

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



*Ю.Ф. Поляков*

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ  
И ПРИКЛАДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ)  
ПСИХОЛОГИИ**

*к 90-летию Ю.Ф. Полякова*

Москва  
2018

Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии  
(к 90-летию Ю.Ф. Полякова)



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

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ  
И ПРИКЛАДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ)  
ПСИХОЛОГИИ**

*Коллективная монография*

Москва  
2018

УДК 159.9  
ББК 88.7  
М54

*Редакционная коллегия:*

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

*Рецензенты:*

**Абрамова Лилия Ивановна**, доктор медицинских наук  
**Вачков Игорь Викторович**, доктор психологических наук  
**Гульдун Виктор Викторович**, доктор психологических наук

**М54 Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии.**

Научное издание. Коллективная монография под ред.  
Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. — М.: ООО «Сам Полиграфист»,  
2018. — 264 с.

ISBN 978-5-94051-150-2

Монографический сборник написан авторами статей специально к научно-практической конференции с международным участием «Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) (к 90-летию Ю.Ф. Полякова)», проходившей 15 и 16 марта 2018 г. в ФГБНУ НЦПЗ и ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Авторы сборника рассматривают широкий спектр проблем в современной клинической (медицинской) психологии: различные аспекты патопсихологии, нейропсихологии, психологии аномального развития, реабилитации, а также современных мультидисциплинарных исследований и др.

Сборник будет, несомненно, полезен для научных работников, преподавателей психологии, аспирантов и студентов, а также специалистов, работающих в области здравоохранения, в системе образования и социальной защиты населения.

УДК 159.9  
ББК 88.7  
М54

**ISBN 978-5-94051-150-2**

© ФГБОУ ВО МГППУ  
© ФГБНУ НЦПЗ  
© Коллектив авторов

# ОГЛАВЛЕНИЕ

|   |            |
|---|------------|
| <b>ВВЕДЕНИЕ</b>   | <b>5</b>   |
| <b>РАЗДЕЛ 1. Методология современной клинической психологии</b>   | <b>7</b>   |
| <b>Т.К. Мелешко</b><br>Юрий Фёдорович Поляков — учёный и организатор науки (к 90-летию со дня рождения)   | <b>7</b>   |
| <b>Г.В. Залевский</b><br>Методология клинической психологии   | <b>13</b>  |
| <b>М.В. Алфимова</b><br>Современные тенденции развития зарубежной клинической психологии  | <b>28</b>  |
| <b>О.Ю. Щелкова</b><br>О развитии методологии психологической диагностики в психиатрической клинике   | <b>41</b>  |
| <b>В.А. Урываев</b><br>Кафедра медицинской психологии в медицинском ВУЗе: взгляд на перспективу   | <b>58</b>  |
| <b>РАЗДЕЛ 2. Прикладные исследования: новые направления, мультидисциплинарный подход</b>  | <b>67</b>  |
| <b>Е.И. Первичко</b><br>Регуляция эмоций в норме и патологии: культурно-деятельностный подход   | <b>67</b>  |
| <b>С. Н. Ениколопов, В. Н. Гарифуллина</b><br>Теории процессов двойной оценки, лежащей в основе публичной стигмы  | <b>86</b>  |
| <b>Т.И. Медведева, С.Н.Ениколопов, О.Ю.Воронцова, О.Ю. Казьмина</b><br>Исследования особенностей морального выбора с использованием «моральных дилемм»                            | <b>102</b> |
| <b>Е.В.Куфтяк</b><br>Изучение психологических защит с помощью методики «опросник стилей защит»: связь с копингом и психологическим благополучием (на примере юношеского возраста) | <b>117</b> |
| <b>Н.А.Польская</b><br>Модели эмоциональной дисрегуляции при психопатологии   | <b>127</b> |
| <b>С.В. Кудря, Е.Н. Давтян</b><br>Значение слова в устной и письменной коммуникации психиатр – больной  | <b>133</b> |
| <b>РАЗДЕЛ 3. Исследование онтогенеза и дизонтогенеза в клинической психологии</b>   | <b>154</b> |



|  |            |
|--|------------|
| <b>Н.А. Кравцова</b>   |            |
| Психосоматическое развитие и психосоматическое здоровье современных детей и подростков   | <b>154</b> |
| <b>И.А.Горьковая, А.В.Микляева</b>   |            |
| Стратегии совладающего поведения в контексте жизнестойкости подростков с нарушениями зрения  | <b>165</b> |
| <b>Т.Г. Горячева, А.С. Султанова</b>   |            |
| К теоретическому обоснованию сенсомоторной коррекции при дизонтогенезе и различных патологических состояниях у детей   | <b>177</b> |
| <b>Н.В. Зверева</b>  |            |
| Подходы к исследованию мотивации у детей и подростков при нарушениях психического развития   | <b>190</b> |
| <b>Н.К.Корсакова, И.Ф.Рощина</b>   |            |
| Концепция А.Р.Лурии о трех функциональных блоках мозга и нейропсихологический синдром нормального старения   | <b>203</b> |
| <b>РАЗДЕЛ 4. Вопросы ранней профилактики и реабилитации в клинической (медицинской) психологии</b>   | <b>212</b> |
| <b>М.В. Иванов, Н.В. Симашкова, Г.В. Козловская</b>  |            |
| диагностика нарушений психического развития в раннем детском возрасте (скрининговая методика)  | <b>212</b> |
| <b>Е.М. Иванова</b>  |            |
| Психологический анализ больничной клоунады как способа развития психологического реабилитационного потенциала у пациентов при тяжёлых заболеваниях   | <b>221</b> |
| <b>В.В. Лорер Е.Р.Исаева Т.Н. Жукова</b>   |            |
| Опыт использования международной классификации функционирования (МКФ) в оценке эффективности реабилитационной работы междисциплинарной бригады специалистов (на базе районного центра социальной реабилитации инвалидов) | <b>231</b> |
| <b>Н.Д. Семенова, А.В. Палин, Е.И. Рассказова</b>  |            |
| Психосоциальная реабилитация больных шизофренией, мотивация и проблема оценки выхода: сообщение о результатах развития консенсуса  | <b>243</b> |
| <b>ABSTRACTS (АННОТАЦИИ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ)</b>   | <b>250</b> |
| <b>СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ</b>   | <b>261</b> |

## **ВВЕДЕНИЕ**

Настоящая коллективная монография посвящена актуальным вопросам современной медицинской (клинической) психологии. Редакционная коллегия обратилась к ведущим отечественным специалистам в области медицинской психологии и смежных наук с предложением участвовать в проекте, такое издание является продолжением опыта первой конференции, посвященной Ю.Ф. Полякову (2013). Результатом интенсивного интеллектуального труда многих специалистов из разных регионов России явилась монография «Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии».

Издание подготовлено к началу конференции, посвященной 90-летию Юрия Федоровича Полякова (1927-2002) – «Поляковские чтения», авторы во многом продолжают те традиции отечественной исследовательской практики, которые были заложены первыми поколениями российских медицинских психологов, однако в коллективной монографии представлены и современные взгляды на состояние медицинской психологии, как в России, так и на Западе.

Монография состоит из 4 разделов. Первый – «Методология современной клинической психологии» содержит статью, посвященную наследию Ю.Ф. Полякова, принадлежащую Тамаре Константиновне Мелешко, одной из классиков отечественной клинической психологии, коллеге Ю.Ф. Полякова по работе в лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР. Другие статьи посвящены методологическим вопросам медицинской психологии (Г.В.Залевский, Калининград, Томск, О.Ю. Щелкова, Санкт-Петербург), проблемам обучения специалистов (В.А.Урываев, Ярославль), оценке состояния исследований в современной западной клинической психологии (М.В. Алфимова, Москва).

Второй раздел «Прикладные исследования: новые направления, мультидисциплинарный подход» включает 5 статей, освещающих новые исследовательские подходы к важным клинико-психологическим темам суицидального поведения и стигматизации, (Ениколопов С.Н., Гарифулина В.Н., Москва, Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., Москва), новым прикладным и фундаментальным подходам к изучению эмоциональной сферы, теориям в контексте клинической психологии (Первичко Е.И., Польская Н.А., Москва), проблеме диагностики психологических защит в норме (Куфтяк Е.В., Кострома), важному вопросу взаимопонимания участников лечебного процесса посвящена совместная статья филолога и психиатра (Кудря С.В., Давтян Е.Н., Санкт-Петербург).

Третий раздел – «Исследование онтогенеза и дизонтогенеза в клинической психологии» содержит 5 статей, посвященных разным аспектам возрастной клинической психологии, как теоретическим (Корсакова Н.К., Рощина И.Ф., Москва, Кравцова Н.А., Владивосток), так и различным исследовательским, эмпирическим и практико-ориентированным темам в контексте психологической реабилитации и психокоррекции детей (Горячева Т.Г., Султанова А.С., Москва), психологической диагностики детей и подростков с нарушенным зрением (Горьковая И.А., Микляева А.В., Санкт-Петербург), эндогенной психической патологией (Зверева Н.В., Москва).

Заключительный 4 раздел - «Вопросы ранней профилактики и реабилитации в клинической (медицинской) психологии». В нем представлен инструмент для раннего выявления патологии психического развития детей (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В., Москва), опыт работы нового направления в реабилитации (Лорер В.В., Исаева Е.Р., Жукова Т.В., Санкт-Петербург; Семенова Н.Д., Палин А.В., Рассказова Е.И., Москва), также представлено обобщение реабилитационного потенциала больничной клоунады (Иванова Е.М., Москва).

Редакционная коллегия надеется, что представленный труд авторов коллективной монографии найдет своих читателей среди профессионального научного и практического психологического сообщества, учащейся молодежи.

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

С уважением и благодарной памятью о прекрасном человеке и выдающемся клиническом психологе – Юрии Федоровиче Полякове.

Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина, С.Н. Ениколопов



## **РАЗДЕЛ 1. Методология современной клинической психологии**

**Т.К. Мелешко**

### **ЮРИЙ ФЁДОРОВИЧ ПОЛЯКОВ — УЧЁНЫЙ И ОРГАНИЗАТОР НАУКИ (К 90-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ)**

Юрий Фёдорович Поляков (1927-2002 гг.) - крупный специалист в области патопсихологии, ближайший ученик и соратник Б.В. Зейгарник. Память о нем увековечена в книге «Выдающиеся психологи Москвы (М., 2007).

Родился 9 декабря 1927 г. в семье московских интеллигентов. Отец — экономист по образованию с широким кругом гуманитарных интересов, мать — врач, посвятившая свою профессиональную деятельность организации системы здравоохранения.

В годы Отечественной войны Юрий Фёдорович, будучи подростком, не мог пойти на фронт, хотя всячески туда стремился. С группой одноклассников он после 8-го класса поступил в артиллерийское училище, время окончания которого совпало с концом войны. По возвращении в Ригу, где в это время работала его мать, он поступил на факультет журналистики Латвийского университета. В 1947 году Юрий Фёдорович перевёлся в Московский университет на отделение логики и психологии филологического факультета, по окончании которого он успешно защитил дипломную работу по психологии мышления под научным руководством выдающегося психолога и философа Сергея Леонидовича Рубинштейна, встреча с которым на многие годы определила круг его научных интересов.

Поистине судьбоносную роль в профессиональной биографии Юрия Фёдоровича сыграла его работа в лаборатории патопсихологии НИИ психиатрии Минздрава РСФСР под руководством Блюмы Вульфовны Зейгарник, учеником и соратником которой он оставался всю свою последующую жизнь. В период совместной работы с Блюмой Вульфовной Юрий Фёдорович овладел навыками экспериментального исследования психически больных и общения с ними, а также — знаниями в области психиатрии. Ему посчастливилось общаться в этот период с выдающимися психиатрами Д.Е. Мелеховым, С.Г. Жислиным и др.

Наше знакомство и совместная работа с Юрием Фёдоровичем началась с 1962 года, когда он был приглашен академиком РАМН А.В. Снежневским на должность руководителя лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР (в дальнейшем

преобразованный в Научный Центр Психического Здоровья — НЦПЗ РАМН). В этот период институт начал работать по новой научной программе, в центре которой стояла проблема шизофрении, и было положено начало мультидисциплинарному исследованию этой проблемы на разных уровнях: биологическом, психологическом и клиническом. Мы с большим интересом и пользой для себя прослушали цикл лекций по психиатрии, которые читали А.В. Снежневский, Р.А. Наджаров, Э.Я. Штернберг, Д.Е. Мелехов, А.С. Тиганов. Юрий Фёдорович придавал особое значение связи с клиникой, считая, что уровень психологического анализа наиболее тесно соприкасается с клиническим уровнем анализа проблемы.

Запечатлелось наше первое знакомство с Юрием Фёдоровичем, тогда ещё молодым специалистом с ещё более молодым совсем небольшим коллективом (всего 4 человека) нашей лаборатории. Как он впоследствии вспоминал, он очень волновался накануне этой встречи, и мы испытывали не меньшее волнение, но оно оказалось напрасным. С первых же минут нашего знакомства создались атмосфера непринужденности общения и взаимопонимания, которые со временем не только не исчезли, но ещё более укрепились. Юрий Фёдорович являл собой новый тип демократического руководителя, не очень типичного для того времени. Он не был кабинетным ученым-одиночкой, он был очень склонен к диалогу, к совместному обсуждению возникающих проблем и гипотез, был склонен не только учить, но и учиться у других. Свойственные ему открытость и естественность в обращении с людьми порождали чувство сопричастности ко всему, что происходило в лаборатории и институте, способствовало свободному высказыванию собственного мнения. Безусловно, Юрий Фёдорович обладал даром коммуникации, так необходимой психологу-руководителю. Этому способствовали также чувство юмора и самоиронии, ему присущие.

Ответственность за общий порядок вещей определяла его причастность к общественной деятельности. На протяжении многих лет, являясь секретарём партийной организации института, он не был партийным функционером, всегда старался помочь человеку, вникнуть с его проблемы. Знать себе цену, не придавая себе особого значения — тоже большое искусство.

Обладая большим организационным талантом и незаурядными личностными качествами, Ю.Ф. Поляков создал коллектив единомышленников, организовал цикл экспериментальных работ, направленных на изучение своеобразия шизофренической патологии, выполненных на современном уровне развития психологической науки.

На первом этапе основным предметом исследования стало изучение особенностей познавательной деятельности больных шизофренией. И это не случайно. Начиная с середины XX столетия экспериментальные исследования психической патологии были связаны с расцветом когнитивного направления в психологии. Когнитивный подход, возникнув в США и Великобритании, произвёл подлинную революцию в психологии и до сих пор во многом определяет направление современной психологической науки.

Исследование потребовало специальной организации эксперимента, создания новых оригинальных методик, ранее не использовавшихся в психологии. При анализе полученных данных осуществлялись новые методологические подходы, все более утверждавшиеся в мировой науке. Впервые в психологии исследование больных проводилось в сопоставлении с результатами репрезентативных групп популяции. Начал осуществляться статистических анализ полученных данных, требующий обязательного дальнейшего качественного анализа. Особое значение придавалось клинически определённым подбору больных для включения их в экспериментальное исследование.

Важным достижением этого периода исследований был вывод о том, что познавательная (когнитивная) деятельность больных шизофренией характеризуется снижением избирательности, обусловленным недостаточной опорой на факторы социального опыта, обобщенного в общепринятых понятиях, категориях, знаниях. Большинство пациентов с эндогенными психическими расстройствами отличаются рядом особенностей личности, относящихся к кругу шизоидных черт. Это в разной степени выраженности дефицит в сфере потребностей, что проявляется уже в раннем онтогенезе — в снижении потребности в эмоциональных контактах и потребности в общении.

Результаты исследования особенностей познавательной деятельности больных шизофренией были обобщены в докторской диссертации Ю.Ф. Полякова и его монографии «Патология познавательной деятельности при шизофрении» (1974).

В дальнейшем существенный вклад в изучаемую проблему внесли достижения когнитивного направления в психологии — в первую очередь, исследования когнитивного стиля как системы, не только познавательных, но и личностных особенностей. Достижения этого направления послужили основой для формулировки ряда продуктивных гипотез: 1) об особом типе формирования ментального опыта у лиц шизоидного круга; 2) о снижении у больных шизофренией и лиц шизоидного круга социальной перцепции; 3) о «парадоксальной



креативности» больных шизофренией. Эти гипотезы выдержали многолетнюю экспериментальную проверку.

Большой вклад в понимание проблемы особого когнитивного стиля и его природы внёс цикл экспериментальных исследований, проведенных под руководством Ю.Ф. Полякова, свидетельствующих о predisposиционном, а не порожденном болезнью его характере. Полученные экспериментальные факты свидетельствовали об общности когнитивного стиля у больных шизофренией и их ближайших родственников.

Система фактов, полученная в данном цикле исследований, позволила выдвинуть предположение о конституциональной обусловленности изучаемой аномалии психической деятельности. Это: 1) факты, свидетельствующие о доманифестном формировании обнаруженной аномалии, то есть о её predisposиционном, преморбидном характере; 2) о наличии связи выраженности этой аномалии с определенными конституционально-типологическими характеристиками личности; 3) об участии генетического фактора в её детерминации.

Большой вклад в изучаемую проблему своеобразия психической патологии при шизофрении внесли работы по изучению мотивационной природы общения и психической активности, которые сомкнулись при исследовании проблем регуляции психической деятельности и поведения.

Теоретическое осмысление богатого эмпирического материала закономерно привело к формулировке понятия патопсихологического синдрома шизофренического дефекта как инструмента системного анализа психической патологии. Системный подход направлен на преодоление фрагментарно-функционального подхода к анализу психики, прочно утвердившегося в психологии. Система предполагает не сумму отдельных частей, фрагментов, функций, а образует сложную структуру, каждая из составляющих которой включает признаки, свойства системы в целом. Патопсихологический синдром как инструмент системного анализа позволяет установить между нарушенными и сохранными процессами их взаимосвязи, определить степень их устойчивости и изменчивости, возможности компенсации нарушений. Осознание необходимости системного подхода можно считать главным достижением нового подхода к анализу психической патологии. Первоначально были намечены лишь контуры такого анализа, постепенно понятие патопсихологического синдрома наполнялось новым содержанием, и до сих пор этот процесс не прекращается.

Формулировка патопсихологического синдрома получила отражение в монографии «Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание» (Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф., М., 1991). Патопсихологический синдром был определен как система нарушенных и сохранных психических процессов и свойств личности, которые являются сплавом как predispositional факторов «патоса», так и факторов «нозоса», обусловленных болезненным процессом. В качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома, специфичного для шизофренической патологии, было определено снижение (ослабление) социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения.

После перехода Ю.Ф. Полякова на заведывание кафедрой нейро- и патопсихологии психологического факультета МГУ с 1990 г. исследования в указанном направлении не прекратились. Результаты предыдущих исследований послужили отправной точкой для новых циклов работ: произошло расширение границ применения патопсихологического синдрома — выход за пределы шизофрении и изучение с этих позиций всей группы эндогенных расстройств: аффективных и шизоаффективных.

В соответствии с современными тенденциями развития психологической науки произошли некоторые изменения в рассмотрении структурных компонентов патопсихологического синдрома, существенную роль в анализе которых приобрела категория «познавательный стиль» как важная одновременно когнитивная и личностная характеристика, существенно определяющая избирательность познавательной деятельности, особенности общения и стиль поведения. Особый акцент был сделан на изучении личностных характеристик пациентов, в первую очередь — преморбидных, и их роль как в особенностях течения болезни, так и в проблемах совладания с ней. Был расширен круг методических приёмов, направленных на анализ самооценок и самоотношения пациентов, круга их интересов, реалистичности планов, их самостоятельности и ответственности.

В целях выявления взаимосвязи компонентов в структуре патопсихологического синдрома проведено лонгитюдное исследование, которое обнаружило разные тенденции в динамике изучаемых компонентов психической деятельности. К наиболее устойчивым относятся показатели когнитивного стиля, имеющие конституциональную природу. Текущий болезненный процесс вносит ряд изменений в структуру патопсихологического синдрома: снижение мотивации и регуляции психической деятельности, уровня общения,

психической активности, нарушения адекватности самооценок, эмоциональное снижение и т. д. Все эти изменения обнаруживают связь со снижением социальной направленности, определенного в качестве ведущего компонента патопсихологического синдрома, специфичного для шизофренической патологии. (В.П. Критская, Т.К. Мелешко, 2015).

Созданное под руководством Юрия Фёдоровича Полякова новое направление в патопсихологии живет, развивается и приносит свои плоды. Реализация системного подхода с позиций патопсихологического синдрома в клинической практике способствует дифференциальной диагностике эндогенных расстройств, разработке их типологии, углубляет знания об этиологии и патогенезе расстройств шизофренического спектра и намечает пути совладания с ними.

С переходом Юрия Федоровича на заведывание кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. Ломоносова высветилась новая грань его таланта — как организатора науки. Под его руководством произошло юридическое оформление новой специальности - «Клинический психолог», наместились основные тенденции развития этой дисциплины, пути ее внедрения в практику. Были созданы новые циклы программ учебных курсов: психологические проблемы психотерапии, коррекции и реабилитации психически больных, проблемы психосоматики, аномалий детского развития, нейропсихологические исследования. Читая курс лекций по медицинской психологии, Юрий Фёдорович зарекомендовал себя как замечательный лектор, глубоко проникающий в суть предмета.

Отдавая большую часть времени работе, Юрий Федорович оставался прекрасным семьянином, по отзывам его жены Нины Георгиевны, он был чрезвычайно ответственным, заботливым и добрым. Вероятно, под влиянием отца, его сын Алексей выбрал профессию врача. Присущая Юрию Фёдоровичу доброжелательность и душевная щедрость привлекали к нему друзей, верность которым он хранил в течение всей жизни.

Юрия Фёдоровича вполне можно назвать человеком, гармонично сочетающим черты ученого-исследователя, организатора науки и очень важные в профессии и жизни качества — преданность избранному пути, жизнелюбие, естественную и неподдельную доброжелательность. Таким он и остался в нашей памяти.



## Литература

1. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М. «Медицина», 1974.
2. Поляков Ю.Ф., Гиндилис В.М., Критская В.П., Мелешко Т.К. Использование многомерных методов в генетическом анализе некоторых характеристик познавательных процессов при шизофрении. – Проблема генетической психофизиологии человека, «Наука», 1978, с. 222-243.
3. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении, под ред. Ю.Ф. Полякова. - Труды Института психиатрии АМН СССР, т. 1, М. 1982.
4. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М. Издательство Московского университета, 1991.
5. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. – Издательство «Институт психологии РАН», Москва, 2015.

Г.В. Залевский

## МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

### *Primum non nocere*

Приходится констатировать, что современная жизнь заострила потребность в организации масштабной и активной психологической помощи всем слоям населения. Растет число лиц, страдающих разными недугами - психическими, невротическими, психосоматическими, так и лиц, нуждающихся в психологической помощи в силу своей социальной, профессиональной, бытовой неустроенности и бесперспективности. Их число пополняется и за счет армии перемещенных лиц, беженцев, участников военных действий и т.д. А это означает, что растет потребность в клинических психологах.

Клиническая психология - довольно молодая психологическая специальность широкого профиля, имеющая межотраслевой характер и участвующая в решении комплексных задач в системе здравоохранения, народного образования и социальной помощи населению, т.е. на оказание психологической помощи, прежде всего, тем лицам, о которых речь шла выше. Не случайно клинические психологи составляют основной отряд психологов в развитых странах мира. Для России клиническая психология — «новая специальность», на что указывал в конце 20-го века Поляков Ю.Ф.: «В центре внимания клинической психологии человек с трудностями адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием» (Поляков, 1999, с.51).

В системе здравоохранения клинические психологи участвуют в решении широкого круга задач, работая во всех типах лечебно-профилактических учреждений, начиная с психиатрических и наркологических, затем онкологических, кардиологических, хирургических, вплоть до стоматологических, где требуется помощь психолога в связи с «устрашающим» эффектом врачебного кабинета.

Клинические психологи активно включаются в решение широкого круга задач охраны психического здоровья подрастающего поколения, работая в детских дошкольных заведениях, в общеобразовательных школах, в системе начального, среднего и высшего профессионального образования, в детских и молодежных санаториях-профилакториях, в интернатах для детей с задержкой и недоразвитием психики, в центрах лечебной и коррекционной педагогики, в службах семьи и детства. (Зверева, Горячева, 2015).

Все более активно клинические психологи привлекаются для работы в службах социальной защиты населения. Сегодня их можно встретить в центрах занятости, службах по подбору кадров, учреждениях социальной помощи населению, службах планирования семьи и генетических консультациях, центрах психологической помощи жертвам насилия, социальных, стихийных и природных катаклизмов, в службах кризисных состояний и многих других.

Потребность населения в помощи со стороны клинических психологов ярко выражается в массовых обращениях к экстрасенсам, колдунам, магам и пр.

В то же время клиническая психология сегодня представляет собой иллюстрацию известной мысли о том, что предыдущие поколения (в данном случае психологов) оставляют немало нерешенных проблем для поколений последующих. И все эти проблемы, несомненно, актуальны и требуют осмысления и решения. Поэтому и сегодня, на мой взгляд, остается справедливым мнение Э. Кречмера, высказанным еще в 20-е годы прошлого столетия: «Обычно в учебниках стараются излагать по возможности только твердо установленный, стоящий вне всяких споров, материал какой-либо науки. Для медицинской психологии это было бы невозможным требованием, так как она является еще совершенно молодой наукой, возникшей только в последние двадцать лет и переживающей повсюду живой процесс созидания, наукой, которая еще в слабой степени обладает общепризнанными учениями» (Кречмер, 1998, с.3). Это мнение Э. Кречмера<sup>1</sup> остается актуальным и для

---

<sup>1</sup> Находясь в длительной заграничной командировке в Западной Германии (1974-1977 гг., десять лет спустя после смерти Э.Кречмера), автор имел счастливую возможность познакомиться с сыном Эрнста Кречмера Вольфгангом Кречмером, профессором

сегодняшнего состояния и перспектив развития клинической (медицинской) психологии.

