

## РАЗДЕЛ 1. СОВРЕМЕННОЕ РАЗВИТИЕ ИДЕЙ И НАПРАВЛЕНИЙ РАБОТЫ Ю.Ф. ПОЛЯКОВА В МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

### ВКЛАД Ю.Ф. ПОЛЯКОВА В ПАТОПСИХОЛОГИЮ ГЛАЗАМИ СОВРЕМЕННОКОВ (НА МАТЕРИАЛЕ МОНОГРАФИЙ)

Власов Н.А.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> ФГБУ ВО «РГСУ», Москва, Россия

<sup>2</sup> ПКБ №4 им П.Б. Ганнушкина, Москва, Россия

[VlasovNA@rgsu.net](mailto:VlasovNA@rgsu.net)

**Ключевые слова:** история психологии, патопсихология, клиническая психология, теория, методология.

### CONTRIBUTION OF Y.F. POLYAKOV TO PATHOPSYCHOLOGY THROUGH THE EYES OF CONTEMPORARIES (BASED ON THE MATERIAL OF MONOGRAPHS)

Vlasov N.A.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> FSBI HE «RUSS», Moscow, Russia

<sup>2</sup> P.B. Gannushkin PCH № 4, Moscow, Russia

[VlasovNA@rgsu.net](mailto:VlasovNA@rgsu.net)

**Keywords:** history of psychology, pathopsychology, clinical psychology, theory, methodology.

История науки богата примерами того, как ученый мог быть признан после своей смерти; так, взгляды астронома Г. Галилея были приняты только в начале XIX века, биолог Г. Мендель получил признание только в начале XX века, с развитием представлений о генах, а вклад в философию языка математика Г. Фреге стал заметным лишь через несколько десятилетий после его смерти.

В истории психологической науки тоже известны подобные примеры. Отчасти это касается нашего выдающегося соотечественника Л.С. Выготского. При его короткой жизни он был известен, однако истинное признание пришло много позже, когда были преодолены последствия печально известного постановления «О педологических извращениях в системе Наркомпросов» (1936 г.), и когда его основные работы были опубликованы на Западе. В 1981 году он был назван английским философом С. Тулмином «Моцартом психологии».

В истории отечественной патопсихологии упоминаются имена многих крупных ученых, внесших вклад в становление и развитие этого раздела клинической (медицинской)

психологии, – В.М. Бехтерева, А.Н. Бернштейна, Г.И. Россолимо, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн. «Last but not least» в этом списке стоит упомянуть Юрия Федоровича Полякова (1927-2002) – советского и российского психолога, доктора педагогических наук (по психологии), профессора. Его профессиональная деятельность была связана с ведущими в области патопсихологии учреждениями – лабораторией патопсихологии НИИ психиатрии МЗ РСФСР, Институтом судебной психиатрии им. В.П. Сербского, лабораторией патопсихологии Института психиатрии АМН СССР, кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова.

Однако сама по себе продуктивная с точки зрения полученных результатов научная деятельность не гарантирует «своевременного» признания. Высказывание о том, что «большое видится на расстоянии», зачастую является справедливым, однако прижизненное признание ученого говорит о том, что его идеи и результаты исследований вписались не только в научный, но и социально-исторический контекст (именно поэтому принятие идей Л.С. Выготского произошло с таким временным лагом). Ниже мы рассмотрим какой вклад в патопсихологию, согласно Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, В.М. Блейхеру, В.В. Николаевой, М.М. Коченову и Е.Т. Соколовой, внес Ю.Ф. Поляков. В качестве источников для исследования были выбраны основные монографии перечисленных ученых, посвященные патопсихологии.

В своем основном труде «Патопсихология», являющимся своеобразным итогом более чем шестидесятилетней научной деятельности и выпущенным вторым изданием в 1986 году, Б.В. Зейгарник отмечает Юрия Федоровича как одного из значимых ученых лаборатории Центрального института психиатрии МЗ РСФСР на базе психиатрической больницы им. П.Б. Ганнушкина (в одном ряду с собой, С.Я. Рубинштейн, Т.И. Тепеницыной и В.В. Николаевой) и лаборатории Центра охраны психического здоровья АМН СССР (указаны Т.К. Мелешко, В.П. Критская и Н.В. Курек). Согласно автору, в этих учреждениях «широко развернулись патопсихологические исследования нарушений познавательной деятельности и мотивационной сферы» [3]. Б.В. Зейгарник указывает, что исследования Юрия Федоровича позволили раскрыть склонность к актуализации латентных свойств предметов, что проявляется не только в процессе протекания мышления, но и в процессе опосредованного запоминания. Пример, приведенный Ю.Ф. Поляковым для иллюстрации этой особенности больных шизофренией (сходство между карандашом и ботинком в том, что «оба оставляют след»), стал хрестоматийным для всех студентов, изучающих патопсихологию. Отмечает автор и значимость той критики, которой Юрий Федорович подвергал идею о тождественности проявлений нарушенного психического процесса и самого процесса («Дело в том, что в психиатрии феноменологическое проявление нарушенного процесса, как об этом

неоднократно указывал Ю. Ф. Поляков, выдается нередко как нарушение самого процесса» [3]); эта позиция имеет значение не только для патопсихологии (и, шире, для клинической психологии), но и для психиатрии.

С.Я. Рубинштейн в двух своих монографиях упоминает Юрия Федоровича («Экспериментальные методики патопсихологии», 1970; «Психология умственно отсталого школьника», 1986). Она отмечает не только его теоретический (раскрытие особенностей мышления при шизофрении, в том числе сравнительная характеристика нарушений динамики мышления у больных этим заболеванием и начальным артериосклерозом сосудов головного мозга [5]), но и методический вклад в патопсихологию как автора методики «Классификация фигур» («Методика была в 1954 г. предложена Ю.Ф. Поляковым для исследования процесса обобщения в наглядном и словесном плане») [5]. Необходимо отметить, что Юрию Федоровичу на тот момент было всего 27 лет.

В.М. Блейхер и его соавторы (И.В. Крук, С.Н. Боков) в своих работах разных лет («Экспериментально-психологическое исследование психически больных», 1971; «Патопсихологическая диагностика», 1986) и обобщающем труде «Клиническая патопсихология» (2002) отмечают вклад Юрия Федоровича в понимание механизмов нарушений мышления при шизофрении и его методические заслуги в изучении этого сложного заболевания [1]. Авторами отмечается методологическая позиция Ю.Ф. Полякова в вопросе отличия американской клинической психологии и советской медицинской психологии, «характеризующееся спецификой присущих первой психологических методик, направленных главным образом на констатацию тех или иных психических способностей или свойств личности (психометрические тесты, проективные анкетные методики, личностные опросники)» [2]. Указывается и акцентированное Юрием Федоровичем методологическое отличие патопсихологии и психопатологии («если клинические (психопатологические) исследования обнаруживают закономерности проявлений нарушенных психических процессов, то патопсихологические исследования должны дать ответ на вопрос, как нарушено протекание (структура) самих психических процессов, приводящих к этим проявлениям» [2]). Теоретический вклад Ю.Ф. Полякова в понимание патологии познавательной деятельности при шизофрении оценивается авторами высоко и в целом сводится к экспликации механизмов нарушений восприятия, проявляющихся в своеобразных особенностях опознания зрительных образов в условиях неполной информации, и нарушения селективности информации как результате нарушений актуализации прошлого опыта [2].

Вклад Юрия Федоровича в изучение личности больных шизофренией отмечает В.В. Николаева и М.М. Коченов в своей работе «Мотивация при шизофрении» (1978) в контексте исследования феномена реакции личности на болезнь и «возникновении так называемых

неспецифических симптомов, являющихся продуктом действия «защитных сил» личности» [4]. Авторы также обращают внимание на изучение нарушения операционального компонента познавательной деятельности больных шизофренией, проводимых Ю.Ф. Поляковым [4].

Е.Т. Соколова в монографии «Мотивация и восприятие в норме и патологии» (1976) приводит описание гипотезы Юрия Федоровича и его коллег, согласно которой в основе типичных для шизофрении нарушений мышления и восприятия лежит механизм нарушения актуализации связей прошлого опыта [7]. Оценка же теоретико-методологического вклада Ю.Ф. Полякова в патопсихологию в целом приводится в изданной спустя почти 15 лет после его смерти работе «Клиническая психология утраты Я» (2015), в которой автор выражает благодарность Юрию Фёдоровичу, «значительно расширившему границы предмета патопсихологии» [6].

Согласно ведущим отечественным патопсихологам, научная деятельность которых хотя бы частично пришлась на вторую половину XX века (Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, В.М. Блейхер, В.В. Николаева, М.М. Коченов, Е.Т. Соколова), вклад Ю.Ф. Полякова в патопсихологию можно оценить следующим образом:

1. Теоретическая составляющая – экспликация механизмов нарушения познавательной деятельности при различных психических расстройствах, в первую очередь при шизофрении (с акцентом на операциональном компоненте); отстаивание позиции, согласно которой неправомерным является отождествление проявления нарушений психики и самих нарушений; расширение предмета патопсихологии.

2. Методологическая составляющая – демаркация патопсихологии и психопатологии, советской патопсихологии и зарубежной клинической психологии по линии изучения проявлений или имплицитных механизмов психических нарушений.

3. Методическая составляющая – разработка методик экспериментально-психологического исследования лиц, страдающих психическими расстройствами.

Таким образом, можно констатировать, что вклад Юрия Федоровича Полякова был признан и положительно оценен его «коллегами по цеху» еще при жизни, что говорит и о значимости проведенным им работы, и о ее своевременности. Вне всяких сомнений он может быть причислен к создателям отечественной патопсихологии, чей вклад в развитие этой дисциплины сложно переоценить.

### Литература

1. Блейхер В.М. Экспериментально-психологическое исследование психически больных. – Ташкент: Медицина, 1971. – 174 с.
2. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов. – М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2002. – 512 с.
3. Зейгарник Б.В. Патопсихология. – М.: Издательство Московского университета, 1986. – 287 с.

4. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. – М.: Издательство Московского университета, 1978. – 88 с.
5. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. – М.: ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 448 с.
6. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. – М.: Смысл, 2015. – 895 с.
7. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. – М.: Издательство Московского университета, 1976. – 128 с.

## ПОКАЗАТЕЛИ ОЛЬФАКТОМЕТРИИ У ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Дмитриева Н.Г., Бичевина Д.С., Ениколопов С.Н.

ФГБНУ НЦПЗ Россия, г. Москва

[alennoss@gmail.com](mailto:alennoss@gmail.com)

[daria.bichevina@gmail.com](mailto:daria.bichevina@gmail.com)

[enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru)

**Ключевые слова:** обоняние, шизофрения, негативная симптоматика, депрессия, биомаркеры

## OLFACTOMETRY PARAMETERS IN PATIENTS WITH MENTAL DISORDERS OF THE SCHIZOPHRENIA SPECTRUM.

Dmitrieva N.G., Bichevina D.S., Enikolopov S.N.

FSBSI MHRC, Russia, Moscow

[alennoss@gmail.com](mailto:alennoss@gmail.com)

[daria.bichevina@gmail.com](mailto:daria.bichevina@gmail.com)

[enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru)

**Keywords:** olfaction, schizophrenia, negative symptoms, depression, biomarkers

**Актуальность.** Исследование функции обоняния на данный момент активно применяется в психиатрической практике [1,2]. Имеются подтвержденные данные о том, что количественные и качественные нарушения обонятельного анализатора взаимосвязаны с ранними симптомами деменции и расстройств аффективного спектра [1]. Также показатели обонятельной чувствительной могут быть информативны в изучении заболеваний шизофренического спектра. Последние исследования указывают на взаимосвязь нарушений обоняния со степенью выраженности негативной симптоматики у пациентов с шизофренией [5,7]. Возможно, показатели базовой сенсорной обработки (слуховой, обонятельной и зрительной) могут служить дополнительным критерием в исследовании биомаркеров развивающегося

психического заболевания [3]. Имеющиеся наблюдения и исследования могут быть востребованы в создании дополнительного диагностического метода в изучении психических расстройств.

