 3,  $p \leq 0,05$ ). Следует подчеркнуть, что у пациентов с РЛ при выполнении первой серии теста не было обнаружено «истинно» продуктивной стратегии (достижения большого количества правильных ответов за счет высокой точности выборов), характерной для здоровых испытуемых. Кроме того, «псевдопродуктивная» стратегия была характерна только для 10% здоровых испытуемых, в то время как у больных с РЛ наблюдалась увеличение ее доли (у 14% экспериментальной группы пациентов с ШРЛ и у 25% экспериментальной группы пациентов с ОКРЛ). Среди здоровых испытуемых наблюдалась относительная сопоставимость количества респондентов, использующих непродуктивные стратегии с малым и большим числом неточных выборов (11% и 16%, соответственно). У пациентов с РЛ было обнаружено преобладание непродуктивной стратегии с большим числом неточных выборов по сравнению с аналогичной с малым

числом неточных выборов (42% и 16% экспериментальной группы больных с ШРЛ; и 33% и 0% среди больных с ОКРЛ, соответственно).

Во второй серии модифицированного теста Г. Виткина у здоровых испытуемых с большим количеством правильных ответов наблюдалось отсутствие «псевдопродуктивной» стратегии и преобладание истинно продуктивной стратегии (у 11% от контрольной группы), в то время как у пациентов с РЛ преобладала «псевдопродуктивная» стратегия (12% от экспериментальной группы пациентов с ШРЛ) и отсутствовала стратегия истинной продуктивности. Среди непродуктивных стратегий в контрольной группе была обнаружена только стратегия с малым числом неточных выборов (у 13% от контрольной группы), в то время как для пациентов с РЛ были характерны непродуктивные стратегии как с малым (у 25% от экспериментальной группы пациентов с ОКРЛ) и у 22% от экспериментальной группы больных с ШРЛ), так и с большим количеством неточных выборов (у 16% от экспериментальной группы пациентов с ШРЛ).

**Выводы.** Полученные в результате применения модифицированного теста «Включенных фигур» Г. Виткина данные свидетельствуют о наличии общих и различных стратегий, наблюдаемых у здоровых испытуемых и больных с РЛ при решении невербальных задач. В условиях увеличения когнитивной нагрузки во второй серии теста, связанной с изменением способа организации стимульного материала, сложившегося стереотипа выполнения, различия в используемых стратегиях между здоровыми испытуемыми и пациентами с РЛ становятся наиболее выраженными.

**Шагиясова А.**

**Отношение к болезни – как важный элемент объективного статуса больного**

Национальный университет Узбекистана, Ташкент

**Ключевые слова:** психосоматика, отношение к болезни, личностный подход, статус больного, реабилитация

**Shagiyasova A.**

**Attitude to illness - an essential element of objective of patient status**

National University of Uzbekistan, Tashkent

**Keywords:** psychosomatic medicine, attitude to illness, personal approach, the status of the patient, rehabilitation

Современная медицина характеризуется внедрением идей и методов медицинской психологии в клинику соматических заболеваний. Этот процесс во многом обусловлен развитием реабилитационного направления, одним из самых важных принципов которого является личностный подход. В концепции реабилитации больной наряду с врачом выступает в лечебном процессе как субъект. Поэтому особенности личности больного, его позиция по отношению к своему заболеванию и лечению, а также врачам и к другому медицинскому персоналу становятся существенно важными факторами успешности его реабилитации. "Реабилитация есть система государственных, социально-экономических, медицинских, психолого-педагогических, профессиональных и других мероприятий, направленных на предупреждение развития патологи-

ческих процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов в общество и к общественному труду. М.М.Кабанов подчеркивает, что реабилитация - это - прежде всего ресоциализация, а цель соответствующей системы мероприятий заключается в восстановлении и сохранении не только здоровья, но и личного и социального статуса больного, т.е. его положения в собственных глазах и в глазах общества. По мнению автора, восстановление престижа в собственных глазах и глазах окружающих тесно, связанное с изменением отношения к себе, своей болезни, семье, другим близким и знакомым людям, работе, образованию, досугу, различного рода увлечениям, обществу в целом - все это представляет сферу приложения реабилитационной концепции. При соматических заболеваниях, как правило, всегда налицо "сложные кольцевые зависимости психического и соматического по типу круга, а в ряде случаев, порочного круга", с взаимным переходом психогении в соматогению и наоборот. Помочь больному выйти из такого порочного круга могут психофармакологические и психотерапевтические воздействия на психику больного "с целью устранения болезненных симптомов изменения отношения к себе и окружающей среде".

