

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.¹, Добрушина О.Р.², Перепелкина О.С.¹, Николаева В.В.¹

¹ МГУ им. М.В.Ломоносова, Москва, Россия

g.a.arina@yandex.ru

² 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.¹, Dobrushina O.R.², Perepelkina O.S.¹, Nikolaeva V.V.¹

¹ MSU, Moscow, Russia

g.a.arina@yandex.ru

² 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

телесные иллюзии и нарушения их формирования могут являться научно-практическим диагностическим инструментом регистрации и изучения соматоперцептивных процессов в норме и патологии. Сложность и многогранность феноменологии ИРР предполагает и многоуровневую концептуальную основу ее изучения: психология телесности и психосоматики (Николаева В.В., Тхостов А.Ш., Арина Г.А.); физиология активности и теория уровней построения двигательного акта (Бернштейн Н.А., Фейгенберг И.М.); концепция уровневой природы восприятия как процесса решения сенсорных и перцептивных задач (Леонтьев А.Н., Запорожец А.В.); идеи восходящих (bottom-up) и нисходящих (top-down) процессов обработки сенсорной информации и мультисенсорной интеграции стимулов при восприятии собственного тела (Botvinick M., Cohen J., Ehrsson H.H., Haggard P., Tsakiris M.).

Процедура формирования ИРР следующая: перед испытуемым на столе расположена искусственная рука, которая лежит ладонью вниз параллельно реальной руке испытуемого, которая также находится на столе в аналогичной позе. В качестве искусственной руки обычно используют реалистичный протез («резиновая рука»), который соответствует по размеру реальной руке, а также является одноименным (например, правым) реальной руке, участвующей в эксперименте. Правая реальная рука испытуемого, лежащая на столе, спрятана за экраном от зрительного обзора испытуемого, тогда как резиновая рука лежит в его поле зрения. Экспериментатор совершает прикосновения к реальной и резиновой рукам при помощи идентичных кисточек, то есть испытуемый может видеть прикосновения кисти к резиновой руке, и при этом ощущает тактильные прикосновения к своей реальной руке. В случае если прикосновения кистей синхронны, у испытуемого буквально через несколько минут возникает необычное ощущение – резиновая рука начинает восприниматься как его собственная, а источник, или локализация прикосновений будто находится на поверхности искусственной конечности. При этом асинхронная стимуляция, при которой кисти, касающиеся реальной и резиновой рук, движутся рассогласованно, не приводит к возникновению иллюзии. Таким образом, интеграция соматосенсорных стимулов (в данном случае, зрительных и тактильных) является необходимым фактором возникновения иллюзии обладания искусственной конечностью. Следовательно, и при формировании образа реальной конечности, а также чувства обладания собственным телом и его частей, механизмы мультисенсорной интеграции стимулов являются критически важными.

Объективным методом измерения появления и исчезновения иллюзии является проприоцептивное смещение положения руки по направлению к резиновой конечности, которое рассматривается как поведенческий маркер наступившей интеграции искусственной конечности в схему тела, когда вне зрительного контроля человек локализует «свою» руку как приближившуюся к искусственной. Данный показатель является признаком наступившей

мультисенсорной интеграции. Субъективный показатель ИРР – ощущение обладания резиновой рукой, субъективное чувство уверенности в том, что данная воспринимаемая (иллюзорная) конечность принадлежит собственному телу. Как показано в многочисленных экспериментальных исследованиях субъективное чувство обладания искусственной конечностью критическим образом зависит от синхронного поступления стимулов разной модальности. Проприоцептивное смещение и чувство обладания конечностью относятся к разным уровням организации телесного опыта: схема тела в большей степени соотносится с показателем проприоцептивного смещения, тогда как образ тела – с чувством обладания.

Иллюзия также свидетельствует о доминирующей роли зрения в формировании чувства обладания конечностью, так как образ конечности «перемещается» вслед за зрительной модальностью. О важной роли зрения в восприятии тела свидетельствуют и другие исследования. Например, было показано, что дети, слепые с рождения, неправильно оценивают размеры некоторых частей своего тела. В работе Кинсборна и Лемперта (Kinsbourne, Lempert, 1980) детей с врожденной слепотой и нормотипичных детей с завязанными глазами просили вылепить свое тело из пластилина. Фигуры слепых детей имели искажения и неправильные пропорции (например, конечностей). Вероятно, роль зрения в формировании схемы тела столь высока, что тактильно-кинестетическая информация не может в полной мере компенсировать недостающий визуальный опыт.

Иллюзия резиновой руки является лишь одним примером из большого многообразия телесных иллюзий (Перепелкина и др., 2014). Телесные иллюзии можно классифицировать по разным основаниям. Одним из таких оснований является локализация ощущений. Например, иллюзия резиновой руки, как было описано выше; иллюзия изменяющегося лица (Tsakiris, 2008), в которой в результате зрительно-тактильной интеграции у испытуемого изменялось восприятие собственного лица и в него «примешивались» черты чужого лица; иллюзия всего тела целиком, когда при помощи зрительно-тактильной интеграции формируется чувство обладания телом манекена (Petkova et al., 2011).

Также телесные иллюзии можно классифицировать по типам мультисенсорной интеграции. Ранее была рассмотрена зрительно-тактильная иллюзия, но также существуют тактильно-кинестетические иллюзии, в которых иллюзия формируется при помощи синхронных движений реальной и искусственной конечностей (напр., (Tsakiris, Prabhu, Haggard, 2006; Kalckert, Ehrsson, 2012); тактильно-слуховая интеграция представлена в иллюзии «мраморной руки» (Senna et al., 2014), в которой испытуемый испытывал удары резиновым молотком по руке с синхронными звуками удара молотка по куску мрамора (предъявляемому через наушники), в результате чего испытуемый начинал воспринимать руку более жесткой, тяжелой, менее чувствительной и неестественной; или иллюзия искусственной

руки, вызванная зрительно-термальной интеграцией (Trojan et al., 2018), в которой испытуемый получал синхронные температурные (холодные или горячие) и визуальные стимулы (вспышки света на искусственной руке). Все эти иллюзии описывают разные аспекты формирования чувства обладания телом и уточняют вклад механизмов интеграции стимулов различной модальности в образ тела. Различные авторы предполагают, что мультисенсорные механизмы мозга играют критическую роль в способности интегрировать телесные сигналы (Petkova, Khoshnevis, Ehrsson, 2011; Ehrsson, 2012; Blanke, Slater, Serino, 2015).

Описанные свойства ИРР и обнаруженные механизмы ее формирования делают данную экспериментальную модель чрезвычайно интересной для изучения многоуровневых механизмов расстройств схемы и образа тела при различных психических расстройствах. Так как чувство собственного тела, его принадлежности Я, является фундаментальным для развития и функционирования самосознания, подражания, эмпатии – тех характеристик психической жизни, которые нарушаются при расстройствах аутистического спектра и шизофрении, то неслучайно, что именно эти группы больных уже два десятилетия привлекают внимание исследователей ИРР. На данном этапе результаты нельзя назвать консистентными, однако, можно выделить несколько ключевых характеристик, обнаруженных при сопоставлении клинических групп и нормотипических респондентов.

1. Сравнение детей с семейным риском шизофрении и биполярного расстройства и здоровых детей установило, что на преморбидной стадии показатели ИРР не отличаются от здоровых. Однако, эти различия зарегистрированы у тех, кто имел более выраженный (чем субклинический уровень) характер симптомов: их ИРР была более сильной (Baalbergen, 2015). В этом контексте напрашивается сравнение с исследованием Ю.Ф.Полякова о преморбидном характере определенных когнитивных особенностей у носителей соответствующей наследственности. В то же время, как было показано в работе С. J. Cascio et al.(2012), дети с ASD были исходно менее чувствительны к формированию иллюзии, демонстрировали признаки иллюзии позже, чем здоровые, - после 6 минут. «Отложенная» ИРР может быть как результатом атипичного характера времени мультисенсорной интеграции, так и необычно сильной опоры на проприоцепцию. Дети с более сильным нарушением эмпатии меньше были склонны испытывать ИРР. Результаты обсуждаются с точки зрения слабости процесса регуляции соматоперцепции по вектору «сверху – вниз» (top-down). Таким образом, лучшее понимание репрезентации тела при ASD может прояснить нейрофизиологические основы и социальные дефициты у данной категории больных, что в дальнейшем должно помочь в создании алгоритмов воздействия.

2. Больные шизофренией при первой пробе ее формирования начинают испытывать ИРР быстрее, чем здоровые, однако, процесс научения иллюзии иной: они оказываются

неспособны использовать процесс научения в соматоперцептивной сфере. Здоровые, напротив, имеют более длительное время формирования ИРР в первой пробе, но быстро ей научаются. Не было обнаружено корреляции между психотическими симптомами и научением иллюзии (Avi Peled et al./2000; L. Lev-Ari et al./2015). В ситуации формирования иллюзии исследователи наблюдали у ряда пациентов опыт «внетелесного» самовосприятия, что вслед за выводами С.Я.Рубинштейн о провокативной роли активного прислушивания в актуализации галлюциноза, и в случае ИРР позволяет предполагать те же механизмы усиления активации патологических паттернов.

3. Особый интерес представляют результаты моделирования ИРР у пациентов с разными непсихотическими расстройствами, затрагивающими восприятие тела. Так, при расстройствах пищевого поведения и анорексии пациенты демонстрировали гораздо более сильную ИРР как в варианте проприоцептивного смещения, так и в субъективном чувстве обладания искусственной конечностью (E. Eshkevari et al./2012). У пациентов с РПП показатели ИРР на 23% объяснялись/предсказывались основной симптоматикой расстройства и такими характеристиками его как само-объективация и интероцептивный дефицит.

У пациентов с дисморфическим расстройством неудовлетворенность телом может быть связана с выраженной нестабильностью восприятия тела вследствие проблем с интеграцией мультисенсорной информации, идущей от тела. Было обнаружено, что хотя показатели ИРР и не отличаются статистически от группы здоровых, но сама интенсивность иллюзии напрямую была связана с выраженностью неудовлетворенности телом и сопутствующими характеристиками, причем проприоцептивный сдвиг наблюдался как в синхронном, так и асинхронном условии (чего нет у здоровых). Это позволяет обсуждать в качестве дефицитарной основы не только мультисенсорную интеграцию, но и возможное отклонение в самом визуальном процессинге.

В нашем исследовании (Perepelkina O. et al., 2017, 2019) было показано отличие ИРР у пациентов с соматоформными расстройствами (СФР): проприоцептивное смещение как удержание мультисенсорного образа длится дольше, чем в норме, что указывает на ригидность процессов восприятия телесных сигналов, и может свидетельствовать о нарушении механизма восстановления этих процессов после зрительно-кинестетической стимуляции. Можно с осторожностью предположить, что одной из причин стойкого восприятия симптомов у пациентов с СФР может быть этот механизм ригидности восприятия мультисенсорных стимулов, как минимум, в зрительно-моторной сфере. Иными словами, у пациентов мультисенсорные иллюзии формируются хуже, чем в норме, что свидетельствует об изменении динамики формирования образа тела.

**МЕТАФОРИЧЕСКОЕ МЫШЛЕНИЕ И ЕГО ДИАГНОСТИКА В
ПАТОПСИХОЛОГИИ: КВАНТИТАТИВНО-КВАЛИТАТИВНАЯ СИСТЕМА
ОЦЕНКИ**

Беломестнова Н.В.

ЛГУ им. А.С. Пушкина, Санкт-Петербург, Россия

belomestnovanina@bk.ru

Ключевые слова: метафорическое мышление, патопсихология, оценка метафор в патопсихологии.

**METAPHORICAL THOUGHT AND ITS DIAGNOSIS IN PATHOPSYCHOLOGY:
QUANTITATIVE AND QUALITATIVE RATING SYSTEM**

Belomestnova N.V.

A.S. Pushkin LSU, Saint-Petersburg, Russia

belomestnovanina@bk.ru

Keywords: metaphorical thought, pathopsychology, rating system of metaphors.

В философии первым стал рассуждать о роли метафоры в человеческом разуме Аристотель. Он же дал и определение метафоре – «несвойственное имя, перенесенное с рода на вид, или с вида на род, или с вида на вид, или по аналогии» [1]. Её соотношение с логическим мышлением рассматривалась им как оппозиция: логическое мышление предназначено для строгой и точной мысли, метафора – для поэтического творчества (в широком смысле – для искусства). С тех пор родилось много теорий метафоры в контексте философии, лингвистики, семиотики, общей психологии, объединившихся в проблематику метафорического мышления. Но в общей психологии (психологии мышления) метафорическое мышление не исследуется столь подробно, как это востребовано в клинической психологии. Так и остаётся неясным, это вид мышления в рядах известных классификаций [9], это одна из сложных операций мышления, обеспечиваемая правым полушарием [10] или взаимодействием обоих полушарий головного мозга [2]. Метафорическое мышление исследуется очень широко не только философами, лингвистами [6, 8] и психологами-теоретиками (Гусев С.С., Арутюнова Н.Д., Щербакова О.В., Липская Т.А., Харченко В.К., Шрагина Л.И.), но и в клинической психологии и психологии развития (Арестова О.Н., Аванесян М.О., Алексеев К.И.). Но в разных академических исследованиях

применяются разные авторские методы оценивания, созданные для решения поставленных задач. А в клинической психодиагностике (патопсихологии) экспериментальное исследование метафорического мышления требует единых и общепонятных критериев оценки ответов испытуемых в заданиях на метафорическое мышление.

В лингвистических исследованиях к настоящему времени принято разделять метафорические выражения на две крупных группы: тропы и идиомы. Троп – слово или выражение, обладающее переносным смыслом, то есть это «оборот» (транслитерация слова «троп»), поворот от буквального прямолинейного смысла к неочевидному. Идиома – устойчивый фразеологизм, имеющий смысл (именно переносный смысл), но не сводимый к буквальному смыслу входящих в него слов. Видов тропов выделено довольно много, а видов идиом всего два – пословицы и инвективы (оскорбительные выражения). Но на заре формирования патопсихологии эта проблематика была не столь развёрнута, в патопсихологических исследованиях Б.В. Зейгарник применялся только один троп – метафоры и одна идиома – пословицы, и эта традиция сохраняется уже 90 лет.

Б.В. Зейгарник в 1934 г. [4] выделила пять форм непонимания переносного смысла, но эта первая попытка классификации ещё не позволяла дифференцировать больных по нозологии. В уже структурированной квалификационной системе [5] разделяет патологические формы метафорического мышления на снижение уровня обобщения и искажения процесса обобщения. Искажения процесса обобщения были подробно изучены под руководством Ю.Ф. Полякова и обобщены в фундаментальной теории нарушения селективности когнитивных процессов [7]. Этот тип нарушений метафорического мышления здесь не обсуждается. Процесс обобщения по классификации Б.В. Зейгарник имеет всего два уровня – конкретное мышление в вербальных пробах и абстрактное (понятийное) мышление. Но такая операция мышления, как обобщение – это не просто понимание переносного смысла. Это разные мыслительные операции. В эпоху начального развития патопсихологических исследований считалось, что метафорическое мышление является таким же показателем сформированного понятийного мышления, как и родовое понятие в пробе на сравнение пар понятий. Но несмотря на то, что в онтогенезе эти два вида мышления появляются параллельно, вероятнее всего, это разные формы мышления, что обнаружилось в исследованиях функциональной асимметрии головного мозга [10]. Тем не менее, в текстах Б.В. Зейгарник метафорическое мышление считалось показателем понятийного мышления, что и отразилось в её классификации. И эта неясность со статусом понятийного мышления и метафорического представляет собой проблему как для общей психологии, так и для клинической психодиагностики. Для исследований в этом направлении требуются более дифференцированные критерии, соответствующие современному уровню знаний в области

лингвистики и общей психологии, а также современному уровню работы психолога в клинической психодиагностике.