**Целью** данного исследования является изучить функцию обоняния через показатели уровня распознавания запахов у пациентов шизофренического спектра в сравнении с пациентами с депрессивными расстройствами и группой здоровых лиц испытуемых. Также изучить взаимосвязь уровня распознавания запахов с показателями негативной симптоматики у пациентов с шизофренией.

**Материалы и методы.** В исследование были включены пациенты, проходящие стационарное лечение в Научном центре психического здоровья. Пациенты (N=79) с расстройствами шизофренического спектра (F20, F21, F23, F25), пациенты с депрессивными расстройствами (F32, F33), (N=39). В качестве группы сравнения были включены люди, не страдающие психическими расстройствами (N=78). Все группы статистически не отличались по половому признаку и возрасту (18–45 лет). Также были учтены респонденты, переболевшие COVID-19 (N=42).

Для определения нарушений обонятельной функций использовался профессиональный «Набор пахучих веществ ольфактометрический» компании «РАМОРА». Для определения степени выраженности негативной симптоматики использовалась Шкала оценки негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms). Для определения гедонистической оценки и интенсивности одорантов применялась визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Для статистического анализа использовался программный пакет STATISTICA v. 10.

**Результаты и их обсуждение.** По однофакторному дисперсионному анализу выявляются статистически значимые различия среди трех групп испытуемых ( $p$ -value $<0,05$ ). Наблюдается снижение общего уровня способности к распознаванию запахов у пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра (9[8;10]) в сравнении с контрольной группой респондентов (11 [10;12]), ( $U=879$   $p<0,001$ ). Выявлено значимое снижение уровня распознавания запахов у пациентов, страдающих заболеваниями шизофренического спектра в сравнении с пациентами с депрессивными расстройствами (11[9;11]), ( $U=567,6$   $p=0,001$ ). Способность к распознаванию запахов между пациентами с депрессией и контрольной группой значимо не различается ( $p=0,09$ ).

При исследовании взаимосвязи показателей уровня распознавания запахов с показателями степени выраженности негативной симптоматики в группе пациентов с заболеваниями шизофренического спектра были выявлено, что чем выше уровень негативной симптоматики, тем ниже уровень распознавания запахов ( $r=-0,27$ ,  $p=0,03$ ). Преимущественно

отмечаются значимые связи по шкалам «уплощение аффекта» ( $r=-0,48$ ,  $p=0,001$ ); «нарушения речи» ( $r=-0,26$ ,  $p=0,04$ ); «ангедония-асоциальность» ( $r=-0,32$ ,  $p=0,013$ ); «внимание» ( $r=-0,5$ ,  $p=0,001$ ). Полученные результаты подтверждают данные предыдущих исследований [3], где отмечалась взаимосвязь нарушений обоняния с наличием дефицитной симптоматики у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра.

При исследовании субъективной оценки интенсивности запахов, были выявленные значимые различия в трех испытуемых группах. Отмечается, что общий уровень субъективной оценки интенсивности в группе пациентов с шизофренией значительно ниже по сравнению с контрольной группой и группой пациентов с депрессивными расстройствами ( $p\text{-value}<0,05$ ). Также отмечается, что общий уровень субъективной оценки интенсивности взаимосвязан со степенью выраженности негативной симптоматики у пациентов. Чем выше уровень оценки интенсивности, тем ниже общий уровень проявления негативных симптомов ( $r=-0,23$ ,  $p=0,011$ ). Значимых различий в трех группах испытуемых по субъективной гедонистической оценке запахов выявлено не было. Полученные результаты в дальнейшем нуждаются в подробном изучении.

**Заключение.** Выявляется общее снижение способности к идентификации запахов у пациентов с заболеванием шизофренического спектра по сравнению с людьми, не страдающими психическими расстройствами и пациентами с депрессивными расстройствами. Важно отметить, что у пациентов с депрессивными расстройствами уровень идентификации запахов соответствует уровню контрольной группы людей и приближен к нормированным показателям. Полученные результаты подтверждают ранние исследования, где у пациентов с заболеваниями шизофренического спектра отмечаются нарушения обоняния в виде трудности идентификации запахов [3,5], также подтверждаются специфические различия в нарушениях обоняния у пациентов с шизофренией с пациентами с депрессивными расстройствами [4,6]. Отмечается взаимосвязь уровня идентификации запахов у пациентов с шизофренией с нарастанием дефицитной симптоматики. Полученные результаты подтверждают ряд предыдущих исследований и могут свидетельствовать о том, что показатели ольфакторной функции являются биомаркерами ранней диагностики психических заболеваний [7].

Выявляются значимые результаты по субъективной оценке интенсивности одорантов у пациентов с шизофренией по сравнению с контрольной группой респондентов и пациентами с депрессивными расстройствами. Также наблюдается взаимосвязь субъективной оценки интенсивности со степенью негативной симптоматики у пациентов с шизофренией. Полученные наблюдения могут быть востребованы в исследовании пороговых показателей обонятельного восприятия и также способствовать изучению предикторов нарастания дефицитарной симптоматики у пациентов с заболеванием шизофренического спектра.

## Литература

1. Дмитриева Н.Г., Ениколопов С. Н. Нарушения обоняния при психических расстройствах // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. №4
2. Морозова С.В., Савватеева Д.М. «Обонятельные расстройства у пациентов с нейродегенеративными и психическими заболеваниями» //«РМЖ» 2014 №9. С.673
3. Kamath V, Lasutschinkow P, Ishizuka K, Sawa A., Olfactory Functioning in First-Episode Psychosis//Schizophr Bull. 2018 Apr 6;44(3):672-680
4. Atanasova, B.; Graux, J.; El Hage, W.; Hommet, C.; Camus, V.; Belzung, C. Olfaction: A potential cognitive marker of psychiatric disorders. Neurosci. Biobehav. Rev. 2008, 32, 1315–1325.
5. Turetsky BI, Kohler CG, Gur RE, Moberg PJ., Olfactory physiological impairment in first-degree relatives of schizophrenia patients.//Schizophr Res. 2008 Jul;102(1-3):220-9
6. Taalman H, Wallace C, Milev R. Olfactory Functioning and Depression: A Systematic Review. Front Psychiatry. 2017 Sep 28;8:190. doi: 10.3389/fpsy.2017.00190. PMID: 29033860; PMCID: PMC5627007.
7. Malaspina D, Goetz R, Keller A, Messinger JW, Bruder G, Goetz D, Opler M, Harlap S, Harkavy-Friedman J, Antonius D. Olfactory processing, sex effects and heterogeneity in schizophrenia. Schizophr Res. 2012 Mar;135(1-3):144-51. doi: 10.1016/j.schres.2011.11.025.

**К ВОПРОСУ О ДИНАМИКЕ КОГНИТИВНЫХ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ  
ИЗМЕНЕНИЙ У ПОДРОСТКОВ С ШИЗОТИПИЧЕСКИМ РАССТРОЙСТВОМ  
ЛИЧНОСТИ В КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОМ АСПЕКТЕ**

Клак Д.С.<sup>1</sup>, Зверева М.В.<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> НОЧУ ВО МИП, Москва, Россия

[dariaklak@gmail.com](mailto:dariaklak@gmail.com)

<sup>2</sup> ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

[maremerald@gmail.com](mailto:maremerald@gmail.com)

**Ключевые слова:** шизотипическое расстройство, когнитивные и эмоциональные нарушения, подростки, культурно-исторические изменения.

**TO THE PROBLEM OF THE DYNAMICS OF COGNITIVE AND EMOTIONAL  
CHANGES IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOTYPIC PERSONALITY DISORDER IN  
THE CULTURAL AND HISTORICAL ASPECT**

Klak D<sup>1</sup>., Zvereva M.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> NEPI HE MIP, Moscow, Russia

[dariaklak@gmail.com](mailto:dariaklak@gmail.com)

<sup>2</sup> FSBSI MHRC, Moscow, Russia

[maremerald@gmail.com](mailto:maremerald@gmail.com)

**Keywords:** schizotypal disorder, cognitive and emotional disorders, adolescents, cultural and historical changes.

**Введение.** Проблема этиологии и патогенеза шизотипического расстройства (ШТР)



является предметом изучения многих специалистов психологического и психиатрического профиля. Наличие текущего заболевания у детей подросткового возраста нарушает нормативное развитие всех сфер психики (когнитивной, эмоционально-личностной и др.), способствуя проявлению у подростка вариантов психического дизонтогенеза [2, 3, 5]. Своеобразие мыслительной деятельности при шизофрении у подростков и лиц молодого возраста показано в работах Ю.Ф. Полякова. [5] Когнитивные расстройства в целом (когнитивные дефициты) рассматриваются как важный показатель в проявлениях расстройств круга шизофрении [2, 5]. Известно, что психическое развитие человека во многом определяется культурно-историческим контекстом и социальной ситуацией развития. На протяжении последних 30 лет в России произошли достаточно серьезные изменения в культурно-историческом плане, что не может не влиять на формирование личности у современного подростка, как в норме развития, так и при патологии, в том числе ШТР [7]. Интерес представляет изучение вариативности проявления ведущих когнитивных нарушений, характерных для ШТР, и особенностей эмоциональной сферы в сравнительном аспекте у подростков 1990-х, 2000-х, 2010-х годов, что позволит проследить особенности этих изменений и будет полезно при поиске пути психокоррекции подростков с ШТР.

**Цель исследования:** пилотная оценка особенностей когнитивной и эмоциональной сферы у подростков с ШТР в культурно-историческом аспекте.

**Методики:** 10 слов, Конструирование объекта, Малая предметная классификация, [1], Распознавание эмоционально выразительных жестов, движений и поз. [3].

**Материал исследования.** Анализировались протокольные записи материалов исследований 1990-х, 2000-х и 2010-х гг. отдела медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ, все испытуемые обследовались на базе отделения детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ в соответствующие годы. Все испытуемые проживали в Москве и Московской области. Всего обработаны материалы исследования 39 человек от 12 до 18 лет с установленным диагнозом ШТР (F21):

- ШТР1 – 10 мальчиков с диагнозом F21 в 1990-х годах;
- ШТР2 – 11 мальчиков и 6 девочек с диагнозом F21 в 2000-х годах;
- ШТР3 – 5 мальчиков и 7 девочек с диагнозом F21 в 2010-х годах.

Контрольную группу сравнения составили 5 мальчиков и 5 девочек 12-17 лет, не состоящих на учете в психоневрологических диспансерах (выборка набиралась в 2020). Обработка данных проводилась с использованием программы Microsoft Office 365 Excel версии 2017 года и IBM SPSS Statistic 26, применялись непараметрические критерии (Н-критерий Краскелла-Уоллиса и U-критерий Манна-Уитни), показатели среднего значения и процента для группы.

Предположение о том, что комплексная психологическая оценка проведенного по единой схеме обследования позволит увидеть динамику когнитивных и эмоциональных параметров подростков с ШТР в разные десятилетия 20-21 века легло в основу данной работы.

**Результаты.** Сопоставим данные произвольной слухоречевой памяти (объем непосредственного запоминания - НП и отсроченное воспроизведение - ОП). Оказалось, что в группе ШТР1 показатели НП были достоверно выше, чем в группах ШТР2 и ШТР3, при этом показатели ОП не различались между ШТР1 и ШТР2, но достоверно отличались между ШТР1 и ШТР3. Показатели памяти в контрольной группе и группе ШТР1 не имеют значимых различий в отличие от групп ШТР2 ( $U=0,035$ ) и ШТР3 ( $U=0,393$ ). Отметим, что в группе ШТР1 высокий уровень НП (ШТР1=8,5, КГ=7) и сниженный уровень ОП (ШТР1=4,5, КГ=8,5), в группе ШТР2 – снижены значения по всем показателям (НП=5,0, ОП=6), в группе ШТР3 – общие показатели памяти приближены к условной норме, отличаются низким показателем непосредственного запоминания (НП=6) и высоким показателем отсроченного воспроизведения (ОП=8). Полученные различия и соответствия показателей произвольной слухоречевой памяти, по-видимому, в значительной степени обусловлены клиническими факторами и в меньшей – временем обследования.