В связи с этим объектом психокоррекционных и психотерапевтических воздействий является личность больного, понимаемая с позиции "психологии отношений" [В.Н.Мясищев], а теоретическим базисом те медико-психологические исследования, которые основываются на концепции психологии отношений В.Н.Мясищева.

Отношение к проблеме личности у В.Н.Мясищева неразрывно связано с его пониманием вопроса о соотношении биологического и социального в человеке. Отношения представляют сознательную, основанную на опыте избирательную психологическую связь человека с различными сторонами жизни. Она выражается в его действиях, реакциях и переживаниях. Отношение характеризует степень интереса, силу эмоций, желания или потребности, поэтому они и выступают в качестве движущей силы личности. Вместе с тем, как всякое отношение, оно носит субъективно-объективный характер, является содержательным и не может рассматриваться вне объекта отношения - природы самого заболевания. Психология отношений, являющаяся специфической концепцией личности в психологии, имеет существенное значение при исследовании проблем нормального и патологического формирования личности, происхождения болезней и механизмов развития, особенностей их клинических проявлений, лечения и предупреждения болезней.

Многолетние усилия психосоматической медицины в США и других западных странах, как мы уже отмечали выше, были направлены на выявление связи между определенным типом личности и каким-либо психосоматическим заболеванием. Выделялись в частности "язвенный", "коронарный", "артрический" типы. Отношение же больного к своей болезни, к окружению и к самому себе понималось, прежде всего, как функция бессознательного. С позиции психологии отношений следует признать, что эти отношения в подавляющем большинстве случаев сознательные, а те, что неосознанные, в принципе могут стать сознательными. Свойство личности - важный, но далеко не единственный фактор, определяющий отношение к болезни. Отношение к ней, ко всему, что связано и на что она оказывает влияние, определяется тремя важными

факторами: природой самого соматического заболевания, типом личности, отношением к данному заболеванию в том значимом для больного окружении, в той микросоциальной среде, к которой он принадлежит. Под влиянием этих трех факторов вырабатывается отношение к болезни. Плодотворное изучение явлений и процессов, в поле зрения которых будут больной, болезнь и ситуация, обусловленная ею, в настоящее время возможно только с помощью системного подхода. Конкретизацией общих положений указанного подхода применительно к психологическим наукам является выдвинутая и обоснованная П.К.Анохиным теория функциональных систем.

По мнению ряда авторов в процессе обследования и особенно лечения важное значение имеет то, как больной понимает своё заболевание и как к нему относится. Отношение больного к своей болезни хотя и имеет субъективную природу, но является важным элементом объективного статуса больного.

Нужно отметить, что для определения типа отношения к болезни одни данные обследования недостаточны, необходим также анализ психологического состояния, опирающийся не только на результаты комплексного исследования, но и на умение психолога или врача проникнуть во внутренний мир больного. Проникновение во внутренний мир больного способствует знанию его личностных особенностей. Следует выяснить, как больной оценивает характер и тяжесть заболевания, а также ситуацию, в которой оказался.

Коррекция отношения к болезни - это, как представляется система определенной психологической и физиологической функциональной реорганизации больного для выработки психологической защиты и перестройки его установок в отношении заболевания. Эта перестройка предусматривает сглаживание крайних вариантов и патологических форм личностных реакций, одним словом "научить больного болеть и лечиться". Выздоровление подчас сопровождается не полным возвратом к преморбидной структуре личности, а формированием новых мотивов, взглядов, желаний, стремлений, которые отражают изменения в отношении к себе и окружающим.

Таким образом, основной задачей психокоррекции отношения к болезни является реконструкция личности для освобождения зависимости от болезни путем ориентации на возможность достижения тех или других жизненных целей с учетом состояния здоровья.