Для оценки интерпретации метафор требуется классификация, совмещающая как качественные характеристики ответов, так и их количественную (уровневую) оценку (лучше-хуже, ближе к правильному пониманию переносного смысла - дальше от правильного понимания). Это уровневая шкала оценки.

Квантитативно-качественные оценки

1. *Эхололическая трактовка*: одно ключевое слово, точное повторение формулировки.

2. *Тавтология*: почти совпадает с эхололией, повторение формулировки с перестановкой порядка слов.

3. *Буквальный смысл*: развёрнутое пояснение в буквальном смысле.

4. *Перцептивная трактовка*: интерпретация с опорой на внешние, перцептивные свойства, например, «Золотая голова – блондинка».

5. *Широкий круг* – приводятся примеры без обобщённой формулировки.

6. *Правильное понимание в переносном смысле с вербализацией*.

7. *Аналогия*: пословица с аналогичным смыслом.

При этом в процессе работы возникают и иные феномены, которые трудно отнести к какой-либо уровневой оценке, особенно это проявляется, естественно, при искажениях процесса мышления, при нарушениях селективности когнитивных процессов [Поляков и др.]. Требуется учесть и этот аспект оценки.

Неквантифицируемые (не определяемые по уровню) ответы:

1. Осознанно нелепые ответы (шутливые, издевательские и т.д.), негативизм.

2. Отсутствие ответа.

3. Нетрадиционная метафора – метафорический ответ есть, но не соответствует традиционной трактовке во фразеологических словарях или, если данной метафоры нет во фразеологических словарях, в общеизвестном варианте.

Квантитативно-качественная система оценки интерпретации пословиц предлагалась в более раннем труде [3].

Литература

1. Аристотель Поэтика // Аристотель. Сочинения. В 4 т. (Серия «Философское наследие»). М.: Мысль, 1975—1983 Т. 4. / Ред. и вступ. ст. А. И. Доватура, Ф. Х. Кессиди. 1983.
2. Беломестнова Н.В. Модусы мышления в естественно-системных детерминантах // Мир психологии. Научно-методический журнал. 2 (58). – Москва-Воронеж, 2009. С. 37-49
3. Беломестнова Н.В. Клиническая диагностика интеллекта. Психометрическая и клинико-психологическая оценка уровня развития интеллекта в клинической и судебно-психологической экспертной практике: Методическое пособие. — СПб.: Изд-во «Речь», 2003. 128с
4. Зейгарник Б.В. К проблеме понимания переносного смысла слова или предложения при патологических изменениях мышления // Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии. Сб. ст. – М-Л: госуд. медиц. изд-во, 1934. С. 132-146

5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. Изд-е 2-е, перераб. и доп. – М.: Изд-во Московского ун-та, 1986. 288 стр.
6. Метафора в языке и тексте. М.: Наука, 1988.
7. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. - М.: Медицина, 1974. - 203с.
8. Теория метафоры: Сборник: пер. с англ., фр., нем., исп. польск. яз. / Вступ. ст. и сост. Н.Д. Арутюновой; Общ. ред. Н.Д. Арутюновой и М.А. Журиной. М.: Прогресс, 1990. - 512с.
9. Тихомиров О.К. Психология мышления: Учебное пособие. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1984. 272стр.
10. Черниговская Т.В., Деглин В.Л. Метафорическое и силлогистическое мышление как проявление функциональной асимметрии мозга // Ученые записки университета, Труды по знаковым системам. – Тарту, 1986. – Вып. 19. – С. 68–84.

РАССТРОЙСТВО ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИИ/ДЕРЕАЛИЗАЦИИ И ОБРАЗ ТЕЛА

Бичевина Д.С., Ениколопов С.Н.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

daria.bichevina@gmail.com

Ключевые слова: расстройство деперсонализации или дереализации, чувство субъектности, чувство владения телом.

DEPERSONALIZATION/DEREALIZATION DISORDER AND BODY IMAGE

Bichevina D.S., Enikolopov S.N.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

daria.bichevina@gmail.com

Keywords: depersonalization or derealization disorder, sense of agency, sense of ownership.

Существуют различные аспекты расстройства деперсонализации/дереализации и сопутствующие нарушения, которые остаются малоизученными, особенно в русскоязычной литературе. Деперсонализационно-дереализационное расстройство как в DSM-5, так и в МКБ-11 относится к категории диссоциативных расстройств и характеризуется «стойкими или повторяющимися переживаниями деперсонализации, дереализации или того и другого вместе». В недавнем исследовании J. Yang и соавторов [28] показатели распространенности синдрома деперсонализации/дереализации варьировали от 0% до 1,9% среди общей популяции, 5-20% среди амбулаторных пациентов и 17,5-41,9% среди стационарных больных. В исследованиях пациентов с коморбидными психическими заболеваниями показатели распространенности варьировали: 1,8–5,9% (злоупотребление психоактивными веществами), 3,3–20,2% (тревога), 3,7–20,4% (другие диссоциативные расстройства), 16,3% (шизофрения), 17% (пограничная личностное расстройство), 50% (депрессия). Деперсонализация

характеризуется переживанием себя как странного или нереального; ощущением отстраненности от своих мыслей, чувств, тела или действий; или ощущением, будто человек является сторонним наблюдателем своих мыслей, чувств, ощущений, тела или действий. Дерезализация характеризуется восприятием других людей, объектов или мира как странных или нереальных (например, сказочных, далеких, туманных, безжизненных, бесцветных или визуально искаженных) или чувством оторванности от своего окружения» [27]. Так, несмотря на то что деперсонализация и дерезализация относятся к одной диагностической категории, их симптомы проявляются по-разному. В первом случае чувство отстраненности проистекает из переживаний, связанных с самим собой, в последнем — от внешнего мира. Однако, как отмечают D. Spiegel и соавторы [25], имеются данные о том, что лица с выраженной дерезализацией сами по себе существенно не отличаются от лиц с деперсонализацией, сопровождаемой дерезализацией, то есть наблюдается гомогенность по различным показателям: демографическим характеристикам, провоцирующим факторам, характеристикам заболевания и коморбидным расстройствам. Таким образом, дерезализация стала рассматриваться как равноправный компонент расстройства деперсонализации в DSM-5, что привело к новому названию «расстройство деперсонализации/дерезализации». В. J Sadock и соавторы [21] утверждают, что в течение многих лет повсеместное распространение деперсонализации/дерезализации как психиатрического симптома скрывало его более широкое распознавание в качестве самостоятельного расстройства. Следовательно, пациентам с хронической и первичной деперсонализацией/дерезализацией неверно ставили, например, диагноз расстройств настроения или тревожных расстройств. В России деперсонализация рассматривается с трех точек зрения: в качестве несущественного симптома при психическом расстройстве, как доминирующий компонент, значительно отягощающий психопатологическое состояние или же как ведущий компонент синдрома, когда уже речь идет именно о расстройстве деперсонализации/дерезализации [9]. Как отмечают А.Ю. Быкова и соавторы: «Наиболее удачными, лишёнными всех этих концептуальных недостатков в отношении ДП/ДР, являются современная диагностическая классификация DSM-5 и идейно наследующая ей МКБ-11, в которых используется термин «деперсонализационно-дерезализационное расстройство» (ДПР, код 6В66 по МКБ-11), адекватно подчёркивающий как то, что речь идёт об отдельной нозологической единице, а не о синдроме ДП/ ДР в рамках какого-то другого психического расстройства...» [3, с.16].

Помимо трудностей классификации даже такие общие аспекты проблемы деперсонализации, как ее определение и границы понятия до сих пор не являются общепризнанными, имеется нечеткая терминология, что является следствием того, что различные теоретики и исследователи придают термину «деперсонализация» свое значение.

Н. А. Алиев и З. Н. Алиев, обобщив определения различных отечественных психиатров предлагают следующее определение: «деперсонализация — нарушение самосознания личности, сопровождающееся отчуждением некоторых или всех психических процессов: чувство изменения, утраты, отчуждения или раздвоения своего «Я». Искажение восприятия самого себя может проявляться как утратой единства «Я» в целом, так и отчуждением отдельных частей тела» [1, с.98]. S. Gallagher [16] предположил, что так называемое «минимальное Я», т. е. осознание себя как непосредственного субъекта опыта (самосознание), включает в себя два различных уровня осознания: чувство обладания телом (т. е. владение телом/Sense of ownership) и чувство агентности/субъектности (Sense of Agency), то есть влияния на последствия своих действий. Чувство обладания телом связано с ощущением тела как своего собственного [26], в то время как чувство «субъектности/агентности» относится к ощущению контроля над своими движениями и, через них, событиями во внешнем мире [20]. M.Sierra и соавторы [22,23] рассматривают нарушения обладания телом и нарушения чувства субъектности/агентности в качестве основных компонентов аномального телесного опыта при деперсонализации, наряду с более широким концептом внетелесности/развоплощения (disembodiment), которое может варьироваться от неспецифического ощущения отсутствия «Я» в теле и повышенного самонаблюдения за собственным телом до опыта внетелесного существования (out-of-body-experience) и аутоскопических галлюцинаций.

Репрезентация телесности/телесного Я/воплощения (embodiment) обычно объясняется в соответствии с двумя различными концепциями: образом тела и схемой тела [15]. Согласно S. Gallagher, сознательный образ тела состоит из трех различных компонентов: во-первых, восприятия тела в непосредственном сознании; во-вторых, когнитивной концептуализации тела, находящейся под влиянием непосредственного сознания и знаний о теле; и в-третьих, эмоций и чувств по отношению к телу, которые могут быть вызваны сознательными или бессознательными переживаниями. Таким образом, образ тела строится на основе перцептивных, когнитивных и эмоциональных компонентов. Схема тела, с другой стороны, была описана S. Gallagher как более организованная репрезентация тела по отношению к окружающей среде. Многие расстройства воплощения/телесности (embodiment) нарушают первичные аспекты самосознания, помогающие конституировать минимальное «Я». В частности, некоторые расстройства образа тела связаны с различной степенью нарушений чувства собственности/владения телом; нарушения чувства субъектности/агентности всегда связаны с некоторыми аспектами схемы тела [17]. Существует фундаментальный разрыв между ощущением и чувством того, что я владею своим телом (ownership), и знанием (суждением), что это мое тело. В отличие от имплицитного чувства владения телом, знание или суждение о владении телом является эксплицитным. Человек делает вывод о том, что тело

является его собственным, основываясь на концептуальных убеждениях, опыте, способности к контролю и общих знаниях, которыми он обладает. В то время как первое (чувство) возникает из схемы тела, второе (суждение) возникает на уровне образа тела. Тот же анализ применим к разрыву между ощущением, что я контролирую свое тело (agency), и осознанием этого (суждением) [13]. Так, чувство субъектности представляет собой базовое и слабое ощущение причинности моих действий с точки зрения «Я/не-Я». Напротив, суждение об агентности требует интерпретативного суждения, основанного на концептуальном построении ситуации и убеждениях о том, что я являюсь агентом своих действий [14]. При деперсонализации/дереализации «Я» является отстраненным наблюдателем своего тела и действий, которые происходят через тело. Пациенты знают, что их тело и контроль над действиями принадлежат им, но не чувствует их своими. Так, при данном расстройстве изменения субъектности и владения телом на уровне ощущений и чувств могут отражать нарушения на уровне схемы тела [13, 24]. D. Simeon и соавторы [24] предполагают, что искажения схемы тела, характерные для деперсонализации, могут быть более неуловимыми, менее поврежденными с неврологической точки зрения версиями хорошо изученных поражений теменной доли, таких как одностороннее игнорирование, пальцевая агнозия и гемисоматоагнозия. При психических расстройствах переживания телесной отстраненности характеризуются качеством «как если бы», тогда как при неврологических нарушениях всё тело или отдельные его части действительно отсутствуют или не являются частью «Я».

В русскоязычной литературе последние два десятилетия фокус научного интереса был в основном связан с изучением проявлений деперсонализации в рамках различных нозологических категорий: при шизофрении [2, 8, 11], при депрессии [6] при тревожно-фобических расстройствах [5], при органических заболеваниях головного мозга [7]. Так, можно говорить о том, что изучение ощущения владения собственным телом и агентности по отношению к нему представляет новое и перспективное направление исследований в рамках изучения расстройства деперсонализации/дереализации. Кроме того, также отсутствует разработка нового или адаптация существующего инструментария психодиагностики данного расстройства. Последняя такая работа была проделана в диссертационном исследовании С. В. Лебедева [10], где автор проводил психометрический анализ и возможность применения ряда психодиагностических методик для изучения расстройства деперсонализации.

В свете сказанного выше, мы начали апробацию и применение разработанной в 2016 году японскими исследователями Шкалы Телесного Ощущения Себя (Embodied Sense of Self Scale) [12]. Данный диагностический инструментарий, имеющий трехфакторную структуру («Владение/Собственность» (Ownership); «Агентность/Субъектность» (Agency); «Нарратив» (Narrative)), показал высокую надежность-согласованность (коэффициент α -Кронбаха = 0.84

по опроснику в целом, и варьирует от 0,71 до 0,75 по отдельным шкалам), ретестовую надежность (корреляции оценок исходного и повторного замеров равны $r=0.82$ по опроснику в целом, и варьирует от 0,78 до 0,84 по отдельным шкалам), была продемонстрирована критериальная, конвергентная и дискриминативная валидность шкал. На наш взгляд следует отдельно раскрыть фактор «Нарратив», который выделили авторы, но о котором не упоминалось ранее в данном обзоре. Исследователи также опирались на идеи S. Gallagher, который наряду с минимальным Я выделял Нарративное Я, представляющее собой расширение во временной перспективе (то есть непрерывность и единообразие во времени) минимального Я. Согласно авторам, телесное ощущение себя (Embodied Sense of Self), включает в себя минимальное «Я» и нарративное «Я»: первое содержит чувство собственности и субъектности, а второе — автобиографическую память и тождественность во времени. Можно предположить, что данный фактор также будет иметь взаимосвязь с расстройством деперсонализации/дереализации, так как, например, M.Sierra и соавторы [22], рассматривали аномальные субъективные воспоминания, проявляющиеся, например в том, что события, происходившие с пациентами в прошлом, теряют личностную отнесенность и эмоциональную значимость, как один из главных компонентов данного расстройства. Кроме того, более детальному изучению данного аспекта нарушений при расстройстве деперсонализации/дереализации может способствовать методика Семантического Дифференциала Времени (СДВ), разработанная Л.И. Вассерманом и коллегами [4]. В данной методике авторами были выделены полярные шкалы, объединяющие пять факторов: Активность времени, Эмоциональная окраска времени, Величина времени, Структура времени и Ощущаемость времени. Фактор Активности отражает степень напряжённости, плотности, стремительности, изменчивости и активности времени; Эмоциональная окраска характеризует аффективные компоненты психологического времени; Величина характеризует смысловую наполненность времени; Структура времени отражает его ясность упорядоченность; Ощущаемость связана с интеллектуальной и эмоциональной вовлеченностью в текущие/прошлые и будущие события. Можно предположить, что у пациентов с деперсонализацией будут наблюдаться низкие показатели по шкалам Структуры и Ощущаемости времени. Так, в более раннем исследовании T. Giesbrecht и соавторов было продемонстрировано нарушения в упорядочивании во временной последовательности серии просмотренных сцен из видеоклипов у пациентов с деперсонализацией относительно контрольной группы [19], что может отражать низкие показатели по фактору Структуры времени. Относительно фактора ощущаемости времени, Л.И. Вассерман отмечает, что: «На когнитивном и эмоциональном уровнях снижение восприимчивости к реальности может проявляться в позиции «наблюдателя за собственной жизнью», в отстраненности, внутренней

безучастности, недостаточной эмоциональной чуткости и иных феноменах, которые в некоторых случаях могут достигать степени выраженности дереализационно-деперсонализационных состояний» [4, с. 11]. Более детальное изучение структуры психологического времени пациентов с деперсонализацией поможет углубиться в понимание переживаний больных и, возможно, в дальнейшем расширит дифференциально-диагностические представления о данном заболевании.