Качественный анализ мышления по методике «Малая предметная классификация» указывает на первом этапе исследования на преобладание в группах ШТР1 и ШТР2 классификации объектов по конкретному признаку. В группе ШТР3 и контрольной группе классификация больше опиралась на наличие латентных и случайных признаков. На втором этапе выполнения методики выявлено, что у контрольной группы есть опора на латентные и случайные признаки, тогда как клиническая выборка показывает результаты опоры как на конкретные признаки, так и иные признаки при осуществлении классификации. В работе Кобзовой М.П. показаны изменения в оценке мыслительной деятельности здоровых испытуемых в 21 веке по сравнению с материалами диагностики нормативных групп в конце 20 в.[4]. Отметим, что получены различия в выполнении методик, направленных на операционный и предметно-содержательный аспекты мышления. В случае применения методики «Конструирование объекта» по параметру стандартности (КС) выраженных различий между группами больных получено не было (КС: ШТР1 – 54%, ШТР 2 -66%, ШТР 3–56%.) При сравнении показателей комбинаторности (КК) по критерию Крускала — Уоллиса выявлены достоверные различия между группами больных ШТР1 и ШТР3,  $H=10,4$  ( $p<0,033$ ), и между группами больных ШТР2 и ШТР 3  $H=11,9$  ( $p<0,007$ ). Между ШТР1 и ШТР2 существенных различий по КК не обнаружено. Полученные результаты свидетельствуют об определенной стабильности параметров мышления подростков с шизотипическим расстройством и указывают на необходимость расширения вариантов способов оценки. По-

видимому, это отражает в значительной мере специфику заболевания вкупе с особенностями пубертатного кризиса.

Качественная оценка показателей распознавания выразительных движений (поз и жестов) показала, что в клинической группе стимулы реже интерпретируются в эмоциональном ключе. В ответах клинической группы присутствует много ответов, поясняющих движения, либо действия, а не эмоции (адекватная оценка у пациентов ШТР1=30,8, ШТР2=53,7, ШТР3=46,6, КГ=30,4; эмоциональная реакция: ШТР1=52,8, ШТР2=39,5, ШТР3=43,3, КГ=68,3). Область распознавания эмоциональных стимулов у пациентов с ШТР смещается от распознавания экспрессивных жестов в сторону более успешного распознавания символических поз и жестов. Наблюдается флуктуация успешности выполнения методики в сопоставляемые временные периоды. Видимо, играют роль и клинические, и культурно-исторические факторы.

**Резюме.** Выбранный алгоритм оценки изменений когнитивных и эмоциональных характеристик подростков показывает правомерность такого подхода. Выявлены определенные проявления динамики в этих сферах, отражающие как болезнь, так и отчасти культурно-историческую ситуацию. Значение имеет сопоставление с нормативной выборкой, которая также имеет свою динамику. Требуется продолжение исследования, чтобы сделать выводы более обоснованными и дифференцированными.

### 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) / Москва : ООО "Издательство МБА", 2014. – 40 с.
2. Зверева, Н. В., Горюнов А. В., Зверева М. В. Клинико-психологическая оценка вариативности шизотипического расстройства у детей и подростков // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2022. – Т. 122, № 7. – С. 88-93.
3. Зверева Н.В., Назаренко А.Е. Особенности когнитивного и проективного аспектов эмоциональной сферы у младших подростков в норме и при шизофрении НЦПЗ РАМН, МГППУ (Москва) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008. – Т. 8, № 1. – С. 41-48.
4. Кобзова М. П. Динамика когнитивных функций и социальная адаптация у пациентов с шизотипическим расстройством (ШТР) // Медицинская психология в России. – 2015. – №. 1 (30). – С. 9.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Особенности нарушения познавательной деятельности у больных шизофренией. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991, 254 с.
6. Тиганов А. С. Психопатология и клиника шизофрении: итоги и перспективы // Психиатрия, 2018, №2, с. 8-15.
7. Тхостов А. Ш. Культурно-историческая патопсихология // М.: Канон-плюс. – 2020. – Т. 320.

**АСПЕКТЫ СПЕЦИФИКИ КОГНИТИВНОГО ДИЗОНТОГЕНЕЗА У ПАЦИЕНТОВ  
С ДЕТСКИМ АУТИЗМОМ И ШИЗОФРЕНИЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

Коваль-Зайцев А.А., Никитина С.Г., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Блинова Т.Е.,  
Шалина Н.С.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

[koval-zaytsev@yandex.ru](mailto:koval-zaytsev@yandex.ru)

[nikitina.svt@mail.ru](mailto:nikitina.svt@mail.ru)

[balakirevalena@yandex.ru](mailto:balakirevalena@yandex.ru)

[tstakul@mail.ru](mailto:tstakul@mail.ru)

[blinova.tania2015@yandex.ru](mailto:blinova.tania2015@yandex.ru)

[shalinans@yandex.ru](mailto:shalinans@yandex.ru)

**Ключевые слова:** шизофрения, детский аутизм, виды когнитивного дизонтогенеза, патопсихологические профили.

**SPECIFIC OF COGNITIVE DYSONTOGENEZIS AMONG PATIENTS WITH  
AUTISM AND CHILDHOOD SCHIZOPHRENIA**

Koval-Zaytsev A.A., Nikitina S.G., Balakireva E.E., Kulikov A.V., Blinova T.E., Shalina N.S.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

[koval-zaytsev@yandex.ru](mailto:koval-zaytsev@yandex.ru)

[nikitina.svt@mail.ru](mailto:nikitina.svt@mail.ru)

[balakirevalena@yandex.ru](mailto:balakirevalena@yandex.ru)

[tstakul@mail.ru](mailto:tstakul@mail.ru)

[blinova.tania2015@yandex.ru](mailto:blinova.tania2015@yandex.ru)

[shalinans@yandex.ru](mailto:shalinans@yandex.ru)

**Keywords:** schizophrenia, childhood autism, autism spectrum disorders, types of cognitive dysontogenezis, pathopsychological profiles.

**Введение.** Изучение детского аутизма и шизофрении в детско-подростковом возрасте по сей день остается актуальным для специалистов, работающих с детьми и подростками с эндогенной психической патологией. Актуальность и значимость мультидисциплинарной диагностики, сопровождения, реабилитации, профилактики, социализации пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детско-подростковом возрасте не вызывает сомнений, т.к. существует множество факторов, которые необходимо учитывать специалистам при оказании

помощи пациентам – это нюансы протекания дизонтогенеза, возраст начала и длительность заболевания, прогрессивность процесса, коморбидность симптомов, конгруэнтность ряда симптомов и т.п. [3, 8] Наряду с этим своевременно проведенная комплексная клинико-психологическая диагностика позволяет достаточно эффективно выстраивать и реализовывать лечебно-реабилитационный маршрут, осуществлять дальнейшую помощь детям и подросткам, страдающим эндогенной психической патологией. Напротив, отсутствие своевременной диагностики, либо поверхностно проведенное, неполноценное обследование из-за малого количества отведенного времени, с узким, «однобоким» подходом, без включения клинического мышления и качественного анализа, в итоге может приводить к нарастанию продуктивной и негативной симптоматики, быстрому формированию когнитивного дефицита и даже дефекта. Понимание этого специалистами способствует проведению своевременной полноценной психолого-психиатрической помощи детям и подросткам с детским аутизмом и шизофренией, и решает дифференциально-диагностическую задачу в нозологическом подходе с выбором вектора дальнейшего оказания помощи пациентам [2, 7, 8].

**Материал.** Исследование выполнено в ФГБНУ НЦПЗ (директор д.м.н. проф. Т.П. Ключник). На базе отдела детской психиатрии (и.о. зав. отделом в.н.с. к.м.н. Балакирева Е.Е.) было обследовано 134 пациента детской клиники ФГБНУ НЦПЗ (возраст от 4 до 15 лет, средний возраст 6,7 лет), имеющих диагнозы «Детский аутизм F84.02», «Шизофрения, детский тип F20.8xx3» [6].

**Методы.** Клинико-психопатологический, экспериментально-патопсихологический, клинико-динамический. Исходя из цели исследования был сформирован экспериментально-диагностический комплекс методик, которые применялись для обследования всех групп больных. Перед началом патопсихологической диагностики учитывались возрастные и иные возможные особенности испытуемых - степень прогрессивности процесса, наличие задержек психологического развития, психическое состояние испытуемых. Патопсихологическое обследование проводилось вне остроты состояния. Используемые методики: шкала РЕР (Психологообразовательный тест) [9], позволяющая комплексно оценить уровень когнитивного развития детей с нарушениями психологического развития, начиная с раннего возраста; батарея специально подобранных патопсихологических методик, предназначенных для оценки мышления, восприятия, социальной перцепции и мелкой моторики [1]. Предметно-содержательный и операционный компоненты зрительного восприятия оценивались посредством методик «Фигуры Липера» и «идентификация формы». Для оценки основных мыслительных операций (анализ, синтез, сравнение, абстрагирование, обобщение, классификация, систематизация и т.п.) и предметно-содержательного аспекта мышления

использовались методики «пересечение классов», «сравнение понятий». «конструирование объекта», «малая предметная классификация». Методика «Рисунок себя» позволила оценить особенности мелкой моторики пациентов. Для оценки социальной перцепции применялись методики «распознавание эмоционально-выразительных движений (поз и жестов)», «смайлы», «международная система аффективных картин» (IAPS), «распознавание ложных убеждений» («Салли и Энн») [4].

**Результаты и их обсуждение.** Для корректного выделения патопсихологического профиля использовалась пропорциональная комплексная балльная оценка результатов, полученных в ходе выполнения пациентами шкалы РЕР и патопсихологических методик. Необходимо отметить, что Психологообразовательный тест позволяет трактовать полученные результаты как положительные в случае успешного выполнения задания, отрицательные в случае полного отказа и невыполнения задания, а также - удовлетворительные, которые предполагают наличие зоны ближайшего развития ребенка. В комплексную оценку и профиль входили положительные и удовлетворительные результаты. Несомненным достоинством подобного подхода также является возможность понимания и выявления когнитивных дефицитов при их наличии. Сопоставление результатов, полученных по шкале РЕР с результатами выполнения патопсихологических методик, позволило выявить не только наличие диссоциированной ретардации психического развития и наличие когнитивных дефицитов, но также и более сложные варианты асинхронии развития, сочетающие в себе как отставание по ряду исследуемых сфер, так и опережение по другим сферам [5]. Таким образом, были выделены четыре подгруппы с различным уровнем когнитивного развития, которые включали в себя асинхронное сочетание нормативного и опережающего развития с элементами отставания (первая подгруппа); асинхронное отставание от нормативного развития по некоторым сферам (вторая подгруппа); грубое отставание от нормативного развития по всем сферам (третья подгруппа); асинхронное развитие в ремиссии и прогрессивность дефекта по ряду сфер на протяжении приступа (четвертая подгруппа). Сопоставление и анализ полученных результатов далее позволил в рамках выделения патопсихологических профилей отнести их к различным видам когнитивного дизонтогенеза: искаженному, дефицитарному, дефицитарно-прогрессивному с постепенным нарастанием дефекта, регрессивно-дефектирующему. Оказалось, что каждый из выделенных видов когнитивного дизонтогенеза был характерен для той или иной нозологии, что позволило описать «модель» комплексного нозологического профиля с учетом как клинической характеристики, так и патопсихологического профиля.