#### Литература

1. Абрамова Г. С., Юдичц Ю.А. Психология в медицине. – М.: «Кафедра-М», 1998.
2. Александер Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение/ Пер. с англ. С. Могилевского.- М.: ЭКСМО-Пресс., 2000.- 352 с.
3. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. – Л., 1983.
4. Мясичев В.Н. Психология отношений. М. 1998 г.
5. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. Психологическое исследование. —М.1988.

**Шпилова Е.С., Рощина И.Ф., Вологодина Я.О.**

**Клинико-нейропсихологическое исследование пациентов гериатрического стационара с биполярным аффективным расстройством**

Отдел гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, МГППУ, Москва, Россия  
[elenum-r@mail.ru](mailto:elenum-r@mail.ru), [ifroshchina@mail.ru](mailto:ifroshchina@mail.ru), [yana.vologdina@mail.ru](mailto: yana.vologdina@mail.ru)

**Ключевые слова:** биполярное аффективное расстройство в позднем возрасте, психопатологическое и нейропсихологическое обследование, нарушения психической деятельности

**Shipilova E., Roshchina I., Vologdina Y.**

**Clinical and neuropsychological study of patients geriatric hospital with bipolar disorder**

Dept. of geriatric psychiatry FSBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** bipolar disorder in later life, psychopathological and neuropsychological examination, mental activity disorders

**Введение.** Биполярное аффективное расстройство (БАР) у лиц позднего возраста по сей день остается одной из насущных проблем здравоохранения в связи с общим старением населения [3]. Помимо снижения терапевтического ответа, обусловленного возрастными церебральными изменениями, более частого возникновения побочных эффектов, высокого уровня коморбидных соматических заболеваний, ведущих к ухудшению качества жизни и снижению ее продолжительности, у пациентов позднего возраста с БАР выше риск развития когнитивных нарушений по сравнению со здоровыми пожилыми людьми старше 60 лет [1,2].

**Цель исследования:** изучение особенностей нейропсихологического статуса и описание лобно-височной дисфункции у пациентов гериатрического стационара с биполярным аффективным расстройством (БАР).

**Материал и методы.** На базе гериатрического отделения клиники ФГБНУ НЦПЗ клинико-психопатологическим, психометрическим и нейропсихологическим методом было обследовано 55 пациентов с биполярным аффективным расстройством, находящихся на лечении в стационаре (34 мужчины и 21 женщина, средний возраст обследованных больных – 72,5 лет). Психометрическая оценка состояния пациентов проводилась с помощью шкалы Гамильтона для оценки депрессии (HAM-D), шкалы мании Янга (YMRS) и краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE). Комплексное нейропсихологическое обследование указанной когорты пациентов было проведено в традициях школы А.Р.Лурия и включало оценку как операциональных, так и регуляторных составляющих психической деятельности. Отдельно оценивались произвольная регуляция и нейродинамические параметры деятельности. Все обследованные пациенты были правшами.

**Результаты.** В процессе клинико-патопсихологического обследования выборка пациентов была разделена на 2 группы: 1-я группа (n=42, 76,4%, HAM-D ср. 24,4±3,8; YMRS ср. 5,0±2,0) была представлена депрессивными фазами преимущественно апато-адинамической и тревожно-апатической структуры; 2-я группа - гипоманиакальными состояниями с идеомоторной ускоренностью, дисфорией, нарушениями поведения (n=13, 23,6%, HAM-D ср. 7,5±1,5; YMRS ср. 18,6±2,5). Средний балл по шкале MMSE у пациентов обеих групп составлял 27,5±1,5 балла. Большинство пациентов обеих групп злоупотребляли алкоголем и бензодиазепиновыми транквилизаторами в период, предшествовавший госпитализации.

При нейропсихологическом исследовании у пациентов первой группы на первый план выступали симптомы со стороны лобных (глубинных) структур

преимущественно левого полушария головного мозга и височных долей левой гемисферы. Отмечались трудности концентрации внимания, удержания и разворачивания собственной программы деятельности, латенция при включении в выполнение заданий, инертность психических процессов, нарушение динамического праксиса, в ряде случаев – выраженная тенденция к микрографии, снижение номинативной функции речи, сужение объема и ошибки избирательности в слухо-речевой памяти (в виде литеральных парафазий на следах памяти и легких трудностей удержания порядка элементов), истощаемость психической деятельности.