Исследование аномального телесного опыта в целом при расстройствах телесности (disorders of embodiment по S.Gallagher) и деперсонализации в частности будет способствовать не только расширению психологической квалификации данного расстройства, но также позволит пролить свет на вопросы, касающиеся проблемы разума и тела, природы личности, самосознания, деятельности и свободы воли [18].

Литература

1. Алиев Н. А., Алиев З.Н. Клиника и терапия деперсонализационных расстройств. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011;111(6):97-101.
2. Ахапкина М.В. Психопатология и клиника деперсонализационных расстройств при шизофрении: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1993; 22.
3. Быкова А. Ю., Беккер Р.А., Быков Ю.В. О трудностях дифференциальной диагностики между первичным деперсонализационно-дереализационным расстройством и шизотипическим расстройством // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. 2022. Т. 14, No 1. С. 11-82. DOI: 10.12731/2658-6649-2022-14-1-11-82
4. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Червинская К.Р. Семантический дифференциал времени. - СПб., 2009
5. Ганзин И. В. Нарушение самосознания при тревожно-фобических расстройствах // Ученые записки. Электронный научный журнал Курского государственного университета. 2015. №4 (36). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/narushenie-samosoznaniya-pri-trevozhno-fobicheskikh-rasstroystvah> (дата обращения: 16.01.2023).
6. Деменова А.А., Ретюнский К.Ю. Психопатологическая дифференциация деперсонализационных расстройств при эндогенной депрессии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2017; 4 (97): 31–37. [https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4\(97\)-31-37](https://doi.org/10.26617/1810-3111-2017-4(97)-31-37)
7. Дьяконов, А. Л. Деперсонализация при органических заболеваниях головного мозга / А. Л. Дьяконов, Е. А. Григорьева // Психическое здоровье. – 2017. – Т. 15. – № 12(139). – С. 11-19. – EDN YPOMFP.
8. Кафаров Т.А. Психопатология самосознания в патокинезе шизофрении: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Баку 2000; 285.
9. Королева, Е. Г. Деперсонализация-дереализация в рамках невротического расстройства. Случай из практики / Е. Г. Королева, О. И. Василенко // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 2 (34). – С. 69-70.
10. Лебедев, С. В. Адаптация и психометрический анализ методов психодиагностики деперсонализации: специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Лебедев Сергей Вячеславович. – Москва, 2004. – 166 с. – EDN NMRNXV.
11. Сулейманов Р.А., Артемьева М. С., Данилин И. Е. Об одном из вариантов нарушения самосознания у больных латентной шизофренией // Вестник РУДН. Серия: Медицина. 2011. №3. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ob-odnom-iz-variantov-narusheniya-samosoznaniya-u-bolnyh-latentnoy-shizofreniey> (дата обращения: 16.01.2023).

12. Asai T, Kanayama N, Imaizumi S, Koyama S, Kaganoi S. Development of Embodied Sense of Self Scale (ESSS): Exploring Everyday Experiences Induced by Anomalous Self-Representation. *Front Psychol.* 2016 Jul 5;7:1005. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01005. PMID: 27458403; PMCID: PMC4932106.
13. Ataria, Y. (2019). When the Body Stands in the Way: Complex Posttraumatic Stress Disorder, Depersonalization, and Schizophrenia. *Philosophy, Psychiatry, & Psychology*, 26(1), 19–31. doi:10.1353/ppp.2019.0001
14. Ataria, Y., Tanaka, S., Gallagher, S. (eds), *Body Schema and Body Image: New Directions* (Oxford, 2021; online edn, Oxford Academic, 19 Aug. 2021), <https://doi.org/10.1093/oso/9780198851721.001.0001>, accessed 4 Jan. 2023.
15. Gallagher, S. (1986). Body image and body schema: A conceptual clarification. *Journal of Mind and Behavior*, 7(4), 541–554.
16. Gallagher, S. (2000). Philosophical conceptions of the self: implications for cognitive science., 4(1), 0–21. doi:10.1016/s1364-6613(99)01417-5
17. Gallagher, S. Væver, M. (2004). Disorders of embodiment. In the *Oxford Reader in Philosophy of Psychiatry*, ed. J. Radden. Oxford: Oxford University Press. (118- 32). Preprint version. Please consult the original.
18. Gallagher, S. Væver, M. (2004). Disorders of embodiment. In the *Oxford Reader in Philosophy of Psychiatry*, ed. J. Radden. Oxford: Oxford University Press. (118- 32). Preprint version. Please consult the original.
19. Giesbrecht, T., Merckelbach, H., van Oorsouw, K., & Simeon, D. (2010). Skin conductance and memory fragmentation after exposure to an emotional film clip in DPD. *Psychiatry Research*, 177, 342–349.
20. Haggard P. Sense of agency in the human brain. *Nat Rev Neurosci.* 2017 Apr;18(4):196-207. doi: 10.1038/nrn.2017.14. Epub 2017 Mar 2. PMID: 28251993.
21. Sierra, M., & Berrios, G. E. (2001). The phenomenological stability of depersonalization: Comparing the old with the new. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 189(9), 629–636. <https://doi.org/10.1097/00005053-200109000-00010>
21. Sadock, B. J., Sadock, V. A., Ruiz, P., & Kaplan, H. I. (2017). *Kaplan and Sadock’s comprehensive textbook of psychiatry* (10th ed.). Wolters Kluwer.
22. Sierra, M. & David, A.S. (2011) Depersonalization: A selective impairment of self-awareness, *Consciousness and Cognition*, 20, pp. 99–108.
23. Sierra, M., & Berrios, G. E. (2001). The phenomenological stability of depersonalization: Comparing the old with the new. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 189, 629–636.
24. Simeon, D., Guralnik, O., Hazlett, E.A., Spiegel-Cohen, J., Hollander, E., Buchsbaum, M.S. (2000). Feeling Unreal: A PET Study of Depersonalization Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 157(11), 1782–1788. doi: 10.1176/appi.ajp.157.11.1782
25. Spiegel, D., Lewis-Fernández, R., Lanius, R., Vermetten, E., Simeon, D., & Friedman, M. (2013). Dissociative disorders in DSM-5. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 299–326. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185531>
26. Tsakiris, M., Schütz-Bosbach, S., & Gallagher, S. (2007). On agency and body-ownership: Phenomenological and neurocognitive reflections. *Consciousness and Cognition: An International Journal*, 16(3), 645–660. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2007.05.012>
27. World Health Organization (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>
28. Yang J, Millman LSM, David AS, Hunter ECM. The Prevalence of Depersonalization-Derealization Disorder: A Systematic Review. *J Trauma Dissociation.* 2022 Jun 14:1-34. doi: 10.1080/15299732.2022.2079796. Epub ahead of print. PMID: 35699456.

ЗАРУБЕЖНЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ОСОБЕННОСТЕЙ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ СПЕКТРА ШИЗОФРЕНИИ

Буташин А.Д., Иванова Е.М.

ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

butashinandrey@gmail.com

ivalenka13@gmail.com

Ключевые слова: шизофрения, телесность, телесный опыт, диагностика.

FOREIGN APPROACHES TO THE STUDY OF THE FEATURES OF BODILY EXPERIENCE IN SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Butashin A.D., Ivanova E.M.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

butashinandrey@gmail.com

ivalenka13@gmail.com

Keywords: schizophrenia, corporeity, bodily experience, diagnosis.

Введение. Нарушения в сфере телесности рассматриваются как значимые симптомы расстройств спектра шизофрении и как маркеры развития заболевания [8, 9, 11]. Ещё в классических исследованиях шизофрении феноменам патологии телесного опыта было уделено значительное внимание в силу их диагностической и прогностической важности. Среди таких расстройств, в первую очередь, клиницисты отмечали то, что современные исследователи квалифицируют как деперсонализацию в различных ее проявлениях, телесную дезинтеграцию, «размытие» границ между собственным телом и внешними объектами, нарушение схемы и образа тела [4, 10, 11]. Различные симптомы, связанные с телесностью, длительное время представлялись нозологически неспецифическими и из них не выделялись патогномичные для каждого эндогенного расстройства. Однако существующие модели телесного опыта и эмпирические исследования указывают на феномены и нарушения телесного опыта, которые свойственны лицам, страдающим шизофренией и аффективными расстройствами, что открывает перспективные возможности ранней и дифференциальной диагностики РШС (расстройств шизофренического спектра) и БАР (биполярного аффективного расстройства). Следует сразу заметить, что большее внимание зарубежные исследователи в концепциях телесности при эндогенных психических заболеваниях уделяли шизофрении, поэтому ниже мы будем обращаться преимущественно к этому расстройству.

Мы рассмотрим две ключевые зарубежные модели, на которых основываются исследования телесного опыта при эндогенных психических расстройствах, и сопоставим их с концепциями, принятыми в отечественной клинической психологии телесности: подходами В.В. Николаевой, Г.А. Ариной и А.Ш. Тхостова.

Модель «Телесного Я» О. Sakson-Obada с соавт. Названная модель призвана объединить рассмотрение тела как объекта (образ тела) и позицию субъекта, непосредственно переживающего телесный опыт [8]. «Телесное Я» здесь представлено как личностный компонент, отвечающий за дифференциацию и организацию телесного опыта в форме репрезентаций, и состоящий из телесных функций, ощущения телесной идентичности и из собственно телесных репрезентаций. Среди функций «Телесного Я» авторы различают: 1) восприятие стимулов от interoцепторов и экстероцепторов; 2) интерпретацию телесного опыта как эмоциональных проявлений или физиологических потребностей, а затем 3) их регуляцию. Функции «Телесного Я» тесным образом соотносятся с уровнями внутренней картины болезни, выделенными В.В. Николаевой: в частности, первая функция - с ее сенсорным уровнем (перцептивные ощущения); вторая – с эмоциональным (аффективное реагирование) и интеллектуальным (когнитивные представления); третья – с мотивационным (отношение к состоянию, поведенческие следствия, деятельность в условиях болезни) [3]. В состав ощущения телесной идентичности входят: 1) чувство единства с телом, 2) ощущение пространственной и временной телесной целостности и 3) восприятие границ тела; 4) примордиальное жизнеощущение как имплицитное ощущение себя живым. Последний элемент «Телесного Я» – репрезентации телесных ощущений, состояний и устойчивых характеристик. Авторы называют его образом тела, который связан, прежде всего, с представлением о собственной внешности и отношением к ней: удовлетворенностью своим внешним видом, физическим состоянием или формой, принятием биологического пола.

Представленная модель легла в основу эмпирических исследований, проведенных как на неклинической выборке, состоящей из здоровых людей, лиц, переживших травму, и людей с ненадежным типом привязанности, так и на клинических группах [8]. Результаты проведенного авторами эмпирического исследования показывают, что при шизофрении наблюдаются нарушения «Телесного Я», которые выражаются в следующих феноменах: 1) как снижение, так и повышение порога чувствительности к боли, к проприоцептивной и ольфакторной стимуляции; 2) трудности в идентификации, установлении источника и интерпретации эмоциональных и физиологических нужд и совладания с ними; 3) нарушения в ощущении телесной идентичности: чувство внутренней смерти, размытие телесных границ, неузнавание себя в зеркальном отражении; 4) нарушения в образе тела: сложности во включении телесных атрибутов, связанных с биологическим полом, в схему тела и

обобщенное представление о себе; низкая оценка физического благополучия, соотносящаяся с недостаточностью произвольной регуляции эмоциональных и физиологических состояний; а также сниженная оценка собственного внешнего вида. Сверх того, исследователям удалось обнаружить, что позитивные симптомы связаны с нарушениями в ощущении телесной идентичности, повышением порога чувствительности, трудностями в регуляции аффективных и физиологических состояний и негативной оценкой собственной внешности.

Рассмотренная модель согласуется с феноменологическим подходом К. Ясперса к психосоматическим феноменам. Он указывает на реципрокную связь между психическим и соматическим, на «единство души и тела как живую целостность» и «сопряженные проявления физического и психического как доступный исследованию факт», а также проводит дифференциацию души и тела, где первое означает как непосредственное переживание, лежащее в основе экспрессивных проявлений, целостности и принадлежности «Я» субъекту, а второе как «морфологический гештальт живого» [6, с. 279]. Sakson-Obada с соавт. попытались объединить эти стороны в единой системе. Описанный подход близок к положениям отечественной клинической психологии телесности прежде всего в том, что в обеих концепциях постулируется важность выделения и изучения не только клинически значимых симптомов, связанных с нарушением телесного функционирования, но и психосоматических феноменов [3]. Помимо этого, и в модели «Телесного Я», и в отечественной психологии тело рассматривается как иерархически организованная квазисистема, что предполагает изучение нарушений телесного опыта как мультикаузальных, опосредованных и системных [1, 5].

На наш взгляд модель, предложенная Sakson-Obada с соавт., представляет наиболее целостную картину телесного опыта, соотнося аспект субъективного переживания и доступных объективному наблюдению проявлений. Кроме того, в этой концепции не только четко обозначено авторское понимание терминов клинической психологии и психопатологии телесности, но и выстроена система, внутри которой эти понятия субординированы. И, наконец, эта модель объединяет результаты эмпирических исследований и клинических наблюдения в единую концептуальную структуру, что позволяет ее использовать как интегративный инструмент.

Концепция телесного опыта при шизофрении G. Stanghellini с соавт. G. Stanghellini [12] использует феноменологический подход к телесности, в котором разделяется проживаемое субъективное тело (Leib) и физическое объективное тело (Körper). Проживаемое тело (livedbody) выступает сосредоточением трех граней телесного опыта, формируемых в деятельности: первичной формы самосознания, осознания значений объектов, а также интерсубъективного опыта. Первичная форма самосознания характеризуется

имплицитностью, пререфлексивностью, непосредственностью, отсутствием концептуальности и самообъективации. В ней проживающий и проживаемое соединены в единое целое. Первичная форма самосознания состоит из двух компонентов, находящихся в тесной взаимосвязи: пререфлексивного чувства того, что человек является тем, кто проживает опыт (self-ownership), и такого же примордиального чувства того, что человек является инициатором собственных действий (self-agency).

Осознание объектов и их значений непременно требует активных и рецептивных телесных ресурсов для осуществления деятельности. Здесь автор ориентируется на воззрения французского феноменолога М. Merleau-Ponty, согласно которым, пребывание в сознании предполагает пребывание в мире посредством проживаемого тела.

В отношении интерсубъективности исследователь также прибегает к концепции Merleau-Ponty, который рассматривает ее как интертелесность – непосредственную, пререфлексивную перцептивную субъект-субъектную телесную связь, которая позволяет идентифицировать себя с другим, понять его действия и переживания, а также демаркировать границу между собой и ним. Автор ссылается на исследования в области эволюционной психологии и данные нейровизуализации для подтверждения этой теории.