**Резюме.** В результате проведенного исследования с применением комплексной клинико-психологической диагностики у детей и подростков с детским аутизмом и шизофренией были

выявлены клинические особенности данных нозологий, выделены виды нарушений когнитивного развития, показано их своеобразие и коморбидность с основным заболеванием. Примененный подход позволяет проводить своевременную мультидисциплинарную диагностику, которая способствует созданию наиболее эффективного персонализированного маршрута (ре)абилитации пациентов с детским аутизмом и шизофренией в детстве. Проведенная работа позволяет сформировать Модель комплексного нозологического профиля с выделением векторов будущих биологических исследований.

### Литература

1. Н. В. Зверева, А. А. Коваль-Зайцев, А. И. Хромов. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление) / Н. В. Зверева, А. А. Коваль-Зайцев, А. И. Хромов. – Москва : ООО "Издательство МБА", 2014. – 40 с.
2. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / Н. В. Симашкова, Т. П. Клюшник, Л. П. Якупова [и др.]. – Москва: Общество с ограниченной ответственностью Издательская группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. – 288 с.
3. Ковалев, В. В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей / В. В. Ковалев. – М.: Медицина, 1979. – 608 с.
4. Коваль-Зайцев А.А. Социальная перцепция в контексте видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра. Дети. Общество. Будущее: сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века»: сборник статей. Т. 1. Москва: КНОРУС, 2020:297-301.
5. Лебединский, В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В.В. Лебединский // Вестник московского университета, научный журнал серия 14 психология. №2 1996 апрель-июнь, с.3-37.
6. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. / Под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина - СПб.: Оверлайд. - 1994. - 303с
7. Симашкова Н.В., Клюшник Т.П., Коваль-Зайцев А.А., Якупова Л. П. Клинико-биологические подходы к диагностике детского аутизма и детской шизофрении // Аутизм и нарушения развития. – 2016. – Т. 14. – № 4(53). – С. 51-67.
8. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра. *Психиатрия*. 2021;19(1):45-53.
9. Schopler E. Psychoeducational profile: Third edition (PEP-3) / E. Schopler, M. Lansing, R. Reichler, L. Marcus–Austin, TX: Pro-Ed, 2005.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МЕТАКОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У БОЛЬНЫХ С ДЕПРЕССИВНЫМ ЭПИЗОДОМ И РЕКУРРЕНТНЫМ ДЕПРЕССИВНЫМ РАССТРОЙСТВОМ

Миняйчева М.В., Пуговкина О.Д.

ФГБУ НМИЦПН им. в. П. Сербского, Москва, Россия

[minyaycheva@gmail.com](mailto:minyaycheva@gmail.com)

**Ключевые слова:** депрессия, метакогниции, руминации, дисфункциональные убеждения.

## COMPARATIVE ANALYSIS OF METACOGNITIVE FUNCTIONING IN PATIENTS WITH DEPRESSIVE EPISODE AND RECURRENT DEPRESSIVE DISORDER

Minyaycheva M.V., Pugovkina O.D.

FSBI V.P. Serbsky NMRC PN, Moscow, Russia

[minyaycheva@gmail.com](mailto:minyaycheva@gmail.com)

**Keywords:** depression, metacognition, rumination, dysfunctional beliefs.

**Введение.** Принимая во внимание распространенность аффективных расстройств, изучение психологических факторов и мишеней терапии депрессивных состояний имеет важное практическое значение для клинической и консультативной психологии. Актуальными остаются проблемы коморбидности депрессии и факторы ее хронификации.

Когнитивно-поведенческий подход в психотерапии зарекомендовал себя как эффективный метод помощи больным с депрессией. Один из современных видов КБТ – метакогнитивный подход [5]. В отличие от традиционной КБТ, метакогнитивная терапия не фокусируется на оспаривании содержания депрессивных мыслей или на повышении мастерства и удовольствия при проявлениях апатии. Вместо этого он фокусируется на сокращении бесполезных когнитивных процессов и облегчает метакогнитивные способы обработки [2].

Согласно метакогнитивной теории, депрессивные расстройства связаны с активацией когнитивного синдрома внимания (Cognitive Attentional Syndrome (CAS)), который включает дисфункциональные паттерны мышления, ригидную самофокусировку внимания, проявления руминаций и постоянный поиск угроз [4]. Таким образом, под **метакогнитивным функционированием** понимается комплекс проявлений, включающий в себя дисфункциональные убеждения, руминации, дисфункциональные копинг-стратегии, мониторинг опасностей и угроз, что может сопровождаться метакогнитивными убеждениями о полезности или вреде данных переживаний [3].

**Целью** настоящего исследования было сопоставление метакогнитивного функционирования у больных двух диагностических категорий: депрессивного эпизода (ДЭ) и рекуррентного депрессивного расстройства (РДР) с учетом тяжести симптомов депрессии.

**Материал и методы.** В исследование было включено 65 пациентов (средний балл по самоотчетной шкале депрессии Бека составил 30, что соответствует выраженной депрессивной симптоматике). 40 пациентов имели диагноз рекуррентное депрессивное расстройство (F33) и 25 – депрессивный эпизод (F32). Для оценки выраженности симптомов депрессии использовалась Шкала депрессии А. Бека (Beck A.T., 1961; Тарабрина Н.В., 2001).



Для оценки различных аспектов метакогнитивного функционирования использовался следующий методический комплекс: Опросник способов совладания (WCQ в версии НИИ им. В.М.Бехтерева) (Крюкова Т.Л., и соавт. 2007); Шкала RRS (Ruminative Response Scale, Treynor, Gonzalez, Nolen-Hoeksema, 2003; Пуговкина О.Д. с соавт., 2021); Шкала дисфункциональных отношений (Beck A.T., с соавт., 1978; Захарова М.Л., 2013); Опросник метакогнитивных убеждений (Wells A. с соавт., 1997; Сирота Н.А. с соавт., 2018); Шкала оценки осознанности (MAAS; адаптация Голубева, 2012); Опросник перфекционизма (Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г.); Шкала самооффективности (Дж. Маддукс, М. Шеер, модификация Л. Бояринцевой). Исследование проводилось на базе Московского НИИ психиатрии. Всеми участниками исследования было подписано информированное согласие. Пациенты принимали стандартную медикаментозную терапию.

**Результаты и их обсуждение.** Для оценки особенностей метакогнитивного функционирования у пациентов с депрессией участники были разделены на подгруппы: 1) по принадлежности к диагностическим группам, 2) по выраженности депрессивной симптоматики в рамках диагностических групп и 3) по выраженности депрессивной симптоматики вне диагностических групп.

При сравнении копинг-стратегий по опроснику способов совладания у пациентов с ДЭ и РДР зафиксировано значимое различие по копингу “Дистанцирование”: данный вид копинга больше выражен у пациентов с ДЭ ( $p=0,041$ ,  $p<0,05$ , критерий Манна-Уитни). Однако, надо отметить, что результаты обеих групп относятся к умеренной частоте использования данной стратегии совладания.

На втором этапе в группах ДЭ и РДР были выделены подгруппы с разной степенью выраженности симптомов депрессии по самоотчетной шкале А.Бека: умеренная депрессия, выраженная депрессия (средняя тяжесть симптомов) и тяжелая депрессия. При умеренной выраженности симптомов у пациентов с ДЭ значимо выше “Позитивные убеждения о беспокойстве” ( $p=0,042$ ), при выраженной депрессии у них выше проявления руминативных переживаний по типу “Поиск глобальных убеждений” ( $p=0,018$ ) и метакогнитивные убеждения о “Потребности в контроле” ( $p=0,025$ ), при тяжелой депрессии – выше копинг “Дистанцирование” ( $p=0,015$ ).

У пациентов с РДР значимо выше общий уровень перфекционизма при выраженной депрессии ( $p=0,043$ ) и социально предписываемый перфекционизм (озабоченность оценками со стороны других людей) ( $p=0,03$ ).

Таким образом, можно говорить о том, что отдельные дисфункциональные метакогнитивные убеждения и копинги выше у пациентов с депрессивным эпизодом, в то время как высокий уровень перфекционизма связан с тенденцией к хронификации депрессии.

При сопоставлении выраженности метакогнитивных нарушений с тяжестью симптомов депрессии в общей группе обследованных пациентов (n=65) были получены следующие результаты. У пациентов с выраженной степенью симптомов депрессии (по сравнению с умеренной, BDI) значимо выше выраженность мрачно-задумчивых размышлений (p=0,011), руминаций рефлексивного подтипа (p=0,04), поиска глобальных объяснений (p=0,016), переживаний одиночества (p=0,011), негативных убеждений о неконтролируемости и опасности беспокойства (p=0,044) и необходимости контроля над мыслями (p=0,043). У пациентов с тяжелой степенью (по сравнению с выраженной) значимо выше выраженность мрачно-задумчивых размышлений (p=0,028), навязчивых депрессивных переживаний (p=0,003), руминаций по типу “Анергия” (p=0,005), поиска глобальных объяснений (p=0,03), общая выраженность руминаций (p=0,045), дисфункциональных когнитивных убеждений (p=0,012), и самооффективности в сфере межличностного общения (p=0,042).

Эти результаты можно рассматривать как определенную траекторию нарастания нарушений метакогнитивных компонентов, т.е. “ухудшение” функционирования происходит неравномерно, активация данных проявлений происходит на разных уровнях депрессивного состояния.

**Выводы.** Выявленные различия метакогнитивного функционирования между больными с ДЭ и РДР, а также связи метакогнитивных нарушений с тяжестью симптомов депрессии позволяют дифференцировать мишени психотерапии в рамках метакогнитивного подхода. Представляется важным то, что несмотря на более высокую выраженность ряда метакогнитивных нарушений у больных ДЭ, уровень перфекционизма выше именно у пациентов с РДР и, вероятно, именно он выступает фактором риска хронифицированного течения депрессивного расстройства.

### Литература

1. Уэллс А. Метакогнитивная терапия тревоги и депрессии. : Пер. с англ. –СПб. ООО “Диалектика”, 2021. – 432с.
2. Normann N, Morina N. The Efficacy of Metacognitive Therapy: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front Psychol.* 2018.
3. Papageorgiou C., Wells A. Metacognitive beliefs about rumination in recurrent major depression // *Cognitive and Behavioral Practice.* – 2001. – Т. 8. – №. 2. – С. 160-164.
4. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy.* – John Wiley & Sons, 2002.
5. Wells A. et al. Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment // *Cognitive therapy and research.* – 2009. – Т. 33. – №. 3. – С. 291-300.

## ОТНОШЕНИЕ К ТАКТИЛЬНОМУ КОНТАКТУ У МОЛОДЫХ ЛЮДЕЙ С ОПЫТОМ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДЕПРИВАЦИИ

Печникова Л.С.<sup>1</sup>, Рыжов А.Л.<sup>1</sup>, Жуйкова Е.Б.<sup>2</sup>, Борисова А.Ю.<sup>3</sup>, Варламов А.А.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

[pech56@mail.ru](mailto:pech56@mail.ru)

<sup>2</sup> ФГБНУ «ПИ РАО», Москва, Россия

<sup>3</sup> ГБУЗ «НПЦ ПЗДП им. Г.Е. Сухаревой ДЗМ», Москва, Россия

<sup>4</sup> АНО «Наш солнечный мир», Москва, Россия

**Ключевые слова:** эмоциональная депривация, тактильный контакт, образ тела.

## ATTITUDES TO TOUCH IN YOUNG PEOPLE WITH EXPERIENCE OF EMOTIONAL DEPRIVATION

Pechnikova L.S.<sup>1</sup>, Ryzhov A.L.<sup>1</sup>, Zhuykova E.B.<sup>2</sup>, Borisova F.Y.<sup>3</sup>, Varlamov A.A.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> FSBI HE «M.V. Lomonosov MSU», Moscow, Russia

[pech56@mail.ru](mailto:pech56@mail.ru)

<sup>2</sup> FSBI «PI RAE», Moscow, Russia

<sup>3</sup> FSBI «Sukhareva SCMHC», Moscow, Russia

<sup>4</sup> ANO «Our sunny world», Moscow, Russia

**Keywords:** emotional deprivation, attitudes to touch, body image.

**Введение.** Актуальность исследования обусловлена высокой потребностью в понимании влияния последствий эмоциональной депривации на психику молодых людей, число которых с опытом эмоциональной депривации остается стабильно высоким. Следует отметить роль институционального воспитания в ранних нарушениях развития телесности ребенка и специфику развития отношения к телу и телесным контактам в старшем возрасте, что приводит к значимым последствиям при построении отношений в парных и родительских отношениях. Изучение связи развития эмоционального опыта и развития форм тактильного контакта имеет значение для поиска путей помощи юношам и девушкам со сложным опытом привязанности, который оказывает влияние, согласно современным данным, на характер отношений с близкими (с партнерами и, в дальнейшем, с детьми).