По сравнению с группой больных с депрессивной фазой БАР, у пациентов второй группы была более выражена недостаточность со стороны передних отделов правого полушария головного мозга. Это проявлялось нарушениями избирательности психических процессов, импульсивностью деятельности, элементами полевого поведения, эхоталией, снижением произвольного запоминания, недостаточной критичностью в оценке своего состояния и результатов выполнения проб. Важно отметить, что в большинстве случаев перечисленные симптомы сочетались с левополушарной недостаточностью, характерной для первой группы больных.

Степень выраженности когнитивного дефицита и указанных симптомов в обеих группах могла быть различной.

**Выводы.** У пациентов позднего возраста с депрессивными фазами в рамках БАР ведущей оказалась левополушарная (лобная и височная) недостаточность. У пациентов с гипоманиакальным состоянием на первый план выступала дисфункция передних отделов правого полушария головного мозга. Данные результаты необходимо учитывать в клиничко-психологическом сопровождении пациентов пожилого возраста с биполярным аффективным расстройством различной психопатологической структуры.

#### Литература

1. Гаврилова С.И.: Современное состояние и перспективы развития отечественной гериатрической психиатрии. Социальная и клиническая психиатрия 2006 vol. №3 с.5-12
2. Depp CA, Jeste DV: Bipolar disorder in older adults: a critical review, *Bipolar Disord.* 2004 Oct; 6(5): 343 - 67.
3. Rouch I, Marescaux C, Padovan C, D'Amato T, Saitta B, Laurent B, Rey R, Lepetit A, Dorey JM. Hospitalisation for Bipolar Disorder: Comparison between Young and Elderly Patients. *Psychology* 2015, 6, 126-131.

**Шипкова К.М.**

«Модель психического» у пациентов с локальными поражениями мозга

Московский НИИ психиатрии – филиал ФГБУ ФМИЦПН им. В.П.Сербского  
Минздрава России, Москва, Россия  
[shipkova@list.ru](mailto:shipkova@list.ru)

**Ключевые слова:** модель психического, базовые эмоции, базовые и сложные социальные психические состояния, eye test, локальные поражения мозга, когнитивные нарушения



**Shipkova K.**

**“The theory of mind” in brain-damaged patients**

Moscow Research Institute of Psychiatry - a subdivision of V. Serbsky  
Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia

**Keywords:** “the theory of mind”, basic and complex mental states, eye test, local brain damages, cognitive disorders

**Введение.** “Модель психического” (“the theory of mind”, ToM) понимается, как возможность человека понять свое психическое состояние или другого человека [1]. Наиболее часто эта проблема отмечается при поражении вентро-медиального кортекса (VmpFC) OFC [3-10]. Такие пациенты в состоянии правильно оценить и понять знак социальной ситуации в целом, но когда сами оказываются в аналогичной ситуации, выбирают неверные, неадекватные пути ее решения. В работе J.Saver&A.Damasio [8] приводятся данные, что пациенты с поражением VmpFC могут найти решение межличностной проблемы других, но не могут найти решения, когда дело касается их самих. В исследовании K.Croft[9] отмечается, что при поражении VmpFC у пациентов возникают трудности в решении социальных задач, при этом несоциальные задачи решаются как обычно. R.Gupta [9] приводит данные, что при поражении VmpFC возникает неспособность к мимикрии движений, жестов, мимики собеседника. В других работах [11] говорится, что поражение OFC коры приводит к дефициту в понимании абстрактных социальных знаний: трудности понимания, что неловкого было в ситуации и чего не надо было говорить ни при каких обстоятельствах. Такие пациенты в повседневных ситуациях, зачастую говорят неуместные вещи, расторможены в поведении [12,13,14]. Это позволяет говорить, что OFC и VmpFC являются частью мозгового круга ToM и отвечают за понимание психических состояний себя и других.

**Цель** нашего исследования состояла в изучении влияния поражения корковых отделов мозга на способность идентификации психического состояния другого человека.

**Задачи исследования:** изучение возможности понимания по взгляду психических состояний другого человека разной степени сложности (БЭ и СС) пациентами с локальными поражениями мозга и когнитивными нарушениями.