У этой модели есть точки соприкосновения с семиотической концепцией телесности А.Ш.Тхостова [5]. Первичная форма самосознания частично соотносится с означающим и означаемым, представленными, соответственно, чувственной тканью и телесным конструктом, тогда как осознание значений объектов сходно со знаком как означенным телесным ощущением. Интерсубъективности в культурно-историческом подходе также уделено значительное внимание, так как характер взаимодействия (в т.ч. и телесного) между ребенком и взрослым (прежде всего, в диаде мать-дитя) рассматривается как ключевой в онтогенетическом плане.

Все три названных Stanghellini компонента оказываются нарушенными при шизофрении. Общей особенностью телесности при этом расстройстве в рамках представленной концепции является бестелесность существования. На уровне примордиального самосознания это может проявляться в виде проживания тела, лишённого души (аутопсихическая деперсонализация), или души, лишённой тела (соматопсихическая деперсонализация). В первом случае выхолащиваются мысли, эмоции, восприятия как принадлежащие телесному субъекту. Это проживается пациентами как буквальное ощущение пустоты и тотальной автоматизации тела. Во втором случае пациенты выступают как сторонние наблюдатели по отношению к собственным мыслям, аффектам и восприятиям, локализованным в теле. В обоих видах нарушения телесного самосознания происходит крайне жесткое субъект-объектное разделение, которое, согласно автору, составляет основу

нарушений телесного самоосознания: либо есть бесплотное сознание, либо абсолютная материальность, исключая душу.

Это нарушение телесного самоосознания как основы пребывания в мире выступает в качестве первичного и влечет за собой нарушение в осознании значения объектов и в интерсубъективности. Объекты теряют для пациентов свое инструментальное значение, что выражается, например, в предпсихотическом замешательстве, растерянности. Лишенные своего практического значения, объекты могут наполняться новыми идиосинкретическими смыслами, запускающими образование бредовых идей. То же самое происходит и с понятиями, так как их предметная отнесенность ослабляется, то есть слова тоже становятся «бесплотными». Аналогичным образом и нарушения в интерсубъективном плане проистекают из недостаточности, искаженности фундаментального онтологического плана первичного телесного самоосознания: сеть социальных интеракций для пациента не предстает как взаимодействие телесных субъектов, движимых доступными пониманию эмоциями и мыслями. Происходит то, что Ю.Ф. Поляковым и его сотрудниками было обозначено как снижение избирательности актуализации знаний на основе прошлого опыта, приводящее к воспроизведению латентных признаков, и снижение социальной направленности личности [2].

Если исходить из феноменологической модели Stanghellini, то можно предположить, что причина этих феноменов, выявленных отечественными патопсихологами, заключается в первичном искажении прошлого опыта на уровне телесности. Кроме того, представленная феноменологическая модель стала теоретической основой для масштабного эмпирического исследования, в котором приняли участие 301 пациент с шизофренией и 100 пациентов с депрессией в качестве контрольной группы [13]. В этой работе был подробно изучен феномен аномальной телесности, который при шизофрении представлен динамизацией, болезненной объективацией, дисморфо- и болоподобными феноменами. Названные явления исследователи свели к двум ядерным специфическим для шизофрении фенотипам, которые позволяют проводить раннюю и дифференциальную диагностику: динамизации (dynamization) и механизации телесного опыта (thingness/mechanization), что близко к понятию автоматизма в отечественной психопатологии. Динамизация являет собой непрерывное чувство телесной дезинтеграции, а механизация – отчуждение собственного телесного опыта и переживание тела как объективированного механизма. Для сравнения, при большом депрессивном расстройстве феномен аномальной телесности представлен следующими категориями: замедленная телесная темпоральность; аномальные витальные ритмы; беспокойство в отношении своего тела; телесная деформация [7].

Выводы. Представленные концепции телесного опыта и его особенностей при расстройствах

спектра шизофрении содержат в себе ценный теоретический материал, который важно соотнести с разработками в отечественной клинической психологии телесности и культурно-исторического подхода в психосоматике. Преимуществами моделей, предложенных Sakson-Obada и Stanghellini с соавторами, выступает совмещение психопатологической и психологической перспектив, включение субъективного и объективного аспектов телесности в концептуальную структуру, наличие эмпирической базы. Кроме того, названные концепции открывают возможность построения патопсихологического синдрома при РШС на основе особенностей и нарушений телесной сферы.

Литература

1. Искажение телесного опыта полового созревания при расстройствах шизофренического спектра / Г.А. Арина, В.А. Леонова, В.В. Николаева, Л.В. Харланова // Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. К 85-летию Ю.Ф. Полякова / Под общей ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. – Москва, 2013. – С. 211-219.
2. Критская, В.П. Патопсихология шизофрении / В.П. Критская, Т.К. Мелешко. – Москва: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. – 389 с.
3. Николаева, В.В. Психосоматика: телесность и культура / В.В. Николаева, Е.Б. Айвазян, Г.А. Арина. Москва: Изд-во «Академический проект», 2009. – 310 с.
4. Смулевич, А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения и пограничные состояния / А.Б. Смулевич. – Москва: Изд-во «МЕДпресс-информ», 2019. – 304 с.
5. Тхостов, А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. – Москва: Изд-во «Смысл», 2002. – 287 с.
6. Ясперс, К. Общая психопатология / К. Ясперс. – Москва: Изд-во «КоЛибри», 2020. – 1056 с.
7. Abnormal Body Phenomena in Persons with Major Depressive Disorder / G. Stanghellini, M. Ballerini, A.V. Fernandez [et al.]. // Psychopathology. – 2021. – №54(4). – P. 203-213.
8. Body Image and Body Experience Disturbances in Schizophrenia: an Attempt to Introduce the Concept of Body Self as a Conceptual Framework / O. Sakson-Obada, P. Chudzikiewicz, D. Pankowski [et al.]. // Current Psychology. – 2018. – №37. – P. 390-400.
9. Body representations and basic symptoms in schizophrenia / M. Constantini, A. Salone, G. Martinotti [et al.]. // Schizophrenia Research. – 2020. – P. 267-273.
10. Klaver, M. Bodily Experience in Schizophrenia: Factors Underlying a Disturbed Sense of Body Ownership / M. Klaver, H.C. Dijkerman // Frontiers in Human Neuroscience. – 2016. – №10.
11. Stanghellini, G. Abnormal Bodily Experience May be a Marker of Early Schizophrenia? / G. Stanghellini, M. Ballerini, P. Fusar-Poli // Current Pharmaceutical Design. – 2012. – №18. – P. 392-398.
12. Stanghellini, G. Embodiment and schizophrenia / G. Stanghellini // World Psychiatry. – 2009. – №8. – P. 56-59.
13. The bodily self: A qualitative study of abnormal bodily phenomena in persons with schizophrenia / G. Stanghellini, M. Ballerini, S. Blasi [et al.]. // Comprehensive Psychiatry. – 2014. – №55. – P. 1703-1711.

СКОРОСТЬ ОКУЛОМОТОРНЫХ И МАНУАЛЬНЫХ РЕАКЦИЙ В ХАРАКТЕРИСТИКЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ МОЗГА

Каверина М.Ю., Киселёва А.Н., Суханова А.В., Струнина Ю.В.

ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. ак. Н.Н.Бурденко», Москва, Россия

MKaverina@nsi.ru

Ключевые слова: регистрация движений глаз, айтрекинг, теппинг.

THE RATE OF OCULOMOTOR AND MANUAL REACTIONS IN THE CHARACTERISTIC OF THE FUNCTIONAL STATE OF THE BRAIN

Kaverina M.U., Kiseleva A.N., Suxanova A.V., Strunina U.V.

FSAI «N. N. Burdenko NMRC of Neurosurgery», Moscow, Russia

MKaverina@nsi.ru

Keywords: eye movement registration, eyetracking, tapping test.

Введение. Описания пациента в терминах замедленности, быстрой истощаемости, инактивности, аспонтанности и ряда других, как правило, не сопровождаются количественными показателями и, скорее, являются обозначениями особенностей его поведения и доступности развёрнутому психологическому исследованию. Вместе с тем – уровень функциональной активности больного является базовой характеристикой при построении реабилитационных программ и наиболее чувствительным индикатором изменения функционального состояния мозга при лечении. В последние годы для его объективной количественной оценки всё чаще стали использоваться данные окуломоторного исследования или, как более укрепившаяся терминология, данные айтрекинга.

В работе, проведённой на факультете хирургии Университета Торонто (Канада), скорость зрительных саккад изучалась у пациентов с легкой черепно-мозговой травмой. Из центральной позиции на экране требовалось, в зависимости от цвета загоревшегося на периферии стимула, либо как можно быстрее перевести взор на этот стимул, либо выполнить саккаду в противоположную сторону, либо продолжать удерживать взор в центре экрана. Измерялись латентность, пиковая скорость, продолжительность и амплитуда саккад. Были выделены признаки, высоко коррелирующие с тяжестью посттравматического синдрома и его динамикой. Было показано, что увеличение латентности саккад свидетельствует о более длительном времени когнитивной обработки. Скорость окуломоторных реакций предлагается использовать в качестве объективного показателя динамики состояния пациентов после легкой черепно-мозговой травмы [5].

Изменения скоростных параметров в глазодвигательной сфере происходят на ранней стадии болезни Альцгеймера. Уже при лёгких когнитивных нарушениях начинает теряться эффективный контроль, связанный с запуском саккады. Он коррелирует с дефицитом управляющих функций и может быть выявлен в задаче «про\антисаккадических движений глаз». Испытуемому предъявляется центральный фиксационный крест в центре экрана, от которого, как можно быстрее, надо перевести взор к целевому стимулу, либо, наоборот, сгенерировать саккаду в противоположном направлении. Целевые стимулы в случайном

порядке, по одному, появляются слева и справа от фиксационного креста. Измеряется время реакции саккад, подсчитываются ошибочные и пропущенные саккады. Результаты этого задания высоко коррелировали с баллами по шкале MMSE и другими тестами на выявление начальных признаков доклинической стадии болезни Альцгеймера [2].

Около 30% пациентов, после выздоровления от острой инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19), продолжают испытывать неврологические симптомы: головную боль, головокружение, нарушение обоняния и\или вкуса. В субъективных отчетах доминируют жалобы на быструю утомляемость, нарушения концентрации внимания, «мозговой туман», проблемы с памятью, повышенную тревожность. Однако объективизация и количественная оценка нейронных дефицитов в основе паттерна этих симптомов отсутствуют. Исследование, проведенное в сети больниц Аллегейни Питсбурга (штат Пенсильвания, США) и Университета Сан-Паулу (Бразилия), показало, что когнитивное тестирование с регистрацией движений глаз в комплексе с исследованием вестибулярных функций и измерением времени реакций могут объективизировать функциональные нарушения нервной системы после перенесённого COVID-19. Наиболее выражено у перенесших заболевание страдают плавное слежение взором и оптокинетические реакции. Ученые делают вывод, что отклонения в глазодвигательной системе являются «количественными биомаркерами» общего состояния здоровья мозга. При этом отмечается, что многие постковидные симптомы сходны с жалобами в синдроме хронической усталости, что говорит об их общих мозговых механизмах. Важно, что в обеих ситуациях глазодвигательные тесты выступают как объективный индикатор субъективных состояний, например, жалоб на быструю утомляемость [3].

С учетом имеющихся в литературе сведений нами было разработано программное обеспечение для новой методики с условным названием А-БОС. Целью настоящего сообщения является анализ результатов её предварительной апробации на выборке здоровых испытуемых, а также выявление связей скоростных показателей окулomotorных и мануальных реакций.

Методы. Новая методика А-БОС заключается в предъявлении испытуемому двух типов появляющихся поочередно стимулов: расположенной в центре экрана кнопки и возникающих в разных частях экрана колокольчиков. Обнаружение взором каждого стимула сопровождается соответствующим ему звуковым сигналом и подсветкой. Выполнение задания осуществляется в течение 60 секунд. Задание выполняется в двух условиях: поиск стимулов на белом фоне (без дистракторов) или поиск стимулов на зашумленном фоне среди таких же колокольчиков, как тот, который нужно найти. Программное обеспечение методики позволяет проанализировать латентные периоды обнаружения каждого стимула.

Вторая методика с условным названием Теппинг состоит в как можно более быстром

нажатии на кнопку мышки указательным пальцем правой или левой руки. Методика выполняется в течение 30 секунд, количество нажатий подсчитывается автоматически и выводится на экран компьютера.

Статистический анализ проводился с помощью языка статистического программирования R (версия 4.2.0) в интегрированной среде разработки RStudio Server (версия 1.3.1093). Использовался критерий Уилкоксона для парных сравнений. Корреляцию между количественными величинами оценивали с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Нулевую гипотезу в статистических тестах отклоняли при уровне значимости $p \leq 0,05$. В исследовании участвовали 14 здоровых испытуемых правшей в возрастном диапазоне 24-64 года.

Результаты. Для методики А-БОС была выявлена корреляция латентных периодов обнаружения стимулов с возрастом. Чем старше был испытуемый, тем больше времени ему требовалось для нахождения взором стимула. В ситуации без фона $r=0,54$ ($p=0,047$), при зашумленном фоне $r=0,72$ ($p=0,0036$). Число нажатий в теппинге имело сильную отрицательную корреляцию с возрастом. Чем старше был испытуемый, тем меньше нажатий он успевал сделать. Для левой руки $r=-0,63$ ($p=0,01$), правой руки $r=-0,72$ ($p=0,004$). Связь между окулографическими и мануальными показателями оказалась более сложной. Поиск стимула на поле без дистракторов выполняется испытуемыми быстрее, чем с фоном. Со скоростью обнаружения колокольчиков по кругу коррелирует скорость теппинга только правой руки (с левым полуполем $r=-0,65$ ($p=0,011$), с правым полуполем $r=-0,55$ ($p=0,04$)). В ситуации с фоном окуломоторные реакции становятся связанными с обеими руками для обоих видов стимулов (кнопки и колокольчики). Поиск стимула в правом полуполе с дистракторами показал достоверные корреляции глазодвижений с теппингом правой руки $r=-0,68$ ($p=0,007$) и теппингом левой руки $r=-0,64$ ($p=0,01$). Возврат к кнопке коррелировал с левой рукой $r=-0,69$ ($p=0,007$), и с правой рукой $r=-0,68$ ($p=0,007$). Т.е. чем быстрее испытуемый выполнял методику теппинг, тем меньше времени требовалось ему для нахождения стимула в правом полуполе или по центру в методике А-БОС.

Обсуждение результатов. Пилотное исследование выявило зависимость скоростных окуломоторных и мануальных показателей от возраста испытуемых. Хотя этот результат представляется достаточно ожидаемым, важным моментом является чувствительность простых и нетрудоёмких методик для выявления тонких, связанных с возрастом, когнитивных изменений. Связь окуломоторных и мануальных показателей между собой более сложная. Тестовая ситуация в А-БОС без дистракторов обнаруживает связь окуломоторных показателей только с правой рукой. Тестовая ситуация А-БОС с дистракторами обнаруживает связь окуломоторных показателей со скоростью в мануальных пробах обеих рук. Эту особенность

предстоит обсудить позднее с привлечением клинических данных.

Ранее отмечалось, что по величине латентного саккадического ответа на пусковые стимулы здоровые испытуемые могут быть разделены на «быстрых» и «медленных», причем эти подгруппы различаются и по позитивным компонентам вызванного потенциала мозга [4], а быстрота и «подвижность» взора определяют успешность запоминания визуальной информации при её предъявлении во время короткого видео [1]. Как показывают результаты предварительной апробации нашей методики, эти индивидуальные различия могут быть проиндексированы во время описанной экспериментальной процедуры.