**Объектное поле и предмет (метапредмет) клинической психологии.** Исходя из существующих определений клинической психологии, можно сделать вывод о сложности определения самого ее предмета. Но эта сложность обусловлена, на мой взгляд, прежде всего, тем, что не разводятся нередко понятия предмета и объекта (объектного поля) клинической психологии.

Так, Перре и Бауманн считают, что предметы клинической психологии и психиатрии в современном их понимании очень близки: «Предметом научных исследований, как клинической психологии, так и психиатрии являются психические расстройства. Таким образом, можно сказать, что в этом отношении клиническая психология и психиатрия мало различаются, даже если учесть по разному расставленные акценты в их подходе к предмету исследования» (Перрре, Бауманн, 2002, с.36). С таким пониманием фактически солидаризуется А.Б.Холмогорова, когда пишет, что «в конце концов, это (развитие клинической психологии – Г.З.) привело ко все большему смыканию клинической психологии с такими пограничными областями, как психиатрия и психотерапия» (Холмогорова, 2003, с.81). В чем суть «смыкания» не очень понятна. На мой взгляд, эта суть в понимании общего объекта при более точном определении их предмета, и при понимании психотерапии как одной из задач клинической психологии.

На то обстоятельство, что следует различать предметы клинической психологии (патопсихологии) и психиатрии в свое время обратила внимание Б.В. Зейгарник: «Психиатрия, как и всякая отрасль медицины, направлена на выяснение причин психической болезни, на исследование синдромов и симптомов, типичных для того или иного заболевания, закономерностей их появления и чередования, на анализ критериев прогноза болезни, на лечение и профилактику болезни. Патопсихология, как психологическая дисциплина, исходит из закономерностей распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме, она изучает закономерности искажений отражательной деятельности мозга. Следовательно, при всей близости

---

невропатологии и психиатрии, побывать в доме Эрнста Кречмера в городе Тюбингене, в который после Марбурга он переехал, оставив должность Президента Психиатрического союза Германии после прихода к власти Гитлера. Как известно, его на этом почетном месте сменил Карл Юнг, которого после войны обвинили в сотрудничестве с фашистами. Вольфганг Кречмер подарил мне последние на то время издания двух основных трудов своего отца: «Медицинская психология» («Medizinische Psychologie», 1975) и «Строение тела и характер» (“Körperbau und Charakter”, 1977)

**объектов исследования психиатрия и патопсихология отличны по своему предмету.** (выделено мной — Г.З.). Всякое забвение этого положения (т. е. положения о том, что патопсихология является психологической наукой) приводит к размыванию границ этой области знаний и к подмене ее предмета предметом так называемой «малой психиатрии» (Зейгарник, 1986, с.4-5). Того же мнения придерживались и Ю.Ф.Поляков (Поляков,1977), и М.С.Роговин (Роговин, 1962, 1988).

В таблице № 1. приводится «предметная триада клинической психологии», как она видится автору известного немецкого руководства по клинической психологии Бастине (Bastine, 1998, s.18).

Таблица 1. Предметная триада клинической психологии (R. Bastine, 1998, s.18)

| Предметные области                                  | Примеры   |
|---|---|
| 1. Психические расстройства                         | Страхи<br>Навязчивости<br>Шизофрения<br>Аффективные расстройства  |
| 2. Психологические аспекты соматических заболеваний | Расстройства личности и поведения<br>Нарушения зрения, слуха и речи<br>Инфекции и СПИД<br>Онкозаболевания<br>Коронарные сердечные заболевания<br>Параличи |
| 3. Психические кризисы                              | Расстройства адаптации<br>Острые травматические расстройства<br>Посттравматические расстройства   |

Я считаю, что, во-первых, Бастине смешивает объект клинической психологии с предметом, во-вторых, скорее, говорит об объектном поле клинической психологии и, в-третьих, представляет далеко не все объекты этого поля. На мой взгляд, психические расстройства, психосоматические расстройства, психические кризисы – это, скорее, объекты в поле интересов клинической психологии, которые она разделяет с другими дисциплинами и, прежде всего, с психиатрией. Иначе говоря, предмет научных и практических интересов в каждой из заинтересованных в этих объектах научных дисциплин, разный, а, соответственно, отличается и методический аппарат. Если и происходит, заметное в последние годы сближение между, например, психиатрией и клинической психологией (Перре, Бауманн, 2000; Холмогорова, 2003), то исключительно в силу возрастающего понимания того, что их объединяет и что разъединяет, когда они работают с одним и тем же объектом, например, с психическим расстройством, в рамках одной и той же его модели – биопсихосоциальной (Engel, 1979, 1980; Незнанов и др., 2007) или биопсихосоциоэтической (Залевский, 2005), о которых речь будет идти ниже.

На мой взгляд, объектное поле клинической психологии значительно шире. В нем следует выделить и такие объекты, как: «нормативные кризисы (возрастные, плановая беременность)», «латентные ненормативные кризисы», возникающие в определенных жизненных ситуациях (потеря работы, внеплановая беременность, предэкзамениционные ситуации и ситуации, предполагаемого пребывания в условиях с риском для жизни – «горячие точки»), а также группы «риска» - практически здоровые люди, ведущие нездоровый образ (стиль) жизни (вредные привычки, нарушения режима жизни, перегрузки трудового или учебного характера, специфическая профессиональная деятельность и т.д.). Иначе говоря, во всех указанных случаях действуют «факторы, которые влияют на состояние здоровья и ведут к необходимости обращения в службы здоровья»: Z 00 – Z 91.5 (см. Раздел в МКБ-10 Часть XX1).

Во всех указанных объектах для клинической психологии предметом могут являться «психологические аспекты», о которых упоминает Бастине, говоря лишь об одной из составляющей «предметной триады» – психосоматических расстройствах (Урванцев, 1998; Абрамова, Юджиц, 1998). Но «психологические аспекты» имеют место и в случае «психических расстройств», и во всех других объектах, выделяемых Бастине и другими авторами. В то же время «психологические аспекты» - это, скорее, метапредмет клинической психологии, который должен быть конкретизирован в каждом объекте с учетом его специфики. И спектр этих конкретизаций может быть очень большим, например, от «внутренней картины болезни» до «внутренней картины здоровья». В связи со сказанным выше в объектном поле клинической психологии размещается и такой объект как «практически здоровые люди», перед которыми стоит задача развития и укрепления своего здоровья через усиления здорового образа /стиля жизни. Это объект, в котором очень сильно заинтересована та часть клинической психологии, которая может быть обозначена как психология здоровья или, как ее в свое время ориентировал П.Жане, «клиническая психология нормы» (цит. по: Клод-М.Прево, М., 2005, с.33).

Чтобы понять проблемы и пути решения отношений между клинической психологией и психиатрией, следует хотя бы кратко взглянуть на них с исторической позиции. В восьмидесятых годах позапрошлого столетия психиатры Эмиль Крепелин и Сергей Сергеевич Корсаков прошли обучение в только что открытой Вильгельмом Вундтом первой в мире экспериментально-психологической лаборатории и затем пытались всю свою дальнейшую профессиональную жизнь экспериментально-психологически объективировать психопатологические явления. Отстаивая ныне принятый психологический критерий невменя-

мости, В.Х. Кандинский в самом начале своей мотивировки поместил следующий абзац: «Отношение психиатрии к психологии. Психология есть наука о душе вообще; психиатрия есть наука о душевном расстройстве. Выводы психиатров к здоровой душе не приложимы. Общие выводы научной психологии для психиатрии обязательны, ибо душа, расстроившись, не перестает быть душою. Рациональная психиатрия неизбежно имеет в своей основе психологию» (1890). С.С. Корсаков обычно, начиная курс лекций по психиатрии в Московском университете, говорил: «Для того, чтобы узнать, что бывает у человека больного, мы должны изучать, что бывает у человека здорового, познакомиться с нормальным проявлением душевной жизни» (1901). И вообще С.С. Корсаков, как известно, курс психиатрии начинал читать с краткого курса психологии, тем самым подчеркивая значение психологии для образования будущих психиатров.

В связи с этим Э.Кречмер (.Kretchmer,1998, с. 6) писал, что «пробел, который ощущает в своем профессиональном образовании медик, стоящий несколько выше в духовном отношении, двоякого рода. Он нуждается в психологии, которая возникла бы из врачебной практики и была бы предназначена для практических задач врачебной профессии. Это – самое главное. За этими пределами возникает у врача стремление к психологии чаще всего из смутно ощущаемой потребности вырваться из четырех стен узкой профессиональной специализации и получить возможность бросить взгляд на более широкие духовные области познания, этических и эстетических проблем, развития народной жизни – и притом сделать это в такой форме, чтобы его медико-естественно-научный круг мыслей органически связался в одно целое с духовно-научным горизонтом».

Благодаря значительному вкладу выдающихся психиатров в развитие клинической психологии, некоторые авторы и сегодня считают ее «психиатрической клинической психологией», ориентированной, главным образом, на лучшую диагностику, терапию и изучение психических расстройств. Несомненным фактом является то, что применение психологических методов в психиатрической клинике сделало возможным более объективное изучение нарушенных сфер личности, чем только субъективное описание. Поддающиеся сравнению психометрические данные, полученные разными исследователями, создают сегодня основу диагностического отнесения отдельного случая, как и объективации его динамики, для контроля эффекта психофармакологической и психотерапевтической терапии, для исследования психопатологических явлений в сравнении с нормальным их развитием.

«И сегодня можно говорить о принципиальных различиях ментальности психологов и медиков, об определенном «биологоцентрическом»

взгляде последних на больного. У них разные профессиональные установки, ценностные ориентации, особенности восприятия профессионально значимых объектов, неодинаковое видение мира» (Урванцев, 1998, с.5), «разные профессиональные позиции» (Лидерс, 1996). С.Гроф пишет, что указанные различия заметны даже в отношении психологов и психиатров: «В результате механического применения медицинского мышления все нарушения, с которыми имеет дело психиатр, в принципе рассматриваются как болезни, этиология которых, в конце концов, будет найдена в форме анатомических, физиологических или биохимических отклонений от нормы» (1992, с.230). Врач (психиатр) и психолог не должны дублировать друг друга. «У каждого из них свои задачи, хотя направленные к единой цели – максимально возможному улучшению здоровья и благополучия больного» (Кабанов, Личко и др., 1983, с.9-14).

В этом плане, наверное, правильно было бы толковать клиническую (медицинскую) психологию не только как метод, она является «культурой», как об этом писал в своем манифесте выходящий в 1897-1901 гг. «Журнал клинической и лечебной психологии» (цит. по Клод-М. Прево, 2005, с.33).

***Парадигмы и модели клинической психологии.*** В методологии клинической психологии различают два уровня методологической абстракции, которые обозначаются как уровень «Рамочных моделей» и уровень «Клинико-психологических моделей» (Bastine, 1998, с. 63).

Вообще понятие модели или парадигмы (исследовательской программы) в научном употреблении обозначают предпосылки, на которых строится теория и/или метод исследования. Представления о модели влияют существенно на процесс познания в той или иной науке, т.е. имеют теоретико-познавательную функцию. Для теории и практики клинической психологии значение широких (метатеоретических) модельных представлений обнаруживается на примере понятий (психического) расстройства.

«Рамочные модели» - это такие исследовательские программы, которые демонстрируют фундаментальные и далеко распространяющиеся различия и которые соответствуют, скорее всего, «научным парадигмам» в смысле Куна (1978). Научная парадигма (из греческого - это модель или паттерн) – собирательное обозначение набора установок, ценностей, процедур, методов и т.д., составляющих общепринятое направление в определенной дисциплине в определенный момент времени – иначе говоря, это определенная традиция научного исследования.

В истории развития представлений о рамочных моделях психических расстройств различают «органическую», «психосоциальную» и

«биопсихосоциальную» модель или парадигму. Возникали они и сменяли друг друга как продукт процесса научного познания, так и культурного «духа времени». Они также отражают разные акценты и связи клинической психологии с пограничными дисциплинами – биологическими (медициной) (органическая рамочная модель) и социальными (психосоциальная рамочная модель). Интеграцию и междисциплинарные связи этих дисциплин представляет биопсихосоциальная рамочная модель.

«Клинико-психологические модели» - это модели более ограниченного охвата или уровня, к которым можно отнести, например, психоаналитическую, гуманистическую, поведенческую, когнитивную, интерперсональную и др. модели. Нередко эти модели называют еще «психотерапевтическими школами» Правда, этот термин чаще всего используется для указания на различные виды психотерапий, имеющие различные терапевтические подходы, базирующиеся на различных концепциях болезни и здоровья. Поскольку органоцентрическая (био-медицинская) и психосоциальная модели - это, скорее всего, уже история, то мы остановимся несколько подробнее на доминирующей сегодня биопсихосоциальной модели, на ее преимуществах в качестве методологии клинической психологии и ее ограничениях.

**Биопсихосоциальная рамочная модель.** В качестве метаконцепции, которая может интегрировать конкурирующие (органическую и психосоциальную) рамочные модели, предложила себя «биопсихосоциальная» модель, «биопсихосоциальная триада В.М.Бехтерева» (Незванов Н.Г. и др., 2007). Этим странным словообразованием делается попытка выразить то, что органические, психические и социальные условия и процессы находятся во взаимно изменяющихся отношениях друг к другу и тем самым могут образовать рамки для различных перспектив и факторов. Это представление было предложено психосоматиком Энгелем<sup>1</sup> (Engel, 1979, 1980) на основе общей теории систем Берталанфи (Bertalanffy, 1968). Модель исходит из того, что системы представляют собой динамические целостности, которые находятся в постоянном изменении и компоненты которых оказывают влияние друг на друга посредством обмена энергиями, информацией или материей. Системы – это части реальности, которые выбираются не только в познавательных целях (интересах), но и отличаются от их окружения своей самоорганизацией.

Биопсихосоциальная модель представляет иерархически организованную структуру, в которой элементарное отличается от более сложных системных частей. Иерархический спектр распространяется, по

---

<sup>1</sup> Или Энджелом, как в некоторых русскоязычных изданиях



мнению Берталанфи, на физические системы (атом и его части), органические системы (клетки, совокупность клеток, органы системы, нервная система), личностные системы (переживания и поведение людей), психосоциальные системы (диады, семья, общины), культурные и социальные системы, вплоть до биосферы как образования более сложного системного уровня. Каждая подсистема функционирует согласно собственным закономерностям и требует для анализа и объяснения своих специфических феноменов собственных критериев. Находящиеся, согласно иерархии, по соседству подсистемы также находятся в постоянном прямом взаимном влиянии друг на друга, в котором отражаются органические, психические и социальные условия. Постоянная интеракция между подсистемами осуществляется в результате комплексных причинных отношений.

**Пример:** *Развитие алкогольной зависимости*

1. На предпроблематичной стадии употребляющий алкоголь стимулируется преимущественно социокультурными условиями (питательные традиции, социальный статус взрослого и т.п.), при этом используется психофизиологическое влияние алкоголя, например, его расслабляющее и снимающее торможение действие. Из этого нормального социально приемлемого питья может развиваться злоупотребление алкоголем, которое становится уже «проблемным питьем», но оставаться все еще социально легитимной формой преодоления напряжения и конфликтов. Проблемное принятие алкоголя превращается в генерализованный способ реагирования, которым пьющий пытается устранять не только прежние трудности, но и любые и даже легкие проблемы.

2. На более поздней стадии процессы начинают влиять друг на друга циркулярно и поэтому все труднее поддаются контролю: человек пьет, чтобы стабилизировать таким образом свое состояние (чтобы избежать конфликтов и трудностей в семье; чтобы избежать абстинентных состояний); одновременно количество алкоголя растет, чтобы добиваться вопреки привыкания того же эффекта; в конце концов, с увеличением дозы ухудшается физическое и психосоциальное состояние, благодаря чему круговорот значительно усиливается.

Биологические, психические и социальные факторы в этом процессе осуществляют взаимопроникновение, проникают друг в друга: Биологически важными для этого процесса являются, прежде всего, позитивные психофизиологические эффекты легкого употребления алкоголя, а затем на продвинутой стадии - явления абстиненции и массивных телесных нарушений (особенно желудочных, сердечных, а также центральной и периферической нервной системы). Психическая стимуляция - вначале в виде легкого преодоления трудностей и затем избегание трудных семейных и профессиональных конфликтов и проблем, а со-

циальное стимулирование – вначале это питейные традиции, но затем эксцессивный прием алкоголя социально отвергается и пьющий социально изолируется и отвергается. Каждое из этих условий в разное время и в разной степени принимает участие в процессе развития алкоголизма. Поскольку все эти условия находятся в постоянном взаимодействии друг с другом, представляется бессмысленным отдавать предпочтение какому-либо из них (Bastine, 1998, s.77)

Биопсихосоциальная модель, как рамочная модель, без сомнения, полезна для преодоления модельного ригоризма – здесь органическая концепция там психосоциальная концепция психических расстройств, и вместо этого строить исследовательские программы, учитывающие при исследовании постоянно изменяющееся взаимодействие органических, психологических и социальных условий (факторов). В данном случае все три условия рассматриваются как величины одного ранга, получающие свой акцент при определенных психических проблемах. Способ и объем участия различных факторов определяется конкретно на основе эмпирических данных для специфической проблемы. Биологические, психические и социальные условия понимаются как комплексные классы условий, которые непрерывно взаимно обуславливают психическое расстройство (проблему) в процессуальном взаимодействии друг с другом. Существенные признаки этой рамочной модели, в конечном итоге, состоят в том, что она:

- исходит из участия биолого-органических, психических и социокультурных факторов и процессов,

- и постулирует комплексные интерактивные (а не только простые линейные) причинные отношения.

**Биопсихосоционозитическая модель.** Существенным ограничением в методологическом плане биопсихосоциальной модели психического расстройства является, на мой взгляд, отсутствие в ней главной составляющей — ценностно-смысловой (нозтической, духовной). Здесь, видимо, уместно вспомнить о призыве Гиппократов «лечить не болезнь, но больного», а также мысль Ювенала о том, что «желательно, чтобы в здоровом теле был здоровый дух»; здесь излишне, мне думается, приводить многочисленные примеры «здорового духа» при нездоровом теле, психическом – функциональном нездоровье, например, слепоглухонемые люди, душевного нездоровья при здоровом теле и здоровья функционального, например, люди с патологией характера или личности, духовного нездоровья при сохранности всех других уровней здоровья, например, психогенной депрессии и т.п. Прекрасно в этой связи сказал в свое время известный дагестанский поэт Расул Гамзатов: «Болезни тела мы излечим, если болезни духа исцелим». Пожалуй, немного существует профессий, в которых ценностный подход к профессио-

нальной деятельности оказывал бы такое влияние на индивидуальную судьбу профессионала и судьбу другого человека. Особенно важна способность к гуманистической, нравственной реакции в профессиональной деятельности врача. Суть ценностного подхода — это ориентация на Другого как на «высшую ценность, равную ценности собственного Я» (Гегель цит.: по Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М., 1989, с.236).

Поэтический (духовный), прежде всего, в общечеловеческом — светском его понимании) аспект этой сложной модели предполагает учет роли в сохранении здоровья или в его нарушении (болезни, расстройстве) высших сущностных проявлений человека — его системы ценностей и смыслов (Frankl, 1979, Франкл, 2008). В практическом плане — при оказании психологической (психотерапевтической) помощи людям верующим оказывается эффективной и опора на «религиозную духовность», о чем свидетельствует православная и другие конфессиональные психотерапии (Карвасарский Б.Д., 1998).

В то же время следует отметить, что этот аспект модели здоровья и болезни в рамках представлений о биопсихосоциопсихотерапевтической их природе является еще довольно слабо разработанным, особенно в клинико-психологическом контексте (Залевский Г.В., 2005, 2006, 2012, 2013).

Как свидетельствует уже в наше время практика оказания психологической помощи, психотерапевтической в том числе, из ее арсенала, даже в тех случаях, когда эта помощь оказывается в рамках биопсихосоциальной модели, выпадает собственно духовный аспект. Правда, в рамках экзистенциального (Франкл) и трансперсонального (Мэй, Минделл, Грофф) подходов духовный аспект находится как бы в центре внимания, но парадокс состоит в том, что он оказывается фактически и единственным, т.е. не встроенным в целостную модель, в которой бы учитывались «все миры» человека — биологический, психологический, социальный и духовный (Залевский Г.В., 2013; Залевский Г.В, Кузьмина Ю.В., 2008; Straub, 2001).

Отмечаемая и сегодня, эта тенденция, на мой взгляд, объясняется рядом обстоятельств, как исторического, так и терминологического характера. К историческим причинам можно отнести то обстоятельство, что при развитии представлений о предмете психологии из него выпал духовный аспект, а понятия духовность, духовный приобрели исключительно сакральный характер, чаще всего употребляемых в церковной лексике в сочетании «религиозная духовность».

Об актуальности проблемы духовности в психологической теории и практике свидетельствует, например, дискуссия, организованная журналом «Психология. Журнал высшей школы экономики» в 2007 году:

«Психология – с религией или без нее?» и «Психология и религия – дискуссия продолжается».

Одни участники дискуссии высказались со всей определенностью, что духовность и родственные ей категории несомненно являются предметом научной психологии. (М.Ю.Кондратьев, 2007; В.А.Пономаренко, 2007; Леонтьев Д.А., 2007). Некоторые другие участники дискуссии (А.Лоргус, 2007; А.А.Гостев, 2007; В.И.Слободчиков, 2007) придерживаются достаточно решительно иной точки зрения, считая, что духовность может быть предметом психологии, если она пойдет с религией не параллельным, так сказать, а одним путем.

Глубоко и индивидуально верующий Виктор Франкл сформулировал четкий операциональный критерий, почему религиозные категории не должны входить в структуру психологического объяснения и помощи, религия «может быть лишь предметом, но не почвой» мы должны иметь возможность помочь любому человеку, вне зависимости от его конфессиональной принадлежности, веры или ее отсутствия, в противном случае мы не сможем называться профессиональными психологами. ...помощь священника может быть тоже эффективной, но это будет другая форма работы, другая помощь» (Цит. по: Леонтьев Д.А.,2007, с.60). В конце концов, говорил В.Франкл в своей московской лекции: «Богу, если он есть, важнее, хороший ли Вы человек, чем то, верите Вы в него или нет. Духовность не исчерпывается религиозностью» (Цит. По: Леонтьев Д.А., 2008, с.8-9).

Еще в свое время Л.С.Выготский на продвинутых этапах исследования речевого поведения «ставит перед собой проблему выявления специфики одухотворенного поведения как высшей формы поведения (высшей психической функции) человека». Основной замысел теории речевого мышления Л.С.Выготского – показать специфику поведения человека, его отличие от других объектов естествознания. Речевое мышление выполняет здесь функцию модели одухотворенного поведения» (цит. по: Морозову С.М., 2002, с.19).

По мнению М.Бахтина, «духовное пространство человека – это вертикаль, включающая возвышенное и земное, земное и небесное, добро и зло». Согласно Гете, «духовность противоположна не плоти, а хаосу возбужденных инстинктов, делающих человека рабом во тьме стихий» (Цит. по: Пономаренко В.А., 2007, с. 69-70).

Я солидарен с В.М. Розиным, который говорит о необходимости «духовной навигации» для каждого человека, в том числе и для тех, «кто не религиозен, кто «обходится без этой гипотезы», им определиться с ней труднее, так как она более индивидуальна, не опирается на столь проработанные культурные формы» (2007, с.61,68). «Поэтому

новый человек – это человек не просто конституирующий себя, т.е. не только личность, а человек, вставший на путь «духовной навигации». Духовная навигация – это наблюдение за собой, продумывание своей жизни, ее смысла и назначения, это стремление реализовать намеченный сценарий жизни (скрипт), отслеживание того, что из этого получается реально, осмысление опыта своей жизни, собирание себя вновь и вновь, наконец, работа на культуру, человека и здоровье, противостояние нежизненности и разрушению» (Розин В.М., 2007).

Важно отметить, что в этом направлении развивается и психотерапия, переживающая уже 3-ю волну своего развития (Heidenreich, Noyon, 2011; Подгорный, 2018), как одна из главных задач современной клинической психологии, которая превращается из только диагностической в диагностико-интервенционную область психологической науки и практики, ориентируясь на «все здание», т.е. на всю «вертикаль» - биопсихосоциозэтическую природу человека, его развития и здоровья. И это реальность, ведь «научному анализу уже доступен весьма широкий спектр синхронизаций: ген - клетка – орган – организм – индивид – личность – социум – культура» (Ясперс К., 1991).