**Методика.** Методика «eye test» («оценка психического состояния человека по его взгляду») [15]. Тест состоит из серии из 36 карточек с изображением части лица человека – области глаз. Их них БЭ - 15 шт., СС - 21шт. Правильный ответ оценивается в 1 балл (макс. балл -36 баллов). Показатели нормы: муж.27.6±2.2.; ж.27.3±3 [16].

**Испытуемые.** В исследовании приняли участие 17 человек (10мужчин и 4 женщин) в возрасте 52.5±26.5 лет. Давность заболевания от 11мес. до 15 лет. Пациенты были разделены по топике поражения на 3 группы: 1гр.- двустороннее поражение лобных долей (5 чел); 2 гр.- корково-подкорковые поражения (левостороннее (ЛП) поражение лобно-височной доли и базальных ядер без поражения амигдалы) (8 чел.); 3 гр.- ЛП поражение теменно-затылочной доли (4 чел.). Все пациенты имели постинсультные речевые нарушения средней и легкой степени: афазия (моторная, акустико-мнестическая) – 12 чел.; дизартрия - 5 чел. Все участники исследования понимали обращенную речь, могли

говорить и читать. Статистический анализ проводился с использованием Н-критерия Крускала-Уоллиса, U-критерия Манна-Уитни, ANOVA.

**Результаты.** В исследованной выборке 65% показали результаты ниже нормы. Средний балл для гр.1/2/3 составил соответственно 22/21.6/21.3. Соотношение результативности в опознании БЭ и СС составил соответственно: БЭ - 9.3/8.8/7; СС - 12.7/12.8/14.3. Значимых межгрупповых различий по этим показателям отмечено не было ( $p > 0.109$ ). Между корковыми (гр.1+гр.3) и корково-подкорковыми поражениями (гр.2) значимых различий по тесту также не отмечалось ( $p > 0.05$ ). Вне зависимости от топика поражения, испытуемые обнаружили значимо лучшую способность узнавания СС, в сравнении с БЭ ( $F = 16.54, p \leq 0.01$ ). Трудности идентификации в отношении ряда эмоций, в основном это были отрицательные по знаку эмоциональные состояния, составляла 67%-75% ошибок. К ним относились следующие БЭ – «нервничаящий», «подавленный», «обеспокоенный»; СС - «ожидаящий», «уверенный», «неуверенный», «недоверчивый». При их оценке выбиралось нерелевантное, далекое от качества лицевой экспрессии слово. Например, состояние «нервничаящий» оценивалось как «задумчивый»/«настаивающий»/«озадаченный», состояние «ожидаящий» как «решительный»/«угрожающий»/«застенчивый». Можно говорить, что не понимался либо знак лицевой экспрессии, либо снижалась оценка ее интенсивности.

Проведенное пилотное исследование показало, что при корковых поражениях мозга, а также при поражениях коры мозга с вовлечением уровня ряда базальных ганглиев, имеет место большая сохранность понимания сложных социальных состояний по лицевой экспрессии в противовес базовым эмоциям, что частично согласуется исследованием R.Adolph et al.[2], где было показано, что при корковых поражениях мозга СС определяются лучше, чем при избирательном повреждении определенных базальных ганглиев, например амигдалы.

Таким образом, вне зависимости от уровня поражения мозга и внутрислобковой локализации очага поражения, нами была отмечена дисфункция ТоМ в сторону большей уязвимости БЭ у пациентов с негрубыми когнитивными (речевыми) расстройствами.

**Заключение.** Пилотное исследование показало нарушение модели психического при корковых и корково-подкорковых поражениях мозга. Обнаружена более высокая успешность распознавания сложных психических состояний в сравнении с базовыми эмоциями. Более высокая степень устойчивости узнавания сложных психических состояний по взгляду в противовес базовым эмоциям у больных с корковыми/подкорковыми поражениями мозга и негрубыми когнитивными нарушениями может говорить о многоуровневой и билатеральной мозговой организации сложной социальной перцепции.