Литература

1. Каверина М. Ю., Кроткова О. А., Данилов Г. В. Особенности динамики линии взора и запоминание событий // Вопросы психологии. — 2020. — Т. 66, № 1. — С. 143–153.
2. Chehrehnegar, N., Shati, M., Esmaeili, M., & Foroughan, M. (2022). Executive function deficits in mild cognitive impairment: evidence from saccade tasks. *Aging and Mental Health*, 26(5), 1001–1009.
3. Kelly, K. M., Anghinah, R., Kullmann, A., Ashmore, R. C., Synowiec, A. S., Gibson, L. C., Manfrinati, L., Araújo, A. de, Spera, R. R., Brucki, S. M. D., Tuma, R. L., Braverman, A., & Kiderman, A. (2022). Oculomotor, vestibular, reaction time, and cognitive tests as objective measures of neural deficits in patients post COVID-19 infection. *Frontiers in Neurology*, 13.
4. Slavutskaya M.V., Karelin S.A., Kotenev A.V., Shulgovsky V.V. The positive components of the evoked response to visual stimuli in the saccadic “go–no-go” paradigm in humans // *Human Physiology*, 2019. Vol.45. № 2. P.115–125.
5. Tirdad, K., Dela Cruz, A., Austin, C., Sadeghian, A., Mousavi Nia, S., & Cusimano, M. (2021). Machine learning-based approach to analyze saccadic eye movement in patients with mild traumatic brain injury. *Computer Methods and Programs in Biomedicine Update*, 1, 100026.

ОБЗОР ИССЛЕДОВАНИЙ НЕЙРОКОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ У ПАЦИЕНТОВ С АТТЕНУИРОВАННЫМИ ПСИХОТИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ

Кафаров Е.Р.^{1,2}, Рупчев Г.Е.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия

kafarov.e@yandex.ru

rupchevgeorg@mail.ru

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Ключевые слова: нейрокогнитивные функции, аттенуированные психотические симптомы, сверх-высокий риск шизофрении.

REVIEW OF STUDIES ON NEUROCOGNITIVE IMPAIRMENTS IN PATIENTS WITH ATTENUATED PSYCHOTIC SYMPTOMS

Kafarov E.R.^{1,2}, Rupchev G.E.^{1,2}

¹ FSBI HE «M.V. Lomonosov MSU», Moscow, Russia

kafarov.e@yandex.ru

rupchevgeorg@mail.ru

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: neurocognitive functions, attenuated psychotic symptoms, ultra-high risk for schizophrenia.

Введение. Изучение когнитивного дефицита при шизофрении занимает внимание исследователей в различных клинических областях, так как все больше данных указывает на то, что когнитивная дисфункция является «ядром» шизофрении [14, 18]. Шизофрения связана с существенными когнитивными нарушениями [8, 14, 23, 24], которые в значительной степени влияют на уровень функционирования (социальную и бытовую адаптацию и автономию) больных [10, 16].

В настоящее время многие авторы настаивают на пересмотре концепции шизофрении, постулируя, что данная группа заболеваний является в большей степени когнитивным расстройством, нежели психотическим [17]. Ричард Киф с соавторами [17, 18, 19] предлагает внести когнитивный статус в качестве включающих критериев для шизофрении в классификации болезней DSM и МКБ. Исследователи приводят данные о том, что когнитивное функционирование (КФ) пациентов с таким диагнозом в среднем на 1,5-2 стандартных отклонения ниже нормы [18]. Изучение пациентов в продромальном состоянии является актуальной задачей, поскольку именно на этом этапе возможно превентивное лечение шизофрении фактически до манифестации заболевания [1, 2, 3, 5]. Сверхвысокий риск принято оценивать по выраженности стертых (аттенуированных) психотических симптомов недостаточно выраженной степени для определения манифестации заболевания [27].

Материалы и методы. Представлен обзор отечественных и зарубежных работ, посвященных изучению КФ при состояниях сверхвысокого риска шизофрении и аттенуированных психотических симптомах, поиск которых проводился в следующих базах данных: PubMed, Web of Science, РИНЦ, — по ключевым словам: когнитивный дефицит при шизофрении, когнитивные нарушения при шизофрении, аттенуированные психотические симптомы, сверхвысокий риск шизофрении, ultra-high risk for psychosis, attenuated psychotic symptoms, cognitive impairment in schizophrenia.

Когнитивные особенности у пациентов группы сверхвысокого риска. Данные ряда исследований указывают на значимые когнитивные нарушения у лиц, входящих в группу сверхвысокого риска, по сравнению с условно здоровыми [11, 13, 20]. При этом дефицит наблюдается в когнитивных доменах рабочей памяти, исполнительных функций, беглости речи и внимания. Отечественные авторы [1, 7] также указывают на снижение скорости обработки информации специфически в сферах зрительного внимания и его переключаемости. При этом у пациентов сверхвысокого риска психоза также отмечается дефицит в функциях, выделяемых в рамках отечественной нейропсихологической школы, а именно: в импрессивной речи, оптико-пространственной деятельности и пространственной памяти.

Данная группа пациентов занимает промежуточное положение по степени выраженности когнитивного дефицита между условно здоровыми и пациентами с первым эпизодом шизофрении в когнитивных доменах зрительной рабочей памяти, вербальной памяти, исполнительных функций, визуально-пространственных навыков и умственного контроля [1, 12, 21]. Также выявлено, что показатели вербальной памяти ниже у лиц, чей риск развития психоза определяется клиническими показателями, нежели у тех, у кого – на основе семейного анамнеза [26].

Некоторые исследования были посвящены сравнению тех пациентов группы сверхвысокого риска, у которых в последствии развивается и не развивается психоз. Так, наиболее примечательно, что по многим когнитивным параметрам пациенты, у которых позже развился психоз, имели такие же показатели, что и пациенты с уже манифестировавшим заболеванием [26]. Наиболее страдающими доменами были вербальная память и скорость переработки информации. Более того, пациенты группы риска, у которых впоследствии психоз не развился, по показателям вербальной памяти были схожи с пациентами, не входящими в группу сверхвысокого риска [9].

Отечественные авторы [5] провели качественный анализ пациентов группы пациентов с депрессивным эпизодом с аттенуированной психотической симптоматикой (АПС) на основе концепции патопсихологического синдрома. Так, было выделено две подгруппы пациентов с благоприятным и неблагоприятным «исходом». Были выделены особенности на уровне тенденций, что пациенты с благоприятным «исходом» в сравнении с неблагоприятным обладают меньшими нарушениями мышления в виде снижения уровня обобщения, большей распространенностью полнезависимого когнитивного стиля, более сохранной способностью к волевой саморегуляции, более устойчивой самооценки, «построением более реальных планов на будущее» (что, возможно, имеет связь с когнитивным доменом проблемно-решающего поведения и исполнительных функций в целом). Выделяется также значимая связь между исполнительными функциями и степенью выраженности аттенуированных (стертых)

психотических симптомов [22].

Заключение. Особенности когнитивной деятельности у пациентов сверхвысокого риска при продромальных стадиях характеризуются глобальным когнитивным нарушением со специфическими нарушениями функций памяти и скорости обработки информации. Кроме того, те пациенты, которые имеют более выраженные аттенуированные симптомы, имеют больший когнитивный дефицит. Пациенты группы сверх-высокого риска занимают промежуточное положение по выраженности когнитивного дефицита между пациентами вне группы риска и пациентами с первым эпизодом шизофрении.

Литература

1. Зайцева Ю. С., Корсакова Н. К., Гурович И. Я. Нейрокогнитивное функционирование на начальных этапах шизофрении и когнитивная ремедиация. Социальная и клиническая психиатрия, 2013, 23(4).
2. Каледа В. Г., Плужников И. В., Олейчик И. В., Крылова, Е. С., Омельченко М. А., Сергеева О. Е. Нейропсихологический подход к изучению когнитивного дефицита при психических расстройствах юношеского возраста. Психиатрия, 2013, № 3 (59). С. 16–23.
3. Омельченко М. А., Атаджыкова Ю. А., Мигалина В. В., Никифорова И. Ю., Каледа В. Г.. Клинические и патопсихологические характеристики юношеских депрессий с аттенуированными симптомами шизофренического спектра. Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова, 2021г, 121(5), 12-18.
4. Румянцев А. О. Аттенуированная психотическая симптоматика в структуре юношеских депрессий : клинико-психопатологические, клинико-патогенетические и прогностические аспекты: автореферат дис. кандидата медицинских наук: 14.01.06 / Румянцев Андрей Олегович; [Место защиты: Науч. центр псих. здоровья РАМН]. - Москва, 2018.
5. Румянцев А. О. , Омельченко М. А. , Мелешко Т. К. , Каледа В. Г. . Юношеские эндогенные депрессии с аттенуированной психотической симптоматикой (клинико-психологический анализ). Психиатрия, 2018, № 2(78), С. 64-72.
6. Фатеев Ю. С., Омельченко М. А., Мигалина В. В., Плужников И. В., Каледа В. Г. Нейрокогнитивное функционирование у пациентов юношеского возраста с депрессиями с аттенуированными симптомами шизофренического спектра. Психическое здоровье, 2021, 16(1), 12-21.
7. Филатова Т. В. Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с "ювенильной астенической несостоятельностью" (Нейропсихологическое исследование) : специальность 19.00.04 "Медицинская психология" : диссертация на соискание ученой степени кандидата психологических наук / Филатова Татьяна Владимировна. – Москва, 2000. – 211 с.
8. Bora E. Differences in cognitive impairment between schizophrenia and bipolar disorder: Considering the role of heterogeneity. *Psychiatry Clin. Neurosci.*, 2016, 70 (10), 424–433.
9. Carrión R.E., Walder D.J., Auther A.M., McLaughlin D., Zyla H.O., Adelsheim S., Calkins R., Carter C.S., McFarland B., Melton R., Niendam T., Ragland J.D., Sale T.G., Taylor S.F., McFarlane W.R., Cornblatt B.A.. From the psychosis prodrome to the first-episode of psychosis: No evidence of a cognitive decline. *J Psychiatr Res.* 2018 Jan;96:231-238.
10. Fett A.K., Viechtbauer W., Dominguez M.D., Penn D.L., van Os J., Krabbendam L.. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2011, 35 (3), 573–588.
11. Fusar-Poli P., Deste G., Smieskova R., Barlati S., Yung A.R., Howes O. et al. (2012). Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*, 69(6), 562–571.
12. Goghari V.M., Brett C., Tabraham P., Johns L., Valmaggia L., Broome M. et al. . Spatial working memory ability in individuals at ultra high risk for psychosis. *JPsychiatr Res*, 2014, 50,100–105.
13. Hawkins K.A., Addington J., Keefe R.S., Christensen B., Perkins D.O., Zipurksy R. et al.. Neuropsychological status of subjects at high risk for a first episode of psychosis. *Schizophr Res*, 2014, 67(2–3), 115–122.
14. Heckers S. What is the core of schizophrenia?. *JAMA psychiatry*, 2013, 70(10), 1009-1010.
15. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 1998, 12, 426–445.

16. Hoe M., Nakagami E., Green M.F., Brekke J.S. The causal relationships between neurocognition, social cognition and functional outcome over time in schizophrenia: a latent difference score approach. *Psychol. Med.*, 2012, 42 (11), 2287–2299.
17. Kahn R.S., Keefe R.S. Schizophrenia is a cognitive illness: time for a change in focus. *JAMA Psychiatry*. 2013 Oct;70(10):1107-12.
18. Keefe R. S. Should cognitive impairment be included in the diagnostic criteria for schizophrenia?. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 2008. 7(1), 22–28.
19. Keefe R.S., Harvey P.D. Cognitive impairment in schizophrenia. *Handb Exp Pharmacol*. 2012;(213):11-37. doi: 10.1007/978-3-642-25758-2_2. PMID: 23027411.
20. Keefe R.S., Perkins D.O., Gu H., Zipursky R.B., Christensen, B. K., & Lieberman, J. A.. A longitudinal study of neurocognitive function in individuals at-risk for psychosis. *Schizophrenia research*, 2006, 88(1-3), 26-35.
21. Liu C.C., Hua M.S., Hwang T.J., Chiu C.Y., Liu C.M., Hsieh M.H. et al. Neurocognitive functioning of subjects with putative pre-psychotic states and early psychosis. *Schizophr Res*, 2015, 164(1–3), 40–46, doi:10.1016/j.schres.2015.03.006.
22. MacKenzie L.E., Patterson V.C., Zwicker A., Drobinin V., Fisher H.L., Abidi S. et al. Hot and cold executive functions in youth with psychotic symptoms. *Psychol Med*, 2017, 47(16), 2844–2853.
23. Mam-Lam-Fook C., Danset-Alexandre C., Pedron L., Amado I., Gaillard R., Krebs, M. O. Neuropsychology of subjects with ultra-high risk (UHR) of psychosis: A critical analysis of the literature. *L'encephale*, 2017, 43(3), 241-253.
24. Mesholam-Gately R.I., Giuliano A.J., Goff K.P., Faraone S.V., Seidman L.J., 2009. Neurocognition in first-episode schizophrenia: a meta-analytic review. *Neuropsychology* 23, 315–336.
25. Schaefer, J., Giangrande, E., Weinberger, D.R., Dickinson, D., 2013. The global cognitive impairment in schizophrenia: consistent over decades and around the world. *Schizophr. Res.* 150, 42–50 2013.
26. Seidman L.J., Giuliano A.J., Meyer E.C., Addington J., Cadenhead K.S., Cannon T.D. et al. Neuropsychology of the prodrome to psychosis in the NAPLS consortium: relationship to family history and conversion to psychosis. *Arch Gen Psychiatry*, 2010, 67(6), 578–588, doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.66.
27. Sheffield J. M., Karcher N. R., Barch, D. M. Cognitive Deficits in Psychotic Disorders: A Lifespan Perspective. *Neuropsychology review*, 2018, 28(4), 509–533.

ВОЗМОЖНЫЕ ПРЕДИКТОРЫ РАССТРОЙСТВ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА: АНАЛИЗ АНАМНЕСТИЧЕСКИХ ДАННЫХ

Кошевой Р. С.¹, Сергиенко А.А.^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО МГППУ», Москва, Россия

koshevoi.renat1488@gmail.com

aumsan@gmail.com

² ФГБНУ НЦПЗ, Москва, Россия

Ключевые слова: шизотипический диатез, предикторы шизофрении, нейропсихиатрия.

**POSSIBLE PREDICTORS OF SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISORDERS:
ANAMNESTIC DATA ANALYSIS**

Koshevoy R. S.¹, Sergienko A. A.^{1,2}

¹ FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

koshevoi.renat1488@gmail.com

aumsan@gmail.com

² FSBSI MHRC, Moscow, Russia

Keywords: schizotypal diathesis, predictors of schizophrenia, neuropsychiatry.

Введение. Важность изучения психических расстройств определяется растущей динамикой их распространённости [2, 3]. Одна из причин роста заболеваемости психическими расстройствами связана с отсутствием надёжных маркеров психических заболеваний, позволяющих диагностировать ментальное расстройство с такой же точностью, как и соматические заболевания [1]. В данной работе производится попытка выделения возможных симптомов шизотипического диатеза на основе изучения анамнестических данных детей с расстройствами шизофренического спектра.

Цель: ретроспективный анализ анамнестических данных, направленный на поиск симптомов шизотипического диатеза, нейропсихологических коррелятов шизотипического диатеза.