### Литература

1. Абрамова Г.С., Юдчиц Ю.А., Психология в медицине. М., 1998
2. Выготский Л. С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. //Собр. соч., М., 1983, Т.5, с.257-321
3. Гостев А.А. О проблемах становления религиозно ориентированного психологического знания. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, Т. 4, № 4, с.35-45
4. Гроф С. За пределами мозга. Рождение, смерть и трансценденция в психотерапии. М., Соцветие, 1992
5. Залевский Г.В. К истории, состоянию и проблемам современной клинической психологии.//Сибирский психологический журнал. 1999, вып.10, с.53-56
6. Залевский Г.В. Психология здоровья – проблемы образования и культуры. Материалы Всероссийской конференции (Томск, 5-7 октября 2005 г.). //Сибирский психологический журнал. № 22, 2005, с.153-157
7. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. Электронный ресурс. ИДО ТГУ, 2006
8. Залевский Г.В. Объяснение и понимание как методы психологии.//А.Л.Журавлев, А.В.Юревич Теория и методология психологии. М., ИПРАН, 2007, с.195-222
9. Залевский Г.В. Фанатизм как основание и характеристика деструкции системы ценностей и духовного нездоровья личности и соци-

- альных сообществ. //Ценностные основания психологической науки и психология ценностей. Под ред. В.В.Знакова, Г.В.Залевского, М.: Изд-во ИП РАН, 2008, с.314-340
10. Залевский Г.В. От «демонической» до «биопсихосоционоэтической» модели психического расстройства. //Сибирский психологический журнал. 2009, № 32, с.57-65
  11. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. М.: Академия. 2012
  12. Залевский Г.В. Введение в клиническую психологию. //Избранные труды в 6 томах Г.В.Залевского. Том 3. С. 3-203
  13. Залевский Г.В., Кузьмина Ю.В. Некоторые проблемы психологии здоровья.//Сибирский психологический журнал. 2010, № 35, с. 6-10
  14. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. 2-е издание.М.: Академия, 2015
  15. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.,1986
  16. Кабанов М.М., Личко А.Е., С.В.Смирнов Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. Л.,1983
  17. Кандинский В.Х. К вопросу о невменяемости. Предисловие и издание Е.К.Кандинской.М.: 1890
  18. Кондратьев В.М. Психология и религия: параллельные проблемно-предметные плоскости. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 2, с.65-73
  19. Корсаков С.С. Курс психиатрии. (в 2 томах). М.: «Типо-литография В.Рикерт», 1901
  20. Кун Т. Структура научных революций. М., Прогресс, 1975
  21. Карвасарский Б.Д. (ред.) Психотерапевтическая энциклопедия. СПб.,1998
  22. Кречмер Э. Медицинская психология. СПб., Союз, 1998
  23. Леонтьев Д.А. Кесарю – кесарево. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 4, с.58-63
  24. Леонтьев Д.А. Упрямство духа. Предисловие. В. Франкл: Сказать жизни «Да». М., Смысл, 2008, с.5-10
  25. Лидерс А.Г., Особенности позиции практического психолога по отношению к клиенту.//Журнал практического психолога., 1996, № 36, с. 15-29
  26. Лоргус А.В. Психология – с религией или без нее? //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 2, с.58-64
  27. Морозов С.М. Предмет исследования и единицы анализа в психологической системе Л.С.Выготского. Автореф-т дисс. канд.псих.н., М.,, 2002

28. Незнанов Н.Г., Акименко М.А., Коцюбинский А.П. Школа В.М.Бехтерева: От психоневрологии к биопсихосоциальной парадигме. СПб., 2007
29. Перре М., Бауманн У. (ред.) Клиническая психология. 2-е изд., СПб.-М., 2002
30. Подгорный А. Mindfulness, Acceptance and Commitment Therapy — направления третьей волны когнитивно-поведенческой терапии. //эл. ресурс file  
[///C:/Users/11/AppData/Local/Temp/Low/KK5E9XYZ.htm](file:///C:/Users/11/AppData/Local/Temp/Low/KK5E9XYZ.htm)
31. Поляков Ю.Ф. Новая специальность – клиническая психология. //Сибирский психологический журнал. 1999, вып. 10, с.51-53
32. Поляков Ю.Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии (к итогам дискуссии). //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1977. Т.77, Вып. 12, с.1822-1832
33. Пономаренко В.А. С верой в науки о человеке. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т. 4, № 2, с.64-74
34. Психология. Журнал высшей школы экономики. Специальная тема выпуска. Психология – с религией или без нее?. 2007, Том 4, № 2, с.56-97
35. Психология. Журнал высшей школы экономики. Специальная тема выпуска. Психология и религия – дискуссия продолжается. 2007, Том 4, № 4, с.3-123
36. Прево Клод-М. Клиническая психология. М., 2005
37. Роговин М.С. Международный семинар по вопросу взаимоотношения психологии и психиатрии. //Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1962, т. 62, вып.8, с.1266-1270
38. Роговин М.С., Залевский Г.В. Теоретические основания психологического и психопатологического исследования. Томск, ТГУ, 1988
39. Розин В.М. Психология и христианство: автономия, объединение или коммуникация? //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 2, с.74-89
40. Розин В.М. Еще раз о возможности православной, святоотеческой психологии. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 4, с.113-120
41. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. М., 1989
42. Слободчиков В.И. Христианская психология в системе психологического знания. //Психология. Журнал высшей школы экономики. 2007, т.4, № 2, с.90-97
43. Урванцев Л.П. Психология в соматической клинике. ЯГУ, 1998
44. Франкл В. Человек в поисках смысла. М., Прогресс.. 1990
45. Франкл В. Сказать жизни «Да». М., Смысл, 2008

46. Холмогорова А.Б. Клиническая психология и психиатрия: соотношение предметов и общие методологические модели.//Психология. Современные направления междисциплинарных исследований./Под ред. А.Журавлева, Н.Тарабриной. М., 2003, с.80-92
47. Ясперс К. Смысл и назначение истории. М., 1991
48. Bertalanffy, L. General System Theory. N-Y., 1968/1968
49. Bastine R. Klinische Psychologie. Bd. 1, 3 Aufl. Stuttgart, Berlin, Koen, 1998
50. Engel J.L. Die Notwendigkeit eines neuen medizinischen Models: Eine Herausforderung der Biomedezin //Keup H. Normalitaet und Abweichung. Muenchen., S. 63-85 1979
51. Engel H. L. The clinical Application of the Biopsychosocial Model // American Journal of Psychiatry, Vol. 137, P. 535-544/1980;
52. Frankl V.E. Ein Psychologe erlebt das Konzentrationslager. Muenchen, 1979
53. Heidenreich T./ Noyon A. Existenzielle Therapieansetze: Entwicklungen und Potenzial fuer die Kognitive Verhaltenstherapie.//Verhaltenstherapie&Psychosociale Praxis, 2011, Bd. 43. Jg. (3), P. .571-581
54. Straub R.O. Health Psychology. Wotth Publication, N.Y., 2001

**М.В. Алфимова**

## **СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗАРУБЕЖНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Клиническая психология является пограничной областью знания – отраслью психологии, сформировавшейся на стыке с психиатрией, и ее развитие тесно связано с этими дисциплинами [1]. Поэтому тенденции современной клинической психологии невозможно понять вне связи с происходящим в этих областях науки.

Мировая психология за последние два десятилетия претерпела существенные изменения. Наметившиеся в конце 20 века тенденции к пересечению дисциплинарных и географических границ в изучении психологических феноменов созрели и оформились в новые области исследований и новые методологические контексты. Для решения важнейших проблем создаются международные консорциумы. Как отмечает Ассоциация психологической науки США (the Association for Psychological Science, APS) [4], психология вступает в новую эру интегральной науки, объединяясь с широким кругом дисциплин – от социальных, нацеленных на анализ глобальных культурных явлений, до молекулярной генетики и эпигенетики, позволяющих изучать индивидуальную структуру ДНК и генетические и средовые процессы,



от которых зависит экспрессия генов конкретного человека. Многие из новых междисциплинарных отраслей, в становлении которых психология играет значительную роль, связаны с внедрением методов прижизненной визуализации структуры и работы мозга, клеточных и генетических технологий и являются областями нейронауки – когнитивной, аффективной, социальной, экономической, образовательной. Другие, как наука о терроризме, возникают в ответ на новые вызовы. Третьи, как киберпсихология, связаны с техническим прогрессом и развитием интернета.

Тенденция к интегративному знанию, влияние социальных проблем и компьютерных технологий прослеживаются не только в общей психологии, но и в психиатрии. Однако современная психиатрия претерпевает более существенные изменения. Рассматривая сложившуюся ситуацию в контексте представлений Томаса Куна, многие исследователи отмечают, что накопленные биологические данные привели к кризису доверия к существующим классификациям психических расстройств и запустили процесс смены парадигм (например, [29]). В 2013 г. была опубликована новая версия Диагностического и статистического руководства по психическим расстройствам, его пятый пересмотр (DSM-5). Она пришла на смену действовавшей с 1994 г. DSM-4. В четвертой версии в основу классификации был положен феноменологический категориальный подход. Были предложены четкие диагностические психопатологические критерии для различных психических расстройств. Последние, таким образом, рассматривались как дискретные сущности. Это помогало находить общий язык не только внутри медицинского и научного сообщества, но также с ведомствами, ответственными за финансирование и администрирование исследований и медицинской помощи. Вместе с тем, данные нейронауки свидетельствовали о том, что выделенные нозологические категории не отражают этиопатогенетической основы психических отклонений. Их невозможно было соотнести с определенными нейронными сетями, и процесс создания новых лекарств замедлился. Задачей DSM-5, так же, как и разработанной Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) МКБ-11, стала разработка диагностической системы, внутри которой расстройства группируются на основе данных об общей этиологии и патофизиологии, полученных в биологических и клинических исследованиях. В DSM-5 также были добавлены элементы «дименсионального» (от «dimension», измерение) подхода - признание, что степень выраженности симптома или синдрома может быть различной [14, 22].

Реализованный в DSM-5 ответ на кризис доверия к систематике психических расстройств, учитывающий в определенной мере данные нейронауки и «количественную», размерную природу психических симптомов, можно назвать консервативным. Революционный ответ представлен в проекте Исследовательские диагностические критерии (Research Diagnostic Criteria, RDoC) Национального института психического здоровья США, запущенном в 2008 г. [8, 14, 26]. В противоположность исследованиям, основанным на DSM или МКБ и отталкивающимся в поиске мозговых нарушений от клинических диагнозов как дискретных сущностей, в рамках RDoC предложено начинать с поведенческой функции (<психологического> конструкта), для которой имеются данные фундаментальной науки о мозговых механизмах, а нарушение этой функции рассматривать в качестве основы клинической проблемы. Была разработана матрица, отражающая наиболее интересные мишени исследования – от генов до экспериментальных приемов - для различных конструктов (например, управляющих функций, мотивации приближения и т.д.), объединенных в пять широких доменов. В целом, RDoC призван изучить возможности включения достижений нейронаук в будущие диагностические системы. Его радикальное отличие от DSM-5 состоит в опоре на размерную модель – в явном признании того, что психические расстройства не являются качественно отличными от нормы состояниями, а представляют собой часть континуума, без четкой границы между нормальным функционированием и болезнью.

Еще один процесс, оказывавший существенное влияние на психиатрию в последние годы, – переход к доказательной медицине, что остро поставило перед психиатрией вопросы об измерении эффектов медикаментозных средств и психотерапевтических практик.

Все эти изменения в большей или меньшей степени затронули и клиническую психологию. Один из способов оценить степень их влияния и отклик клинических психологов на описанные процессы – заглянуть в журнал Ежегодное обозрение клинической психологии (Annual Review of Clinical Psychology). Этот журнал публикует самые цитируемые в области клинической психологии статьи и обладает самым высоким импакт-фактором JCR среди 119 журналов по клинической психологии, включенных в базу Web of Science. Каждый год редакционный совет Обозрения обсуждает, какие из тем представляют интерес, и выбирает авторов для написания обзоров по выбранным темам. Эти обзоры и служат нам основой для выделения основных тенденций развития, характеризующих современную западную клиническую психологию.

**Отклик на введение DSM-5 и RDoC.** Анализ статей, опубликованных в Обзоре в последние три года, свидетельствует, что существенная их часть освещает прогресс в области изучения традиционных объектов психологии, например, таких как саморегуляция, эмоции, когниции и личностные черты, в их отношении к психопатологии (например, [21, 23]). И характерной чертой этого рассмотрения является междисциплинарность. При этом большинство работ, так или иначе, откликается на изменения, вызванные введением в действие DSM-5. Помимо нового подхода к систематике, DSM-5 содержит новые диагностические категории, например, патологическое накопительство (чрезмерное собирание бесполезных вещей), деструктивное расстройство дисрегуляции настроения (постоянное чувство раздражения у детей и подростков), компульсивное переедание. Часть старых диагностических единиц пересмотрена или исключена. Это непосредственно затрагивает как исследовательскую, так и практическую деятельность клинических психологов. От них требуется знание и понимание этих изменений, чему посвящено немало публикаций [2, 6, 13, 18, 30]. Причем сами психологические феномены должны быть рассмотрены в контексте новых клинических диагнозов. Подобная попытка предпринята, например, М.А. Бротман с соавт. [7] в отношении раздражительности. Авторы работы попытались соотнести данные и представления о раздражительности как с диагнозом «деструктивное расстройство дисрегуляции настроения» из DSM-5, так и с конструктами RDoC «фрустрирующее отсутствие награды» и «реакция на угрозу», что позволило им наметить пути дальнейшей работы с раздражительностью у детей и подростков.

Нужно отметить, что сама новая идеология классификации болезней, заложенная в пятой версии Диагностического руководства, также вызывает большой интерес клинических психологов [12, 17, 28, 29]. Какие последствия она может иметь для клинической психологии? Клиническая психология в изучении психических нарушений всегда отталкивалась от знаний об общих закономерностях работы психики [1], что сближает ее с RDoC. Можно предположить, что переход к новым диагностическим системам только усилит значение базовых исследований в области клинической психологии для психиатрии, не потребовав их радикальной перестройки.

**Ответ на социальные вызовы.** Средовые факторы риска психических расстройств, такие как жестокое обращение в детстве, всегда привлекали внимание клинических психологов. В современном мире появляются новые социальные явления, требующие анализа их последствий для психического здоровья. Возможно, главным из них

является рост числа и жестокости преступлений, связанных с применением огнестрельного оружия или других способов убийства в общественных местах - против целых групп людей. Рассматривая потенциальную роль клинической психологии в превенции насилия с применением огнестрельного оружия, что особенно актуально для США, Дж. Роузел с соавт. [24] отмечают, что, в реальности, связь между психическими расстройствами и насилием, совершенным с помощью огнестрельного оружия, очень слаба. То, как подобные преступления освещаются средствами массовой информации, способствует стигматизации психических больных и уводит общественное внимание и усилия, направленные на предотвращение таких преступлений, по ложному пути. Тем не менее, небольшая доля преступлений подобного рода действительно совершается лицами с психическими расстройствами. Их причины должны быть тщательно рассмотрены клиническими психологами, и должны быть предприняты все меры для предотвращения подобных случаев. Проведенные к настоящему времени исследования показали, что наличие психического расстройства является слабым предиктором преступлений с использованием огнестрельного оружия. Реальными факторами риска для совершения таких преступлений психическими больными служат наличие острой симптоматики, коморбидное злоупотребление психоактивными веществами, предшествовавшая виктимизация и другие психосоциальные вредности. Дальнейшие исследования должны быть направлены на прослеживание пути от приобретения оружия до его использования, на оценку последствий разных видов государственной политики в отношении правил приобретения и владения оружием и на развитие методов информирования различных групп лиц – семей, продавцов оружия, профессионалов в области психического здоровья - о проблемах и правилах, связанных с владением огнестрельным оружием.

Еще один вызов – либерализация правил использования наркотических средств. На протяжении 20 столетия в западном мире наблюдалось смягчение запретов на применение марихуаны. Многие штаты США и другие государства разрешили применять ее в медицинских целях. Все сильнее проявляется тенденция к смягчению законодательств разных стран в отношении рекреационного использования марихуаны. Это объясняется не только новыми научными данными о возможности ее применения в медицинских целях, но и финансовыми причинами - большими расходами на поиск, арест и содержание лиц, употребляющих и распространяющих наркотики, и необходимостью искать новые источники пополнения бюджетов стран и административных образований. Как бы то ни было,

но движение от полного запрета к декриминализации (отмена наказания за выращивание, хранение и некоммерческое распространение этого наркотика), медиализации и легализации (разрешения использовать для удовольствия) марихуаны, скорее всего, будет иметь последствия для психического здоровья и распространения наркотической зависимости, полагают Р. Пакула и Р. Смерт [19]. По их мнению, существующие исследования пока не дают четкого представления о последствиях медиализации марихуаны, хотя показывают, что, по крайней мере, в группах высокого риска (среди лиц, задержанных полицией, нуждающихся в лечении и полинаркотических наркоманов) использование ее растет. Перед современными исследователями стоит задача разобраться в причинах несогласованности в оценке эффектов медиализации марихуаны, а также оценить последствия, ближайшие и отдаленные, использования марихуаны в рекреационных целях, уделив особое внимание разнообразию политики в отношении снятия запретов и гетерогенности потребителей.

В течение последних двух десятилетий произошли резкие сдвиги в отношении общества к сексуальным меньшинствам (ЛГБТ). ВОЗ признала нетрадиционную сексуальную ориентацию вариантами нормы (введено понятие «гендерный спектр»), а диагноз гендерное расстройство (транссексуализм) в DSM-5 был заменен на гендерную дисфорию. В последнем акцент сделан на дистресс и другие страдания, вызванные несоответствием пола человека при рождении и его гендерной самоидентичностью. В рамках клинической психологии и психиатрии была разработана концепция «стресс представителей меньшинства», которая послужила основой для интенсивных исследований последствий осознания и признания своей нетрадиционной сексуальной ориентации для психического здоровья. Установлено, что ЛГБТ чаще страдают от депрессивных и тревожных расстройств; у них чаще наблюдается суицидальное поведение. Анализируя клиничко-психологические аспекты принадлежности к ЛГБТ, С. Рассел и Дж. Фиш [25] отмечают, что в настоящее время имеет место снижение возраста, в котором молодые люди признают себя представителями сексуальных меньшинств. Это признание и связанный с ним стресс приходится на период онтогенеза, когда происходит целый ряд интенсивных физиологических и психологических перестроек и формируется самоидентичность, что усугубляет проблему. Благодаря проведенным в последние десять лет исследованиям клинические психологи продвинулись в понимании механизмов, опосредующих связь между нетрадиционной сексуальной ориентацией и ее неблагоприятными последствиями для психического

здоровья. Однако эмпирически верифицированных подходов психологической помощи ЛГБТ-молодежи в различных условиях, начиная от школ и заканчивая собственно медицинскими учреждениями, пока недостаточно. Серьезные пробелы остаются в изучении психического здоровья трансгендерной молодежи. Необходимы также исследования, направленные на раскрытие взаимосвязи между гендерной идентичностью и этнической принадлежностью, социальным классом, врожденным полом и культурой.

**Влияние компьютерных технологий.** Компьютерные (цифровые) технологии затронули практически все аспекты клинической психологии – возникновение новых видов психических отклонений, диагностику, мониторинг состояний и предоставление психологических услуг. Долгое время исследования были сконцентрированы на изучении вредного влияния интернета на психическое здоровье, включая формирование зависимости от on-line игр и кибербуллинг. В Ирландии на базе Королевского хирургического колледжа был создан Центр исследований киберпсихологии (the Cyberpsychology Research Centre), цель которого - объединить усилия различных учреждений и ведомств – от Массачусетского технологического института до Интерпола - в обеспечении безопасности детей в интернете и борьбы с кибербуллингом.

Текущие усилия в значительной степени направлены на изучение и реализацию возможностей цифровых технологий для охраны психического здоровья. С целью продвижения новых компьютерных технологий в область здравоохранения образована Международная ассоциация киберпсихологии, обучения и реабилитации (The International Association of Cyberpsychology, Training, and Rehabilitation), объединяющая ученых, клиницистов и чиновников. Возник ряд новых направлений исследований. Так, одна из статей Обозрения [16] рассматривает первые результаты и перспективы применения современных гаджетов и «больших данных» для оценки психологических проблем и психических расстройств. Речь идет об информации, получаемой из «цифровых» следов человека, которые он оставляет, пользуясь компьютерами и датчиками, встроенными в мобильные телефоны, предметы одежды и аксессуары. Предполагается, что в перспективе эти данные можно будет использовать для выявления нуждающихся в лечении людей, мониторинга изменений в процессе и после лечения, внедрения технологий коррекции поведения, основанных на актуальных on-line измерениях, и сбора эпидемиологических данных. Однако ближайшая цель состоит в том, чтобы получить цифровые маркеры психического

состояния. Первые, пока небольшие и методологически несовершенные работы, уже показали, что использование информации от смартфонов, включая микрофон, состояние экрана дисплея и батарей и прочих, помогает оценить целый ряд важных физиологических состояний их владельцев. Так, оно позволяет судить о продолжительности, режиме и даже качестве сна (например, на основе регистрации кашля и храпа), и о социальной вовлеченности/отчужденности - на основе количества и длины сообщений, а также регистрации изменений местоположения человека посредством GPS. Для улавливания признаков стресса может служить система StressSense, анализирующая частоту и тон речи. В некоторых исследованиях была рассмотрена возможность использования данных смартфонов для обнаружения присутствия и тяжести клинических симптомов и синдромов, включая депрессию, биполярное расстройство и шизофрению. Так, с депрессией оказались связаны характеристики сна, частота и длительность разговоров, а также информация об энтропии местоположения человека (изменчивость времени, проведенного в разных местах). Лингвистический анализ активности в соцсетях и анализ движений, связанных с использованием компьютерной мыши и клавиатуры, похоже, помогут определить некоторые общие состояния человека (в частности, возбуждение), хотя их применение для выявления клинических симптомов представляется сомнительным.

Ведется также разработка математических моделей и программ для компьютерной постановки диагноза с использованием массивов данных. Создаются новые компьютерные диагностические системы, позволяющие использовать большой банк данных о симптомах для более точной и при этом основанной на более коротких клинических интервью постановки диагнозов (например, [9]).

Уже более десяти лет проводятся работы по созданию и тестированию систем психотерапевтической помощи, предоставляемой через интернет. Эти услуги требуют соблюдение ряда условий, включая наличие безопасных web-платформ, четких и надежных способов оценки симптомов, предоставление лечения в разных форматах, изменение традиционной для непосредственной работы с клиентом роли психотерапевта, подчеркивает Г. Андерсон [3]. Эффективность подобной помощи лицам с широким спектром психических проблем была подтверждена во многих контролируемых исследованиях. Однако ее внедрение идет медленно. По-видимому, всегда будут клиенты, предпочитающие общаться с терапевтом лично. Несмотря на это, клиническим психологам стоит обратить больше

внимания на возможность предоставления on-line помощи, считает автор обзора.

**Клинико-психологическая практика.** Выше уже были затронуты некоторые нововведения, влияющие на практическую работу клинического психолога, такие как изменение классификации психических болезней, необходимость помощи новым контингентам лиц (террористам и их жертвам, ЛГБТ), внедрение цифровых технологий. Важной тенденцией является и переход к «доказательной практике» (evidence-based practice, по аналогии с «доказательной медициной»). Проводится большое количество методологически адекватных исследований, направленных на объективную оценку эффектов различных психотерапевтических подходов. В том числе в 2015 году было осуществлено первое рандомизированное контролируемое клиническое исследование оценки эффективности когнитивно-поведенческой терапии гомо- и бисексуальных мужчин [20]. Однако исторически сложилось так, что психотерапевты рассматривают свою работу скорее как искусство, чем науку. И сейчас, несмотря на накопленные за последние 25 лет данные о наиболее эффективных способах лечения конкретных психологических проблем – депрессии, посттравматического стрессового расстройства и др., разрыв между наукой и практикой остается слишком большим, полагают представители APS [4]. Многие психотерапевты считают упор на практики, поддержанные эмпирическими научными исследованиями, ущемлением их свободы принимать решения. Однако требования к отчетности и возможности «посчитать» эффект со стороны страховых компаний и организаторов здравоохранения становятся все более категоричными. В связи с этим APS США предпринимает усилия для преодоления разрыва между наукой и практикой, включая создание научно-обоснованных учебных программ для клинических психологов; укрепление связей клинической психологии с другими научными дисциплинами, включая нейронауку, психиатрию, эпидемиологию и генетику; выпуск нового интегративного исследовательского журнала «Клиническая психологическая наука» (CPS).

Для внедрения психотерапевтических подходов с доказанной эффективностью приходится преодолевать не только субъективные, но и объективные факторы – финансовые и этические. В Обзрении рассматривается проблема включения таких подходов в спектр услуг лицам с проблемами психического здоровья в странах с невысокими доходами [27]. Программа ВОЗ в области психического здоровья (2015 г.) рекомендует психологические процедуры в качестве лечения первой линии для распространенных психических расстройств. Задача



заключается в определении того, как подобное лечение, рожденное, как правило, в академических центрах, требующее высокой квалификации психотерапевта и временных и денежных вложений, может быть обеспечено в реальных условиях стран с бедным населением. Инновации включают попытки использовать местные ресурсы – лиц, предоставляющих психологическую и психотерапевтическую помощь, из того же сообщества, что и клиенты, краткие процедуры с менее чем 10 сеансами, медицинские и другие учреждения как доступные места работы с клиентами.

На этическую, кросс-культурную проблему обеспечения населения разных стран психотерапевтической помощью обращают внимание А. Хак с соавт. [10]. Несмотря на изучение и широкое использование в психотерапевтических подходах различных религиозных и других духовных практик, современная психотерапия является светской и западно-центрированной. Поэтому представители ряда религий и культур, в частности мусульмане, предпочитают не прибегать к помощи психотерапевтов, опасаясь, что последние не будут учитывать их религиозные и духовные установки, а они, в свою очередь, не будут испытывать доверия к психотерапевту и не смогут принять сформулированные психотерапевтом цели лечения. В связи с этим мусульманские клинические психологи пытаются адаптировать существующие и создать новые модели психологической помощи. Работа, направленная на поиск путей преодоления противоречий между потребностью в научно-обоснованной психологической помощи и религиозными убеждениями, ведется также созданным в 2013 году подразделением 36 «Общество психологии религии и духовности» Американской психологической ассоциации. Цель Общества - не поддерживая какие-либо конкретные религиозные позиции или убеждения, продвигать психологические исследования различных форм религии и духовности и внедрять их результаты в клиническую и психологическую практику, а также способствовать конструктивному диалогу между психологами и религиозными институтами.