#### Литература

1. Premack D., Woodruff G., 1978 Does the Chimpanzee Have a “Theory of Mind”? // Behavioural and Brain Sciences, v.4, p.515-526.
2. Adolph R., Baron-Cohen S., Tranel D., 2002 Impaired recognition of social emotion following amygdala damage // Journal of cognitive neuroscience, v.14, p.1-11.
3. Blumer D., Benson D.F., 1975 Personality changes with frontal and temporal lesions. In D.F.Benson & D.Blumer (eds.) Psychiatric aspects of neurological disease New York: Grune & Stratton, p.151-169

4. Damasio A.R., Tranel D. & Damasio H., 1990 Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond automatically to social stimuli// Behavioral Brain Research, 41, p. 81-94.
5. Eslinger P.J., Damasio A.R., 1985 Severe disturbance of higher cognition after bilateral frontal lobe ablation: Patient EVR//Neurology,35, p.1731-1741.
6. Kaczmarek B.,1984 Analysis of verbal utterances in patients with focal lesions of frontal lobes// Brain and Language, 21, p.52-58.
7. Saver J.L.,&Damasio A.R., 1991 Preserved access and processing of social knowledge in a patient with acquired sociopathy due to ventromedial frontal damage // Neuropsychologia,29,p.1241-1249.
8. Croft K.E., 2009 Exploring the role of ventromedial prefrontal cortex in human social learning: a lesion study. A thesis of a dissertation for the PhD degree in Neuroscience. The University of Iowa.
9. Gupta R., 2012. The effects of ventromedial prefrontal cortex damage on interpersonal coordination in social interaction. A thesis of a dissertation for the PhD degree in Neuroscience. The University of Iowa.
10. Stone V.E., Baron-Cohen S., Knight R., 1998 Frontal lobe contribution to theory of mind// Journal of cognitive neuroscience, 10:5, p.640-656.
11. Лурия А.Р., 1966 О двух видах персевераций при поражениях лобных долей мозга // Лобные доли и регуляция психических процессов, М.:МГУ.
12. Лурия А.Р., 1969 Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных поражениях мозга. М.: МГУ.
13. Pollard S., 1986 Social and Cognitive Deficits Following Frontal Lobe Damage. A thesis of a dissertation for the PhD degree of Philosophy, The Marquette University.
14. Румянцева Е.Е., 2013 Методика оценки психического состояния другого по выражению глаз // Психиатрия. 2013, N 3, с. 30-36.
15. Румянцева Е.Е., 2015 Взаимосвязь модели психического и когнитивного функционирования у больных молодого возраста после перенесенного эндогенного приступа, автореф. канд. психол.наук., Спб.

**Щербакowa А.М.**

**Обращение к образу дома в диагностике психологических ресурсов подростков с психическими заболеваниями**

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,  
[shcherbakova.a.m@yandex.ru](mailto:shcherbakova.a.m@yandex.ru)

**Ключевые слова:** психологические ресурсы, психологическая устойчивость, проективные методы, подростки с психическими заболеваниями

**Shcherbakova A.**

**The image of the house in psychological diagnostics of internal resources of mentally diseased adolescents**

MSUPE, Moscow, Russia

**Keywords:** psychological resources, resilience, projective methods, adolescents with mental illness

**Введение.** Решение вопросов психологической реабилитации опирается на изучение позитивных особенностей человека, его ресурсов. В исследовании мы обратились к образу дома исходя из его очевидной ресурсности и ожидаемой актуальности для подростков. Понятие «дом» в сознании человека насыщено многими смыслами и всегда эмоционально окрашено [3,5,6]. В разнообразных концепциях психологической устойчивости содержится указание на

включение в активную деятельность как мощный поддерживающий фактор [9], поэтому мы использовали в диагностике творческую работу подростков.

Приступая к исследованию, мы предполагали, что:

1. желаемый образ дома отражает значимые личностные черты и психологические проблемы подростка;
2. символическое воплощение желаемого образа дома способствует выявлению и осознанию ценностей и потребностей индивида;
3. образ дома является тем психологическим ресурсом, на который можно опираться при работе с подростками.

**Материал и методы.** С целью апробации диагностического инструментария было предпринято исследование образа дома в представлении подростков, страдающих психическими заболеваниями и находящихся на лечении в остром отделении детской психиатрической больницы (N=21, средний возраст 14 лет). Среди психических нарушений - синдром тревожной депрессии, депрессия с психопатоподобным расстройством, психоорганический синдром, психопатоподобный синдром, шизофрения, эпилепсия. Группу сравнения представили подростки того же возраста, не имеющие психических заболеваний, воспитывающиеся в семье и обучающиеся в обычной школе.