Материалы и методы. 47 анамнестических сведений о пациентах с разной степенью наследственной отягощённости, страдающих следующими психическими расстройствами: шизофрения, детский тип (20 мальчиков и 4 девочки), шизотипическое расстройство личности (14 мальчиков и 7 девочек), острое полиморфное состояние с симптомами шизофрении (1 мальчик и 1 девочка). Критериями включения анамнестических сведений в исследование были: возраст детей на момент госпитализации от 6 до 15 лет; первая госпитализация в ФГБНУ “Научный центр психического здоровья”; поставленный в ФГБНУ НЦПЗ диагноз из спектра шизофрении; наличие анамнестических сведений в истории болезни. Использовались методы сбора качественных данных, методы качественного и количественного анализа (ретроспективный анализ медицинской документации).

Результаты. Критериями первичного отбора симптомов являлся возраст возникновения симптомов и время до госпитализации: в исследование включались потенциально патологические симптомы, возникающие до младшего подросткового возраста; включались симптомы, отставленные во времени на год от госпитализации и/или постановки диагноза. Всего было выделено 368 симптомов. Выделенные из анамнестических сведений потенциально патологические (в отношении шизотипического диатеза) симптомы были

разделены на 8 групп: особенности двигательной сферы, речевого развития, эмоционально-личностной сферы и страхов, когнитивной сферы и познавательной активности, особенности социального взаимодействия, ведущей деятельности (учебной и игровой), адаптации и саморегуляции, особенности вегетативной сферы.

Наиболее распространённые симптомы относятся к группе особенностей эмоционально-личностной сферы и страхов. В эмоциональной сфере у 53% детей отмечалась открытая агрессия по отношению к близким, к ровесникам в саду и начальной школе (могли часто драться, кусаться, кидаться вещами). У 27,6% детей отмечалась эмоциональная лабильность в виде беспричинного крика, неадекватно сильном реагировании на незначительные стимулы. 21,3% были упрямыми и излишне настойчивыми (например, могли требовать у матери покупки игрушки и, при неудовлетворении потребности, упасть на пол в магазине, начать кричать и ругаться). 14,9% детей характеризовались как конфликтные и такое же количество как плаксивые. В сфере страхов наиболее часто встречаемый страх - страх остаться одному, отмечался у 17% детей. Дети с этим страхом не могли засыпать в одиночестве, до дошкольного возраста они засыпали с родителями, не могли отпустить мать или отца от себя находясь в магазине, в младшем школьном возрасте не могли оставаться одни дома. На втором месте по распространённости - страх посторонних людей. Этот страх составляет 6,4%. Двое детей - 4,2%, наоборот, не имели чувства страха, совершали действия, угрожающие их жизни, не имели осторожности в поведении.

Следующими по распространённости являются особенности вегетативной сферы. К ним были отнесены особенности пищевого поведения, сна, реагирование на дискомфорт, энурез/энкопрез. Ниже представлена частота встречаемости этих симптомов в выборке (Таблица 1).

Таблица 1.

Особенности вегетативной сферы

Симптомы	Шизотип-е расстройство личности	Шизофрения, детский тип	Острое полиморфное состояние с симптомами шизофрении	Процент людей, у которых обнаружен симптом
Нарушение чувства голода/насыщения	5	5		21,28%
Избирательность в пище	3	2		10,64%
Снохождение		1	1	4,26%

Сногворение		1	1	4,26%
Поверхностный, беспокойный ночной сон	6	7	1	29,79%
Инверсия сна	2			4,26%
Энурез	6	4	1	23,40%
Энкопрез	2	1		6,38%
Отсутствие реакции на дискомфорт	4	2		12,77%

Нарушения речевого развития составляли 13,6% от общего числа выделенных симптомов. В сфере речевого развития все симптомы примерно одинаково часто встречались в выборке, что может говорить о «базисном» искажении речевого развития. Вероятно, это связано с функциональной дефицитностью, дисфункцией или искажением процесса формирования левой височной доли, что согласуется с исследованиями, отмечающими атрофические изменения в данной области у пациентов с шизофренией. Наиболее часто встречалась задержка фразовой речи и медленное пополнение словарного запаса - у 15% детей. У 10,6% детей отмечались разговоры о себе во 2-м и 3-м лице, а также задержка первых слов. С такой же частотой выявлялись внезапный регресс речевого развития и появление новообразований в речи - самостоятельно придуманных слов для описания явлений. У 10,6% детей была выявлена дислексия. В таблице 2 представлены потенциально патологические симптомы, отнесённые к особенностям когнитивной сферы и познавательной активности.

Таблица 2.

Когнитивная сфера и познавательная активность

Симптомы	Шизотип-е расстройство личности	Шизофрения, детский тип	Острое полиморфное состояние с симптомами шизофрении	Процент людей, у которых обнаружен симптом
Отвлекаемость	4	4		17,02%
Трудности концентрации	3			6,38%
Невнимательность		3		6,38%
Истощаемость		1		2,13%
Инертность	2	2		8,51%
Повышенная позн. активность		2		4,26%

Снижение познавательной активности	2	2		8,51%
Задержка формирования навыков самообслуживания	10	6		34,4%
Выключение внимания, взгляд “в никуда” без потери сознания	2	2		8,51%

Выделенные потенциально патологические симптомы были соотнесены с концепцией А. Р. Лурии о трех структурно-функциональных блоках мозга. В результате получилось следующее соотношение: 1 блок – 52,44%; 2 блок – 13,58%; 3 блок – 33,98%.

Выводы. Выявленные в ходе ретроспективного анализа симптомы во многом совпадают с результатами исследований зарубежных и отечественных ученых, ведущих работу в данной области. Было выявлено значимое преобладание симптомов, ассоциируемых с дисфункцией первого функционального блока. Можно предположить, что преобладание дисфункций первого функционального блока мозга накладывает свой патологический отпечаток на процесс созревания вышележащих структур мозга и, следовательно, высших психических функций, в первую очередь – управляющих функций. Дальнейшая работа в данном направлении должна быть нацелена на верифицирование отдельных симптомов в качестве маркеров психических расстройств и изучение их связи с вероятной патологией, которая может возникнуть в результате декомпенсации.

Литература

1. Аутохтонные непсихотические расстройства / под ред. А. П. Коцюбинского. - Санкт - Петербург: Спец.Лит, 201. - 495 с.
2. Психическое здоровье: информационный бюллетень о Целях в области устойчивого развития (ЦУР): задачи, связанные со здоровьем. Всемирная организация здравоохранения. Европейское региональное бюро. - 2018.
3. Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. Доклад ВОЗ. Женева - 2001.

ГОТОВНОСТЬ ПРИЛАГАТЬ УСИЛИЯ ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ВОЗНАГРАЖДЕНИЯ В ГРУППЕ ВЫСОКОГО КЛИНИЧЕСКОГО РИСКА РАЗВИТИЯ ШИЗОФРЕНИИ

Плакунова В.В., Омельченко М.А., Алфимова М.В.

ФГБНУ НЦПЗ

Москва, Россия

jackfrost14.12@gmail.com

Ключевые слова: мотивация, экспериментальный метод, шизофрения, шизотипия, негативные симптомы, продром.

WILLINGNESS TO EXPEND EFFORT FOR REWARDS IN A GROUP OF CLINICAL HIGH-RISK FOR SCHIZOPHRENIA

Plakunova V.V., Omelchenko M.A., Alfimova M.V.

FSBSI MHRC, Moscow, Russia

jackfrost14.12@gmail.com

Keywords: motivation, experimental method, schizophrenia, schizotypy, negative symptoms, prodrome.

Введение. Изучение начальных этапов формирования шизофренического процесса является необходимым условием для раннего выявления расстройства, а следовательно, способствует разработке способов ранней терапевтической интервенции. На данный момент известно, что первичные негативные симптомы появляются задолго до манифестации шизофрении [Смулевич А.Б. с соавт., 2017], поэтому именно к ним приковано больше всего внимания в изучении ранних этапов заболевания. К негативным проявлениям шизофрении относится амотивированность, которая сильно влияет на качество жизни пациента и вместе с тем трудна в плане как медикаментозной, так и психотерапевтической коррекции. В качестве показателя мотивации рассматривается процесс принятия решения о приложении усилий для достижения награды. Для его оценки созданы экспериментальные методы, в том числе методика EEfRT. С ее помощью в ряде работ выявлены особенности этого процесса у больных шизофренией после начала заболевания [Treadway et al. 2015; Chang et al. 2019; Ince Guliyev et al. 2022]. Вместе с тем пока опубликовано только одно исследование готовности прилагать усилия на стадии, предшествующей манифестации психоза – у лиц из группы высокого клинического риска шизофрении (ВКР) [Strauss GP et al., 2021]. В ней показано отличие лиц из группы ВКР от здоровых. Вопрос о том, насколько выявленные изменения сходны с теми, что наблюдаются после начала шизофрении, остается не исследованным.

Целью настоящей работы является рассмотрение особенностей готовности прилагать усилия в группе ВКР в сравнении с группой молодых больных шизофренией и здоровых.

Материал и методы. Было обследовано 15 больных, соответствующих критериям ВКР по наличию аттенуированных психотических симптомов (средний возраст $19 \pm 1,81$ лет). Пациенты были госпитализированы по поводу депрессивного состояния. Группами сравнения служили 15 больных расстройствами шизофренического спектра (F2 по МКБ-10 F20, 21, 23,

25), находившихся на начальной стадии развития заболевания (19.94 ± 3.38 года), и 15 здоровых добровольцев, подобранных к группе больных по возрасту (23.00 ± 2.19 года). Все группы состояли из молодых мужчин.

Для оценки готовности прилагать усилие использовалась модифицированная версия EEfRT [Плакунова и др, 2019]. Методика направлена на изучение процесса принятия решения о приложении физических усилий к получению денежного вознаграждения в зависимости от вероятности и величины награды.

Анализировали количество выборов трудных задач в целом, а также для каждого из условий (вознаграждение, вероятность, вознаграждение \times вероятность). Для межгрупповых сравнений использовали непараметрическую статистику – дисперсионный анализ (ANOVA) Краскелла-Уоллиса с post-hoc попарными сравнениями с поправкой Бонферрони.

Результаты и их обсуждение. Группы значимо различались по всем пяти изученным показателям (все p с поправкой Бонферрони < 0.005). По сравнению со здоровыми больные обеих групп реже выбирали трудные задачи в целом, при высокой и средней вероятности получения вознаграждения, при максимальном обещанном выигрыше и в оптимальных условиях (высокая вероятность \times высокое вознаграждение). Больные из группы ВКР находились по изученным параметрам между здоровыми и больными шизофренией. Дальнейшее попарное сравнение показало, что контрольная группа статистически достоверно отличалась от каждой из групп больных по всем анализируемым показателям (все $p_{корр} < 0.01$). Вместе с тем различия между группой ВКР и группой с расстройствами шизофренического спектра оказались не значимы.

Заключение. Таким образом, у лиц с высоким клиническим риском развития шизофрении наблюдаются сходные с больными шизофренией нарушения процесса принятия решения о приложении усилий для получения вознаграждения. Полученные данные расширяют представления о значении таких нарушений в качестве маркеров предрасположенности к развитию шизофрении и согласуются с исследованием Strauss et al. [Strauss GP et al., 2021]. Однако механизмы, лежащие в основе этих нарушений на разных этапах развития заболевания, требуют дальнейшего изучения.

Литература

1. Смулевич А. Б. и др. Эволюция учения о шизофреническом дефекте //Журн. неврол. и психиатр. – 2017. – №. 9. – С. 117. doi:10.17116/jnevro2017117914-14
2. Плакунова В. В. и др. Модификация задачи «Приложение усилий для получения вознаграждения»(EEfRT) для изучения мотивации больных шизофренией //Клиническая и специальная психология. – 2019. – Т. 8. – №. 4. – С. 138-155. doi: 10.17759
3. Treadway MT, Peterman JS, Zald DH, Park S. Impaired effort allocation in patients with schizophrenia. Schizophr Res. 2015 Feb;161(2-3):382-5. doi: 10.1016/j.schres.2014.11.024. Epub 2014 Dec 5. PMID: 25487699; PMCID: PMC4308548.
4. Chang WC, Chu AOK, Treadway MT, Strauss GP, Chan SKW, Lee EHM, Hui CLM, Suen YN, Chen EYH. Effort-based decision-making impairment in patients with clinically-stabilized first-episode psychosis

and its relationship with amotivation and psychosocial functioning. Eur Neuropsychopharmacol. 2019 May;29(5):629-642. doi: 10.1016/j.euroneuro.2019.03.006. Epub 2019 Mar 15. PMID: 30879927.

5. Ince Guliyev E, Guloksuz S, Ucok A. Impaired Effort Allocation in Patients with Recent-Onset Schizophrenia and Its Relevance to Negative Symptoms Assessments and Persistent Negative Symptoms. J Clin Med. 2022 Aug 28;11(17):5060. doi: 10.3390/jcm11175060. PMID: 36078990; PMCID: PMC9457458.

6. Strauss GP, Bartolomeo LA, Luther L. Reduced willingness to expend effort for rewards is associated with risk for conversion and negative symptom severity in youth at clinical high-risk for psychosis. Psychol Med. 2021 Jun 14:1-8. doi: 10.1017/S003329172100204X. Epub ahead of print. PMID: 34120660.

ПЕРСПЕКТИВНЫЕ МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ Я-КОНЦЕПЦИИ В РАМКАХ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Рыжов А.Л.

ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия.

andrey.ryzhov@gmail.com

Ключевые слова: патопсихологическая диагностика, Я-концепция, саморассогласование, самокомпартиментализация, сложность Я-концепции.

PROMISING METHODS OF SELF-CONCEPT ASSESSMENT IN PATHOPSYCHOLOGICAL INVESTIGATION

Ryzhov A.L.

FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia.

andrey.ryzhov@gmail.com

Keywords: clinical psychological assessment, self-concept, self-discrepancy, self-compartmentalization, self-concept complexity.

Одна из актуальных проблем патопсихологической диагностики заключается в том, что задачи, выходящие на первый план и привлекающие все больший интерес, такие, как оценка аффективных расстройств, нарушений идентичности и идентификации, оценка личностных и когнитивных факторов, формирующих уязвимость для травматических переживаний и турбулентных форм прохождения возрастных и жизненных кризисов, оказываются недостаточно обеспеченными методическим инструментарием. В диагностическую практику активно внедряются опросники, однако, их интеграция в структуру патопсихологического обследования, ориентированного на описание наблюдаемых в ходе взаимодействия с психологом особенностей психологических процессов, эмоциональных реакций, доминирующих или подспудно проявляющихся неосознаваемых мотивов, черт личности и характера, представляет собой проблему и редко происходит гармонично. Задача данного

сообщения – привлечение внимание к некоторым зарубежным методам исследования Я-концепции, разработанным для решения исследовательских задач, которые, представляется, могут продуктивно использоваться практикующими психологами, воспитанными в традициях отечественного патопсихологического подхода.