**Материал и методы.** В исследовании приняло участие 102 молодых человека (18–29 лет), составившие две группы: экспериментальная группа с опытом эмоциональной депривации (47 чел) и контрольная группа (55 чел), приблизительно уравненные по

возрастному и половому составу. Отбор в экспериментальную группу осуществлялся с помощью благотворительных фондов, занимающихся развитием, социализацией, профориентацией и трудоустройством воспитанников и выпускников детских учреждений для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. Были использованы следующие методики. 1. Опросник «Особенности тактильного взаимодействия» (TEAQ-37 RUS – Trotter et al, 2018) [3]. Методика направлена на исследование опыта и отношения к тактильному контакту и включает 5 шкал: Отношение к социальным тактильным контактам (ОСТ); Отношение к тактильным контактам с близкими людьми (ОТБ); Тактильные контакты в детстве (ТД); Отношение к уходу за кожей (ОТК); Частота тактильных контактов с близкими (ЧТБ). 2. «Опросник образа собственного тела» [2], который дает единый показатель, отражающий выраженность недовольства своим телом. 3. «Опросник привязанности к близким людям» [1], который направлен на оценку эмоциональной привязанности в актуальных отношениях с близкими людьми. Методика включает шкалы «беспокойства» и «избегания» и позволяет разделить респондентов на 4 типа отношения к близким: надежный, тревожно-озабоченный, избегающе-отвергающий и избегающе-опасающийся.

**Результаты и их обсуждение.** Особенности отношения к тактильным контактам, оцениваемые по опроснику TEAQ, показывают значимые различия между группами по всем шкалам, за исключением параметра «Отношение к уходу за кожей» (Таблица 1).

Таблица 1.

Сравнение средних значений по опроснику TEAQ-37 в экспериментальной и контрольной группах

	Mann-Whitney U	p	ср. знач	
ОСТ	702	< .001	21.4	26.0
ОТБ	820	0.001	37.1	42.9
ТД	544	< .001	16.9	25.8
ОТК	1284	0.954	23.6	23.7
ЧТБ	944	0.019	13.0	15.4

При этом только по шкале «Тактильный контакт в детстве» в группе с опытом депривации показатели оказались низкими (более одного стандартного отклонения) по сравнению с нормативными данными [3]. В целом полученные результаты подтверждают, что отношение к социальным тактильным контактам лучше у подростков без опыта

эмоциональной депривации. По показателям других методик значимые различия наблюдаются только по шкале «избегание» «Опросника привязанности к близким людям» ( $U=739$ ,  $p<0.001$ , ср. значения 53,7 в группе с опытом депривации и 41,6 в контрольной группе). Анализ частоты представленности разных типов привязанности по статистике хи-квадрат не выявляет значимых различий между двумя группами в целом. Однако обращает на себя внимание большая представленность избегающе-опасающегося типа (1 случай в контрольной группе, 6 - в группе с опытом депривации). Таким образом, в исследованной группе опыт депривации неоднозначно влияет на нарушения эмоциональных привязанностей, и их связь с особенностями тактильного опыта и отношению к социальным прикосновениям требует уточнения.

Исследование связи переменных, описывающих эмоциональные привязанности, особенности отношения к тактильному контакту и собственному телу, показывает, что в двух группах они имеют как сходства, так и различия (Таблица 2), при этом связи параметров привязанности и отношения к телу и контакту в экспериментальной группе в целом более выражены.

Таблица 2.

Корреляционные связи (Rho) показателей отношения к тактильному контакту и к телу и параметров привязанности в двух группах

Группа депривацией	с	ООСТ	ОСТ	ОТБ	ТД	ОТК	ЧТБ
		ООСТ	ОСТ	ОТБ	ТД	ОТК	ЧТБ
Избегание		0.335*	-.271	-0.602***	-0.011	-0.210	-0.422**
Беспокойство		0.455**	0.2	0.365*	0.285	-0.061	-0.152
Контрольная группа		ООСТ	ОСТ	ОТБ	ТД	ОТК	ЧТБ
Избегание		0.137	-0.402**	-0.572***	-0.390**	-0.317*	-0.584***
Беспокойство		0.118	-0.06	0.087	0.119	0.147	-0.065

В группе с депривацией, в отличие от контрольной группы, отмечаются значимые связи избегания и беспокойства в эмоциональных привязанностях с недовольством собственным телом (ООСТ), а также связь беспокойства в привязанности и позитивного отношения к прикосновениям в близком контакте. Последнее может рассматриваться как регрессивная попытка компенсации тревоги, связанной со страхом потери и одиночества. Среди связей других переменных обращает на себя внимание то, что в контрольной группе негативное

отношение к телу, в отличие от группы с опытом депривации, значимо позитивно связано с тактильными контактами в детстве, но не связано с отношением к тактильному контакту со стороны близких. С одной стороны, это может интерпретироваться, как большая зависимость отношения к тактильному контакту от прошлого опыта, чем от актуальных взаимоотношений, однако, может быть артефактом, связанным с очевидными различиями между группами в представленности и качестве раннего тактильного опыта.

**Заключение.** Следует отметить, что, несмотря на ряд отличий, отношение к тактильному контакту, а также отношение к телу в целом в группе молодых людей с опытом депривации грубо не нарушено. С одной стороны, это показывает, что влияние депривации на развитие эмоциональной и тактильной сферы неоднозначно и может, как формировать уязвимость, так и компенсироваться. С другой стороны, дальнейшие исследования должны учитывать различия в опыте и тяжести депривации, опыте формирования близких связей после депривации, а также влияние других сопутствующих факторов, таких как травматизация. Не раз отмечалось, что юноши и девушки со сложным опытом привязанности испытывают трудности в построении семейных отношений, воспитании детей в будущем, установлении стабильной привязанности. Часть причин связана именно со специфическим развитием телесности и телесного контакта. Углубление данного исследования способствовало бы разработке программ помощи подросткам и юношам с опорой на формирование альтернативного телесного опыта и развитие социальных контактов.

#### Литература

1. Сабельникова Н. В., Каширский Д. В. Опросник привязанности к близким людям. // Психологический журнал. – 2015. – Том 36. – № 4. – С. 84–97.
2. Скугаревский О.А., Сивуха С.В. Образ собственного тела: разработка инструмента для оценки. // Психологический журнал, 2006, №2. – С. 40-48.
3. Trotter P, Belovol E, McGlone F, Varlamov A (2018) Validation and psychometric properties of the Russian version of the Touch Experiences and Attitudes Questionnaire (TEAQ-37 Rus) // PLoS ONE ,13(12): e0206905.

### ВЗАИМОСВЯЗЬ ПАМЯТИ И МЫШЛЕНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ СО СЛУХОРЕЧЕВЫМИ ГАЛЛЮЦИНАЦИЯМИ

Полякова А.С.<sup>1</sup>, Парняков А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> ГБУЗ АО "АКПБ", Архангельск, Россия

<sup>2</sup> ФГБОУ ВО «СГМУ», Архангельск, Россия

**Ключевые слова:** шизофрения, галлюцинаторная предрасположенность, память, мышление, избирательность.

## THE CORRELATION BETWEEN MEMORY AND MIND IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA WITH AUDITORY VERBAL HALLUCINATIONS

Polyakova A.S.<sup>1</sup>, Parnyakov A.V.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> СБИН АР «АСРН», Arkhangelsk, Russia

<sup>2</sup> ФСБИ НЕ «НСМУ», Arkhangelsk, Russia

**Keywords:** schizophrenia, hallucinatory predisposition, memory, mind, selectivity.

**Введение.** Слухоречевые галлюцинации определяются как восприятия при отсутствии причинных стимулов и располагаются в континууме от психотических форм к галлюцинаторной предрасположенности и нормальному восприятию [14, 18]. При вариативности клинической картины расстройств спектра шизофрении слухоречевые галлюцинации – один из наиболее дезадаптирующих симптомов [2, 3, 4]. Современные модели функционирования мозга рассматривают восприятие как комбинацию двух различных источников информации: сенсорного ввода и влияний предыдущих знаний [15, 16, 17]. Актуальным является вопрос о когнитивных механизмах галлюцинаций. Во многих исследованиях поддерживается гипотеза генеза вербальных галлюцинаций не только на основе нарушений сенсорного мониторинга, но и с учётом влияния слуховых представлений, полученных из непреднамеренной активации воспоминаний памяти, а также нерелевантных текущих ассоциаций в сочетании с дефицитом преднамеренного когнитивного торможения [12, 20, 21].

Предполагается роль ослабления избирательности процессов памяти и мышления в генезе слухоречевых галлюцинаций при шизофрении, дисфункция которых может приводить к развитию обманов восприятия в виде активации ментальных образов, которые не находятся под волевым контролем субъекта [13, 21]. Метаанализ Jardri et al. свидетельствует о том, что в опосредовании слухоречевых галлюцинаций участвуют не только лобно-височные речевые зоны, но и медиальные височные области, связанные с вербальной памятью [17]. С учётом представлений об ослаблении влияния прошлого опыта на избирательность актуализации знаний с одновременным повышением вероятности привлечения нерелевантных признаков (В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, В.В. Плотников, Д.В. Плотников), нетрудно предположить о возможной связи снижения селективности в процессах памяти и мышления как единой когнитивной основы слухоречевых галлюцинаций [1, 6, 7, 9].

**Целью** настоящего исследования являлось изучение особенностей когнитивного функционирования (избирательность в процессах мышления и памяти) у больных шизофренией со слухоречевыми галлюцинациями. Проведен анализ описанных феноменов у

лиц с клиническими галлюцинациями и у здоровых с различной склонностью к галлюцинациям.

Было выдвинуто предположение о том, что в структуре нейрокогнитивного дефицита у больных шизофренией со слухоречевыми галлюцинациями имеет место параллельное снижение избирательности в функционировании процессов памяти и мышления.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось в течение 2021-2022 гг. на базе стационарного звена Архангельской клинической психиатрической больницы, а также Северного Государственного Медицинского Университета в форме индивидуального тестирования с использованием функционально-инструментальных проб и бланковых вариантов теста. В нём приняли участие 100 человек, из них 70 – здоровые лица (студенты старших курсов, сотрудники клиник) и 30 больных параноидной формой шизофрении. Выборка состояла из 42 мужчин (32,5%) и 58 женщин (67,5%). Средний возраст участников составил  $32,5 \pm 9,8$ , в диапазоне от 18 до 55 лет. Респонденты были проинформированы о конфиденциальности ответов, добровольном характере их участия в исследовании.

Критериями включения в группу больных послужили следующие характеристики: верифицированный диагноз из рубрики F20.0 МКБ-10 с явлениями галлюцинаторного синдрома; уровень образования не ниже 9 классов СОШ, этап относительной стабилизации состояния. Критерии исключения: наличие продуктивной симптоматики, эмоционально-волевого дефекта, инфериорность интеллекта, сопутствующие неврологические/наркологические заболевания.