Подросткам было предложено творческое задание, предполагающее создание макета дома из бумажной заготовки с использованием дополнительных материалов на основе арт-методики М.Г. Дрезниной «Дом моей мечты» [2]. Также было предложено выполнение методики «Синквейн» [4] на тему «Дом».

**Результаты.** Все без исключения подростки проявили интерес, когда им было предложено пофантазировать на тему того, какой дом они хотели бы иметь в будущем.

Составляя синквейн на ключевое слово «Дом», подростки использовали следующую лексику: красивый, хороший, милый, уютный, удобный, теплый, добрый, отцовский, мой, новый, большой, кирпичный, девятиэтажный; согревает, защищает, в нем живут, он содержит людей, греет, кормит, поит; теплое отношение, для меня дом много значит, без дома люди бы давно уже погибли; место жительства, родимый дом, жалость к себе (хочу домой), чувствую себя хорошо, тепло, позитив. Из комментариев подростков, данных при выполнении поделки дома, можно выделить несколько значимых тем.

- Кто в доме главный: я в доме главный и всем распоряжаюсь; хозяйством будет заведовать брат, но дом принадлежит мне; хозяин – Я, живу с семьей без родителей, всего три человека: я, жена, ребенок; я живу там один, я хозяин. Все комнаты мои; в доме я хозяин, живут четверо: я, жена и двое детей; в доме хозяин – я, живу один, я там сам еле-еле помещаюсь; дом в деревне – дача. Жена живет в городе и иногда приезжает; хозяин – моя девушка. Распоряжаюсь имуществом – я.
- Мой дом мне нравится: дома любовь, радость, уют. Это планета счастья. Радость чтоб была – светлые обои; дом мне нравится; Дом дружелюбный. Не скучный; Большинство семей недружные, их дома не выглядят дружелюбно – моя семья будет дружная, а дом приветливый; о чем думаешь, глядя на дом? - о свободе; он мне нравится.
- Мой дом – моя крепость: дверь закрывается на шесть замков, задвижки, три щеколды, две системы безопасности; двери нет. То есть она есть, но из дома

в переносном смысле нет входа и выхода, чтобы не пришли и не навредили. Мы выходим и входим, а другие не могут войти - поразмыслите об этом. А вот камера слежения. Она незаметная; дом запирается на замок, забор высокий, сигнализация, домофон. Через забор пройти нельзя; дом поставлен на сигнализацию; дверь с замком.

- Кто еще в доме живет? в доме живет вся моя семья, но я главный – я так мечтаю. Животных в доме нет - от них грязь; в моем доме будет жить много народу, семья, моя девушка, друзья, две кавказские овчарки, ротвейлер, кот и кошка, два попугая, черепаха; из домашних животных у меня будет такса-девочка; у меня будет два йоркширских терьера – они очень ласковые; в доме живут собака волкодав и кошка; есть большая собака; животных нет, чтобы о них не заботиться.
- Приходите в гости: в гости ходят мои, только мои знакомые; в гости будут ходить родители и соседи; друзья, родители, близкие люди ходят ко мне в гости; все в гости будут ходить; друзья ходят в гости, иногда родители; в гости ходят: мама, брат, бабушка, может, друзья; в гости ко мне никто не ходит. Я сам хожу.

Лексико-семантический анализ синквейна и комментариев по ходу выполнения макета дома позволяет утверждать, что практически у всех подростков образ дома является ресурсным – теплым, защищающим, красивым. Важно отметить, что одной из наиболее ярких выступила потребность быть «хозяином» дома. На наш взгляд, это свидетельствует о наличии важнейшего психологического ресурса – стремления занимать субъектную позицию. Кроме того, необходимо подчеркнуть, что большинство подростков продемонстрировали теплые чувства к своим родителям – они желают видеть их в качестве гостей, или даже жить с ними в одном доме.

Примечательно, что подростки, участвовавшие в исследовании, несмотря на их объективно тяжелое состояние, затратили на выполнение макета дома от 40 минут до 2 часов. Этот результат косвенно свидетельствует о том, что творческая работа по созданию символической репрезентации дома своей мечты увлекла подростков, доставила им позитивные переживания и, тем самым, была терапевтической. М. ДеВульф в статье, посвященной проблеме психологической реабилитации лиц с ментальной недостаточностью [1], обращает внимание на то, что на занятия, которые доставляют человеку удовольствие, обычно тратится больше времени и старания. Такие усилия приносят полезные плоды и являются позитивным подкреплением.