Три рассматриваемых метода – это основанный на формализованном самоописании «опросник Самостей» (Selves questionnaire) и – использующие идентичную задачу классификации личностных черт, впервые предложенную Р. Зайонцом, но с разной обработкой результатов – измерение сложности Я (self-complexity measure) и самокомпартиментализации (self-descriptive card sorting task). Три метода имеют разные концептуальные основания. «Опросник Самостей» разработан в рамках теории саморассогласования (self-discrepancy) Э.Т. Хиггинса, являющейся теорией мотивации (позже претерпевшей ряд уточнений) и объясняющей различия в том, как люди концептуализируют значимые для них цели. Предполагается, что поведение направлено на редукцию негативных эмоций, вызываемых рассогласованием между воспринимаемым актуальным Я и ориентирами – идеальным Я (эмоции подавленности, связанные с расстройствами депрессивного спектра) и Я, каким должен быть (эмоции возбуждения, связанные с тревожными расстройствами) [6]. Сложность Я - количество разных аспектов (ролей, отношений, комплексов личностных черт и пр.), которые может у себя определить человек – рассматривается, как когнитивный фактор, модулирующий влияние жизненных событий на мысли и эмоции по поводу собственной личности, и, соответственно, снижающий вероятность аффективных колебаний и импульсивности. Эту идею автор иллюстрирует метафорой «не класть все яйца в одну корзину» [2]. Напротив, в модели самокомпартиментализации (буквально, саморасчленения) К.Шоуэрс (Showers) использует метафору «отделять гнилые яблоки от хороших» [5]. В этом случае описываются убеждения о собственной личности, которые могут располагаться в континууме компартиментализованности, т.е. разделения исключительно хороших и исключительно плохих (слабых) сторон Я, или сбалансированности, когда разные аспекты собственного Я воспринимаются, как включающие как сильные, так и слабые черты. Компартиментализованные структуры в случае высокой значимости тех аспектов Я, которые оцениваются позитивно, связаны с более высокой самооценкой и позитивным аффектом, но оказываются уязвимыми, если негативные Я-аспекты по тем или иным причинам становятся более значимыми. Поскольку сами методы могут быть полезны и вне изначального концептуального обоснования, обсуждение возможностей и ограничений, а также эмпирической поддержки этих концепций можно оставить за пределами данной статьи. Стоит только отметить, что в более обобщенном рассмотрении структурных особенностей Я-концепции, теория саморассогласования ставит

акцент на позитивном значении ее интеграции (рассогласование - причина негативных аффектов и расстройств), теория сложности Я – на позитивном значении дифференциации (чем больше когнитивных аспектов, тем лучше амортизируются удары по самооценке), а теория самокомпартиментализации пытается охарактеризовать разные формы интеграции-дифференциации, не одинаково проявляющие себя в разных контекстах.

1. Имеющий обманчивое название **«Опросник самостей»** является гибким методом, основанном на инструкции перечислить (письменно) черты, характеризующие Я человека, какой он есть в реальности, каким он хотел бы быть (Я идеальное) и каким, как он считает, он должен быть (Я должное). Я актуальное и три «ориентира» затем также оцениваются с точки зрения (заранее определенного) значимого другого, каждый список желательно разместить на отдельном развороте сложенного листа бумаги. Затем испытуемый вновь обращается ко всем заполненным спискам и оценивает каждую характеристику с точки зрения того, насколько он ей обладает, хотел бы или должен обладать по шкале от 1 (слегка) до 4 (максимально). Обработка заключается в подсчете индексов рассогласования отдельно для каждой пары ориентиров. Чаще всего оцениваются рассогласования Я-актуальный/Я идеальный и Я-актуальный/Я-должный, а среди разных точек зрения (собственной и значимых близких) выбирается та, которая дает больший индекс рассогласования (которая считается более доступным для осознания ориентиром своего типа). Для подсчета индексов последовательно сравниваются из одного списка с чертами второго списка, и определяется, относятся ли они к синонимичным (определяется по словарю), синонимично-рассогласованным (синонимичные пары, у которых оценки различаются на 2 и более балла), антонимичным и несвязным (любые другие семантические отношения, далее не учитываются). Затем сумму синонимичных ответов вычитают из суммы антонимичных ответов (умноженных на два) и синонимично-рассогласованных ответов (формализованный вариант описан в Кургинян, 2013) [1]. Положительные значения рассматриваются, как рассогласование, но может использоваться и величина индекса рассогласования (важно помнить, что она зависит от числа характеристик и поэтому носит скорее технический характер). Метод имеет ряд слабостей, проявляющихся прежде всего при его использовании в исследованиях: сложность и иногда произвольность шифровки, трудности достижения нормального распределения показателей рассогласования, редкость (и произвольность критерия) диагностики самого феномена рассогласования (менее 20%). Альтернативные подходы, использующие универсальные списки черт или основанные на прямом оценивании (человека не просят описывать актуальное Я, а оценивают средние баллы обладания перечисленными чертами Я-идеального и Я-должного), а также использующие вместо словарной синонимичности критерий отнесенности к более широким личностным чертам (например, фасеткам Большой пятерки) ориентированы на преодоление

этих недостатков. В практической диагностике, однако, идиографический и гибкий характер оригинальной методики представляется скорее преимуществом. Не только амплитуда, но и содержание рассогласований может представлять интерес. Обсуждение результатов может характеризовать критичность и гибкость позиции. Модификации (представленные в литературе) могут включать оценку пугающего Я (кем не хотел бы стать), а также использование графических приемов (Я реальный, Я идеальный и пр. изображаются в виде рисунков, а характерные черты, кроме подписей, обозначаются символическими атрибутами) [3]. Оценка рассогласований не является новой задачей в диагностике, она используется в работе с методикой Дембо-Рубинштейн, но в случае опросника самостей ее источником являются другие данные, более конкретного характера, что, представляется, менее зависит от влияния ситуативных факторов и эмоционального тона, и в любом случае может давать уточняющую информацию для заключения. В качестве иллюстрации в таблице 1 приводятся результаты выполнения методики девочкой 14 лет.

Таблица 1.

Иллюстративный протокол «Опросника самостей»

Я, как есть (Р): добрая (2), порядочная (3), хорошо учусь (3), целеустремленная (2), нестандартная (3), интроверт(2), сомневающаяся(3), непривлекательная(3)
Я какой хочу быть(И): уверенная в себе (3), общительная (3), веселая (3), худая (4), работоспособная (3)
Я, какой должна быть(Д): ответственная(4), отличница(4), заботливая(4), трудолюбивая(4), целеустремленная(4), терпеливая(4), перфекционистка(3), дружелюбная(4), скромная(4), неэгоистичной (4), уравновешенной(3); стройной(4)
Я глазами родителей (РР): ненадежная (4), добрая (4), ребенок (4), эгоистка (3)
Я, какой должна быть глазами родителей (ДР): порядочная(4), твердо стоящая на своих ногах (4); конкретная (4); ответственная(4), уверенная в себе(4), прилежная(4), общительная(4), заботливая(4), целеустремленная(4), как все(4)
Я какой боюсь стать (П): толстая (4), одинокая (4), как все (3), приземленная (3)

Индексы рассогласования: Р/И:4; Р/Д:0; Р/РР:-1; РР/ДР:4; Д/ДР:-6; Р/П:2; Д/П:2; ДР/П:-1; И/Д:-3.

Сами перечисленные характеристики в целом ожидаемы для девочки с проблемами пищевого поведения (просоциальность, перфекционизм, контроль, отрицание значимости собственных потребностей, социальная изоляция). Рассогласование выражено между Реальным и Идеальным Я, но не с Должным Я, различия связаны со стремлением к более полноценной жизни (общительность, уверенность в себе). Зато наиболее выраженным является рассогласование с точки зрения воспринимаемых родительских ожиданий, при том,

что, как образ реального Я, так и должного Я с собственной и родительской позиции не рассогласованы друг с другом. Два ориентира, связанных с долженствованием, более артикулированы (включают больше атрибутов и получают более экстремальные оценки), в то время как определить, кем она является, хочет или не хочет стать для нее сложнее. Иначе говоря, выглядит так, что образ родительских ожиданий является наиболее ярким ориентиром для девочки, недостаточно дифференцированным от собственной позиции и подменяющим ее. При этом обращает на себя внимание, что ряд его характеристик общи с «Пугающим Я» (приземленная/конкретная, твердо стоящая на ногах). Переживание ситуации с собственной позиции акцентирует межличностные проблемы, с родительской позиции – проблемы достижений и автономии.

2. Классификация личностных черт, используемая для оценки сложности Я и самокомпартиментализации, имеет незначительные вариации. Во втором случае набор характеристик заранее разделен на позитивные и негативные. Предъявляется набор карточек (от 33 до 40) с личностными атрибутами (полученный в пилотном исследовании список можно получить у автора статьи). Инструкция просит подумать о разных сторонах или аспектах своей личности или своей жизни (можно привести простые примеры, например, Я, как ученик, Я, как друг) и записать их (список может уточняться). Затем предъявляется набор карточек, из которых просят отобрать те, которые подходят для первого аспекта (ответы записываются в столбик). Затем то же повторяется для остальных аспектов, при этом количество аспектов и выбранных для них черт может быть любым, нет необходимости использовать все карточки и карточку можно использовать для нескольких аспектов (субъективно более простой является процедура, когда выбранные для одного аспекта карточки далее не перемешиваются с остальными, а если субъект хочет уже выбранную черту отнести к другой группе, использовать пустые карточки). Оценка сложности Я отражает два аспекта сортировки – количество выделенных групп и степень их различия между собой. Линвилль, как меру сложности, использовала показатель информационной избыточности H , но позже было обосновано использование двух показателей: (а) число выделенных групп и (б) индекс пересечения [4], который несложно рассчитать, если заносить данные в таблицу Excel, где строки - список личностных черт, столбцы - выделенные группы, а 1 или 0 обозначают выбор. Для практических задач, однако, его можно заменить простой пропорцией общих атрибутов (в каждой паре групп надо посчитать число повторов, умножить на два и разделить на общее число атрибутов в двух группах, затем можно вывести средний показатель). Число групп и индекс пересечения имеют противоположный смысл, при желании общий показатель сложности можно получить путем деления первого на второе. Для психолога, однако, больший интерес могут представлять выбранные характеристики разных аспектов личности с

содержательной стороны. В качестве перспективных модификаций Я-аспекты могут задаваться специально (что в практике работы с подростками часто необходимо), включая, например, Я в больнице, Я в период обострения расстройства, Я дома, Я в школе, Я с друзьями, Я, когда хUDEЮ и пр.

Индекс компартиментализации оценивает распределение позитивных и негативных атрибутов в разных группах и основан на показателе ϕ_i , являющемся квадратным корнем отношения статистики *хи-квадрат* к числу использованных атрибутов (варьируется от 0 – максимальный баланс, т.е. равномерное распределение позитивных и негативных характеристик в разных группах, до 1 – максимальная компартиментализация). Показатель легко рассчитывается с использованием доступных онлайн-калькуляторов статистики *хи-квадрат* (например, math.semestr.ru/corel/contingency.php, где можно посчитать сразу ϕ_i - коэффициент Крамера). Для этого результаты необходимо представить в виде таблицы, где столбцы – разные аспекты Я, первая строка – количество негативных, вторая – количество позитивных выборов. Кроме него, оценивается пропорция негативных характеристик в сортировке в целом, что может рассматриваться как косвенный показатель самоотношения и самооценки. Данный подход лучше работает, когда аспекты личности выделяются самостоятельно, так как он больше ориентирован на исследование эмоционального самоотношения и может проявлять такие значимые характеристики, как склонность к дихотомичному мышлению, расщепление и пр. Вариации могут использоваться для оценки не разных аспектов собственной личности, а значимых людей, и, соответственно, характеристики субъективных искажений в восприятии межличностных отношений. Пример ниже из обследования подростка со смешанными расстройствами эмоций и поведения, 13 лет.

Таблица 2.

Иллюстративный протокол самоописательной сортировки личностных черт

Я дома: вспыльчивый(-), раздражительный(-), ленивый(-), упрямый (-), нетерпеливый(-) неорганизованный (-), утомленный (-), уверенный (+)
Я в школе: скучный (-), ленивый (-), неорганизованный (-), безнадежный (-), застенчивый (-)
Я во дворе: напряженный (-), агрессивный (-), независимый (+), раздражительный (-), вспыльчивый (-), неорганизованный (-), гордый (+)
Я у бабушки: счастливый (+), уверенный (+), честный (+), забывчивый (-), смелый (+), общительный (+), спокойный (+)
Я в больнице: оптимист (+), утомленный (-), ленивый (-), честный (+), спокойный (+), скучный (-)

Число групп: 5; пропорция пересечения: 0,29. Пропорция негативных характеристик: 0,64; индекс компартиментализации ϕ : 0, 63. Данные показатели могут рассматриваться, как относительно низкие с точки зрения сложности Я (в среднем группы на треть схожи, учитывая что основной вклад в различия вносит группа Я в больнице, вероятно, отражающая установочные ответы – оптимист, честный), и как выраженная тенденция к компартиментализации. Содержание выделенных Я-аспектов, достаточно формальное, намекает на ограниченность важных жизненных отношений (нет значимых хобби, референтной группы и пр.). Аспекты разделены на один явно позитивный (у бабушки) и три негативных (дома, в школе и больнице), т.е. большая часть воспринимаемой жизни связывается с фрустрацией и негативным отношением к себе и происходящему, при этом опыт поляризован (Я у бабушки имеет лишь 1 общую характеристику с любыми другими Я аспектами). Парадоксально, «я в больнице» выглядит как более сбалансированный аспект собственного Я, видимо, воспринимаемый как временное облегчение. В заключении данные выполнения методики могут быть использованы как для характеристики недифференцированности и слабой интеграции Я-концепции, так и для описания особенностей переживания жизненной ситуации (подтверждающую гипотезу о роли трудностей адаптации в поддержании поведенческих расстройств ребенка).

В качестве подведения итогов, отметим, что, для категоричной рекомендации использования этих методик в формате патопсихологического обследования требуется накопление опыта. Достоинствами, способствующими их интеграции в инструментарий патопсихолога, выглядит их простота, гибкость и возможность модификации под рабочие гипотезы, возможность качественного анализа данных, не требующей специальной квалификации. Методики не должны рассматриваться, как измерительные инструменты строго определенных конструктов (саморассогласование, сложность Я, самокомпартиментализация), они могут использоваться для операционализации таких значимых клинических феноменов, как дихотомическое мышление, перфекционистские установки, уровень рефлексивности и критичности, зрелость я-концепции. Они могут использоваться как взаимодополняющие с более косвенными или основанными на эмоциональном отношении методами, такими, как самооценка по Дембо-Рубинштейн и проективные методики. Сам «сырой» материал выполнения задания может использоваться как иллюстративный при написании заключения. Немаловажно и то, что методики понятны для самого субъекта, могут использоваться как материал для беседы, для обратной связи и уточнения мишеней психокоррекционных мероприятий.

Литература

1. Кургинян С.С. Апробация опросника самостей // Психология. Журнал ВШЭ, 2013, 10(2). – 122–137.
2. Linville P. Self-complexity and affective extremity: Don't put all of your eggs in one cognitive basket // *Social Cognition*, 1985, 3(1). – 94-120.
3. Mason T. et al. Self-discrepancy theory as a transdiagnostic framework: a meta-analysis of self-discrepancy and psychopathology // *Psychological Bulletin*, 2019, 145(4). – 372–389.
4. Rafaeli-Mor E., Gotlib I., Revelle W. The meaning and measurement of self-complexity // *Personality and Individual Differences*, 1999, 27(2). – 341-56.
5. Showers C. Compartmentalization of positive and negative self-knowledge: keeping bad apples out of the bunch // *Journal of Personality and Social Psychology*, 1992, 62 (6). – 1036-1049
6. Strauman J., Higgins E.T. Self-discrepancies as predictors of vulnerability to distinct syndromes of chronic emotional distress // *Journal of Personality*, 1988, 56(4). – 685-707.

СОЦИАЛЬНАЯ ТРЕВОГА И ФОРМИРОВАНИЕ СЛУХОВЫХ ГАЛЛЮЦИНАЦИЙ

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В.

ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия

olgasagalakova@mail.ru

truevtsev@gmail.com

olga.zhirnova.2015@mail.ru

Ключевые слова: голоса, психотические переживания, социальная тревога.

PATHOPSYCHOLOGICAL PATTERNS OF VOICES FORMATION IN THE CONTEXT OF SOCIAL ANXIETY ROLE

Sagalakova O.A., Truevtsev D.V., Zhirnova O.V.