В качестве психодиагностических методик сбора данных использовалась шкала склонности к галлюцинациям Лунэя-Слейда (LSHS-R) в адаптации Парнякова А.В. и соавторов [5, 15]. Инструментальные методы включали пробы для изучения памяти (заучивание бессмысленных слогов и 10 слов А.Р. Лурии) с подсчётом в ретенции лишних единиц, и пробы для изучения мышления («исключение предметов» Н.Л. Белопольской, «сравнение понятий», МДСП в модификации В.В. Плотникова и соавторов), в которых посредством качественной интерпретации подсчитывались латентные, малорелевантные свойства, ответы по III и IV ключам [8, 10].

В качестве характеристики положения и рассеяния данных использовались среднее и стандартное отклонение ( $M \pm SD$ ). Нормальность распределения определялась критерием Шапиро-Уилка. Статистическая гипотеза проверялась с помощью коэффициентов ранговой корреляции Спирмена. Значимыми считались статистические различия при  $p \leq 0,05$ . Все статистические процедуры реализованы в программе JASP Team, Version 0.16 [19].

**Результаты и их обсуждение.** В соответствии с дименсиональным подходом оценки тяжести психотических симптомов можно предположить, что выраженность взаимосвязей памяти и

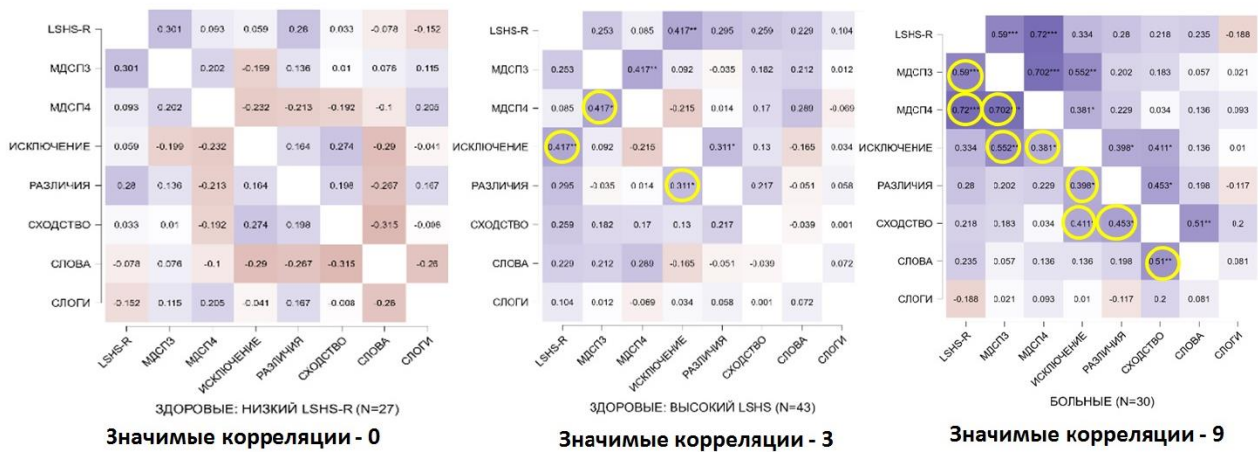


мышления в виде нерелевантных актуализаций будет нарастать в континууме: низкая – >высокая галлюцинаторная склонность → клинические галлюцинации. В связи с этим формирование групп сравнения осуществлялось не только по принципу «болен-здоров», но и с разделением обследуемых по признаку склонности к галлюцинациям (определяемой по шкале склонности к галлюцинациям Лунэя-Слейда).

На рис. 1 приведены тепловые корреляционные матрицы испытуемых разделенных на три группы по принципу: 1 – здоровые с низкой склонностью к галлюцинациям, 2 – здоровые с высокой склонностью к галлюцинациям и 3 группа – больные шизофренией с галлюцинаторным опытом.

**Рисунок 1.**

Тепловые корреляционные карты Спирмена в подгруппах здоровых лиц с различной склонностью к галлюцинациям и группе больных шизофренией



Примечание: фиолетовым цветом отображены положительные корреляции, красным – отрицательные, чем насыщеннее цвет, тем сильнее связь, достоверность обозначена \* (\* p <0,05, \*\* p <0,01, \*\*\* p <0,001).

Как следует из рис. 1, в обозначенных группах присутствуют значимые положительные связи между когнитивными составляющими матрицы у лиц с более высокими показателями психотического фенотипа, что наиболее четко обозначено в группе больных шизофренией. Указанная тенденция также отражает сходные свойства в когнитивном стиле – его нарушения в избирательности более выражены при нарастании черт галлюцинаторно-психотического фенотипа.

При корреляционном анализе выявлена значимая положительная взаимозависимость конфабуляторной отставленной репродукции слов с феноменами актуализации латентных свойств в пробе «Сравнение понятий». Так, чем больше нерелевантных сходств привлекали лица из клинической выборочной совокупности, тем большее количество нерелевантных воспроизведений слов наблюдалось в отсроченной ретенции (p <0,01).

Стоит отметить, что в содержательном аспекте «лишние» слова в отсроченной ретенции имели качественно иной характер, нежели у участников условной нормы. Так, конфабуляторные включения у здоровых лиц представляли собой преимущественно ассоциации по созвучию и сходству со стимулами из набора, имели похожую структуру (стол-стул, вода-река, мёд-лёд). Только в клинической выборке встречались слова иной структуры и слогового состава – кровать, скамейка, ветер.

При этом корреляционный анализ выявляет наибольшее количество положительных связей между особенностями оживления латентного фона ассоциаций и показателем галлюцинаторной предрасположенности, что позволяет предполагать ведущую роль ослабления избирательности мыслительных процессов в обеспечении когнитивной основы слухоречевых галлюцинаций. Примечательно, что выявленные особенности отражают сходные свойства в когнитивном стиле – его нарушения в избирательности следуют соответственно увеличению склонности к галлюцинациям, т.е. более выражены при нарастании черт галлюцинаторно-психотического фенотипа.

**Заключение.** Таким образом, по результатам проведённого исследования выявлено, что в структуре нейрокогнитивного дефицита у больных шизофрений присутствует параллельное снижение некоторых аспектов избирательности памяти и мышления. Также обнаруживается, что больше нерелевантных свойств при операциях мышления привлекают испытуемые с более высокими показателями галлюцинаторно-психотического фенотипа. Эта закономерность характерна как для здоровых, так и для больных, что обуславливает необходимость дальнейшего исследования особенностей познавательной деятельности лиц с различной склонностью к галлюцинациям с целью выявления специфических характеристик их когнитивного профиля и его возможной связи с высоким риском развития шизофрении.

### Литература

1. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, обобщение, познание. М.: Изд. Московского университета, 1991 – 254 с.
2. Крылов В.И. Психопатологическая квалификация и диагностическое значение нарушений чувственного познания (галлюцинации, псевдогаллюцинации, галлюциноиды). Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2017; 06: с. 4-9.
3. Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Психические расстройства и расстройства поведения.// Под редакцией Казаковцева Б. А., Голланда В.В.// – М.: Издательство «Прометей», 2013 г. – 584 с.
4. МКБ-11. Глава 06. Психические и поведенческие расстройства и нарушения нейроразвития. Статистическая классификация. – М.: «КДУ», «Университетская книга» – 2021. – 432 с.
5. Парняков А.В., Полякова А.С., Соловьев А.Г. Факторный анализ пересмотренной шкалы галлюцинаций Лунэя–Слейда (LSHS-R) в русскоязычной среде//Российский психиатрический журнал. 2022. - №3. С. 86-92.
6. Плотников В. В. Интегративная основа негативных расстройств познавательной деятельности при шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2018;118(1):123-129 с.
7. Плотников В.В., Плотников Д.В. Познавательная деятельность при различных типах течения шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия, 2018, №1, 22-28 с.

8. Плотников В.В., Северьянова Л.А., Плотников Д.В., Бердников Д.В. Методика дискриминации свойств понятий (МДСП). – М.: Когито-Центр, 2009. – 87 с.
9. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М.: Медицина, - 1974. – 167 с.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике. Ч. 1. Практич. Руководство. – М.: Издательство института психотерапии, 2010. – 224 с.
11. Шмуклер А.Б. Современные подходы к диагностике шизофрении и расстройств шизофренического спектра (концепция DSM-5). Ж. Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2013; 05: 43-51.
12. Aleman A., Neurocognitive Basis of Schizophrenia: Information Processing Abnormalities and Clues for Treatment // Hindawi Publishing Corporation Advances in Neuroscience, vol. 2014, Article ID 104920, 15 pages.
13. Badcock J. C., Waters F. A. V., Maybery M. T., and Michie P. T., “Auditory hallucinations: failure to inhibit irrelevant memories,” *Cognitive Neuropsychiatry*, vol. 10, no. 2, pp. 125–136, 2005.
14. Baumeister D. et al. Auditory verbal hallucinations and continuum models of psychosis: A systematic review of the healthy voice-hearer literature. *Clinical Psychology Review* Volume 51, February 2017, Pages 125-141.
15. Bentall R. P., & Slade P. D. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucination: A brief report. *Personality and Individual Differences*, 6, 527-529, 1985.
16. Grossberg S., “How hallucinations may arise from brain mechanisms of learning, attention, and volition,” *Journal of the International Neuropsychological Society*, vol. 6, no. 5, pp. 583– 592, 2000.
17. Jardri R, Pouchet A, Pins D, Thomas P, Cortical Activations During Auditory Verbal Hallucinations in Schizophrenia: A Coordinate-Based Meta-Analysis, *The American Journal of Psychiatry* , vol. 168, P. 73–81, 2011.
18. Launay, G., & Slade, P. D. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Personality and Individual Differences*, 2, 221-234, 1981.
19. Quintana D.S, Williams D.R. Bayesian alternatives for common null-hypothesis significance tests in psychiatry: a non-technical guide using JASP // *BMC Psychiatry*, 2018. – Vol. 18. – № 1. – P.178
20. Vercammen A., and Aleman A., “Semantic expectations can induce false perceptions in hallucination-prone individuals,” *Schizophrenia Bulletin*, vol. 36, no. 1, pp. 151–156, 2010.
21. Waters F. A. V., Badcock J. C., Michie P. T., and Maybery M. T., “Auditory hallucinations in schizophrenia: intrusive thoughts and forgotten memories,” *Cognitive Neuropsychiatry*, vol. 11, no. 1, pp. 65–83, 200.

**ПЕРСПЕКТИВА ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЬЮТЕРНЫХ ЗАДАЧ В СОЧЕТАНИИ С  
ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМИ МЕТОДИКАМИ ПРИ  
ИССЛЕДОВАНИИ ВНИМАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕПРЕССИВНЫМИ  
РАССТРОЙСТВАМИ**

Чепелюк А.А.<sup>2</sup>, Виноградова М.Г.<sup>1</sup>, Метлина М.В.<sup>2</sup>, Алякаева М.Ф.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «МГУ имени М.В. Ломоносова», Москва, Россия

<sup>2</sup> ФГБНУ «НИИ фармакологии им. В.В. Закусова», Москва, Россия

**Ключевые слова:** депрессивное расстройство, патопсихологическая диагностика, когнитивные процессы, внимание, зрительный поиск.