### **Заключение**

В первой главе Оксфордского руководства по клинической психологии, вышедшего в 2010 году, один из видных представителей американской клинической психологии Дэвид Барлоу сделал 10 предсказаний относительно ближайших тенденций развития клинической психологии, преимущественно клиничко-психологической практики [5]. Первые три предсказания касались изменений в подготовке клинических психологов. По мнению Д. Барлоу, (1) при обучении основное внимание будет уделяться формированию и оценке

компетенций специалиста; последние будут четко определены в качестве целей обучения; (2) в подготовке психологов будет сделан акцент на овладение психотерапевтическими подходами с доказанной эффективностью, а не только на изучение психопатологии и психологической диагностики; организация учебного процесса будет способствовать тому, чтобы в последующем клинический психолог мог обновлять применяемые психотерапевтические подходы, самостоятельно обращаясь к новым научным данным и публикациям; (3) произойдут изменения в правилах аккредитации учебных программ (о реализации этого предсказания см. [11]). Два прогноза было сделано в области диагностики болезней и оценки работы клинических психологов в зависимости от приносимой ими пользы: постепенный переход к дименсиональному подходу в классификации психических расстройств и превращение клинической оценки результатов лечения как на групповом уровне (как часть доказательной медицины), так и на уровне каждого клиента в неотъемлемую часть психологической работы. Наконец, пять прогнозов были связаны с лечением. Ожидалось, что

(1) будет расти признание и распространение психологических методов лечения;

(2) руководства к лечению больше не будут основаны на одном конкретном диагнозе, их заменит модульный трансдиагностический подход;

(3) будут разрабатываться медикаментозные средства, усиливающие эффекты действия психологических вмешательств путем действия на психологические механизмы этих вмешательств;

(4) будет возрастать роль цифровых технологий в предоставлении психологических услуг, что повлечет распространение и персонализацию последних;

(5) будут четко разграничены термины «психологические методы лечения» и «психотерапия». Первый сохранится для вмешательств, направленных на психопатологию и патофизиологию в контексте оказания медицинской помощи, а второй – для подходов, основанных на концепции положительной психологии и нацеленных на улучшение адаптации и личностный рост.

Выделенные Д. Барлоу тенденции в последующие за публикацией книги семь лет развивались различными темпами, и ни одна из них пока полностью не реализована. Вместе с тем, и это отмечают как сами клинические психологи, так и организаторы западной науки и здравоохранения (например, [15]), в последние годы наблюдается беспрецедентный рост признания значимости клинической психологии и потребности в психологических вмешательствах в области

здравоохранения и социальной помощи. Психологические вмешательства признаны важными для повышения уровня здоровья и благополучия людей и выгодным для здравоохранения с экономической точки зрения, поскольку позволяют сократить расходы, связанные с инвалидностью и зависимостью от медикаментозного лечения. И это перекликается с еще одним, самым общим «предсказанием», или напутствием, Д. Барлоу: «Долгосрочный потенциал клинической психологии для облегчения страдания людей и улучшения их жизни будет становиться все более очевидным, и для каждого, участвующего в реализации тенденций, выделенных в данной главе, и в других направлениях развития, которые мы пока не можем себе вообразить, станет настоящей удачей оказаться частью этого процесса» ([5], с.30; перевод М.А.).

### Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1976.
2. Abramowitz J.S., Jacoby R.J. Obsessive-Compulsive and Related Disorders: A Critical Review of the New Diagnostic Class // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2015. V. 11. P. 165–186.
3. Andersson G. Internet-Delivered Psychological Treatments // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. V. 12. P. 157–179.
4. APS . What We Know Now: How Psychological Science Has Changed Over a Quarter Century // *Observer* 2013. Vol. 26, N 9. –URL: <https://www.psychologicalscience.org/observer/what-we-know-now-how-psychological-science-has-changed-over-a-quarter-century> (дата обращения 12.01.2018).
5. Barlow D.H., Carl J.R. The Future of Clinical Psychology: Promises, Perspectives, and Predictions // *The Oxford Handbook of Clinical Psychology* (1 ed.) / ed. D.H. Barlow. N.Y.: Oxford University Press, 2010. URL: <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780195366884.013.0039> (дата обращения 12.01.2018).
6. Beech A.R., Miner M.H., Thornton D. Paraphilias in the DSM-5 // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. V. 12. P. 383–406.
7. Brotman M.A., Kircanski K., Leibenluft E. Irritability in Children and Adolescents // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017. V. 13. P. 317–341.
8. Cuthbert B.N. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology // *World Psychiatry.* 2014. V. 13. P. 28-35.
9. Gibbons R.D., Weiss D.J., Frank E., Kupfer D. Computerized Adaptive Diagnosis and Testing of Mental Health Disorders // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. V. 12. P. 83–104.

10. Haque A., Khan F., Keshavarzi H., Rothman A.E. Integrating Islamic Traditions in Modern Psychology: Research Trends in Last Ten Years // *Journal of Muslim Mental Health*. 2016. V. 10. N 1. P. 75-99.
11. Levenson R.W. Clinical Psychology Training: Accreditation and Beyond // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017. V. 13. P. 1-22.
12. Lilienfeld S.O., Treadway M.T. Clashing Diagnostic Approaches: DSM-ICD Versus RDoC // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. V. 12. P. 435–463.
13. Lord C., Bishop S.L. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2015. V. 11. P. 53–70.
14. Maj M. Narrowing the gap between ICD/DSM and RDoC constructs: possible steps and caveats // *World Psychiatry*. 2016. V. 15. P. 193-194.
15. McCusker Ch., Carroll Ch., Laverty N. A review of the Clinical Psychology workforce in Northern Ireland 2015. Leicester: The British Psychological Society, 2016.
16. Mohr D.C., Zhang M., Schueller S.M. Personal Sensing: Understanding Mental Health Using Ubiquitous Sensors and Machine Learning // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017. V. 13. P. 23–47.
17. Mullins-Sweatt S.N, Lengel G.J., DeShong H.L. The Importance of Considering Clinical Utility in the Construction of a Diagnostic Manual // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. V. 12. P. 133–155.
18. Nathan P.E., Conrad M., Skinstad A.H. History of the Concept of Addiction // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. V. 12. P. 29–51.
19. Pacula R.L., Smart R. Medical Marijuana and Marijuana Legalization // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017. V. 13. P. 397–419.
20. Pachankis J.E., Hatzenbuehler M.L., Rendina H.J., Safren S.A., Parsons J.T. LGB-affirmative cognitive-behavioral therapy for young adult gay and bisexual men: a randomized controlled trial of a transdiagnostic minority stress approach. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2015;83:875–889.
21. Rabin L.A., Smart C.M., Amariglio R.E. Subjective Cognitive Decline in Preclinical Alzheimer's Disease // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017. V. 13. P. 369–396.
22. Regier D.A., Kuhl E.A., Kupfer D.J. The DSM-5: Classification and criteria changes // *World Psychiatry*. 2013. V. 12. P. 92-98.
23. Rottenberg J. Emotions in Depression: What Do We Really Know // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017. V. 13. P. 241–263.
24. Rozel J.S., Mulvey E.P. The Link Between Mental Illness and Firearm Violence: Implications for Social Policy and Clinical Practice // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017. V. 13. P. 445–469.

25. Russell S.T., Fish J.N. Mental Health in Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender (LGBT) Youth // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. V. 12. P. 465–487.
26. Sanislow C.A. Updating the Research Domain Criteria // *World Psychiatry.* 2016. V. 15. P. 222-223.
27. Singla D.R., Kohrt B.A., Murray L.K., Anand A., Chorpita B.F., Patel V. Psychological Treatments for the World: Lessons from Low- and Middle-Income Countries // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017. V. 13. P. 149–181.
28. Wakefield J.C. Diagnostic Issues and Controversies in DSM-5: Return of the False Positives Problem // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. V. 12. P. 105–132.
29. Zachar P., Kendler K.S. The Philosophy of Nosology // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2017. V. 13. P. 49-71.
30. Zucker K.J., Lawrence A.A., Kreukels B.P. Gender Dysphoria in Adults // *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 2016. V. 12. P. 217–247.

**О.Ю. Щелкова**

### **О РАЗВИТИИ МЕТОДОЛОГИИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

В современных условиях возрастает роль и значение психодиагностических исследований в клинике психических расстройств в связи со все большим развитием медицинской психологии и использованием ее идей и методов в практической медицине. Психодиагностика рассматривается в настоящее время как необходимая составляющая клинико-диагностического, лечебно-восстановительного, реабилитационного процессов, системы первичной и вторичной профилактики, различных видов экспертизы.

Настоящий этап развития медико-психологической диагностики характеризуется еще большим усилением внимания к изучению целостной личности человека во всем многообразии ее индивидуальных проявлений в различных сферах отношений и социального функционирования. Это отражает современные тенденции в медицине и медицинской психологии – смену естественнонаучной нозологической парадигмы на гуманитарную и личностно-центрированную (Нуллер Ю.Л., 1991; Вассерман Л.И. с соавт., 2014а); «человекознание» становится центральной проблемой современной науки вообще, в том числе медицины (Ананьев Б.Г., 2001). По мере все большего осознания значения психологических факторов для возникновения, течения, лечения и профилактики эндогенных и психогенных нервно-психических заболеваний значительно возрастает актуальность медико-

психологического изучения различных аспектов личности больного, расширяется спектр задач психологической диагностики в психиатрической клинике (Щелкова О.Ю., 2010).

В то же время реализация этих задач в практической деятельности медицинского психолога в большой степени затруднена недостаточной разработанностью методологии психодиагностического исследования, что связано, в первую очередь, с существенным разрывом между теорией психологии и практикой психологической диагностики. Детально разработанные фундаментальные отечественные психологические теории отношений, деятельности, общения и др. не в достаточной степени подкреплены методологией и релевантными инструментами исследования. В настоящее время «требуют безотлагательного решения методологические проблемы психологической диагностики, связанные с разработкой, как общей теории, так и отдельных направлений исследований» (Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М., 2002, с. 271). Несмотря на большой опыт применения психологических методов в психиатрической клинике, это в полной мере относится к этой области психодиагностики (Критская В.П., Мелешко Т.К., 2016). Таким образом, важным направлением развития методологии психологической диагностики в психиатрической клинике является решение проблем, связанных с разработкой новых методов исследования и преодолением разрыва между концептуальным и инструментальным обеспечением медицинской психодиагностики (Щелкова О.Ю., 2010).

Еще одно важное направление развития медицинской психодиагностики связано с расширением ее задач в современных условиях. Как известно, психологическая диагностика в психиатрии имеет давние традиции, так как в недрах именно этой клинической дисциплины она сформировалась как система деятельности медицинских психологов, направленная на выявление, квалификацию и научный анализ особенностей познавательной и личностно-мотивационной сферы психически больных на основе использования собственных – психологических (клинических и экспериментальных) – методов исследования. Основной целью психологической диагностики в классическом патопсихологическом понимании является объективирование данных клинического (врачебно-психиатрического) обследования с раскрытием закономерностей распада психической деятельности при нервных и психических заболеваниях в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме (Зейгарник Б.В., 2008). Традиционными задачами психологической диагностики в психиатрической клинике являются задачи получения данных для дифференциальной диагностики, определение глубины и структуры интеллектуальных, эмоциональных, волевых нарушений в ходе раз-

личных видов экспертизы (судебной, военной, трудовой), оценка динамики психических нарушений в связи с проводимой терапией и другие задачи, подробно представленные в литературе (Рубинштейн С.Я., 1970; Левченко И.Ю., 2000; Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2003; Блейхер В.М. с соавт., 2006; Критская В.П., Мелешко Т.К., 2015). Обобщая, можно сказать, что в психиатрической клинике основной задачей психологической диагностики была и остается задача определения структуры и степени выраженности психических расстройств, а также сохраненных сторон психической деятельности больного в их статусе и динамике.

Современный уровень развития клинической психологии и психиатрии определяет то, что интерпретация получаемых в психологическом исследовании данных проводится в соответствии с утвердившимся в отечественной психологии пониманием психики человека в норме и патологии как динамической системы функций, процессов и состояний (Ломов Б.Ф., 2003). Такой анализ осуществляется в целях постановки не только нозологического или синдромального, но, главным образом, функционального (многомерного) диагноза, включающего как клиническую (психопатологическую) квалификацию состояния больного, так и определение его личностных и социально-психологических характеристик для выработки путей психотерапии и социальной реабилитации (Коцюбинский А.П., Зайцев В.В., 2004).

Усиление внимания к психосоциальным позициям больных привело к изменению представлений об этиопатогенетических механизмах психических расстройств. В частности, традиционному конституционально-биологическому подходу противопоставляется психоаналитический (психодинамический) подход к оценке факторов возникновения и течения заболеваний (Аммон Г., 1995; Кернберг О. 2001; Вид В.Д., 2008), а также диатез-стрессовая теория психических расстройств (Коцюбинский А.П., 2001; Шизофрения..., 2004; Carson R. et al., 2004). В этих условиях в круг задач психологической диагностики включается сфера семейных (в том числе, ранних детско-родительских) отношений, разнообразные макро- и микросоциальные факторы-стрессоры, специфические личностные особенности, обуславливающие повышенную психическую «уязвимость» (диатез); особое значение приобретает выявление адаптационно-компенсаторных механизмов личности (Исаева Е.Р., 2009).

Особое значение психологическим и социальным особенностям развития личности, а также механизмам психологической адаптации больных придается также в рамках когнитивных моделей психической патологии (Когнитивная терапия ... , 2003), а в новейшее время – в рамках новой парадигмы нарушения социального познания как центрального

психологического дефицита при шизофрении (Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2016). Хотя справедливости ради следует отметить, что снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения больных шизофренией определялось в качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома при шизофрении и ранее (Критская В.П., Мелешко Т.П., 2015). Тем не менее, именно нарушение социального познания вызывает в настоящее время наибольший интерес исследователей и определяет направленность психологической диагностики в психиатрической клинике (Бурова В.А., 2012; Рычкова О.В., 2013; Зотов М.В. с соавт., 2015; Андрианова Н.Е., 2016; Шошина И.И., Шелепин Ю.Е., 2016; Addington J. et al., 2006; Green M.F., Leitman D.I., 2008).

Быстрое развитие нового направления изучения социального познания при шизофрении во многом определило развитие новых исследовательских и психодиагностических технологий в этой области, способных объективно отразить нарушение восприятия больными другого человека, отсутствие ориентации на его эмоциональное состояние, свидетельствующее о нарушении социальной регуляции психической деятельности (Рычкова О.В. 2013; Холмогорова А.Б., Рычкова О.В., 2016). Традиционно и эффективно для этих целей используются нестандартизованные патопсихологические методы (Рубинштейн С.Я., 1970; Блейхер В.М. с соавт., 2006), составляющие «золотой фонд» отечественной клинической психодиагностики. Они реализуют неформализованный индивидуализированный подход к выявлению механизмов нарушений познавательной деятельности и личности при психических заболеваниях и, несмотря на невозможность применения к ним психометрических критериев, позволяют получить диагностически значимые данные. Это объясняет их широкую востребованность в клинике до настоящего времени.

Однако практика клинической психодиагностики показывает, что в настоящее время увеличивается потребность в применении индивидуализированных, гибких и глубинных методов психологической диагностики, объединяющих в себе традиции классической психиатрии и клинической психологии (сочувственное наблюдение, интуитивное понимание больного человека) с экспериментальным исследованием психических функций и состояний. В то же время в современных условиях требование объективности данных выступает как одно из основных требований, предъявляемых к методам психологической диагностики, и особое значение приобретают методы, позволяющие осуществлять анализ «конкретного случая» с опорой не только на психологическое знание, интериоризованное в личном опыте психолога, но и на объективные критерии.



В соответствии с этим на кафедре медицинской психологии и психофизиологии СПбГУ под руководством профессора М.В. Зотова разрабатывается новое научное направление – патопсихология восприятия, в рамках которого предложены инновационные технологии психологической диагностики. Эти технологии, так же, как классические патопсихологические методы, призваны решать задачи дифференциальной диагностики психических расстройств и выявления заболеваний на ранних стадиях, однако инструментально существенно отличаются и представляют собой оригинальные компьютеризированные методики, позволяющие анализировать процессы переработки визуально предъявляемой информации. Основой этих исследований является, с одной стороны, огромный фактический материал, посвященный нарушениям зрительного восприятия и понимания сцен социального взаимодействия у психически больных, а с другой стороны – значительный прогресс в понимании психологических и нейрофизиологических механизмов восприятия человеком различных видов сложной структурированной информации.

В исследованиях М.В. Зотова и его учеников с помощью компьютерного анализа движений глаз выявлено, что больные шизофренией обнаруживают нарушения уже на ранних этапах восприятия социальных сцен: здоровые лица на основе актуализации социальных сценариев безошибочно выделяют важные объекты сцены и концентрируют на них свое внимание, в то время как больные шизофренией преимущественно концентрируют внимание на областях, не имеющих существенного смыслового содержания. В отличие от здоровых лиц, при восприятии сцен перцептивная деятельность больных шизофренией не является в значительной степени детерминирована социально, что проявляется в нарушении последовательности фиксации (маршрута взгляда). Кроме того, здоровые лица склонны координировать свое восприятие ситуации с восприятием участников сцены, в то время как больные шизофренией обнаруживают резкое нарушение этой способности (Зотов М.В., 2011; Зотов с соавт., 2015; Андрианова Н.Е., 2016; Щелкова О.Ю. Зотов М.В., 2016).

На основе полученных результатов членами научной группы проводится уточнение критериев стандартизированной оценки нарушений социального восприятия при шизофрении, что будет способствовать их ранней и точной диагностике. Следует отметить также, что выявленные факты, как и в целом, разрабатываемая концепция патопсихологии восприятия, соответствуют положению о снижении социальной направленности и социальной регуляции деятельности больных в качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома при шизофрении (Критская В.П., Мелешко Т.П., 2015). Это позволяет

заклЮчить, что перспективы развития классического патопсихологического эксперимента во многом связаны с использованием новых информационных технологий, открывающих широкие возможности проведения принципиально новых видов психологического эксперимента, а также новых методов обработки и анализа экспериментально-психологической информации.

В этом же русле объективного и углубленного изучения патопсихологических симптомов шизофрении выступает изучение не только сферы восприятия, но и других аспектов познавательной деятельности больных. И, хотя проблема нарушений когнитивных функций при шизофрении не является новой, и клиническая психология начала свое существование с внедрения Э. Крепелиным психологических методов исследования познавательной деятельности в клинику психических заболеваний, до настоящего времени не сложилось единого представления об этих нарушениях и обеспечивающих их патофизиологических механизмах. В современных условиях клинического патоморфоза, увеличения числа «стертых», атипичных, пограничных форм психической патологии среди которых отчетливо преобладают неврозоподобные и психопатоподобные состояния (Александровский Ю.А., 2000; Барлоу Д., 2008), значение когнитивных дифференциально-диагностических маркеров возрастает, также как возрастают требования к теоретико-методологическому и инструментальному обеспечению психодиагностики познавательной деятельности.

В этом направлении в настоящее время активно проводятся исследования когнитивного дефицита при шизофрении, которые охватывают не только традиционную сферу мышления, но и рабочую память, исполнительские функции, перцептивную организацию, другие аспекты познавательной деятельности, а также стремятся к построению целостных профилей когнитивного дефицита при шизофрении и изучению их мозговых механизмов (Чередникова Т.В., 2010; Иванов М.В., Незнанов Н.Г., 2008; Ершов Б.Б., 2011; Гурович И.Я. с соавт., 2012; Ершов Б.Б. с соавт., 2014; Зверева Н.В., Хромов А.И., 2014; Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г., 2016; Gold J.M., Harvey P.D., 1993; Bowie C.R., Harvey P.D. , 2005; Goldstein G. et al., 2005; Henry J.D., Crawford J. R., 2005; Kalkstein S. et al., 2010).

Психологическая диагностика, направленная на выявление типичных для шизофрении нарушений психической деятельности, нацелена на выявление структурный и уровневый анализ тех изменений психической деятельности, на которые ориентируется и психиатр в своей диагностической деятельности, но которые клиническим исследованием не обнаруживаются с необходимой уверенностью и полнотой, однако могут проявиться в психологическом эксперименте, в условиях

повышенной нагрузки на изучаемую функцию (Рубинштейн С.Я., 1970). При психологическом исследовании больных шизофренией обнаруживаются своеобразные диагностически значимые изменения мышления, перцептивной деятельности и аффективно-личностных свойств. Проявления психической патологии при этом носят интегративный характер, не могут быть отнесены к одной из сфер психической деятельности (Блейхер В.М. с соавт., 2006) и образуют патопсихологический синдром – структурное образование, позволяющее «вскрыть внутренние взаимосвязи между психическими характеристиками, образующими особое качество проявлений шизофренической патологии» (Критская В.П., Мелешко Т.К., 2015, с. 9).

В связи с этим наряду с всесторонним изучением когнитивной сферы, в том числе социального познания, продолжает оставаться актуальным изучение эмоционально-мотивационной сферы личности больных. Тем не менее, традиционное экспериментально-психологическое исследование при шизофрении нацелено в большей мере на выявление комплекса нарушений познавательной деятельности: искажение процесса обобщения, специфические нарушения целенаправленности и динамики мышления, изменения мотивационного компонента мыслительной деятельности. Однако еще Б.В. Зейгарник (1986) писала о том, что тонкие изменения личности при шизофрении во многих случаях являются единственным ранним критерием ее отграничения от иных клинически сходных заболеваний и могут значительно опережать появление характерных изменений в познавательной сфере. Многие авторы считают, что нарушения эмоциональности являются одной из кардинальных составляющих шизофренического процесса и, соответственно, психодиагностика, направленная на выявление тонких нарушений психической деятельности, типичных для начальных проявлений и вялого течения шизофрении, должна быть адресована именно к этой сфере психики. Существует точка зрения о том, что нарушения не сводятся только к снижению, угасанию эмоциональности; при этом заболевании происходит своеобразное ее искажение, приводящее к феноменологической картине снижения эмоциональности, при которой, однако, глубинные проявления эмоций остаются сохранными (Боков С.Н., 1994). В.М. Блейхер с соавт. (2006) выдвинули гипотезу о том, что в общем клинико-психологическом плане эмоции и мышление больных шизофренией можно охарактеризовать как результат снижения уровня мотивации, что в основе их лежит единый амотивационный механизм. В соответствии с этим в исследовании М.В. Зотова (1998) нарушение способности к произвольной регуляции умственной деятельности и поддержанию волевого усилия в процессе реализации когнитивных функций рассматривается как центральное

нарушение познавательной деятельности больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта.

Таким образом, психологическая диагностика, связанная с задачами дифференциальной диагностики шизофрении, сохраняет свою традиционную направленность на изучение операциональной стороны познавательной деятельности больных, а также включает новые задачи выявления различных ранее не изучавшихся сторон когнитивного дефицита и построения профиля когнитивного функционирования больных, выявления нарушений социального познания, в том числе с использованием новых информационных технологий. Как и прежде, существенное значение имеет диагностика эмоционально-мотивационных характеристик, которые часто рассматриваются как базисные и облигатные.

В настоящее время в соответствии с биопсихосоциальной парадигмой современной психиатрии и разработанной в ее рамках диатез-стрессовой теорией предметом психологического исследования при шизофрении, имеющим отношение, как к клинической диагностике шизофрении, так и к прогнозу ее дальнейшего течения, а также к задачам психотерапии и социальной реабилитации больных, становятся адаптационно-компенсаторные механизмы психики и качество жизни больных (адаптация личности к болезни). В этом контексте предметом психологической диагностики становятся: 1) психологические факторы и события жизни – макро- и микрострессоры (дискретные или длительные психотравмирующие события, искаженные семейные отношения и др.); 2) личностные факторы «уязвимости» (шизотипальные, дефицитарные черты личности); 3) личностные факторы защиты (механизмы психологической защиты, базисные и ситуационно-специфические копинг-стратегии, личностные копинг-ресурсы); 4) средовые (психосоциальные) факторы терапевтического и внетерапевтического окружения (Шизофрения ..., 2004). Учитывая всю совокупность психологических факторов патогенеза шизофрении и их значение для клинической диагностики и социальной реадaptации больных, очевидно, что психодиагностические исследования при этой патологии должны быть комплексными и охватывать основные сферы психической деятельности и личности.

Анализ основных тенденций развития клинической психодиагностики показывает ее отчетливую связь с особенностями развития науки и потребностями социальной практики. В настоящее время эти тенденции во всем мире, с одной стороны, отражают расширение областей профессиональной компетентности клинических психологов, а с другой – увеличение прагматичности клинической психодиагностики, ее большую специализацию, опору на объективные методы и тех-

низацию; наблюдается выраженная ориентация диагностики на лечение и реабилитацию, которые должны быть эффективными и экономичными. В этой связи приобретают особое значения исследования, связанные с оценкой и прогнозом эффективности проводимой терапии. При их планировании учитывается, что современные гуманистические подходы к лечению и социальному восстановлению больных предполагают нацеленность психологической диагностики на выявление не только дефицитарных, нарушенных болезнью функций психики и отношений личности; не меньшее значение имеет выявление психологических качеств, способных служить «опорой» в лечебно-восстановительном процессе (Кабанов М.М., 2001). Поэтому одной из важных современных задач психологической диагностики выступает прогнозирование эффективности восстановительного лечения психически больных на основе изучения их психосоциальных характеристик в преморбидном и морбидном периодах.

В проведенном нами исследовании 324 больных шизофренией было изучено прогностическое значение для эффективности восстановительной терапии а) преморбидных характеристик личности, особенностей семейного воспитания и социального функционирования больных; б) морбидных характеристик личности, социального функционирования и отношения больных к различным аспектам реабилитационного процесса. На основе выделенных прогностически значимых личностных и социально-психологических характеристик больных шизофренией построены формализованные «правила» индивидуального вычислительного прогнозирования эффективности восстановительного лечения и разработана «Медико-психологическая прогностическая шкала для определения качества ремиссии при восстановительной терапии больных шизофренией». При этом задача прогнозирования результатов восстановительной терапии для конкретного больного рассматривалась нами как фрагмент более общей задачи выбора оптимальной тактики лечебно-реабилитационных воздействий (Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., 2009).