При сравнении результатов существенное различие проявилось в том, что здоровые подростки активно осваивали пространство, символизирующее участок рядом с домом. Они уделяли этому значительное время и придавали большое значение, в отличие от сверстников с психическими заболеваниями, которые практически не оформляли окружающее их дом пространство.

**Выводы.** Использование арт-методики «Дом моей мечты» помогло «ненасилственно», опосредованно получить целостное представление о личностных особенностях, потребностях, ценностях подростка, раскрыло его восприятие себя и ближайшего окружения, дало возможность выявить представления о будущем. Полученные результаты подтвердили целесообразность использования арт-методики, основанной на создании образно-символической репрезен-

тации образа дома в качестве инструмента опосредованного выявления психологических ресурсов подростков с психическими заболеваниями. Кроме того, показана принципиальная возможность использования методики «Синквейн» в этих же целях. Выявленные психологические ресурсы являются факторами психологической устойчивости и точками опоры для дальнейшей реабилитационной работы.

#### Литература

1. ДеВульф М. Использование различных видов позитивной поддержки поведения. Психологическая реабилитация/ Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья – коллективная монография. - М., 2011. – 135 с.
2. Дрезнина М.Г. Каждый ребенок художник. - М.: Ювента, 2002. – 200 с.
3. Климова С.В. Социально-философские аспекты анализа архетипических функций дома. - <http://anthropology.ru/ru/texts/klimova/function.html> (дата обращения: 08.10.2013)
4. Щербакова А.М., Баскакова Ю.В. Изучение внутренней позиции личности и отношения к собственной инвалидности слепых и слабовидящих молодых людей с помощью методики «Синквейн» [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2014. Т.6. №3. С.208–226. URL: [http://psyedu.ru/journal/2014/3/Scherbakova\\_Baskakova.phtml](http://psyedu.ru/journal/2014/3/Scherbakova_Baskakova.phtml) (дата обращения: 25.10.2016)
5. Осорина М.В. Секретный мир детей в пространстве мира взрослых. - СПб.: Питер, 1999, 288с.
6. Петрова М. «Образ дома в фольклоре и мифе». - [http://anthropology.ru/ru/texts/petrova\\_m/aestt\\_23.html](http://anthropology.ru/ru/texts/petrova_m/aestt_23.html) (дата обращения: 08.10.2013)
7. Щербакова А.М. Роль среды в формировании субъектной позиции ребенка с ОВЗ// Сб.материалов Международной научно-практической конференции «Искусство как творчество социальности и проблемы социокультурной реабилитации» 12-13 мая 2010 года.
8. Щербакова А.М., Забавская А.А. Субъективная оценка качества жизни молодыми инвалидами с ментальной недостаточностью [Электронный ресурс] // Психологическая наука и образование PSYEDU.ru 2012. №4. URL: <http://psyedu.ru/> (дата обращения: 08.10.2013)
9. Щербакова А.М., Шехорина А.В. Факторы, определяющие психологическую устойчивость в трудных жизненных ситуациях / Актуальные проблемы психологической реабилитации лиц с ограниченными возможностями здоровья: Коллективная монографию - М., 2011. – 135 с.

*Научное издание*

**Диагностика в медицинской (клинической)  
психологии: традиции и перспективы  
(к 105-летию С.Я. Рубинштейн)  
Материалы научно-практической конференции с  
международным участием 29-30 ноября 2016 года**

*Под редакцией:*

Кандидата психологических наук, доцента Н.В. Зверевой  
Кандидата психологических наук, доцента И.Ф.Рошиной

Верстка – М.В. Зверева

Подписано в печать 11.11.2016  
Формат 60х90/16. Бумага офсетная.  
Печать цифровая. Тираж 180 экз.  
Заказ № 63327

Отпечатано в типографии «Onebook.ru»  
ООО «Сам Полиграфист»  
109316 г. Москва, Волгоградский проспект д. 42, кор.5  
[www.onebook.ru](http://www.onebook.ru)