## CURRENT PERSPECTIVES OF INVESTIGATING OF ATTENTION IN PATIENTS WITH DEPRESSION USING A COMPUTER TASKS AND METHODS OF PATHOPSYCHOLOGY

Chepeliuk A.A.<sup>2</sup>, Vinogradova M.G.<sup>1</sup>, Metlina M.V.<sup>2</sup>, Aliakaeva M.F.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> FSBI HE «M.V. Lomonosov MSU», Moscow, Russia

<sup>2</sup> FSBI «V.V. Zakusov Institute of Pharmacology», Moscow, Russia

**Keywords:** depression, diagnostic in pathopsychology, cognitive processes, attention, visual search.

**Введение.** Наличие и выраженность недостаточности когнитивных функций при аффективных расстройствах традиционно выступают в качестве одной из целей патопсихологической диагностики. При этом оценка внимания и работоспособности представляет особый интерес для диагноста при необходимости характеристики динамики состояния пациента и степени выраженности патологических изменений. Настораживает факт выявления когнитивных нарушений при аффективных расстройствах у пациентов молодого и среднего возраста: в европейской популяции, согласно эпидемиологическим данным, в возрастной когорте 18–35 лет когнитивные нарушения на протяжении месяца обнаруживаются у 17-24% пациентов, в течение одного года – у 38-48%, на протяжении более длительного периода – у 52-61% [7]. Гетерогенность результатов клинико-фармакологических исследований, учитывающих нарушения управляющих функций, процессов обучения, внимания и памяти, свидетельствует о различиях в вариантах и степени влияния этих нарушений на качество повседневного функционирования, а также о неоднозначности выбора указанных когнитивных процессов в качестве мишени медикаментозной терапии и параметров оценки эффективности фармакологических средств и прогноза ремиссии [6]. В качестве возможного объяснения гетерогенности данных рассматривается связь степени выраженности нарушений и специфичности профилей когнитивных дисфункций при различных видах депрессивных расстройств. Ряд исследователей сообщают об отсутствии различий продуктивности когнитивных процессов пациентов с большой депрессией в сопоставлении с нормативными показателями, тогда как другие – о наличии нейрокогнитивного дефицита (нарушениях памяти, внимания и управляющих функций [5]. Существующие подходы к пониманию обнаруживаемой при депрессивных расстройствах когнитивной дисфункции можно условно разделить на два. В первом когнитивные нарушения рассматриваются как вторичные по отношению к первичной депрессивной симптоматике (усталости, вялости, заторможенности) и проявляющиеся в снижении скорости процессов обработки информации. Во втором, на основе данных лонгитюдных исследований, делается

акцент на сохранении нарушений продуктивности когнитивных процессов у пациентов при редукции нарушений настроения (в частности, сниженной продуктивности вербальной памяти и вербальной гибкости) [8]. Нарушения внимания зачастую описаны в литературе как предшествующие появлению симптомов депрессивного расстройства. Данные нарушения представлены дефицитом внимания при выполнении задач в виде снижения скорости обработки информации, селективности. В то время как продуктивность процессов автоматической обработки информации остается интактной [2]. Метаанализ исследований нарушений внимания при депрессии выявил согласованность данных в замедлении когнитивных процессов, которое рассматривается как подтверждающее гипотезу «когнитивной скорости». Согласно, этой гипотезе снижение общей скорости процессов обработки информации является первичным и вызывает вторично нарушения высших когнитивных процессов. Гипотеза «когнитивных усилий», с другой стороны, раскрывает психологические механизмы нарушений когнитивных функций и объясняет интактность автоматизированных когнитивных процессов и нарушения функций, связанных с усилием. Таким образом, изучение когнитивных процессов, в частности внимания, при депрессивных расстройствах является весьма значимым для исследования психологических механизмов нарушений, степени выраженности дисфункции при различных вариантах расстройств данной группы, определения современных стратегий фармакологических подходов к терапии, в которых, кроме цели «устранения» патологических состояний, все больше акцентируется восстановление доступного уровня функционирования пациента в профессиональной, социальной и других сферах жизнедеятельности.

**Материалы и методы.** В проведенном эмпирическом исследовании контрольную группу составили 30 здоровых респондентов (19 женщин и 11 мужчин, 24 человек - с высшим, 5 - с неоконченным высшим и один респондент со специальным образованием, средний возраст:  $33,16 \pm 9,82$ ). В экспериментальную группу были отобраны 25 пациентов на этапе первичного обращения в клинику до начала приема медикаментов (19 женщин и 6 мужчин, 17 из них с высшим образованием, 7 - с неоконченным высшим и один пациент со средним специальным образованием; средний возраст:  $31,35 \pm 8,16$ ) с депрессивным расстройством, шифр по МКБ-10: F32.00-депрессивный эпизод легкой степени без соматических симптомов (9 пациентов), F33.11-рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени с соматическими симптомами (9 пациентов), F34.1- дистимия (2 пациента), F43.21-продолжительная депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (1 пациент), F43.22-смешанная тревожная и депрессивная реакция, обусловленная расстройством адаптации (4 пациента).

Для исследования внимания использовались методики экспериментального

патопсихологического обследования (таблицы Шульте, комплексная фигура Рея-Тейлора), а также компьютерные задачи зрительного поиска изменений и различий [3]. В компьютеризированных методиках на экране перед испытуемым предъявлялся заданный целевой стимул среди отвлекающих (дистракторов). В качестве целевых стимулов и дистракторов выступали буквы, поиск целевого стимула осуществлялся по двум признакам: цвет и направленность буквы. Целевой стимул мог присутствовать в пробе или отсутствовать («проба-ловушка»). Помимо присутствия/ отсутствия целевого стимула, в каждой пробе варьировалось число элементов (5, 10, 15 или 20 элементов). Оценивались следующие параметры выполнения заданий: время выполнения каждой из таблиц Шульте, время реакции при каждой пробе задачи на зрительный поиск и время, затрачиваемое в среднем на поиск целевого стимула при разном количестве элементов в задачах на зрительный поиск [1]; время, затрачиваемое на копирование и воспроизведение комплексной фигуры Рея-Тейлора, точность воспроизведения размера фигуры, точность положения фигуры на листе, порядок рисования (от целого, по частям или хаотично), точность воспроизведения элементов фигуры [4]. Статистическая обработка данных производилась с помощью пакета статистических программ IBM SPSS Statistics 22.0. с применением Т-критерия Стьюдента и критерия Манн-Уитни.

**Результаты исследования.** При выполнении компьютерных задач на зрительный поиск пациенты с депрессивным расстройством по сравнению со здоровыми респондентами затрачивали больше времени на обнаружение ключевого стимула в ситуациях, когда на экране ключевой стимул был представлен среди 5 или 20 элементов (табл. 1). В то время как при среднем уровне нагрузки (в условиях поиска ключевого стимула среди 10 или 15 элементов) различий с контрольной группой установлено не было.

Таблица 1.

Время выполнения компьютерных задач на зрительный поиск (мсек)

Количество элементов	5	10	15	20	Среднее время реакции на 1 элемент
Экспериментальная группа	937,81±183,12*	1061,88±149,1	1394,81±223,3	1452,56±269,38	96,84±13,16*
Контрольная группа	792,88±88,46	999,72±137,20	1306,40±294,5	1288,00±233,49	87,74±12,1

Статистически значимые различия по критерию Стьюдента при: \* $p \leq 0,05$ , \*\* $p \leq 0,01$ .

Пациенты с депрессивными расстройствами в среднем затрачивали больше времени на отыскивание чисел по таблицам Шульте в сравнении со здоровыми испытуемыми (31,8с и

58,2с,  $p=0,001$ ). При анализе динамики выполнения каждой из таблиц были обнаружены статистически значимые различия при выполнении первой, второй, четвертой и пятой таблиц Шульте в сравнении со здоровыми испытуемыми (табл.2).

**Таблица 2.**

Время отыскивания чисел по таблицам Шульте в экспериментальной и контрольной группах испытуемых (с)

	Таблица 1	Таблица 2	Таблица 3	Таблица 4	Таблица 5
Экспериментальная группа	37,25±8,34	37,50±8,23	34,19±8,26	39,63±8,68	39,81±10,85
Контрольная группа	31,88±8,17*	30,68±6,26*	31,96±7,84	30,48±6,05*	31,28±5,52*

Статистически значимые различия по критерию Манн-Уитни при  $*p \leq 0,01$ .

При копировании и воспроизведении по памяти комплексной фигуры Рея-Тейлора пациенты с депрессивными расстройствами характеризовались большей скоростью по сравнению со здоровыми респондентами (табл. 3). В то же время пациенты допускали значимо больше искажений в сопоставлении с нормой и в процессе копирования и при воспроизведении фигуры по памяти. И обнаруживали значимо меньшие баллы как при копировании, так и при воспроизведении по памяти (табл. 3).

**Таблица 3.**

Показатели выполнения комплексной фигуры Рея-Тейлора испытуемыми экспериментальной и контрольной групп

	Среднее время выполнения		Средняя сумма баллов		Среднее количество искажений	
	Копировани я	воспроизве дения	Копирова ние	воспроизве дение	копиров ание	воспроизве дение
Эксперимента льная группа	124,7±46,8	101,5±46,6	18,3±2,3	13,3±3,8	3,6±3,5	5,7±2,7
Контрольная группа	195,4±144, 4*	174,7±134,4 *	19,6±1,2	16,3±2,7*	1,3±1,3*	3,3±2,5*

Статистически значимые различия по критерию Манн-Уитни при  $*p \leq 0,05$ .

**Обсуждение результатов.** Использование в патопсихологическом обследовании компьютерных и традиционных методик экспериментального психологического обследования позволяет выявлять общий характер нарушений процессов внимания. Так, в решении компьютерных задач на зрительный поиск и при отыскивании чисел по таблицам Шульте обнаружено снижение среднего времени реакции, затрачиваемого на поиск одного элемента и средней скорости выполнения. При этом в отдельных заданиях внутри данных методик пациенты обнаруживали доступность нормативного уровня выполнения. В таблицах

Шульте результаты пациентов соответствовали нормативной скорости отыскивания чисел в середине задания, а в решении компьютерных задач на зрительный поиск наблюдалось соответствие нормативным показателям скорости отыскивания ключевых стимулов по мере адаптации к новизне и в условиях оптимального уровня зрительной перцептивной нагрузки. При выполнении более сложных зрительно-пространственных заданий, связанных со зрительной конструктивной деятельностью, установлено увеличение скорости выполнения наряду со снижением точности (повышение числа ошибок) у пациентов с депрессивными расстройствами.

**Выводы.** Выявленные особенности и нарушения внимания у пациентов с депрессивными расстройствами подтверждают обоснованность сочетания компьютерных и экспериментально-психологических методик. Подобное применение позволяет дать характеристику различных аспектов нарушений внимания, в частности динамичность и парциальность, их связь с объемом зрительной перцептивной нагрузки, ее длительностью, наличием дополнительных элементов, схожих с релевантным стимулом по отдельным признакам. Полученные результаты позволяют также обсуждать роль оптимального количества дистракторов для компенсаторного потенциала: при увеличении числа элементов стимульного поля выявляются ограничения возможностей компенсации в виде снижения скорости процессов зрительного поиска у пациентов с депрессивными расстройствами.

### Литература

1. Горбунова Е.С. Перспективы использования задач зрительного поиска в современной когнитивной психологии [Электронный ресурс] // Современная зарубежная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 107–116.
2. Табаева Г.Р. Когнитивные расстройства при депрессии и новые мишени терапии // Эффективная фармакотерапия. 2018. №20. С.28-37
3. Фаликман М. В. Парадоксы зрительного внимания: эффекты перцептивных задач. М.: Издательский Дом ЯСК: Языки славянской культуры, 2018. - 264 с.
4. Хохлов Н.А, Сердюк А.Е. Количественные оценки выполнения методики «Комплексная фигура Тейлора» детьми 4–17 лет // Национальный психологический журнал. 2019. № 1(33). С. 88–108.
5. Bora, E., Harrison, B., Yücel, M., & Pantelis, C. Cognitive impairment in euthymic major depressive disorder: A meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2013.
6. Colwell, M.J., Tagomori, H., Chapman, S. et al. Pharmacological targeting of cognitive impairment in depression: recent developments and challenges in human clinical research. *Transl Psychiatry*. 2022. 12(1):484.
7. Kaser M., Zaman R., Sahakian B. J. Cognition as a treatment target in depression. *Psychological Medicine*. 2016. 47(06), p.987–989.
8. Talarowska M., Zajączkowska M., Gałeczki P. Cognitive functions in first-episode depression and recurrent depressive disorder. *Psychiatria Danubina*. 2015. Vol. 27, No. 1, p. 38–43.



## НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОК НА РАЗНЫХ ЭТАПАХ ЭНДОГЕННОГО ПРОЦЕССА

Шишковская Т.И., Медведева Т.И., Олейчик И.В.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

[ttnszy@gmail.com](mailto:ttnszy@gmail.com)

[medvedeva.ti@gmail.com](mailto:medvedeva.ti@gmail.com)

[i.oleichik@mail.ru](mailto:i.oleichik@mail.ru)

**Ключевые слова:** шизофрения, синдром высокого риска психоза, социальное познание, базисные симптомы.

## IMPAIRMENTS OF SOCIAL COGNITION IN PATIENTS AT DIFFERENT STAGES OF ENDOGENOUS PSYCHIATRIC DISORDERS

Shishkovskaia T.I., Medvedeva T.I., Oleichik I.V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

[ttnszy@gmail.com](mailto:ttnszy@gmail.com)

[medvedeva.ti@gmail.com](mailto:medvedeva.ti@gmail.com)

[i.oleichik@mail.ru](mailto:i.oleichik@mail.ru)

**Keywords:** schizophrenia, high risk of psychosis, social cognition, basic symptoms.

**Введение.** Поиск симптомов, показательных в отношении риска манифестации психоза у пациенток с высоким риском, актуальное направление научных исследований. Один из описанных прогностических маркеров – базисные симптомы, субъективно воспринимаемые пациентом изменения в мышлении, эмоциональности и восприятии реальности. Также перспективны в этом отношении изменения эмоционального интеллекта, поскольку при шизофрении они характеризуются специфичным паттерном [3].

**Целью исследования** был анализ нарушений эмоционального интеллекта и их ассоциации с базисными симптомами у пациенток с симптомами высокого риска психоза в сравнении с пациентками с непсихотической депрессией и пациентками, перенесшими развернутый шизофренический психоз.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие пациентки, проходившие лечение в клинике ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». Работа проводилась в рамках научных исследований группы эндогенных приступообразных психозов отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний. Всего

обследовано 98 человек. 1-я группа - пациентки с депрессией без психотических симптомов (36 пациенток, средний возраст  $19,5 \pm 3,7$ ; диагноз по МКБ-10 F31 – 25 пациенток, F32 – 6 пациенток, F33 – 5 пациенток); 2-я группа - пациентки с депрессией с аттенуированными психотическими симптомами (44 пациентки, средний возраст  $18,5 \pm 1,9$ , диагноз по МКБ-10 F31 – 32 пациентки, F32 – 4 пациентки, F33 – 8 пациенток; принадлежность к группе устанавливалась на основании соответствия критериям синдрома аттенуированного психоза в DSM-5); 3-я группа - пациентки с постпсихотической депрессией (18 пациенток, средний возраст  $26,0 \pm 4,5$ , диагноз по МКБ – F20.8). Группы статистически не различались по социодемографическим показателям, за исключением возраста.

Все испытуемые выполнили методики: 1. *Тест эмоционального интеллекта Мэйера–Сэловея–Карузо (MSCEIT V2.0)*, (в дальнейшем ЭИ). Тест содержит 4 подшкалы – компоненты эмоционального интеллекта. По мнению авторов теста эти компоненты выстраиваются в иерархию, уровни которых развиваются последовательно в онтогенезе: 1 - Восприятие, оценка и выражение эмоций; 2 -Использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности; 3 - Понимание и анализ эмоций, 4 - Сознательное управление эмоциями для личностного роста и улучшения межличностных отношений. Для обработки результатов теста использовался вариант кодировки по консенсусу. В качестве «группового эксперта» использовались ответы 100 человек из группы здоровых испытуемых. Для нивелирования фактора возраста «сырые» значения (средняя частотность ответов для каждой секции теста) были переведены в баллы с учетом возрастных рамок. 2. *Методика оценки базисных симптомов (Schizophrenia Prediction Instrument, Adultversion (SPI-A)* [4] представляет собой полуструктурированное интервью, на основе которого выделяют две группы симптомов (когнитивно-перцептивные – COPER, и когнитивных искажений – COGDIS), обладающих предикторной значимостью относительно последующей манифестации шизофрении. Поскольку полное интервью не находится в общем доступе и не переведено на русский язык, в данной работе мы опираемся на опыт М.М. Скугаревской, приводящей описание критериев [1]. Чтобы оценить выраженность симптомов, авторы обратились к практике их перевода из категориальных единиц в дименсиональные [2]. Анализ проводился с использованием программы SPSS. Для сравнения групп использовались методы дисперсионного анализа (ANOVA) с коррекцией множественных сравнений Бонферрони. Для оценки корреляции между результатами MSCEIT и выраженностью базисных симптомов использовался коэффициент корреляции Спирмена.

**Результаты и обсуждение.** Анализ результатов исследования показал различия между группами по выраженности базисных симптомов (SPI-A). В Таблице 1 приведены средние значения и результаты апостериорных сравнений групп. Наиболее выражены базисные

симптомы были в группе 2 (пациентки, страдающие депрессией с аттенуированными психотическими симптомами). Различия между группами выявлены в тесте Эмоционального интеллекта (MSCEIT). Анализ показал, что группа пациенток, страдающих депрессией с аттенуированными психотическими симптомами, значимо отличалась от группы больных депрессией без психотических симптомов по общей оценке, показателям эмоционального интеллекта (Общий балл), и по тестам, оценивающим понимание эмоциональной информации. При этом не выявлено статистически значимых отличий от группы пациенток с постпсихотической депрессией. Группа пациенток, страдающих депрессией с аттенуированными психотическими симптомами, значимо отличалась от двух других групп по более низким показателям выполнения тестов на способность использовать эмоции, и подсекции «В» MSCEIT, направленной на оценку понимания того, какие эмоции способствуют более эффективному выполнению разного рода деятельности.

Таблица 1.

Базисные симптомы и тест Эмоционального интеллекта. Сравнение групп

<i>Базисные симптомы (SPI-A)</i>	1 Депрессия без психотических симптомов (N=36)	2 Депрессия с аттенуированными психотическими симптомами (N=44)	3 Постпсихотическая депрессия (N=18)
COPERdim	17,75±11,00 (a)	28,66±14,33 (b)	9,73±11,39 (a)
COGDISdim	16,86±10,52 (a)	22,93±10,39 (b)	10,80±9,03 (a)
<b>MSCEIT</b>			
<i>А-эмоциональное оценивание лиц</i>	4,78±2,01 (ab)	4,22±2,19 (a)	5,67±1,41 (b)
<i>В- способность к распознаванию эмоций, эффективных для фасилитации конкретной деятельности</i>	4,78±1,95 (a)	3,65±1,91 (b)	5,11±1,75 (a)
<i>В+F Способность использовать эмоции для повышения эффективности мышления и</i>	6,94±1,85 (a)	5,63±2,39 (b)	7,22±1,63 (a)

<i>деятельности</i>			
С+G <i>Способность к пониманию и анализу эмоциональной информации.</i>	7,13±1,88 (a)	5,91±2,12 (b)	5,94±1,76 (ab)
Общий балл	6,22±2,01 (a)	4,67±2,19 (b)	5,33±1,78 (ab)

*Примечание.* Для каждого параметра не совпадающие в скобках буквы в столбцах означают статистически значимые различия между группами на уровне ниже 0,05.

Показатели эмоционального оценивания лиц также были снижены в группе больных депрессией с аттенуированными психотическими симптомами, это статистически значимо отличало ее от группы с постпсихотической депрессией. Выявленные корреляции между баллами по MSCEIT и выраженностью базисных симптомов отражены в Таблице 2. Статистически значимые результаты получены для подсекций А и В, связанных с эмоциональным оцениванием лиц и способностью к распознаванию эмоций.

Таблица 2.

Корреляции между результатами MSCEIT и базисными симптомами

Шкалы теста MSCEIT	А- эмоциональное оценивание лиц	В -способность к распознаванию эмоций эффективных для фасилитации конкретной деятельности	Д - способности к регуляции собственных эмоциональных состояний	
COPERdim	-,382**	-,291**	-,075	
COGDISdim	-,383**	-,307**	-,150	
Интегральные показатели теста MSCEIT	А+Е Способность к восприятию, оценке и выражению эмо	В+F <i>Способность использовать эмоций</i>	Д+Н <i>Способность к сознательной регуляции эмоций</i>	Общий балл
COPERdim	-,286**	-,265*	-,171	-,265*
COGDISdim	-,327**	-,350**	-,187~	-,310**

*Примечания.* Уровень статистической значимости: ~  $p < 0.1$ ; \*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.01$ .

**Выводы.** Обнаружены значимые различия в нарушениях социального познания между пациентками с непсихотической депрессией, депрессиями с симптомами высокого риска психоза и постпсихотической депрессией. Изменения социального познания могут являться еще одним прогностически значимым признаком в отношении манифестации шизофрении.

Выявлены корреляции между нарушениями социального познания и выраженностью характерных для шизофрении базисных симптомов.

### Литература

1. Скугаревская ММ: Базисные симптомы как предикторы развития психоза. Психологический журнал. 2011;27-28(1-2):63-69.
2. Raballo A, Pappagallo E, Dell' Erba A, Lo Cascio N, Patane' M, Gebhardt E, et al.: Self-Disorders and Clinical High Risk for Psychosis: An Empirical Study in Help-Seeking Youth Attending Community Mental Health Facilities. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(4):926-932.
3. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R., Sitarenios G. Measuring emotional intelligence with the MSCEIT V2.0 // Emotion. 2003. Vol. 3. no. 1. pp. 97-105.
4. Schultze-Lutter F., Addington J., Ruhrmann S., Klosterkötter J. Schizophrenia proneness instrument, adult version (SPI-A) // Rome: Giovanni Fioriti. 2007.

## РАЗДЕЛ 2. ФУНДАМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

### ИЛЛЮЗИЯ РЕЗИНОВОЙ РУКИ КАК ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ НАРУШЕНИЙ ПСИХИКИ

Арина Г.А.<sup>1</sup>, Добрушина О.Р.<sup>2</sup>, Перепелкина О.С.<sup>1</sup>, Николаева В.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва, Россия

[g.a.arina@yandex.ru](mailto:g.a.arina@yandex.ru)

<sup>2</sup> ФГБНУ «НЦН», Москва Россия

**Ключевые слова:** иллюзия резиновой руки, психические расстройства.

### RUBBER HAND ILLUSION AS AN EXPERIMENTAL AN EXPERIMENTAL MODEL FOR THE STUDY OF MENTAL DISORDERS

Arina G.A.<sup>1</sup>, Dobrushina O.R.<sup>2</sup>, Perepelkina O.S.<sup>1</sup>, Nikolaeva V.V.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> MSU, Moscow, Russia

[g.a.arina@yandex.ru](mailto:g.a.arina@yandex.ru)

<sup>2</sup> FSBSI «SCN», Moscow, Russia

**Keywords:** rubber hand illusion, mental disorders.

Патопсихологическая традиция экспериментально моделировать неочевидные механизмы нарушений перцептивных процессов, идущая от исследований С.Я. Рубинштейн и Ю.Ф. Полякова, на современном этапе может быть эвристично продолжена и дополнена изучением такого феномена как иллюзия резиновой руки (ИРР). Моделирование телесных иллюзий, и, в частности, ИРР, позволяет описать и эмпирически исследовать механизмы **восприятия собственного тела** в норме и при различных психических расстройствах. Сами