Психологическая диагностика в клинике аффективных расстройств также определяется основными тенденциями развития науки. Очевидное и значительное влияние когнитивных и нейронаук на развитие современной психологии затронуло и психологическую диагностику депрессий (Ершов Б.Б. с соавт., 2015); при этом традиционные задачи выявления высоко значимых диагностических факторов депрессии дополняются новыми задачами, связанными, в частности с когнитивной моделью депрессии, в основу которой положено понятие дисфункциональных когнитивных тенденций (когнитивных искажений) (Бек А., 2003; Гаранян Н.Г., 2012). Положения о когнитивных меха-

низмах развития эмоциональных расстройств сочетаются с представлением о патогенном значении систематически неэффективного копинг-поведения депрессивных больных (Абабков В.А., Перре М., 2004; Карсон Р. с соавт., 2004). Поэтому важной современной задачей психологической диагностики депрессий, выступает задача выявления когнитивных искажений и дезадаптивных способов стресс-преодолевающего поведения (копинга), особенно, относящихся к когнитивной сфере.

Опираясь на традиционные и более новые представления о механизмах депрессивных расстройств, задачи психологической диагностики в этой области можно представить как системный комплекс изучения взаимосвязанных состояний, функций и качеств психической сферы пациентов. Так, комплексная психологическая диагностика депрессий в настоящее время включает: а) исследование познавательной деятельности, направленное на объективизацию снижения умственной работоспособности (повышенную психическую истощаемость) и продуктивности; замедление психомоторного темпа; сужение объема и ослабление концентрации активного внимания; гипомнестические проявления (главным образом, затруднения процесса запоминания логически несвязанного материала – кратковременной механической и оперативной памяти); уменьшение количества «интеллектуальных» (креативных) ответов и преобладание стандартных ответов при исследовании мышления; в соответствии с когнитивной моделью развития депрессивных расстройств – выявление дисфункциональных когнитивных установок, типичных для депрессивных больных, а также их динамики в процессе когнитивно-поведенческой психотерапии: дихотомическое мышление («все или ничего»), тенденции к сверхобобщениям, к избирательному восприятию, к персонализации и др. (Бек А., 2003); б) исследование актуального эмоционального состояния пациента и поиск критериев нозологической принадлежности депрессии: идентификация самого факта депрессии и дифференциация со сходными по клиническим проявлениям эмоциональными состояниями (апатией, невротоподобными нарушениями); анализ патогенетических механизмов путем определения значимой роли психологических (ситуационных и личностных) факторов в происхождении депрессии; объективизация с помощью тестового метода глубины (степени выраженности) депрессии; анализ соотношения различных компонентов (тревожного, астенического, ипохондрического, дисфорического и др.) в структуре депрессивного состояния; в) анализ содержания переживаний больных, выявление нарушений в системе значимых отношений личности, адаптации личности к болезни: выявление нарушений самооценки и Я-концепции больных как одного из облигатных проявлений

депрессии, тесно спаянных с личностью; изучение генезиса и содержания пониженной самооценки; выявление индивидуально- и социально-психологических факторов, влияющих на самооценку больных; изучение отношения больных к временной перспективе – своему настоящему (актуальной жизненной ситуации), прошлому и будущему как важнейшего психологического индикатора депрессии и критерия дифференциации между эндогенной и психогенной депрессией; изучение других значимых сфер отношений личности, участвующих в механизмах возникновения и течения болезни, психотерапии и реабилитации больных: семейная, производственная, сфера неформального (дружеского) общения и др.; изучение адаптационно-компенсаторных механизмов (механизмов психологической защиты, копинга, «внутренней картины болезни», особенностей личности как ресурсов преодоления стресса болезни); особое значение имеет исследование качества жизни больных депрессией, резко снижающей объективные возможности человека и оказывающей значительное влияние на его самовосприятие, систему ценностей, социальные связи, поведение и переживания в целом; поэтому изучение объективных и субъективных составляющих качества жизни, связанного со здоровьем, является обязательным элементом современной психологической диагностики депрессий.

Еще одно направление в развитии методологии психологической диагностики депрессий связано с активно развивающимися исследованиями когнитивно-аффективных соотношений при этой патологии, поиском их общих мозговых механизмов на основе результатов клинико-пато-, нейро-психологических и нейро-визуализационных исследований, что привело к разработке новых методологических и методических подходов к психодиагностике депрессий (Вассерман Л.И., 2014).

Результатом проведения комплексных и многомерных исследований когнитивно-аффективных соотношений при депрессивных расстройствах различного генеза явилось уточнение роли лимбического морфо-функционального комплекса, его связей и взаимозависимостей с функциональным состоянием структур лобных долей головного мозга, нейроморфологическими характеристиками структур гиппокампа и других важнейших составляющих лимбико-ретикулярной системы (Вассерман Л.И. с соавт., 2014б; 2015). Следует отметить, что авторами исследований была поставлена цель не только изучения пато- и нейроморфогенеза аффективных и коморбидных когнитивных расстройств, но и выделения «общего фактора» в их происхождении, что имеет существенное значение для совершенствования клинической диагностики, лечения и прогноза депрессий: полученные результаты

объективно подтверждают роль нейроморфологических образований лимбического комплекса в формировании когнитивно-аффективных расстройств и дают четкие ориентиры в выборе мишеней психофармакотерапии. На основе проведенных научных исследований разработана комплексная программа психологической диагностики, результаты которой фиксируются в «Информационной карте обследования больных депрессивными расстройствами» (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2014).

**В заключение** следует отметить, что на современном этапе развития клинической психологии традиционные, но не утратившие своей актуальности, и новые задачи психологической диагностики представляют системный комплекс, адекватный системному характеру изучаемого объекта – психике человека. Решение задач психологической диагностики, стоящих перед психологом в психиатрической клинике, предполагает структурно-уровневый анализ и содержательное раскрытие особенностей и нарушений в когнитивной, эмоционально-аффективной, мотивационно-волевой и других сферах психики. Конкретное содержание такого анализа определяется общей клинической задачей и представлениями медицинской психологии о диагностической значимости (информативности) конкретных видов нарушений психической деятельности для решения этой задачи. При этом в соответствии с современной биопсихосоциальной парадигмой психиатрии предметом психологической диагностики выступают не отдельные психические свойства человека и даже не их сочетания, а интеграция этих свойств в конкретных условиях его жизнедеятельности (Ануфриев А.Ф., 2006).

Для реализации задач в области психиатрии психологическая диагностика обладает широким спектром методов экспериментального и клинко-психологического исследования, которые используются при исследовании конкретного больного в синтетическом единстве. По нашему мнению, в этом синтезе ведущая роль принадлежит клинко-психологическому методу, который реализует индивидуализированный, неформальный, смысловой, идеографический подход к изучению личности и истории ее развития. Экспериментально-психологический метод в этом синтезе реализует номотетический подход, обеспечивая надежность и объективность психодиагностической информации, дополняя и верифицируя данные клинко-психологического исследования (Щелкова О.Ю. 2011; Критская В.П., Мелешко Т.К., 2016).

В связи с этим важно подчеркнуть, что в настоящее время в соответствии со стремлением к получению максимально объективных данных максимально экономичным путем психологическая диагностика использует широкий спектр технических средств и информационных технологий, обеспечивающих широкие возможности и быстроту про-



ведения эксперимента. Однако перспективы развития связаны не только с технизацией, но и с дальнейшей гуманизацией психологической диагностики, с все большей реализацией личностно-ориентированного подхода к постановке задач, проведению и оценке результатов психологического исследования. В новых реалиях применение взаимосвязанных методов объективной экспериментальной (в том числе с использованием технических средств) и углубленной клинико-психологической диагностики в одном исследовании, как и при классическом патопсихологическом исследовании (Рубинштейн С.Я., 1970), может позволить интегрировать всю психодиагностическую информацию о больном в контексте его реальной жизненной ситуации и в связи с задачами клинико-психопатологической, но главное – многомерной функциональной (биопсихосоциальной) диагностики.

### Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – 495 с.
2. Аммон Г. Динамическая психиатрия: пер. с нем. – СПб.: НИПНИ им. В. М. Бехтерева, 1995. – 198 с.
3. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
4. Андрианова Н.Е. Нарушения понимания ситуаций социального взаимодействия при шизофрении: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2016. – 23 с.
5. Ануфриев А.Ф. Психологический диагноз. – М.: Ось-89, 2006. – 192 с.
6. Барлоу Д. Клиническое руководство по психическим расстройствам. – 3-е изд. – СПб.: Питер, 2008. – 911 с.
7. Бек А., Раш А., Шо Б., Эмери Г. Когнитивная терапия депрессий: пер. с англ. – СПб.: Питер, 2003. – 298 с.
8. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология: Руководство для врачей и клинических психологов – 2-е изд., испр. и доп. – М.: Моск. психол.-соц. ин-т; Воронеж: МОДЭК, 2006. – 624 с.
9. Боков С.Н. Значение исследования аффективности для дифференциальной диагностики неврозов и невротоподобной шизофрении // Теория и практика медицинской психологии и психотерапии. – СПб.: НИИ им. В.М. Бехтерева, 1994. – С. 170-176.

10. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Психологическая диагностика // Словарь-справочник по психодиагностике. – СПб: Питер, 2002. – С. 268-271.
11. Бурова В.А. Нейрокогниции и социальные когниции у пациентов, страдающих шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22, № 2. – С. 86-93.
12. Вассерман Л.И. Методология и методические подходы в психодиагностике когнитивно-аффективных расстройств при мозговой патологии // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – С. 24-30.
13. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение. – СПб., М.: Изд. Центр «Академия», 2003. – 736 с.
14. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Информационная карта обследования больных депрессивными расстройствами // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – С. 363-383.
15. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Методология медицинской психодиагностики: биопсихосоциальный подход, концепция адаптации и гуманистическая психология // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. – СПб.: Скифия-принт, 2014а. – С. 12-24.
16. Вассерман Л.И., Ананьева Н.И., Иванов М.В. и др. Комплексная диагностика эндогенных депрессий с использованием нейровизуализационных и когнитивных показателей // «Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева». – 2014б. – № 2. – С. 39-44
17. Вассерман Л.И., Иванов М.В., Ананьева Н.И. и др. Когнитивные расстройства при депрессиях: нейропсихологическое и МРТ-исследование // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – Т. 115, № 1-2. – С 13-19.
18. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. – 3-е изд. перераб. и доп. – СПб.: Питер, 2008. – 512 с.
19. Гаранян Н.Г. Депрессии // Клиническая психология: в 4 т. / под ред. А.Б. Холмогоровой. – Т. 2. Частная патопсихология. – Гл. 3. – М.: «Академия», 2012. – С. 126-178.
20. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Нейрокогнитивный дефицит и его динамика у больных на начальных этапах шизофрении и шизоаффективного расстройства // Наследие А.Р. Лурии в

- современном научном и культурно-историческом контексте: к 110-летию со дня рождения А.Р. Лурия / Сост. Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе. – М.: МГУ имени М.В. Ломоносова, 2012. – С. 177-183.
21. Ершов Б.Б. Нарушения перцептивной организации психической деятельности больных шизофренией // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». – 2011. – Вып. 12. – С. 107-114.
22. Ершов Б.Б., Лебедева Г.Г., Тагильцева А.В. Структура и методы оценки когнитивного дефицита при шизофрении: нейропсихологический подход (обзор литературы) // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета. Социология. – 2014. – №3. – 79-89.
23. Ершов Б.Б., Тагильцева А.В., Петров М.В. Современные исследования когнитивного дефицита при аффективных расстройствах: нейропсихологический подход (обзор литературы) // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». – 2015. – Т.8, №3. – С.65-78.
24. Зверева Н.В., Хромов А.И. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – №1 (24) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 09.11.2016).
25. Зейгарник Б.В. Патопсихология: учебник для студентов ВУЗов. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: Изд-во МГУ, 1986. – 286 с.
26. Зейгарник Б.В. Патопсихология: основы клинической диагностики и практики: учебное пособие. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: ЭКС-МО, 2008. – 363 с.
27. Зотов М.В. Когнитивные нарушения и возможности их компенсации у больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – 19.00.04. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 1998. – 24 с.
28. Зотов М.В. Механизмы регуляции когнитивной деятельности при воздействии стрессогенных факторов (в норме и патологии): автореф. дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.04. – СПб.: Санкт-Петербургский государственный университет, 2011. – 52 с.
29. Зотов М.В., Андрианова Н.Е., Попова Д.А., Гусева М.С. Видеть посредством чужих глаз: восприятие социального взаимодействия в норме и при шизофрении / Культурно-историческая психология. – 2015. – Вып. 4. – С. 4-21.
30. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. – СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. – 288 с.

31. Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в психиатрической клинике: значение психосоциальных характеристик больных шизофренией для прогноза эффективности восстановительного лечения // Вестник Санкт-Петербургского государственного университета . – 2009. – Серия 12. – Вып. 1. – Часть 1. – С. 348-354.
32. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. – 136 с.
33. Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Сравнительный анализ отечественного и зарубежного подходов к изучению когнитивных процессов у пациентов с шизофренией // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография / под ред. Н.В. Зверевой. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. – С. 65-82.
34. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных – повышение качества их жизни (теоретико-методологические аспекты) // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 24-28.
35. Карсон Р., Батчер Дж, Минека С. Анормальная психология. – 11-е изд. – СПб.: Питер, 2004. – 1167 с.
36. Кернберг О. Тяжелые личностные расстройства: Стратегии психотерапии: пер. с англ. – М.: Класс, 2001. – 459 с.
37. Коцюбинский А.П. Биопсихосоциальная модель шизофрении // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. – СПб., 2001. – С. 230-241.
38. Коцюбинский А.П., Зайцев В.В. Функциональный диагноз: теоретическая конструкция или реальный феномен? // Обзорение психиатрии и мед. психологии им. В.М. Бехтерева. – 2004. – № 1. – С. 7-10.
39. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. – 388 с.
40. Критская В.П., Мелешко Т.К. Методические принципы исследования шизофренической патологии // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. Коллективная монография / под ред. Н.В. Зверевой. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. – С. 9-16.
41. Левченко И.Ю. Патопсихология: Теория и практика / И.Ю. Левченко. – М.: Изд. центр «Академия», 2000. – 232 с.
42. Ломов Б.Ф. Системность в психологии: Избранные психологические труды / Б.Ф. Ломов. – М.: Изд-во Московск. психологич. инта. – 2003. – 424 с.

43. Нуллер Ю.Л. О парадигме в психиатрии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1991. – № 4. – 5-13.
44. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство. – М.: Медицина, 1970. – 215 с.
45. Рычкова О.В. Современные исследования нарушений социального познания при шизофрении // Консультативная психология и психотерапия. – 2013. – №1. – С. 63-89.
46. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания – новая парадигма в исследовании центрального психологического дефицита при шизофрении: монография. – М.: ФОРУМ, 2016. – 288 с.
47. Чередникова Т.В. Современные нейрокогнитивные теории нарушений мышления при шизофрении. Обзор зарубежной литературы // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия «Психология». – 2011. – Вып. 10, №18. – С. 95-101.
48. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
49. Шошина И.И., Шелепин Ю.Е. Механизмы глобального и локального анализа зрительной информации при шизофрении. – СПб.: Изд-во ВВМ, 2016 – 300 с.
50. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине: современные задачи и перспективы развития // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2010. – Серия 12. – Вып. 3. – С. 31-40.
51. Щелкова О.Ю. Клиническая психодиагностика. Часть 3. Основные методические подходы: Учеб. пособие. – СПб.: Санкт-Петербургский гос. университет., 2011. – 80 с.
52. Щелкова О.Ю., Зотов М.В. О развитие методологии патопсихологического исследования в Санкт-Петербургском государственном университете // Ананьевские чтения: Психология: вчера, сегодня, завтра: материалы международной конференции, 25-29 октября 2016 г. / отв. ред. А.В. Шаболтас и др. – СПб.: ИД ФАРМиндекс, 2016. – С. 180-181.
53. Addington J., Saeedi H., Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis // Br. J. Psychiatry. – 2006. – № 189. – P. 373-378.
54. Bowie C.R., Harvey P.D. Cognition in schizophrenia: impairments, determinants, and functional importance // Psychiatr. Clin. North. Am. – 2005. – Vol. 3. – P. 613-633.

55. Gold J.M., Harvey P.D. Cognitive deficits in schizophrenia // *Psychiatr. Clin. North. Am.* – 1993. – Vol. 16. – P. 295-312.
56. Goldstein G., Jo Shemansky W., Allen D.N. Cognitive function in schizoaffective disorder and clinical subtypes of schizophrenia // *Archives of Clinical Neuropsychology.* – 2005. – Vol. 20 (2). – P. 153-159.
57. Green M.F., Leitman D.I. Social Cognition in Schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin.* – 2008. – Vol. 34, № 4. – P. 670–672.
58. Henry J.D., Crawford J. R. A meta-analytic review of verbal fluency deficits in schizophrenia relative to other neurocognitive deficits // *Cog. Neuropsychiatry.* – 2005. – №10. – P. 1-33.
59. Kalkstein S., Hurford I., Gur R.C. Neurocognition in Schizophrenia // *Behavioral Neurobiology of Schizophrenia and Its Treatment* / Ed. Neal R. Swerdlow, USA: Springer, 2010. – P. 373-390.

**В.А. Урываев**  
**КАФЕДРА МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В**  
**МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ: ВЗГЛЯД НА ПЕРСПЕКТИВУ**

**Краткая история вопроса.** До 1996 года основные проблемы в области знания «медицинской психологии» затрагивались в объеме 26 часов, внутри курса «Психиатрия» и традиционно преподавались врачами-психиатрами на кафедре психиатрии. Так же подчеркнем, что по настоящее время все учебники с названием «Медицинская психология» написаны врачами-психиатрами [4, 7, 10 и др.]. Медицинская психология неявно трактовалась как пропедевтическая дисциплина к чтению врачами-психиатрами раздела «Общая психопатология». К этому можно добавить, что первые профессиональные психологи, выпускники факультетов психологии, устраивались на ставки «медицинских психологов» в психиатрические и наркологические больницы и подключались к таким задачам как диагностика, экспертиза, реабилитацию данной категории больных.

Практически до конца XX века дипломированных психологов в вузах системы минздрава не было. Это было связано с незначительным числом «часов» на медицинскую психологию и, конечно же, с патронажем проблем медицинской психологии со стороны врачей-психиатров [13].

В этой традиции уникальным был опыт преподавания «психологической медицины» в Бишкеке. Автором этой программы стал замечательный ученый (защита докторской диссертации прошла сразу по трем специальностям: психиатрия, медицинская психология и кардиология) – врач-психиатр профессор В.В. Соложенкин [5, 8 и др.]. В таб-

лице 1 приведена программа преподавания «психологической медицины» на медицинском факультете университета общим объемом более 700 аудиторных часов.

Табл. 1. Структура курса медико-психологических дисциплин для студентов медицинского факультета Кыргызско-Российского (Славянского Университета) [5]

| Дисциплина  | Семестр | Всего часов | Лекции | Групповые занятия | Контроль  |
|---|---------|-------------|--------|-------------------|-----------|
| Основы самопознания (группы тренинга личностного роста) - электив | I       | 36          | -      | 36                | Зачет     |
| Психологические основы врачебной деятельности                     | II      | 54          | 18     | 36                | Зачет     |
|   | III     | 54          | 18     | 36                | Диф.зачет |
| Медицинская психология (стрессология)                             | IV      | 54          | 18     | 36                | Зачет     |
| Медицинская психология (персонология)                             | V       | 126         | 36     | 90                | Зачет     |
|   | VI      | 90          | 36     | 54                | Диф.зачет |
| Патопсихология  | VII     | 76          | 38     | 38                | Зачет     |
| Психиатрия и наркология   | VIII    | 54          | 18     | 36                | Зачет     |
|   | IX      | 57          | 19     | 38                | Экзамен   |
| Психотерапия  | X       | 72          | 36     | 36                | Зачет     |
|   | XI      | 60          | 20     | 40                | Диф.зачет |
| Всего (без часов электива)  |         | 733         | 257    | 476               |           |

Программа покоряет своей продуманностью, методической выверенностью, оригинальностью поставленных вопросов. Заметим, задачи качественной работы врача, связанные с его психологической подготовленностью очерчены выпукло, для многих задач найдены оригинальные решения.

С 1996 года «на волне гуманитаризации образования» (в новом образовательном стандарте в блок гуманитарных дисциплин была включена «психология») появилась вторая «точка роста» для внедрения психологического знания - преподавание «педагогике и психологии» на младших курсах [6, 9, 11, 12]. В результате это направление стало развиваться педагогами, философами, и только отчасти психологами... Задачи профессионально-психологической подготовки врачей к работе в практическом здравоохранении, в различных клиниках, у постели больного, - решались очень выборочно или не ставились вовсе, ввиду отсутствия у преподавателей «клинического опыта».

Формирование кадров клинических психологов для медицины (в русле рассматриваемой нами проблемы профессионально-психологической подготовки врачей) ситуацию существенно не изменило [2].

В это же время за рубежом [1, 3, 14] навыки, к примеру, профессионального общения врача, сдавались буквально «под зачет». В Табл. 2 представлен фрагмент обобщающей методической разработки по итогам семинара по тематике коммуникаций «врач-пациент», проведенного ВОЗ в Женеве 15-18 июня 1993 года. В семинаре приняли участие специалисты Великобритании, Беларуси, Египта, Индии, Литвы, Зимбабве, Австралии, Японии. В итогах семинара декларировалось, что эффективные навыки профессиональной коммуникации врача невозможно переоценить и что развитием этих навыков следует заниматься «в непрерывном режиме» - как в ходе обучения врача (на пропедевтических и клинических кафедрах), так и в ходе последиplomной подготовки, при аттестации или присвоении врачу той или иной квалификации.

Табл. 2. Профессиональные навыки – форма для оценки медицинского интервью – I-ый год чения (Университет Ньюкасла. Медицинский факультет. Бакалавр медицины) [1]

Врач \_\_\_\_\_

Оценщик \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_

Количественная оценка  
или комментарий: уд./неуд

|   |  |
|---|--|
| <b>1. ПРИВЕТСТВИЕ</b>   |  |
| * представление (имя, роль)   |  |
| * выяснение имени пациента и предпочитаемой формы обращения к нему  |  |
| * постановка цели взаимодействия  |  |
| <b>2. ПОДГОТОВКА «СЦЕНЫ»</b>  |  |
| * оптимизация окружения (оформление мест для сидения, физические барьеры, факторы, которые могут отвлекать внимание)        |  |
| * предоставление пациенту возможности чувствовать себя свободно (физический комфорт, эмоциональный дистресс)                |  |
| * вводная фраза для уточнения настоящего состояния (например, «Как вы себя чувствуете?») или другой подходящий комментарий) |  |
| * передача внимания и заинтересованности (контакты взглядом, поза, действия, правильный ответ на результат вводной справки) |  |
| <b>3. ОТКРЫТИЕ ОБОЗРЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ (ПРОБЛЕМ)</b>   |  |
| * приглашение поставить проблему (проблемы)   |  |
| * правильное использование молчания   |  |
| * баланс открытых и закрытых вопросов   |  |
| * использование облегчения, прояснения, других добавочных техник  |  |
| * баланс между спонтанными проявлениями пациента и способностью руководить интервью   |  |
| <b>4. ОПИСАНИЕ НАСТОЯЩЕЙ БОЛЕЗНИ</b>  |  |
| * организация течения интервью вокруг нити повествования  |  |



|   |  |
|---|--|
| * выявление деталей симптомов (локализация в теле, качество, количество, хронология, контекст, усиливающие и ослабляющие факторы, сочетающиеся с новыми проявлениями) |  |
| * изложение жизненного контекста пациента   |  |
| * выдвижение гипотез  |  |
| * использование правильных методов наведения справок (см. п.3 выше)   |  |
| <b>5. НАВЫКИ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ</b>   |  |
| * показ врачом самого себя (внешний вид, поведение, включая уверенность в себе, доверительность, профессионализм)   |  |
| * речь и использование языка (особенно ясность)   |  |
| * качество взаимодействия (теплота, восприимчивость, внимательность, заботливость, эмпатия, отношение к пациенту, например, доверительность, «несудебный» тон и т.д.  |  |
| * работа с сенситивными и личностными проблемами  |  |
| * способность справиться с ограничением по времени  |  |
| <b>6. ЗАКРЫТИЕ ИНТЕРВЬЮ</b>   |  |
| * сделан ли сбор всего необходимого   |  |
| * спросил ли врач – осталось ли что-то важное, что пациент забыл упомянуть  |  |
| * спросил ли врач – есть ли у пациента какие-либо вопросы   |  |
| * внимание к установлению последующих шагов и договоренностей, как это необходимо   |  |
| * прощание  |  |

Общая оценка: неудовлетворительно/удовлетворительно

Подпись оценщика \_\_\_\_\_

В настоящее время психологические компетенции врача так и остались в рамках общегуманитарного подхода к подготовке специалиста-медика, не предлагая ни решения современных задач обеспечения качества медицинских услуг, ни, тем более, формирования профессионально-психологического клинического поведения врача.

В не новом учебнике «Медицинская психология и медицинская социология» [14] на наш взгляд выразительно описаны списки таких компетенций – ниже мы даем перевод содержания двух ключевых глав (позволим себе развернутую цитату).

«Глава 8. Поведение здорового и больного человека.

§1. Объясняющая модель болезни и заболевания. Биомедицинская модель. Психоаналитическая модель. Поведенческая модель. Биологическая модель.

§2. Профилактика. От медицины к науке о здоровье. Теоретические и методические основные положения. Сферы применения. Проблемы.

§3. Поведение больного человека. Определение понятий. Стадии поведения больного (восприятие симптома, поведение, контакт с ме-

дицинским учреждением, коммуникация «врач-пациент», борьба с болезнью). «Карьера» пациента и врача. Культурные традиции. Поведение больного определенного социального слоя. Самолечение и дилетанское лечение. Значение и сложность.

§4. Роль больного. Появление действий больного. Ролевое ожидание и поведение. Институциональная роль больного. Оценка болезни.