FSBI HE MSUPE, Moscow, Russia

olgasagalakova@mail.ru

truevtsev@gmail.com

olga.zhirnova.2015@mail.ru

Keywords: voices, psychotic experiences, social anxiety.

Введение. Логика психологического осмысления феномена слуховых галлюцинаций (СГ) идет от понимания их как «восприятий без объекта» - через включение в поле анализа активного субъекта и рассмотрение их в виде нарушений когнитивно-перцептивной деятельности – к признанию голосов как психосоциально значимого события, а также связей неблагоприятных ситуаций и контента СГ, реакций на них человека [2, 4]. Голоса перестают определяться как исключительно психопатологическое явление, рассматриваются в контексте фундаментальных проблем современной патопсихологии, с учетом роли психологического

опыта в формировании и поддержании симптома [1, 3].

Согласно Маастрихтскому подходу к пониманию СГ, голос – реакция на неразрешенные психотравмирующие события, наполненная личностно значимым смыслом. Содержание голосов ценно, терапевтически целесообразно вести диалогическую коммуникацию [4], что идет вразрез традиционной позиции, заключающейся в редукции СГ. Биологическим выздоровлением считается отсутствие голосов, несмотря на факты частой резистентности СГ к фармакотерапии, усиления голосов при столкновении с ситуациями-триггерами.

Социальное поражение – общий механизм, представляющий один из основных факторов риска психоза, а также медиатор связи детской травмы и психотических переживаний (ПП), в том числе голосов [4]. В контенте ПП часто воплощаются межличностные угрозы (голоса высмеивают, оскорбляют, презирают и т.д.). СГ слышащими голоса воспринимаются как враждебные и доминирующие, окружающий мир, как тотально угнетающий, а сам человек оценивает себя как беспомощного и уязвимого. Люди со СГ нередко сообщают о социальной тревоге (СТ) [2], однако результаты исследований о связи указанных феноменов противоречивы. Вероятно, возможность решения проблемы несогласованности получаемых данных сопряжена с анализом закономерностей формирования СГ в контексте СТ, социального опыта, с задачей раскрытия континуальности обманов восприятия.

Материал и методы. Цель – исследование патопсихологических закономерностей формирования СГ в контексте роли СТ на разных этапах динамики ПП. Тестирование проводилось на базе Алтайской краевой клинической психиатрической больницы имени Ю.К. Эрдмана, а также онлайн. Выборка включала 122 человека, сформированы группа нормы (73 чел.) и клиническая выборка (49 чел.), в которую входили пациенты с психотическими и субпсихотическими симптомами. Использовались методики: Опросник психотических переживаний (ОПП) (Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В.), Опросник выраженности психопатологической симптоматики, шкалы «Психотизм», «Симптомы паранойи», «Обсессивно-компульсивные симптомы» (SCL-90-R; Дерогатис Л.Р., адаптация – Тарабрина Н.В.), Опросник социальной тревоги и социального тревожного расстройства (Сагалакова О.А., Труевцев Д.В.). Программы анализа данных: SPSS 26, JASP 0.16.4, Jamovi 2.2.3.0. Методы математико-статистической обработки данных: корреляционный, регрессионный и медиаторный анализ.

Результаты. ОПП помимо суммарного показателя симптомов включает оценку разных типов психотического опыта – легкая, умеренная и выраженная группы симптомов, – которые отличаются не столько количественно, сколько качественно. Динамика утяжеления симптомов проходит путь от «Объективации мышления и дефицита контроля» (субшкала «Объективация процесса мышления») через «Отчуждение и интрузивные феномены»

(субшкалы: «Дереализация и деперсонализация», «Отчуждение привычного опыта», «Интрузивные переживания «внутри головы» (голоса, звуки, сцены)») к «Психическому автоматизму» (субшкалы: «Открытость мыслей», «Переживание управляемости извне»). Опыт голосов появляется уже на уровне умеренных ПП, когда внутренняя речь повторно расширяется, еще воспринимаясь как локализованная внутри головы или рядом, но отчужденная, вторгающаяся в сознание. Появление командных СГ знаменует стадию пика отчуждения психических процессов, переживаемого как психический автоматизм, а голоса наделяются остро негативным контентом, что вызывает конфронтацию с ними.

Шкала «Психотизм» положительно связана со шкалами и субшкалами ОПП (диапазон $r > 0,4-0,7$; $p < < 0,0001$). Субшкала «Переживание управляемости извне» коррелирует с «Психотизмом» ($r = 0,4$; $p < < 0,0001$), «Симптомами паранойи» ($r = 0,3$; $p < 0,01$), с «Обсессивно-компульсивными симптомами» взаимосвязь определяется на уровне статистического тренда ($r = 0,17$; $p > 0,06$). Сильные ассоциации шкал SCL-9-R получены с начальными этапами развития ПП ($r > 0,4-0,6$; $p < < 0,0001$), его общим показателем ($r > 0,6-0,7$; $p < < 0,0001$). Суммарный показатель ОПП, шкалы и субшкалы опросника, кроме субшкалы «Переживание управляемости извне», положительно коррелируют с СТ и ее компонентами (диапазон $r = 0,17-0,5$; $p < 0,05- < < 0,0001$) (табл. 1). На более ранних этапах развития ПП (субшкалы: «Объективация процесса мышления» и «Дереализация и деперсонализация») отмечаются наиболее высокие связи с составляющими СТ. При ПП, которые встречаются и в норме, характерны СТ в ситуациях оценивания, при проявлении инициативы, решении повседневных задач, самосфокусированности внимания, негативном межличностном опыте.

Таблица 1.

Корреляционный анализ Пирсона субшкал ОПП с СТ

	СТ	(r, Pearson)	p
1 шкала	Объективация процесса мышления	0.46	<0,00001
2 шкала	Дереализация, деперсонализация	0.45	<0,00001
	Отчуждение привычного опыта	0.39	<0,0001
	Интрузивные переживания "внутри головы" (голоса, звуки, сцены)	0.26	<0,01
3 шкала	Открытость мыслей	0.32	<0,001
	Переживание управляемости извне	0.04	>0,6

По мере нарастания выраженности ПП сценарий корреляций с СТ и ее компонентами изменяется: связь перестает достигать порога статистической значимости, находясь близко к околонулевым значениям. На высоте ПП посредством прямого тестирования СТ не определяется, поскольку угрозы, будучи «выведенными» вовне, воспринимаются персонализированными объектами, при этом контент командных голосов является

негативным, содержит темы межличностного поражения, власти, насилия.

СТ встраивается в контекст проявлений симптоматики SCL-9-R (корреляции значимы при $r > 0,5$; $p < 0,0001$). Симптомы навязчивостей, настороженности тесно связаны с индикатором неблагоприятного опыта межличностных отношений. Явления стигматизации могут вторично усиливать тревожные проявления, формируя патологический цикл генеза симптомов. СТ ($\beta = 0,23$; $p < 0,01$), шкалы SCL – «Психотизм» ($\beta = 0,4$; $p < 0,0001$), «Симптомы паранойи» ($\beta = 0,3$; $p < 0,001$) и «Обсессивно-компульсивные симптомы» ($\beta = 0,3$; $p < 0,001$) – значимые регрессионные предикторы голосов. Медиаторный анализ показал ($z = 2,89$; $p < 0,02$; медиация – 59%), что симптомы навязчивостей опосредуют связь между СТ и переходом к тяжелой форме ПП и командным голосам в их структуре, облегчая путь от тревоги к отчуждению психики.

Выводы. Если при легких и умеренных формах ПП прямая корреляция с СТ и ее компонентами высокая, то при выраженных ПП она ослабевает и перестает быть статистически значимой, однако СТ остается регрессионным предиктором голосов. На высоте ПП СТ не исчезает, ассоциация СТ с тяжелыми ПП качественно трансформируется, становится опосредствованной. При интенсификации психического автоматизма характерны нарушение чувства агентности (agency), искажение привычного контроля психических процессов, что создает ограничения для оценки переживаний как «своих» и соотнесения их с формулировками пунктов опросников. Верифицируемая связь контента голосов на всех этапах ПП с межличностными психотравмирующими событиями позволяет по-новому осмыслить взаимосвязь роли межличностного опыта при голосах. Обращение к неблагоприятному опыту и переживаниям усиливает дистанцированность от них, выступая психической «анестезией». При усилении ПП атрибуция источника внутренних явлений постепенно рефокусируется «вовне», психические феномены воспринимаются как отчужденные. Навязчивые мысли усиливают вероятность перехода от неблагоприятного опыта к ПП, в т.ч. СГ. Пациенты с ПП высоко чувствительны к социальным стимулам. Понимание логики формирования СГ от объективации мыслей – через интрузивные явления «внутри головы» – к командным голосам в контексте проблемы СТ, социального поражения, межличностного насилия уточняет фундаментальные патопсихологические закономерности формирования и поддержания голосов.

Литература

1. Николаева В.В. С.Я. Рубинштейн: о вкладе развития патопсихологии // Клиническая и специальная психология. 2012. Т. 1. № 1. URL: <https://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49977.shtml>.
2. Сагалакова О.А., Жирнова О.В., Труевцев Д.В. Трансформация методологических представлений о «голосах» и вариантах вмешательства специалистов при слуховых галлюцинациях // Клиническая и специальная психология. 2020. Том 9. № 2. С. 34–61.

3. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания: новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. М.: Изд-во Форум, 2016. 288 с.
4. Longden E. et al. Engaging dialogically with auditory hallucinations: design, rationale and baseline sample characteristics of the Talking With Voices pilot trial // *Psychosis*. 2021. Vol. 13. № 4. P. 315-326.
1. Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФ, проект № 22-28-01310.

НАРУШЕНИЕ МЕНТАЛИЗАЦИИ КАК ФОРМЫ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ

Соколова Е.Т.

ФГБОУ ВО МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва, Россия

etsokolova@yandex.ru

Ключевые слова: ментализация, нарушения, нормализация клиники, культурно-историческая парадигма.

DISTORTIONS OF MENTALIZATION AS A FORM OF SOCIAL COGNITION

Sokolova E.T.

FSBI HE M.V. Lomonosov MSU, Moscow, Russia

Keywords: mentalization, disorders, clinical normalization, cultural-historical paradigm.

Важным источником понимания психологических механизмов разного рода ошибок и неточностей, возникающих в процессах индивидуального и группового социального познания, являются клинические феномены нарушения ментализации, реинтерпретацию которых мы представим ниже, опираясь на одно из направлений культурно-исторической психологии Л.С.Выготского.

Ментализация понимается как форма социального познания, позволяющая воспринимать, представлять в воображении, эмоционально относиться, придавать смысл и причинность происходящему в субъективном мире – своем и другого человека. Ментализация предполагает интеграцию как контекстуальных факторов, материальных или физических аспектов ситуации и поведения, так и внутренних субъективных переживаний, убеждений, целей и интенциональных состояний в качестве репрезентативных побудителей того или иного поведения [1]. Ментализация реализуется посредством эмоционального отношения и когнитивной интерпретации, ее полноценное функционирование основано на сочетанном и иерархически выстроенном единстве психических процессов.

Регресс в функционировании всей системы сознания происходит на самый онтогенетически ранний «низший» и «примитивный» уровень натуральной организации

сознания в целом, когда реальное и фантазийное, сенсомоторное мышление и первичные аффекты существуют в слитности, синкретическом и недифференцированном единстве *переживания*, когда в сознании Я презентует себя и объективную реальность (и Другого) не как отдельные сущности, отличные от собственных галлюцинаций, а как их слитное и недифференцированное целое («пра-Мы»). Феномен диффузии ментализации (синкрета) встречается в измененных состояниях сознания при крайней аффективной захваченности в межличностных отношениях, в состоянии ПТСР-шока как мгновенное «отключение» способности осмысления травматического опыта (в частности, насилия). Также ментализация–синкрет характерна для поэтического творчества, может сознательно культивироваться в некоторых религиозных практиках, а может свидетельствовать о паранойяльных тревогах с нарушением границ Я-Другой («пра-Мы», «одно тело, одна душа на двоих»), с некоторыми признаками «магического мышления» в понимании каузальных связей между своими желаниями и побуждениями и интенциональностью поведения другого человека.

Относительно более «высокий» уровень ментализации, как комплекса, характеризуется снижением уровня функционирования ментализации до сверх конкретности. К ее проявлениям мы относим «фотографичность» образа Я и Другого, их отождествление с поведением в определенной ограниченной ситуации взаимодействия и вытекающим из этой ситуации аффективной «окраской». Сюда относится также когнитивное упрощение, отождествление психической репрезентации с поведенческим паттерном в частной ситуации, неустойчивость и прагматичность ментализации, низкий уровень осознания и рефлексивности.

В обыденном сознании комплексная структура ментализации проявляется в убежденности в однозначной достоверности и неоспоримости суждений о мыслях и чувствах себя и Другого («я так думаю, значит, так и есть на самом деле»). Динамически подобного рода ментализации отличает догматичность и ригидность, убежденность в возможности ясновидения и «чтении человека как книгу». Нарушение функции ментализирования приводят к псевдоментализированию, когда отщепленные от реальности аутистические фантазии о себе и другом соседствуют с безликими, схематическими, лишенными эмоциональной наполненности ментальными репрезентациями. Им также присуща телеологичность как жесткость причинных связей, основанных исключительно на наблюдаемом поведении и физиологических процессах, что только и может «свидетельствовать» об определенных отношениях и переживаниях. Еще одна форма нарушения функции ментализирования заключается в злоупотреблении ментализацией, использованием парциальной способности понимать слабые места партнера по общению в целях манипулирования его чувствами,

мыслями и поведением. Механическое действие вместо ментализирования, стереотипия мышления и речи вместо способности психически представлять эмоционально травматичные события и символически, в творческом воображении их преобразовывать, детоксицировать, контейнировать является следствием хрупкости идентичности и недостаточности средств и способов внутренне автономной и сформированной системы символической саморегуляции.

Нарушение процесса ментализирования может рассматриваться как часть общей дефицитарности при диффузии идентичности. К ее проявлениям мы относим утрату чувства авторства (agency) в представлении о себе и Другом, дефицит эмоциональной сопричастности, эмпатии переживаниям – своим и других, моральную «слепоту», трудности созидания общего «фокуса внимания», «коллективной интенциональности», когнитивную упрощенность ментальных репрезентаций, их «клиповость».

Литература

1. Бейтман Э., Фонаги П. [Bateman A., Fonagy P.] Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию. Практическое пособие. М.: Институт общегуманитарных исследований, 2014.
2. Выготский Л.С. Нарушение понятий при шизофрении. В кн.: Избранные психологические исследования. М.: АПН. 1956b, 481–495.
3. Соколова Е.Т. Нарушения ментализации в клинической и культурной парадигме Л.С.Выготского // Психологические исследования. 2017. Т. 10, № 56.

РАЗДЕЛ 3. ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ МЛАДЕНЧЕСКОГО И РАННЕГО ВОЗРАСТА

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ КОНТЕКСТА НА ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И РАЗВИТИЕ РОДИВШИХСЯ ДО СРОКА ДЕТЕЙ СО СТРУКТУРНЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ НА ПЕРВОМ ГОДУ ИХ ЖИЗНИ

Андрущенко Н.В.^{1,2}, Мухамедрахимов Р.Ж.², Иова А.С.¹

¹ ФГБОУ ВО «СЗГМУ им. И.И. Мечникова», Санкт-Петербург, Россия

n.andruschchenko@spbu.ru

²СПбГУ, Санкт-Петербург, Россия

Ключевые слова: недоношенные младенцы, родители, эмоциональное состояние, ранняя помощь, психическое здоровье.