§5. Лечение. \* Эмоциональные реакции на нарушение хода жизнедеятельности, заболевания, умирания, смерти. Обслуживание тяжело и смертельно больных, Эмоциональные реакции на сердечный инфаркт. Пациент в предстационарной фазе. Пациент в стационарной фазе. Отречение у таких больных. Эмоциональные реакции обслуживающего персонала. Больные раком. Рак как наиболее частая причина смерти. Сообщение диагноза «рак». Реакция на раскрытие диагноза. Критическое рассмотрение ракового заболевания. Эмоциональные реакции раковых больных. Процесс умирания. Избегающее поведение врачей. \* Психическая обработка в больнице. Нагрузки, обусловленные заболеванием. Сопротивление и защита от болезни. Формы сопротивления. Принятие во внимание и учет форм сопротивления. Примеры условий и последствий лечения. Аппаратная медицина. Хирургическое вмешательство. Хроническое заболевание, инвалидность и увечие. \* Система поддержки. Психосоциальные проблемы женщин, больных раком грудной железы. Значение и перенапряжение в семейной самопомощи. Группы поддержки. Границы и опасности групп поддержки. Решение групповых проблем. Совместная работа со специалистами».

Заметим, что вопрос профессионально-психологической подготовки врача к контакту с человеком пришедшим на приме в цитируемого учебном пособии развернут предельно детально (и сопровождается ссылками на сотни исследований).

#### «Глава 9. Отношения между врачом и пациентом

§1. *Роль врача.* Формальная и неформальная роль врача. Нормативный аспект. Задачи врача. Врачебная власть. Неформальная роль. Рабочий союз. Профессиональная социализация. Понятие «социализация врача». Социализация врача. Медицинский студент. Сложность в социализации врача. Эффекты в социализации врача. Общение. Стрессоры в процессе обучения медицине. Психические нагрузки на студентов-медиков. Эффект социализации как объект исследования. К переменам в учебном процессе. К переменам ориентации. Цинизм. Желание узкой специализации. Противоядие смерти - значение и функция профессионального образования. Политическая ориентация. Общечеловеческие ценности. К изменению в личностных особенностях. Дефицит исследований в Германии

§2. *Взаимодействие. \* В амбулаторных условиях.* Модель отношений между врачом и пациентом. Вариации результатов. Удовлетворение. Понимание и запоминание информации, данной врачом. Несовместимость. Вариации личности. Ориентации. Стиль проведения. Практика выписки рецепта. Социально-демографические вариации. Общее состояние знаний о человеке у населения. Лечение верой. Концепция локуса контроля. Концепция атрибуции причин. Вариации процесса. Вербальное и невербальное поведение. Пространственно-временные особенности амбулаторной практики. \* *Влияние стационарных особенностей.* Значение больницы. Социальная структура больницы. Модели стационарных лечебных учреждений. Основные модели отношений между врачом и пациентом. Отношения между врачом и пациентом в больнице. Мнение пациента о больнице. Критика пациентом персонала. Критика обходов. Критика распорядка дня. Критика помещений. Страхи больницы. Объяснение негативных опытов. Потребности больного в больнице. Боязливое отношение к больничным процедурам. Возможности нагнетания страха самим врачом. Полезный эффект адекватности врачебной информации \* *Асимметрия и социальная дистанция.* Болезнь как нарушение социальной идентификации. Социальная дистанция между больным и врачом. Асимметрия на примере обхода. Возможности изменения. \* *Диагностика отношений и лечебный эффект.* Взаимодействие как взаимовлияние. Отношение между врачом и проблемами пациента. Диагностика реакций переноса и контр-переноса. Плацебо-эффект. Ятрогенная фиксация. Наблюдение интеракций как диагностический инструмент. Первое психоаналитическое интервью и сценическая информация. Балинт-группа

§3. *Разговор врача. \* Общие цели и функции.* Согласие и рабочая связь между врачом и пациентом как основная цель. Ведение разговора врачом - процесс, которому можно обучить. Влияние врачебного разговора. Элементы врачебного разговора, требующие согласия. Вещественный аспект сбора информации и посредничество при нем. Социально-эмоциональный аспект интеракций между врачом и пациентом. Невербальное взаимоотношение. Формы ведения разговоров в зависимости от функций. \* *Требования к разговору.* Признание роли ведения разговора врачом. Определение объекта разговора (директивность, позитивная оценка, эмоциональная поддержка, внутреннее участие, эмпатия, информационное содействие). Словесное подкрепление. Обучение ролевому поведению.

§4 *Следование врачебным предписаниям - комплаенс.* Методы измерения проблемы. Значение и размер проблемы нон-комплаенса. Причины и предопределение нон-комплаенса. Мероприятия по улучшению проблемы. Разъяснения по улучшению проблемы».

Как мы видим, традиционное понимание предмета медицинской психологии в нашей стране не вполне совпадает со списком указных проблем (сравним содержание любого учебника по заявленной тематике и приведенное выше содержание глав).

Мы полагаем, что одним из вариантов решения проблемы – основным – может стать последовательное формирование в медицинских вузах кафедр медицинской психологии.

Часто задаваемым вопросом в подобной ситуации является вопрос о часовой нагрузке. Здесь можно констатировать, что «по факту» в подавляющем числе вузов, со времен «гуманитаризации» образования (где-то больше, где-то меньше) появились и закрепились кафедры «педагогики и психологии», осваивающие порядка трех «зачетных единиц». Они остались в блоке «гуманитарные, социальные и экономические дисциплины».

Полагаем, что переименование кафедры (предлагаемое название – «кафедра медицинской психологии»), ее переопределение в главных задачах и перенесение в блок «профессиональные дисциплины» может существенно изменить ситуацию. Заметим, что такого же объема часовой нагрузки кафедры «Офтальмологии», «Оториноларингологии», «Судебной медицины» и др., находятся как раз в данном блоке.

### **Возможные перспективы развития**

Подводя итоги сказанному, мы можем утверждать, что основными аргументами в пользу создания независимой кафедры являются.

1. Повышение вклада психологии в качество медицинских услуг. Прежде всего, в создании действительно эффективного взаимодействия в диаде «врач-пациент»;

2. Появление в последнее время достаточного числа специалистов (кандидатов и докторов наук, защитившихся по шифру 19.00.04 – медицинская психология). К этому следует добавить, что создание числом около 50-ти кафедр медицинской психологии в медицинских вузах страны создаст предпосылки для формирования безусловно основательной научной опоры для разнообразных практически ориентированных исследований. К этому же следует добавить возникновение, соответственно, около 100 мест для доцентов специализации «медицинская психология». В сумме, можно прогнозировать создание мощной научной прослойки, которой остро не хватает в настоящее время для решения актуальных задач повышения качества медицинских услуг.

3. Появление в системе Минздрава России отдельного направления – внештатные специалисты по «медицинской психологии», укомплектованного, во многом, специалистами Министерства образования, – на наш взгляд, сможет помочь формированию

эффективного диалога между нарождающимися структурами и имеющимися научными центрами.

### Литература

1. Врач-пациент: общение и взаимодействие. – Женева – Амстердам - Киев: ВОЗ, 1996 - 55 с.
2. Клиническая психология. Учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского - СПб.: Питер 2002, 960 с. (серия «Национальная медицинская библиотека»);
3. Лебедев Б.А. Место психиатрии и смежных дисциплин в медицинском образовании в нашей стране и в США // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева, 1991, №2, С. 60-67
4. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. Практическое руководство. – М.: МЕДпресс, 2008.
5. Нелюбова Т.А., Зарифьян А.Г. Валерий Владимирович Соложенкин: педагог и ученый. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 5. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 31.01.2018).
6. Психология: Практикум для студентов медицинских вузов / Под ред. Твороговой Н.Д. Изд. 2-е, перераб. и дополн. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002
7. Сидоров П.И., Парняков А.В. Введение в клиническую психологию. Учебник для студентов медицинских вузов. Т.т. 1-2 – М.: Академический проект, 2000
8. Соложенкин В.В. Психологические основы врачебной деятельности. Учебное пособие. – М.: Академический проект, 2003
9. Творогова Н.Д. Психология: Лекции для студентов медицинских вузов. Изд. 2-е, перераб. и дополн. – М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002
10. Тюльпин Ю.Г. Медицинская психология. - М., 2004
11. Урываев В.А. Психология личности. Практикум: Учебное пособие для студентов младших курсов медицинского вуза. - Ярославль, ЯГМА, 2005
12. Урываев В.А. Социальная психология личности. Практикум: Учебное пособие для студентов младших курсов медицинского вуза. - Ярославль, ЯГМА, 2006
13. Урываев В.А. О перспективах развития преподавания психологии в медицинских вузах с позиций профессиональной подготовки врача. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 31.01.2018).

14. Medizinische Psychologie & Medizinische Soziologie / hrsg. von  
Gernot Huppmann u. Friedrich-Wilhelm Wilker. - Munchen; Wien;  
Baltimore; Urban u. Schwarzenberg, 1988

## **РАЗДЕЛ 2. Прикладные исследования: новые направления, мультидисциплинарный подход**

### **Е.И. Первичко РЕГУЛЯЦИЯ ЭМОЦИЙ В НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ: КУЛЬТУРНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД**

Термин «регуляция эмоций» (РЭ) в качестве самостоятельной научной категории утвердился в психологии относительно недавно, в 1980-е г., при этом количество публикаций по данной проблеме ежегодно увеличивается, согласно данным информационных источников [37, 42]. Это обусловлено возрастанием стрессогенности современного общества, неуклонным ростом частоты встречаемости депрессивных, тревожных и психосоматических расстройств, высокой распространенностью аддиктивного и антисоциального поведения. Согласно данным исследований последних лет, выраженные нарушения РЭ выступают на первый план у 40-75% перечисленных выше пациентов [29, 38, 39, 43, 49]. Все это придаёт высокую значимость организации исследований, направленных на расширение и уточнение представлений о содержательных составляющих эмоциональности человека, и в особенности – о психологических факторах и механизмах, обеспечивающих возможность эффективной РЭ.

Однако, несмотря на то, что эта тематика все более часто становится объектом систематических исследований как в общей, так и в клинической психологии, на основании анализа опубликованных данных можно заключить, что проблемное поле изучения РЭ в норме и патологии находится в данный момент в процессе противоречивого становления, что создает условия для дискуссий относительно содержательной специфики РЭ и её психологических механизмов. При этом необходимо признать, что задача создания психологически обоснованной типологии стратегий РЭ в норме и патологии, а также вскрытие психологических механизмов их становления и выбора субъектом в конкретных ситуациях, становится все более значимой для решения диагностических, профилактических, реабилитационных, коррекционных и психотерапевтических задач при работе как со взрослыми, так и с детьми.

В исследованиях РЭ последних лет, выполненных преимущественно в когнитивистской парадигме, сформировалось представление о ней как о *совокупности осознаваемых и неосознаваемых психических процессов*, усиливающих, ослабляющих, модифицирующих, перенаправляющих либо удерживающих на одном

уровне качество и интенсивность эмоциональных реакций и эмоциональных состояний человека для того, чтобы позволить ему функционировать адаптивно в эмоционально значимых ситуациях [31, 32, 34, 36, 37, 42, 48]. М.А. Падун [14] в развитие этих идей с позиций системного подхода предлагает рассматривать РЭ в качестве *системного процесса*.

К настоящему времени накоплен большой массив феноменологических данных по проблеме РЭ. Приводятся перечни стратегий РЭ, получены сведения об их сравнительной эффективности с точки зрения решения адаптационных задач при переживании как негативных, так и позитивных эмоций [35-37]. Однако анализ опубликованных работ позволяет заключить, что, несмотря на богатство феноменологического материала и указания ряда исследователей на необходимость поиска психологических механизмов РЭ [9, 14-19, 23, 24, 37], на сегодняшний день в психологии *фактически отсутствует модель, в рамках которой системно описывались бы компоненты и психологические механизмы РЭ*; модель, которая позволяла бы интегрировать и обобщать эмпирические данные, накопленные по обсуждаемой проблеме в различных исследовательских традициях. Вместе с тем данная задача приобретает особую актуальность на современном этапе развития научного знания с его постнеклассической научной картиной мира в связи с необходимостью подходить к изучению человека и его психики как к *открытым саморазвивающимся системам* [7, 22].

Допустимо предположить, что возможности построения такой модели представлены в теоретико-методологических принципах культурно-деятельностной парадигмы [1, 3-6, 11-13, 21, 28], в том числе и в подходе к пониманию проблемы эмоций: представлениях об эмоциях как о высших психических функциях и о знаково-символическом опосредствовании эмоций [3, 4, 23, 24]; как о субъективной форме существования потребностей [11, 12, 21] и как о субъективных переживаниях, с помощью которых мотивация открывается субъекту на уровне психического отражения [2].

**Целью** данного исследования стало построение концептуальной модели РЭ в норме и патологии; изучение РЭ у пациентов с такими формами сердечно-сосудистой патологии, как пролапс митрального клапана (ПМК) и эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ), в сравнении со здоровыми лицами.

Выбор пациентов с ПМК и больных ЭАГ в качестве эмпирической базы исследования не был случайностью. В последние годы все более убедительные доказательства получает положение о значимости психологических факторов в патогенезе расстройств сердечно-



сосудистой системы и становлении их клинических проявлений. Благодаря возросшим диагностическим возможностям описываются все новые формы сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ), представляющие интерес для проверки психосоматических гипотез. В их числе – ПМК и «артериальная гипертензия на рабочем месте» (АГрм), являющаяся, наряду с «классической» ЭАГ со стабильно повышенным давлением, одной из клинических форм ЭАГ. У больных с АГрм значения артериального давления (АД) на работе оказываются выше значений АД в нерабочее время [47]. Изучение АГрм приобретает особую актуальность в связи с наметившейся тенденцией к снижению возраста болеющих ССЗ.

Пациенты с ЭАГ традиционно рассматриваются в качестве одной из клинических моделей, релевантных для изучения эмоций и их регуляторных составляющих [41, 50]. Однако содержательная специфика РЭ этих больных по-прежнему остается мало изученной. Как пациенты с ПМК, так и больные с АГрм часто описываются клиницистами в качестве «трудных» больных, предъявляющих многочисленные жалобы психовегетативного содержания и жалобы на низкое «качество жизни», свидетельствующие об их эмоциональном и личностном неблагополучии в сочетании с объективно регистрируемыми изменениями в физиологических системах жизнедеятельности, проявляющихся в ситуациях эмоциональной нагрузки [40, 44, 46]. Следовательно, это те группы пациентов, в отношении которых задача изучения РЭ, с выделением ее структурных составляющих и определением их функциональной нагрузки при решении задач РЭ, имеет несомненную практическую актуальность.

Однако необходимо отметить, что психологическое исследование пациентов указанных групп значимо и актуально также и в теоретическом плане, причем как для медицины, так и для психологии. С учетом имеющихся в литературе многочисленных указаний на утяжеление клинических проявлений как ПМК, так и АГрм именно в ситуациях эмоциональной нагрузки, допустимо предположить, что, исследуя этих больных, особенно в сопоставлении с пациентами с «классической» ЭАГ, мы тем самым получаем уникальные возможности для изучения различных аспектов РЭ.

В соответствии с теоретическими и методологическими положениями культурно-деятельностной парадигмы, была выдвинута общая гипотеза о том, что РЭ может быть представлена в качестве системы, включающей психологический и физиологический уровни. При этом в структуре психологического уровня, в свою очередь, могут быть выделены мотивационно-смысловой и операционально-технический уровни регуляции. Операционально-технический уровень

в структуре РЭ представлен стратегиями РЭ, выбираемыми субъектом при разрешении эмоциогенных ситуаций. В качестве второй общей гипотезы выступило предположение, что в качестве значимых психологических механизмов РЭ выступают рефлексия и знаково-символическое опосредствование эмоций.

В отечественной психологической традиции представлены работы, в которых обозначен вклад знаково-символического опосредствования эмоций в их регуляцию [20, 26, 27]. Однако не представлено исследований, в которых бы показывалась связанность рефлексии и знаково-символического опосредствования эмоций в их качественной специфике при выборе субъектом стратегий РЭ и обеспечении их эффективной регуляции, в зависимости от мотивации и актуального эмоционального состояния субъекта в норме и патологии.

Для проверки выдвинутых гипотез был выполнен цикл исследований РЭ у больных ССЗ указанных групп и у здоровых лиц, в которых были последовательно изучены: (1) особенности РЭ при решении задач перцептивного выбора эмоционально значимых ситуаций и дескрипторов для описания переживаний в эмоциогенных ситуациях; (2) стратегии РЭ при спонтанном отреагировании и при решении задачи целенаправленно минимизировать травматическое значение ситуации; (3) состояния психической напряженности, возникающие при моделировании эмоциональной нагрузки, а также особенности уровня притязаний [17].

#### ***Методическое обеспечение исследования***

Методически исследование обеспечивалось использованием специально разработанного диагностического комплекса, включающего проективное и психосемантическое исследование фрустрационных реакций по модифицированному нами варианту теста Розенцвейга и эксперимент с эмоциональной нагрузкой в стандартной процедуре изучения уровня притязаний [8, 17, 19, 45].

***Модификация теста Розенцвейга*** предполагала последовательную работу участников исследования с ситуациями, отбираемыми ими в качестве травмирующих из стимульного материала методики Розенцвейга на первом этапе ее выполнения. Участники должны были ответить на три вопроса: А – «что бы Вы ответили в данной ситуации?» (первичный ответ); В – «что бы Вы при этом подумали?» (вторичный ответ); С – «что надо было бы ответить, чтобы уменьшить травматическое значение ситуации?». Последовательной сменой инструкций задавалась особая «рефлексивная нагруженность» исследования, его участники ставились в условия необходимости решения классической «задачи на смысл» [11] и тем самым – в условия необходимости актуализации все

более сложных в личностном плане и с когнитивной точки зрения средств знаково-символического опосредствования, поскольку рефлексивная «нагруженность» исследования возрастала от одной инструкции к другой.

На основании данных контент-анализа ответов испытуемых в условиях инструкций разных типов были выделены и типологизированы стратегии РЭ [17, 19]. При выполнении методики регистрировались следующие показатели:

1) количество ситуаций, отнесенных участниками к разряду травмирующих, а также количество и модальностные характеристики эмоциональных дескрипторов, отобранных ими для описания переживаний в этих ситуациях;

2) соотношение содержания и направленности реакций в «первичных» и «вторичных» ответах в травмирующих ситуациях – с целью анализа наличия у участников исследования тенденции не выражать в открытом вербальном поведении возникающие эмоциональные переживания;

3) частота использования различных стратегий РЭ в условиях спонтанного отреагирования и при решении задачи целенаправленно минимизировать травматическое значение ситуации – с целью анализа общего «профиля стратегий» РЭ пациентов с ССЗ и здоровых лиц [8, 16-19, 45].

При выполнении *эксперимента с эмоциональной нагрузкой* регистрировались высота, устойчивость и адекватность уровня притязаний (УП); показатели мимической активности, жестикуляции, частоты смены поз и изменений тона голоса [10]; уровень реактивной тревожности (РТ) по шкале Спилбергера–Ханина и показатели АД. Значения реактивной тревожности и АД фиксировались до- и после эксперимента<sup>1</sup>.

Обследовано 85 пациентов с АГ<sub>рм</sub> (средний возраст 44,7±4,3 лет), 85 больных ЭАГ (средний возраст 47,4±4,5 лет), 134 пациента с ПМК (средний возраст 24.8±1.2 лет) и 155 здоровых лиц, сопоставимых с больными по полу и возрасту.

---

<sup>1</sup>Исследование физиологических и биохимических параметров, также как и отбор пациентов с ПМК, больных АГ и здоровых лиц для участия в исследовании выполнялись сотрудниками кафедры госпитальной терапии и кафедры факультетской терапии и профболезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова Руководители исследовательских проектов – академик РАН А.И. Мартынов и профессор О.Д. Остроумова.

## Результаты исследования и их обсуждение

### Выбор эмоционально значимых событий и дескрипторов для описания возникших переживаний

Результаты показали, что больные всех изученных групп, и пациенты с АГрм в особенности, отличаются от здоровых лиц более высокими значениями частот выбора эмоционально значимых событий и дескрипторов для описания возникших переживаний (Табл. 1).

Таблица 1. Среднегрупповые показатели выбора ситуаций и дескрипторов

| Выбор ситуаций и дескрипторов    | ПМК, n=134           | АГрм, n=85              | ЭАГ, n=85            | Контроль, n=155 |
|----------------------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|-----------------|
| Общее кол-во выбранных ситуаций  | 7.9±0.7              | 9.7±1.2 <sup>a</sup>    | 9.4±2.0 <sup>a</sup> | 6.9±1.1         |
| Кол-во дескрипторов в 1 ситуации | 8.5±1.5 <sup>a</sup> | 11.0±2.2 <sup>a,b</sup> | 8.2±1.5              | 7.0±1.9         |

Примечание.

a - различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p < 0.05$ );

b - различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p < 0.001$ ).

Показано, что к разряду травмирующих больные ССЗ достоверно чаще, чем здоровые лица, относят эмоционально нейтральные ситуации. В этом случае можно говорить о дефиците смыслового конструирования и знаково-символического опосредствования и об аффективном «секвестировании» доступа к индивидуальному лексическому опыту. Такая стратегия была названа нами *стратегией расширения объема выбора событий и дескрипторов* и была отнесена к классу *когнитивно-неопосредствованных стратегий РЭ*.

Кроме того, во всех группах больных ССЗ, и в группе пациентов с АГрм в особенности, достоверно чаще ( $p < 0,001$ ), в сравнении со здоровыми лицами, встречается феномен «парадоксального сужения» объема эмоционально значимых событий (Табл. 2).

Таблица 2. Наличие феномена «парадоксального сужения» объема значимых событий

| Группы                      | Наличие феномена |                         |
|-----------------------------|------------------|-------------------------|
|                             | Кол-во случаев   | %                       |
| 1. ПМК, n=134               | 24               | 17.9 <sup>b, c, d</sup> |
| 2. АГрм, n=85               | 45               | 52.9 <sup>b</sup>       |
| 3. «Классическая» ЭАГ, n=85 | 11               | 12.9 <sup>a, c, d</sup> |
| 4. Здоровые лица, n=155     | 13               | 8.3                     |

Примечание.

- a - различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p < 0.05$ );
- b - различия значимы при сравнении со здоровыми лицами  $p < 0.001$ );
- c - различия значимы при сравнении с больными «классической» ЭАГ ( $p < 0.05$ );
- d - различия значимы при сравнении с пациентами с АГрм ( $p < 0.001$ ).

Иными словами, пациенты с ССЗ часто не относят к разряду травмирующих *наиболее «эмоционально нагруженные»* ситуации из числа ситуаций обвинения, что, как правило, сопровождается скудным выбором дескрипторов для описания возникших переживаний. Эта стратегия получила название *стратегии ограничения в объеме выбора ситуаций и дескрипторов* и была отнесена к классу *когнитивно-трансформирующих стратегий регуляции эмоций*, поскольку в данном случае присутствует знаково-символическое опосредствование, хотя и в искажённом виде.

При использовании обеих рассмотренных стратегий эффект по регуляции эмоций достигается, но исключительно за счет искажения ситуации при формировании её образа. Наиболее часто обе стратегии присутствуют в сочетании. В основе такого сочетания лежит защитный аффект, а в качестве основного механизма выступает механизм *семантико-перцептивной защиты*, описанный ранее А.Ш. Тхостовым [25].

Таким образом, *при решении задач перцептивного выбора* больные ССЗ изученных групп, и пациенты с АГрм в особенности, отличаются от здоровых лиц достоверно более частым использованием достаточно противоречивых стратегий РЭ: расширение объема выбора ситуаций и эмоциональных дескрипторов и ограничение в объеме выбора ситуаций и дескрипторов в их сочетании. Это позволяет сделать вывод о том, что средства знаково-символического опосредствования используются искаженно в условиях дефицита рефлексии. Допустимо предположить, что выявленные на этапе решения задачи перцептивного выбора дефицит личностной рефлексии и искаженность знаково-символического опосредствования будут проявлять себя также в стратегиях регуляции эмоций при разрешении эмоционально значимых ситуаций социального взаимодействия. Проверке этой гипотезы посвящен следующий этап анализа.

### **Стратегии регуляции эмоций при разрешении эмоционально значимых ситуаций социального взаимодействия**

В первой части этого исследования методом контент-анализа ответов участников в условиях спонтанного отреагирования и при решении задачи произвольной РЭ были выделены стратегии РЭ, используемые как здоровыми лицами, так и больными ССЗ при

разрешении эмоционально значимых ситуаций социального взаимодействия.

Каждый ответ кодировался по двум критериям оценки:

1. Направленность регуляторных усилий субъекта: (а) на оптимизацию своего эмоционального состояния за счет трансформации *когнитивной структуры переживания*, путем актуализации новых личностных смыслов и введения дополнительных стимулов-средств (*интернальные стратегии*); (б) на изменение *экспрессивных характеристик эмоций и решение коммуникативных задач* в ситуациях социального взаимодействия, на изменение эмоционального состояния партнера по общению и, тем самым, уже опосредованно, на решение задачи регуляции своих эмоций (*экстернальные стратегии*).

2. Обращаемость субъекта в необходимом объеме к различным формам знаково-символического опосредствования.

Таким образом, было выделено два класса стратегий РЭ: (1) *интернальные* и (2) *экстернальные*. В свою очередь, в каждом из них выделены подклассы когнитивно-неопосредованных и когнитивно-трансформирующих стратегий. Подробное описание стратегий РЭ и психологических механизмов, положенных в основу при их выделении, приведено в наших публикациях [17, 19].

Приведем краткое описание выделенных стратегий РЭ.

#### 1) *Интернальные стратегии РЭ:*

1. *Руминации и катастрофизация:* обращение к мыслям, преувеличивающим негативные аспекты произошедшего, с неспособностью «отключиться» от них и склонностью драматизировать ситуацию.

2. *Сравнение и обесценивание:* обесценивание значимости события и/или нивелирование его травмирующего значения: «могло быть хуже» и т.п.

3. *Позитивный пересмотр:* характерна склонность к приписыванию положительного смысла сложившейся ситуации, с поиском позитивных сторон произошедших событий. Выделение и актуализация позитивного значения события осуществляется на основе сверхобобщения, например: «это к счастью».

4. *Последовательная актуализация новых личностных смыслов* - сложный в когнитивном отношении процесс, в котором последовательно актуализируется и разворачивается система когнитивных приемов, направленных на поиск нового смыслового наполнения ситуации. Например, «Может, мне и не надо было успеть на этот поезд? Будет повод зайти к другу в гости, мы так давно не виделись. Так что все к лучшему». Является одной из наиболее высокоэффективных стратегий.

5. *Трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры.* Человек демонстрирует возможность комически или трагикомически обобщить и заострить отношения и, тем самым, кардинально трансформировать переживания. Возникновение комического эффекта часто достигается за счет нарушения ожиданий партнера по общению или эффекта неожиданности: «Шутка! Я их не потерял! Вот они!» (о ключах); или «Я потерял их специально, чтобы у нас было побольше времени побыть вдвоем...» (карта 1 теста Розенцвейга). Эффект РЭ при адекватном использовании этой стратегии выражен максимально.

## 2) *Экстернальные стратегии регуляции эмоций:*

1. *Непосредственное выражение эмоций.* О непосредственном выражении эмоций можно говорить в том случае, когда экспрессия непосредственно отражает эмоциональное состояние субъекта. Отсутствие расхождения в ответах в условиях инструкций А и В (ответил и подумал) и при совпадении вербального и невербального планов ответа; преимущественно при их выраженном негативизме. Например: «Да пошел ты!».

2. *Подавление экспрессии эмоций:* человек контролирует внешние проявления эмоций (например, следит за своей мимикой, тембром голоса); наличие выраженного расхождения в ответах в условиях инструкций А и В (ответил и подумал). В большинстве случаев малоэффективная стратегия: нивелируется только экспрессивный компонент эмоции, а переживание эмоции сохраняется.

3. *Конфликтно-коммуникативное отреагирование* представляет собой, по сути, определенным образом организованное эмоциональное воздействие на Другого: человек пытается манипулировать и управлять партнером по общению. Характерна диссоциация между экспрессивным компонентом эмоции и состоянием. Например, в социально приемлемой форме, но путем вызова состояния дискомфорта у партнера по общению человек пытается показать, что возникшая ситуация ему неприятна: «тебе нужно худеть, голубчик!» «всего хорошего, веселитесь!» (при этом тон, которым произносится фраза, а также мимическое и пантомимическое сопровождение, не предвещают ничего хорошего).

4. Использование *стратегии субъект-субъектных интерактивных трансформаций* исходно имеет выраженную интерактивную направленность и нацелено на вызов у партнера по общению противоположной, по отношению к исходной ситуации, эмоциональной реакции. Действия субъекта направлены на снятие социального напряжения. Выражаемая им эмоциональная реакция является достаточно целостной и непротиворечивой, в отличие от стратегии конфликтно-коммуникативного отреагирования, о чем свидетельствует сопостави-

тельный анализ данных вербального и невербального планов поведения. При использовании этой стратегии достигается максимальный эффект как в отношении снятия социального напряжения ситуации, так и с точки зрения оптимизации человеком своего эмоционального состояния. Может выражаться в виде юмора и шуток, а также в переключении внимания партнера по общению к скрытым элементам ситуации: «Слава Богу, никто не пострадал!».

Отдельно необходимо упомянуть феномен, который нельзя отнести к собственно стратегиям РЭ. Это так называемые *недифференцируемые когнитивные изменения*. К данной группе были отнесены отказы от ответа и случаи, когда в условиях инструкций всех типов фактически повторяется один и тот же ответ, как правило, нейтрального содержания: «Извините, виноват» и т.п.

Показано, что пациенты с ССЗ, и больные с АГрм о особенности, могут быть охарактеризованы как использующие при спонтанном отреагировании менее действенные с точки зрения разрешения задач социального взаимодействия и снижения эмоциональной напряженности стратегии РЭ, по сравнению со здоровыми лицами. Пациентов с АГрм отличает достоверно более частое, по сравнению с другими участниками исследования, использование стратегии «подавление экспрессии эмоций» (38,3%) (Табл. 3).

Таблица 3. Стратегии РЭ при спонтанном отреагировании (%)

| Стратегии РЭ                                   | ПМК,<br>n=134            | АГрм, n=85              | ЭАГ, n=85             | Контроль,<br>n=155 |
|--|--------------------------|-------------------------|-----------------------|--------------------|
| <b>Интернальные стратегии РЭ</b>               |                          |                         |                       |                    |
| Недифференцированные когнитивные изменения     | 25.2±1.1 <sup>b,e</sup>  | 19.8±2.7 <sup>a,c</sup> | 26.8±2.0 <sup>a</sup> | 11.2±1.9           |
| Руминации и катастрофизация                    | 16.1±2.2 <sup>a</sup>    | 19.0±2.4 <sup>a</sup>   | 16.8±1.6 <sup>a</sup> | 11.1±2.0           |
| Сравнение и обесценивание                      | 26.6±2.2 <sup>c,e</sup>  | 20.7±3.6                | 21.6±2.2              | 23.8±2.5           |
| Позитивный пересмотр                           | 4.7±0.4 <sup>b,d,e</sup> | 9.2±0.9 <sup>d</sup>    | 19.0±1.9 <sup>a</sup> | 12.9±1.3           |
| Актуализация новых смыслов                     | 23.8±3.7 <sup>a,d</sup>  | 25.7±1.9 <sup>a,d</sup> | 9.6±1.1 <sup>b</sup>  | 33.0±3.1           |
| Юмор   | 3.6±0.0 <sup>b,c</sup>   | 5.6±0.5 <sup>a</sup>    | 6.2±1.8               | 8.0±1.6            |
| Всего  | 100                      | 100                     | 100                   | 100                |
| <b>Экстернальные стратегии РЭ</b>              |                          |                         |                       |                    |
| Непосредственное отреагирование                | 27.3±2.7 <sup>c,e</sup>  | 21.4±2.9 <sup>a,c</sup> | 33.7±3.3 <sup>a</sup> | 26.0±2.3           |
| Подавление экспрессии эмоций                   | 29.2±1.8 <sup>a,e</sup>  | 38.3±2.6 <sup>b,a</sup> | 28.1±2.2 <sup>a</sup> | 20.3±1.9           |
| Конфликтно-коммуникативное отреагирование      | 31.2±2.7                 | 27.7±1.4                | 27.4±2.0 <sup>a</sup> | 28.4±2.4           |
| Субъект-субъектные интерактивные трансформации | 12.3±2.0 <sup>b</sup>    | 12.6±1.8 <sup>b</sup>   | 10.8±1.4 <sup>b</sup> | 25.2±2.2           |
| Всего  | 100                      | 100                     | 100                   | 100                |



Примечание.

- a - различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p<0.05$ );
- b – различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p<0.001$ );
- c - различия значимы при сравнении с больными ЭАГ ( $p<0.05$ );
- d – различия значимы при сравнении с больными ЭАГ ( $p<0.001$ );
- e - различия значимы при сравнении с больными с АГрм ( $p<0.05$ ).

Выполненный анализ показал, что в основе подавления экспрессии эмоций лежит искаженное смысловое опосредствование, несмотря на наличие у субъекта способности к личностной рефлексии и к актуализации не только ситуативных, но и внеситуационных смыслов. Более того, ее использование предполагает наличие развитой способности к контролю и доступность субъекту произвольных усилий. Вместе с тем, как было показано в многочисленных исследованиях, частое использование этой стратегии не решает задачи социальной адаптации субъекта [30, 33].

При необходимости решения задачи произвольной РЭ на лидирующие позиции в данной группе выходят стратегии субъект-субъектных интерактивных трансформаций (34,0%) и последовательной актуализации новых смыслов (28,4%) (Табл. 4).

Таблица 4. Стратегии РЭ при повышении рефлексивной нагрузки (%)

| Стратегии РЭ                                   | ПМК, n=134                | АГрм, n= 85             | ЭАГ, n=85             | Контроль, n=155 |
|--|---------------------------|-------------------------|-----------------------|-----------------|
| <b>Интернальные стратегии РЭ</b>               |                           |                         |                       |                 |
| Недифференцированные когнитивные изменения     | 7.3±1.9 <sup>c</sup>      | 13.0±1.7 <sup>b,c</sup> | 23.8±2.8 <sup>b</sup> | 6.6±1.2         |
| Руминации и катастрофизация                    | 18.0±3.7 <sup>c,f</sup>   | 11.2±1.2 <sup>a</sup>   | 8.7±0.7               | 7.4±1.0         |
| Сравнение и обесценивание                      | 28.7±2.8 <sup>c,f</sup>   | 18.3±2.1 <sup>c</sup>   | 27.0±3.9 <sup>a</sup> | 15.7±2.2        |
| Позитивный пересмотр                           | 5.1±1.8 <sup>d,f</sup>    | 18.0±1.1                | 15.4±1.5              | 18.8±2.7        |
| Актуализация новых смыслов                     | 32.3±5.0 <sup>b</sup>     | 28.4±3.4 <sup>a,c</sup> | 18.2±1.4 <sup>a</sup> | 35.9±3.5        |
| Юмор   | 8.6±3.0 <sup>f</sup>      | 11.1±1.2 <sup>a,d</sup> | 6.9±1.2 <sup>b</sup>  | 15.7±2.0        |
| Всего  | 100                       | 100                     | 100                   | 100             |
| <b>Экстернальные стратегии РЭ</b>              |                           |                         |                       |                 |
| Непосредственное отреагирование                | 18.5±1.8 <sup>a,c,f</sup> | 26.6±2.1 <sup>b</sup>   | 25.6±2.1 <sup>b</sup> | 13.7±1.77       |
| Подавление экспрессии эмоций                   | 23.2±2.6 <sup>b,c,e</sup> | 17.9±1.6 <sup>d</sup>   | 34.9±3.3 <sup>b</sup> | 18.9±2.3        |
| Конфликтно-коммуникативное отреагирование      | 26.3±1.2 <sup>a,c,e</sup> | 21.5±2.1                | 16.9±5.6 <sup>a</sup> | 25.4±2.7        |
| Субъект-субъектные интерактивные трансформации | 32.0±3.6 <sup>a</sup>     | 34.0±1.1 <sup>a,c</sup> | 22.5±2.1 <sup>b</sup> | 42.0±3.6        |
| Всего  | 100                       | 100                     | 100                   | 100             |

Примечание.

- a - различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p<0.05$ );
- b – различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p<0.001$ );
- c - различия значимы при сравнении с больными ЭАГ ( $p<0.05$ );
- d – различия значимы при сравнении с больными ЭАГ ( $p<0.001$ );

- e - различия значимы при сравнении с больными с АГрм ( $p < 0.05$ );  
 f - различия значимы при сравнении с больными с АГрм ( $p < 0.001$ ).

Таким образом, при переходе от спонтанного отреагирования к решению задачи произвольной РЭ не только у здоровых лиц, но и у пациентов с ССЗ возрастает частота использования более сложных с точки зрения включенности рефлексии и средств знаково-символического опосредствования и более эффективных с точки зрения достижения регуляторного эффекта стратегий регуляции эмоций. На основании этого можно заключить, что *не только здоровые лица, но и больные ССЗ (и пациенты с АГрм в их числе в наибольшей степени) потенциально обладают способностью к эффективной РЭ в ситуациях социального взаимодействия. Однако они достоверно реже прибегают к этим стратегиям при спонтанном отреагировании.*

В обобщенном виде типология стратегий РЭ на всех этапах работы с ситуациями социального взаимодействия представлена в таблице 5.

Таблица 5. Типология стратегий РЭ в ситуациях социального взаимодействия

|  | Этапы работы с ситуацией социального взаимодействия  |  |  |
|--|--|--|--|
|  | Восприятие ситуации  | Формулировка ответа  |  |
| <i>Использование средств знаково-символического опосредствования и рефлексии</i> | <i>Направленность на выбор ситуаций и эмоциональных дескрипторов</i>   | <i>Направленность на изменение структуры переживания (Интернальные стратегии)</i>  | <i>Направленность на решение коммуникативных задач (Экстернальные стратегии)</i>   |
| <i>Нет или min Когнитивно-неопосредованные стратегии</i>                         | 1. Расширение объема выбора ситуаций и дескрипторов  | 1. Отказ от ответа.<br>2. Недифференцируемые когнитивные изменения   | 1. Непосредственное выражение эмоций   |
| <i>Да Когнитивно-трансформирующие стратегии</i>                                  | 1. Ограничение в объеме выбора ситуаций и дескрипторов.<br>2. Средний по объему и содержательно непротиворечивый выбор ситуаций и дескрипторов | 1. Руминации и катастрофизация.<br>2. Сравнение и обесценивание.<br>3. Позитивный пересмотр.<br>4. Последовательная актуализация новых смыслов.<br>5. Трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры | 1. Подавление экспрессии эмоций.<br>2. Конфликтно-коммуникативное отреагирование.<br>3. Субъект-субъектные интерактивные трансформации |

В поисках ответа на вопрос о психологических факторах, обуславливающих выбор субъектом стратегий РЭ в эмоционально значимых ситуациях, а также для проверки гипотезы о включенности физиологического уровня в структуру РЭ было выполнено исследование, направленное на изучение РЭ больных ССЗ и здоровых лиц в условиях эксперимента с эмоциональной нагрузкой.

### **Регуляция эмоций в условиях эксперимента с эмоциональной нагрузкой**

Эмпирической проверке подлежала гипотеза об обусловленности РЭ в норме и патологии особенностями мотивационно-потребностной сферы и актуальным психическим состоянием субъекта. Показано, что больные ССЗ (а пациенты с ПМК и с АГрм в особенности) отличаются от здоровых лиц более значимой величиной прироста как систолического, так и диастолического АД после эксперимента (Табл. 6).

Таблица 6. Средние значения показателей АД до и после эксперимента (мм.рт.ст.)

| <b>Показатели АД</b> | <b>ПМК, n=134</b>          | <b>АГрм, n=85</b>         | <b>ЭАГ, n=85</b>       | <b>Контроль, n=155</b> |
|----------------------|----------------------------|---------------------------|------------------------|------------------------|
| САД до эксп-та       | 106.1±2.7 <sup>a,b,e</sup> | 141,0±3,5 <sup>a, c</sup> | 149,0±3,8 <sup>a</sup> | 120.8±3.1              |
| САД после эксп-та    | 118.9±4.4 <sup>b,e</sup>   | 157,1±4,1 <sup>c</sup>    | 153,1±4,0 <sup>a</sup> | 122.9±3.8              |
| ΔСАД                 | 12.8±2.8 <sup>b,e</sup>    | 16,1±1,9 <sup>b, d</sup>  | 4,1±0,7 <sup>b</sup>   | 2.1±0.8                |
| ДАД до эксп-та       | 70.7±2.7 <sup>a,b,e</sup>  | 92,8±2,0 <sup>a, c</sup>  | 98,9±2,4 <sup>a</sup>  | 79.3±3.2               |
| ДАД после эксп-та    | 74.9±1.7 <sup>a,b,e</sup>  | 97,3±2,9 <sup>a, c</sup>  | 101,3±2,8 <sup>a</sup> | 81.0±4.7               |
| ΔДАД                 | 4.6±1.2 <sup>b</sup>       | 4,5±0,7 <sup>b, c</sup>   | 2,4±0,5 <sup>a</sup>   | 1.7±0.6                |

Примечание.

- a - различия значимы при сравнении со здоровыми лицами (p<0.05);
- b – различия значимы при сравнении со здоровыми лицами (p<0.001);
- c - различия значимы при сравнении с больными ЭАГ (p<0.05);
- d – различия значимы при сравнении с больными ЭАГ (p<0.001);
- e - различия значимы при сравнении с больными с АГрм (p<0.05).

Из представленных в таблице 7 данных видно, что уровень реактивной тревожности (РТ) в группах пациентов с ПМК и больных с АГрм как до-, так и после эксперимента значимо выше, чем в группе больных «классической» ЭАГ и у здоровых лиц. При этом ни в одной из групп не выявлено значимого изменения значений РТ по окончании эксперимента. При этом больные ССЗ в целом (и пациенты с ПМК и с АГрм в особенности), достоверно отличаются от контрольной группы практически по всем параметрам оценки невербальной активности. Пациентов с АГрм отличает максимальное в данном исследовании

количество мимических проявлений и изменений тона голоса при моделировании эмоциональной нагрузки.

Таблица 7. Средние значения уровня реактивной тревожности до и после эксперимента

| Тревожность           | ПМК, n=134               | АГрм, n=85               | ЭАГ, n=85 | Контроль, n=155 |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|-----------|-----------------|
| РТ до эксперимента    | 43.7±4.7 <sup>a, b</sup> | 42,8±3,6 <sup>a, b</sup> | 37,0±2,3  | 38.8±2.2        |
| РТ после эксперимента | 45.0±1.0 <sup>a, b</sup> | 45,2±2,9 <sup>a, b</sup> | 38,3±2,0  | 39.6±3.27       |
| Δ РТ                  | 1.3±0.5                  | 2,4±0,5 <sup>a, b</sup>  | 1,3±0,2   | 0.8±0.2         |

Примечание.

a - различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p<0.05$ );

b - различия значимы при сравнении с больными ЭАГ ( $p<0.05$ ).

Пациенты с ПМК и больные с АГрм достоверно превосходят здоровых лиц и пациентов с «классической» ЭАГ по частоте встречаемости несформированного и заниженного уровня притязаний (УП) (Табл. 8).

Таблица 8. Частота встречаемости типичных профилей уровня притязаний (%)

| Тип профиля УП      | ПМК, n=134              | АГрм, n=85           | ЭАГ, n=85         | Контроль, n=155 |
|---------------------|-------------------------|----------------------|-------------------|-----------------|
| Несформированный УП | 18.7 <sup>b, c</sup>    | 21.2 <sup>b, c</sup> | 11.8 <sup>b</sup> | 3.9             |
| Заниженный УП       | 29.0 <sup>b, c, e</sup> | 34.1 <sup>b, c</sup> | 20.0 <sup>a</sup> | 14.2            |
| Неустойчивый УП     | 36.6 <sup>b, c, e</sup> | 27.1 <sup>a, c</sup> | 38.8 <sup>b</sup> | 20.0            |
| Адекватный УП       | 15.7 <sup>b, d</sup>    | 17.6 <sup>b, c</sup> | 29.7 <sup>b</sup> | 61.9            |

Примечание.

a - различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p<0.05$ );

b – различия значимы при сравнении со здоровыми лицами ( $p<0.001$ );

c - различия значимы при сравнении с больными ЭАГ ( $p<0.05$ );

d – различия значимы при сравнении с больными ЭАГ ( $p<0.001$ )

e - различия значимы при сравнении с больными с АГрм ( $p<0.05$ ).

Обобщение и качественный анализ результатов позволили показать, что у 78.7% здоровых лиц в экспериментальных условиях зафиксировано состояние *операциональной напряженности*, тогда как у 82.4% пациентов с ССЗ в тех же экспериментальных условиях возникает состояние *эмоциональной напряженности*, и что использование стратегий РЭ как больными, так и здоровыми лицами связано с типом возникающего состояния психической напряженности, а в качестве мотивационной основы в РЭ выступает наличие «конфликта достижения»: невозможность удовлетворения

амбивалентных потребностей и достижения желаемых целей вызывает (и усугубляет) эмоциональную напряженность.

Полученные с помощью дисперсионного анализа группировки признаков показали статистически достоверное различие между группами лиц с адекватным, неформируемым, заниженным ригидным и неустойчивым уровнем притязаний по остальным параметрам РЭ, выделенным в исследовании, причем это характерно как для пациентов с ССЗ, так и для здоровых лиц. *Этот результат аргументирует возможность рассмотрения особенностей мотивационно-потребностной сферы в качестве определяющих проявление остальных анализируемых компонентов системы РЭ в норме и патологии.*

### **Заключение**

Резюмируя результаты проведенного исследования, подчеркнем, что в нем с опорой на теоретико-методологические возможности культурно-деятельной парадигмы показано, что РЭ может быть рассмотрена как система. Анализ и интерпретация результатов исследования позволяет утверждать, что система РЭ в норме и при ССЗ включает психологический и физиологический уровни, связь которых доказывается изменением значений физиологических показателей в условиях эмоциональной нагрузки и обусловленность физиологических изменений особенностями мотивационно-потребностной сферы в норме и патологии. В свою очередь, в психологическом уровне могут быть выделены мотивационный и операциональный уровни, связанная работа которых в обеспечении РЭ в исследовании также доказана. Показано, что операциональный уровень системы РЭ представлен стратегиями РЭ, выбор которых определяется мотивацией и особенностями актуального эмоционального состояния субъекта.

Как отмечалось выше, исследование строилось таким образом, чтобы показать роль рефлексии и знаково-символического опосредствования в обеспечении РЭ. Полученные результаты позволяют рассматривать их в качестве значимых психологических механизмов в осуществлении РЭ. Безусловно, нельзя исключать (и даже необходимо предполагать), что знаково-символическое опосредствование эмоций и личностная рефлексия не являются единственными психологическими механизмами, обеспечивающими единственную работу системы РЭ. Однако на основании результатов представленного исследования вклад этих механизмов, выделяемых в культурно-деятельностной парадигме в качестве важнейших механизмов функционирования психики, в обеспечение работы системы РЭ можно считать доказанным.

Полученные результаты показали, что система РЭ у пациентов с ССЗ изученных групп характеризуется наличием выраженного конфликта мотивов «стремление к успеху» и «избегание неудачи»; дефицитом личностной рефлексии и искажениями в знаково-символическом опосредствовании эмоций, а также ограничениями в использовании ресурса имеющихся стратегий регуляции эмоций. Эти данные подтверждают обоснованность гипотезы исследования об уровне строения, компонентном составе и механизмах системы РЭ.

Кроме того, доказано, что пациенты с ССЗ отличаются от здоровых лиц достоверно более частым возникновением состояния эмоциональной напряжённости, которое при недостаточности структурно-функциональных компонентов системы РЭ в дальнейшем приобретает статус фоновой характеристики, негативно влияющей на возможность адаптивного использования ресурса РЭ в эмоционально значимых ситуациях.

### Литература

1. Асмолов А.Г. Психология личности: Культурно-историческое понимание человека. М.: Смысл, 2007. - 528 с.
2. Вилюнас В.К. Основные проблемы психологии эмоций // Психология эмоций. Тексты / Под ред. В. К. Вилюнаса, Ю. Б. Гиппенрейтер. - СПб.: Питер, 2008. - С. 8-40.
3. Выготский Л.С. История развития высших психических функций // Собр. соч.: В 6 т. Т. 3. М.: 1983. С. 5-328.
4. Выготский Л.С. Учение об эмоциях. Историко-психологическое исследование // Собр. соч.: В 6 т. Т. 6. - М.: 1984 (в). - С. 91-318.
5. Зейгарник Б.В. Опосредствование и саморегуляция в норме и патологии // Вестн. Моск. Ун-та. Сер. 14. Психология. 1981. № 2. С. 9-14.
6. Зейгарник Б.В. Патопсихология. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. - 286 с.
7. Зинченко Ю.П. Методологические проблемы фундаментальных и прикладных психологических исследований. // Национальный психологический журнал. 2011. - №1 (5). С. 42-49.
8. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход // Вопросы психологии. 2016. - № 3. С. 41-57.
9. Иванников В.А. Психологические механизмы волевой регуляции: Учебное пособие. 3-е изд. - СПб.: Питер, 2006. - 208 с.
10. Лабунская В.А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. "Феникс", Ростов-на-Дону, 1999. - 608 с.

11. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. - М.: Политиздат, 1975. - 304 с.
12. Леонтьев А.Н. Потребности, мотивы, эмоции: конспект лекций. - М.: Изд-во Моск. ун-та, 1971. - 40 с.
13. Николаева В.В., Арина Г.А., Печникова Л.С. Культурно-деятельностная парадигма в клинической психологии // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2014. № 4 (6) [Электронный ресурс]. – URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения: 11.01.2016).
14. Падун М.А. Регуляция эмоций и ее нарушения // Психол. исслед. 2015. Т. 8. № 39. С. 5. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 20.11.2015).
15. Падун М.А. Регуляция эмоций: процесс, формы, механизмы // Психологический журнал. - 2010. Том 31, № 6. С. 57-69.
16. Первичко Е.И. Культурно-деятельностный подход к проблеме регуляции эмоций: теоретическое обоснование и эмпирическая верификация концептуальной модели // Национальный психологический журнал. 2016. Том 2. № 22. С. 3-17.
17. Первичко Е.И. Регуляция эмоций у пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Дис. ... докт. психол. наук. М., 2016. URL: [https://disser.spbu.ru/files/phd\\_spsu/disser/wLFQMbvdxv.pdf](https://disser.spbu.ru/files/phd_spsu/disser/wLFQMbvdxv.pdf)
18. Первичко Е.И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход. В 2-х ч. Ч. I. Регуляция эмоций: подходы к исследованию // Национальн. психол. журн. 2014. Т. 4. № 16. С. 13–22.
19. Первичко Е.И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход. В 2-х ч. Ч. II. Культурно-деятельностный подход к проблеме стратегий и механизмов регуляции эмоций // Национальн. психол. журн. 2015. Т. 1. № 17. С. 39–51.
20. Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах. Автореф. дис. ... канд. психол. наук. - Москва, 2010.- 34 с.
21. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии (изд. 2-е). М.: Учпедгиз, 1946. - 704 с.
22. Стёпин В.С. Саморазвивающиеся системы и постнеклассическая рациональность // Вопросы философии. 2003. № 8. С. 5-17.
23. Тхостов А.Ш. Возможности и перспективы развития культурно-исторического подхода в клинической психологии // Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии / Сост. Н.К. Корсаков

- ва, Ю.В. Микадзе. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, 2012. С. 10–36.
24. Тхостов А.Ш. Депрессия и психология эмоций // Депрессия и коморбидные расстройства / Под ред. А.Б. Смулевича. М.: РАМН, НЦПЗ РАМН, 1997. С. 180–198.
  25. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002. – 287 с.
  26. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Эмоции и аффекты: общепсихологический и патопсихологический аспекты. Ч.1 Закономерности формирования и функционирования эмоций в норме (феноменология, генез, функции). // Психологический журнал. 1998. Том 19. № 4. С. 41-48.
  27. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Эмоции и аффекты: общепсихологический и патопсихологический аспекты. Ч. 2. Патология эмоций в клинике аффективных и тревожных расстройств. // Психологический журнал. 1998. Том 19. № 5. С. 81-87.
  28. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра. Дис. ... докт. психол. наук. М., 2006.
  29. Berenbaum H., Raghavan C., Le H.N., Vernon L.L., Gomez J.J. A taxonomy of emotional disturbances // *Clinical Psychology: Science and Practice*. - 2003. - No. 10. – P. 206–226.
  30. Butler E.A., Egloff B., Wilhelm F.W., Smith N.C., Erickson E.A., Gross J.J. The social consequences of expressive suppression // *Emotion*. - 2003. - Vol. 3. – P. 48-67.
  31. Cicchetti D., Ackerman B.P., Izard C.E. Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology // *Development and Psychopathology*. - 1995. - Vol. 7. - P. 1–10.
  32. Compas B.E., Jaser S.S., Dunbar J.P., Watson K.H., Bettis A.H., Gruhn M.A., Williams E.K. Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: Points of convergence and divergence. // *Australian J. of Psychology*. 2014. V. 66 (2). P. 71–81.
  33. Dan-Glauser E.S., Gross J.J. The temporal dynamics of two response-focused forms of emotion regulation: Experiential, expressive, and autonomic consequences // *Psychophysiology*. – 2011. - Vol. 48. - P. 1309-1322.
  34. Davidson R.J. Affective style and affective disorders: Perspectives from affective neuroscience // *Cognition and Emotion*. 1998. V. 12 (3). P. 307–330.
  35. Garnefski N., Kraaij V., Spinhoven Ph. CERQ: Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. - Leiderdorp, the Netherlands: DATEC, 2002.



36. Gross J.J. (Ed.). *The Handbook of Emotion Regulation* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press, 2014. - 669 P.
37. Gross J.J. Emotion regulation: Current status and future prospects // *Psychological Inquiry*. – 2015. – Vol. 26. – No 1. – P. 1-26.
38. Gross J.J., Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology: An Affective Science Perspective // *Clinical Psychological Science*. - 2014. - Vol. 2. - N 4. - P. 387–401.
39. Jazaieri H., Urry H.L., Gross J.J. Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective // *Journal of Experimental Psychopathology*. - 2013. - Vol. 4. - No. 5. – P. 584–599.
40. Joiner C.R., Cornman C.R. The mitral valve prolapse syndrome: clinical features and management // *Cardiovasc. Clin.* - 1986. - Vol. 10. - N. 2. - P. 233-256.
41. Jonas B.S., Frank P., Ingram D.D. Are symptoms of anxiety and depression risk factors for hypertension? Longitudinal evidence from the national health and nutrition examination survey: I epidemiologic follow-up study // *Arch. Fam. Med.* - 1997. - Vol. 1. - P. 43–49.
42. Koole S. The psychology of emotion regulation: An integrative review // *Cognition & Emotion*. - 2009. - Vol. 23. – No 1. P. 4–41.
43. Kring A.M. The future of emotion research in the study of psychopathology // *Emotion Review*. – 2010. - Vol. 2. - No. 3. – P. 225–228.
44. Molinari E., Compare A., Parati G. *Clinical Psychology and Heart Disease*. New York: Springer-Verlag, 2006. – 510 p.
45. Pervichko E., Zinchenko Y. (b) Rosenzweig Picture-Frustration Test Modification for a Study of Emotion Regulation Strategies Among the Patients with Stress-Induced Hypertension // *European Psychiatry*, 2016, Vol. 33, P. S709-S710.
46. Scordo K. Medication use and symptoms in individuals with mitral valve prolapse syndrome // *Clinical Nursing Research*. - 2007. - N.16. - P. 58-71.
47. Stork J., Schrader J., Mann H., Noring R. Einfluß der beruflichen Tätigkeit auf den Blutdruckverlauf über 24 Stunden // *Nieren und Hochdruckkrankheiten*. - 1992. - No10. - P. 466-468.
48. Thompson R.A. Emotion regulation: A theme in search of definition / N. A. Fox (Ed.). *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development. 1994. V. 59. P. 25–52.
49. Werner K., Gross J.J. Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework. In A. Kring & D. Sloan (Eds.). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York, NY: Guilford Press, 2010. - P. 13–37.

**С. Н. Ениколопов, В. Н. Гарифуллина**  
**ТЕОРИИ ПРОЦЕССОВ ДВОЙНОЙ ОЦЕНКИ, ЛЕЖАЩЕЙ В**  
**ОСНОВЕ ПУБЛИЧНОЙ СТИГМЫ**

**Введение.** В настоящее время стигматизация является проблемой, затрагивающей большое количество разных социальных групп. В широком смысле она определяется как негативное выделение обществом индивидуума (или социальной группы) по какому-либо признаку с последующим стереотипным набором социальных реакций на данного индивидуума (или представителей данной социальной группы) [1]. Стигматизация группы психически больных занимает особое место, оказываясь в значительной степени влияющей на ход болезни и возможности лечения. Конкретно под стигматизацией психически больных понимается процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных и эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории «душевнобольных» [2]. Стигма становится «второй болезнью», одной из главных причин дополнительных проблем и страданий в самой по себе сложной ситуации психического заболевания, а также фактором, препятствующим оказанию своевременного и адекватного лечения [31, 51]. Она оказывает влияние на течение болезни, становится причиной поздних, несвоевременных обращений к врачу, негативно действует комплаенс [27].

Кроме трудностей лечения, последствиями стигматизации являются: снижение уровня жизни и низкий социальный статус, выпадение из общества, трудности социализации в самых разных сферах жизни (среди которых к особенно значимым относятся образование и трудоустройство, брака и семьи, социальная активность), проблемы с собственной идентичностью, видением себя в качестве больного, страхом и неприятием этого, повышение вероятности физических заболеваний, ранняя смертность [7, 12, 35, 36] Такое количество негативных последствий также свидетельствует о влиянии проблемы стигматизации на жизнь и состояние людей с психическими заболеваниями и необходимости поиска путей ослабления стигматизации.

Для работы по преодолению стигматизации необходимо понимание ее причин. На данный момент существует целый ряд объяснительных теорий стигматизации: ей находят биологические (генетические, анатомические, эволюционные), социальные, экономические и другие

причины. На русском языке существует теоретический обзор причин стигматизации, в котором теории разделяются по виду предполагаемых психических механизмов, лежащих в основе стигматизации – когнитивных и эмоциональных [3]. Со времени работы над данным обзором, описанные в нем теории обогатились данными новых исследований, некоторые из них получили особое развитие.

Так, в последние годы активно развивались теории, признающие решающую роль эмоционального компонента в процессе стигматизации, которому, по сравнению с когнитивным, долгое время уделялось недостаточно внимания.

В пользу важности изучения именно эмоциональной составляющей стигматизации свидетельствуют следующие факты. Во-первых, произошедшее в последние десятилетия увеличение количества информации, посвященной психическим болезням, а также возрастание ее доступности для широких общественных масс, не привело к прогнозируемому ослаблению стигматизации. Во-вторых, отмечается, что дестигматизационные программы, мишенью которых были выбраны увеличение количества информированности по теме психических заболеваний, то есть когнитивный аспект, зачастую оказываются малоэффективными.

Такие данные свидетельствуют о том, что стигматизация связана не только с неинформированностью и недостатком знаний в данной области. Наряду с когнитивной основой, важную роль играют и эмоциональные, неосознаваемые, иррациональные причины стигматизации.

В современной психологии отмечается общая тенденция рассматривать многие психические процессы как происходящие автоматически, спонтанно, без участия человеческого сознания и контроля [38]. Такая точка зрения является доминирующей и в исследованиях установок, которые делятся на эксплицитные (осознаваемые, пропозиционные, совещательные) установки и имплицитные (автоматические, ассоциативные, аффективные) процессы оценки [6, 25, 42, 48, 50, 54]. Утверждается, что имплицитные и эксплицитные установки должны описываться в терминах процессов, лежащих в их основе, а именно – ассоциативных процессов для имплицитных установок и пропозиционных для эксплицитных. Стигма рассматривается как результат действия этих двух типов процессов [42].

Данные теории основываются на положениях более ранних двухуровневых теорий когнитивного функционирования, выделяющих два качественно разных типа психических процессов [33, 48]. Хотя названия противопоставляемых процессов варьируются от теории к теории, однако принцип, лежащий в основе их различия – один, а каждый их процессов описывается схожим образом. Следует определить, что

подразумевается под каждым из этих противопоставляемых типов процессов.

Имплицитные установки лучше всего характеризуются как автоматические аффективные реакции, являющиеся результатом активации прошлых ассоциаций, для чего оказывается достаточным одно предъявление релевантного стимула [20, 41]. Для активации этих процессов не требуется подключения сознания [25, 54], значимых когнитивных усилий и намерения оценивать объект [6, 15]. Ассоциативные процессы обычно протекают раньше во времени, чем пропозициональные, предшествуют им. Они не обязательно являются сознательно одобряемыми человеком и согласующимися с его убеждениями.

Процессы второго типа – пропозициональные – отличаются большей рациональностью и осознаваемостью, опорой на данные, признанные достоверными. Среди их характеристик можно отметить следующие: они основываются на логически обоснованных, предварительно одобренных и осмысленных суждениях и фактах, а также на релевантной, уже существующей информации, извлеченной из памяти. Эксплицитные установки чаще описываются как приобретенные, существующие со стабильными имплицитными установками, причем подчеркивается большая сознательная вовлеченность человека в процесс их приобретения [39].

В соответствии с современными исследованиями установки, считается, что обычно вынесение оценки происходит преимущественно на основании ассоциативных автоматических реакций. То есть происходит упущение пропозициональных процессов и утрачивается обоснованность вынесенной оценки. Также предполагается, что именно такая неполная оценка, основывающаяся только на ассоциативных процессах и упускающая пропозициональную обработку, ведет к вынесению стигматизирующих оценок. Такие данные свидетельствуют о важности изучения работы ассоциативных и пропозициональных процессов как влияющих на стигматизацию, а также способы их возможной регуляции.

Описанные модели способны эффективно оценивать степень влияния имплицитных и эксплицитных установок на спонтанное и осознанное поведение [20, 50]. Однако теории изменения установок до сих пор сталкиваются с неравномерностью степени понимания этих типов процессов: способы изменения имплицитных установок остаются менее разработанными. В то же время в работах, посвященных теме стигматизации, подчеркивается важность учета действия обоих процессов и разработке программ отдельно для каждого из них, с учетом их особенностей.

Отмечается еще меньшее количество работ, посвященных исследованию имплицитных установок в основе стигматизации людей с психическими заболеваниями, несмотря на высокий интерес к каждой теме в отдельности [32].

### **Характеристика имплицитных установок и ассоциативных автоматических процессов**

Среди причин, по которым важно исследовать имплицитные компоненты установок называют следующие: во-первых, они менее подвержены влиянию социальной желательности и позволяют наиболее полно описывать отношение к стигматизируемым группам, во-вторых, вербальные самоотчеты, по определению, ограничены в реакциях, которые испытуемые способны сознательно выразить, некоторые виды оценочных реакций могут быть недоступны интроспекции в принципе. Кроме того, автоматические реакции могут быть потенциально полезными в прогнозировании реакций, предсказывании поведения, т.к. обладают большей чувствительностью [8, 20, 26].

Так, процессы, которые можно объединить под общим названием «ассоциативные» характеризуются низкой осознаваемостью, автоматическим протеканием, импульсивностью, связью с ассоциациями прошлого опыта (зачастую – негативными).

Наиболее важной особенностью является то, что они независимы от распределения истинных ценностей и системы значений человека [17, 23, 50]. Вследствие этого ассоциативные процессы могут активироваться независимо от того, считает ли человек соответствующие оценки верными или ложными. Например, активация уровня негативных ассоциаций по отношению к афроамериканцам может быть достаточно высокого уровня, независимо от того, считает ли индивид эти ассоциации неадекватными и неверными [17]. Таким образом, ассоциативные оценки необязательно являются лично одобряемыми. Кроме того, их характеризуют ограниченные возможности вербального самоотчета.

Другой важной характеристикой ассоциативных процессов является понятие «паттерна активации». Это понятие отсылает к тому, что активация определенных ассоциаций в памяти определяется отношением между, во-первых, существующей прежде структурой ассоциаций в памяти и, во-вторых, определенными условиями предъявления стимула, контекста, в котором объект находится в момент предъявления. Один и тот же объект может активировать разные ассоциативные паттерны и следовательно – разные автоматические реакции, в зависимости от контекста, в котором он был встречен.

Для иллюстрации зависимости активируемых ассоциаций от ситуации, контекста можно привести эксперимент Foroni & Maug [21], в ко-

тором было показана возможность немедленного и значительного изменения ассоциаций (по результатам ИмPLICITного ассоциативного теста) в условиях зачитывания небольшого теста, в который были внедрены оценочные категории и перестроен контекст первоначальной предложенной ситуации.

Роль влияния структуры имеющихся в памяти ассоциаций можно продемонстрировать с помощью следующего примера. В исследованиях ВИЧ и СПИД была установлена устойчивая связь с двумя переменными: во-первых, мифом о возможности заражения в ситуации повседневного контакта, а во-вторых – с негативным отношением к гомосексуалам. Негативные ассоциации, связанные с гомосексуализмом, возникали у испытуемых в эксперименте, где в качестве объекта оценки выступала маленькая девочка с диагнозом СПИД [41]. Таким образом, негативные ассоциации активируются автоматически, преимущественно игнорируя логические законы.

Таким образом, понятие «паттерна активации» показывает, что на протекание ассоциативных процессов оказывают совместное влияние, как ситуационные факторы (контекст предъявления релевантного стимула), так и константные (структура ассоциаций в памяти), что важно учитывать и не допускать перевеса в пользу изучения только одного из них.

Как уже было сказано выше, считается, что обычно люди выносят оценки на основании только ассоциативных реакций, что ведет к тому, что процесс оценки оказывается неполным и упускающим работу пропозициональных процессов, т. е. осмысление и рациональную обработку поступающей информации. Однако существуют свидетельства того, что оценки такого рода могут отвергаться человеком, если они не соответствуют его жизненным принципам и ценностям, противоречат им [37].

Так исследование отношения медицинского персонала к пациентам с ожирением [42] показало, что первоначальная реакция на них – негативная, однако подключение профессионального сознания, его ценностей (сочувствие по отношению к пациентам) приводит к отклонению ассоциативных реакций.

Предполагается, что люди в целом, в какой-то степени имеют сознательный доступ к своим аффективным автоматическим реакциям и склонны полагаться на них в процессе вынесения оценочного суждения. Иногда они могут отвергать автоматические оценки как основанный базис для оценочного суждения. С таким предположением о способности осознать имплицитные установки согласуется и исследование LeBel and Gawronski [34], в которых было обнаружено, что согласованность между эксплицитными и имплицитными установками

значимо увеличивается, когда в инструкции эксперимента испытуемых просили сосредоточиться на своих чувствах и эмоциях по отношению к объекту установки в ходе вынесения оценочного суждения. Если имплицитные установки полностью неосознаваемые, введение такой интроспективной инструкции не привело бы к повышению согласованности между противоположными установками, не повлияло бы на ассоциативные процессы.

Предполагается, что имплицитные установки формируются в результате длительного опыта социализации, они прочнее укреплены в памяти, что делает их более устойчивыми, по сравнению с эксплицитными [10, 39, 44, 54], надежно прогнозируемыми, а также - резистентными к переубеждениям, доводам, даже - непроницаемыми для критики [52].

В исследовании имплицитных установок важно понимать и источники их формирования. В работе Rudman [44], обсуждаются четыре таких источника, а именно:

1) События раннего опыта [25].

Если ранний опыт, связанный с каким-то объектом или ситуацией, был неприятным, то формируются автоматические негативные установки. Причем события раннего опыта в большей степени влияют на формирование имплицитных, а не эксплицитных установок [25].

2. Аффективный, эмоциональный опыт: имплицитные установки более чувствительны и к эмоционально окрашенным событиям. Было установлено позитивная ковариация между имплицитными установками и активацией мозговой структурой амигдалой, отвечающей за контроль аффективных реакций [40], что, в свою очередь, является свидетельством того, что имплицитные установки активируются при встрече с аффективно окрашенными стимулами. Авторы также рассматривают соотношение первых двух источников и допускают возможность их тесного взаимодействия и трудности разделения, например: события раннего опыта зачастую ярко эмоционально окрашены, что ведет к снижению значимости прошлого опыта самого по себе.

3. Имплицитные установки находятся под большим влиянием культурного контекста, чем эксплицитные [17]. Идеология и социальные институты поддерживают и усиливают стигматизируемый статус [14]. В литературе, посвященной этой теме, утверждается, что стигма порождает существующее социальное неравенство и укрепляется господством и применением социальной, экономической и политической силы [11, 35, 46]. Социальные структуры исторически и кросскультурально подкрепляют стигматизацию. Таким образом, включение способствующих стигматизации культурных идей в картину мира человека, их закрепление в сознании, происходит имплицитно, в процессе

социализации, в течение долгого времени, так что зачастую они воспринимаются как само собой разумеющиеся.

4. В соответствии с представлениями социальной психологии, люди предпочитают позитивно оценивать объекты установок, чем-то родственные им самим. Так, следуя принципу когнитивной последовательности, по формуле, которую условно можно выразить в таком виде: «Если я X и я Y, то Y также X» могут формироваться нелогические суждения, лежащие в основу имплицитных установок.

Следующим пунктом описания имплицитных установок и ассоциативных процессов является стигма по ассоциации, служащая яркой иллюстрацией того, что в основе процесса стигматизации лежат не только логические и рациональные причины.

Точную характеристику этому явлению дал Гофман [24], отметив, что стигма может распространяться от человека к человеку, подобно болезни. Люди, связанные со стигматизируемыми индивидами (родственники, друзья, социальные работники, люди, ухаживающие за стигматизируемыми индивидами) часто сталкиваются с ухудшением отношения к ним со стороны окружающих по причине из связи, общения со стигматизируемыми индивидами [13, 30]. Причем такое обесценивание происходит не только в случае, если связь – значимая и близкая, а даже тогда, когда она носит случайный, произвольный характер, например - пространственная близость [30, 42]. Примером стигмы по ассоциации в действии оказывается эксперимент, в котором от испытуемых требовалось по фотографиям оценивать привлекательность мужчины. На фотографиях, где он был изображен рядом с несимпатичными или полными женщинами, он оценивался как значительно менее привлекательный, чем на тех, где он был изображен один или в компании красивой женщины [42].

Рассмотрение имплицитных установок и их связи с эмоциональным компонентом стигматизацией следует продолжить тем, с какими конкретными эмоциями связана стигматизация людей с психическими заболеваниями, поскольку эти эмоции потенциально могут использоваться как мишени в работе по ослаблению стигматизации. Исследования показывают, что типичной эмоциональной реакцией на людей с психическими заболеваниями является раздражение и гнев, что является причиной увеличения социальной дистанции по отношению к ним, изоляции и нежелания оказывать помощь [5].

Основной эмоцией, возникающей в ответ на стигматизацию и широко распространенной среди людей с психическими заболеваниями, является стыд [32, 47]. Он может приводить к ослаблению поведения, направленного на поиск помощи [47], связан со стигматизацией и другими дисфункциями [9, 45].



Так, в работе Rüsç, Corrigan [45] исследовалось, являются ли ассоциативные автоматические реакции испытуемых связанными с самоотчетом об этих реакциях, особенно, о возникающих эмоциях гнева, раздражения и стыда. Среди представителей общей популяции ассоциативные автоматические реакции оказались связаны с чувством гнева и стыда, но не с общими негативными рациональными установками. Этот результат согласуется с концептуальной основой имплицитных установок: эмоции гнева, раздражения и стыда оказались релевантным спонтанным и аффективным реакциям и в значительно меньшей степени - сознательно одобряемым установкам [22, 26], что подтверждается связь с чувствами, эмоциями, а не с общими стабильными негативными установками.

Последним пунктом, на котором стоит остановиться в описании имплицитных установок и обеспечивающих их ассоциативных процессов являются появившиеся в последние годы исследования нейробазиса имплицитных установок [4, 18, 28, 43]. На данный момент в данных исследованиях достаточно мало согласованности, однако уже существуют такие, в которых демонстрируется, какие зоны мозга активизируются в процессе стигматизации у тех, кто стигматизирует [28, 43] и тех, кого стигматизируют [16, 19].

Наиболее популярный объект нейровизуальных исследований мозговой основы имплицитный установок – амигдала. Во многих исследованиях выявлено, например, что ее активация повышается при предъявлении лица представителя другой расы, причем особенно высокие значения активации наблюдаются среди людей, показавших наличие высокого уровня имплицитный расовых установок по результатам Имплицитного ассоциативного теста [53].

Таким образом, исследование процессов, сопровождающих процесс стигматизации на уровне мозга, может расширить возможности исследования имплицитных процессов и понимание стигматизации в целом.

### **Характеристика эксплицитных установок и пропозициональных осознаваемых процессов**

Пропозициональные процессы, лежащие в основе эксплицитных установок, являются вторым источником оценок, результатом работы более высокоорганизованных психических процессов, по сравнению с ассоциативными. Как уже было сказано ранее, они отличаются большей рациональностью и осознаваемостью, опорой на данные, признанные достоверными.

Именно эксплицитные установки опираются на принцип каузальной атрибуции и учитывают в процессе вынесения оценки тот факт, является ли стигматизируемый человек ответственным за свое состояние [48]. Важной характеристикой пропозициональных процессов яв-

ляется их соответствие истинной системе значений и ценностей человека, представлениям о достоверности и жизненным убеждениям [23, 50].

Для измерения эксплицитных установок используются методы самоотчета, опросники, семантический дифференциал и т. п. Как яркий пример эксплицитных установок можно привести исследования образа психически больного, в которых прослеживается ряд достаточно устойчивых черт. Среди таких черт: опасность, агрессивность, непредсказуемость, неспособность отвечать за свои действия и нести за них ответственность, повышенный риск нанесения вреда себе или окружающим.

Другой чертой, характерной для образа человека с психическим заболеванием является неспособность нести ответственность за свои действия и самостоятельно принимать решения. Так, в исследовании, проведенном в Англии 55% опрошенных согласились с утверждением: «человек, который не может нести ответственность за свои действия – человек с психическим заболеванием» [29]. Все перечисленные характеристики образа психически больного основываются на убеждениях, которые участники исследований сознательно придерживались и сообщали о них в форме самоотчета. Однако стоит помнить и то, что в исследовании имплицитных и эксплицитных установок сложно провести четкую грань между ними, поскольку лежащие в их основе процессы активно взаимодействуют, подкрепляют друг друга, так что в данном примере допустима возможность того, что представление об опасности психически больных сформировалось у испытуемого на основании негативных ассоциаций и было переведено в формат сознательно одобряемых убеждений без глубокого анализа его источников.

Как следующую характеристику пропозициональных процессов следует отметить то, что они срабатывают в случае, когда человек осознает приписывание своих ассоциативных реакций стигматизируемой персоне и остается не согласным с такими оценками [41]. Так, например, первой реакцией на человека с ВИЧ может быть чувство страха, но человек может сознательно включать саморегуляцию и попытаться преодолеть эту реакцию [37]. В данном примере и в подобных ситуациях отклонения оценок, выносимых на основании только ассоциативных автоматических процессов, важную роль играет наличие соответствующей мотивации.

Так, в эксперименте Ргуг [42] было показано значение мотивации контролировать предубеждения для вынесения нестигматизирующей оценки. Условие заключалось в том, что испытуемым предлагалось отправиться в месте с человеком, о котором сообщалось, что он ВИЧ-инфицированный, на «прогулку доверия» (один на один, вдвоем, один

из участников – с завязанными глазами, второй – ведущий). Также было известно, что предлагаемый партнер по эксперименту был заражен по неконтролируемым от него причинам (в результате переливания крови после автокатастрофы). Эксперимент проводился на компьютере: на экране перед испытуемым размещалась фотография ВИЧ-инфицированного и с помощью нажатия на фотографию требовалось дать согласие на прогулку или отвергнуть его (и соответственно, ответить курсор в сторону). У испытуемых анализировались две переменные: во-первых, установки по отношению к гомосексуалам (по причине уже отмеченной устойчивой ассоциации между этой группой и ВИЧ), а во-вторых – с мотивацией контролировать предубеждения по отношению к людям с ВИЧ. Движение мышки записывалось в течение десяти секунд, а также прослеживалась корреляция между значениями переменных и позицией курсора (его отдаленностью от фотографии) в каждый момент времени.

Были получены следующие результаты: у испытуемых с наиболее сильными установками по отношению к гомосексуалам в течение первых пяти секунд курсор находился на значительном расстоянии от фотографии, что может являться свидетельством активации негативных ассоциаций между ВИЧ и гомосексуализмом. Такие испытуемые быстро принимали решение отвергнуть предложение о прогулке. У других испытуемых – с высокой мотивацией контролировать и преодолевать предубеждения – время принятия решения было более длительным, что может демонстрировать включение пропозициональных процессов оценки, и вынесение решения на основании обоих компонентов оценки.

Однако также стоит отметить, что не всякая мотивация контролировать свои предубеждения ведет к нестигматизирующему отношению. Выделяют два типа мотивации такого рода: интернальную и экстернальную. Люди с высоким уровнем мотивации интернального типа стремятся контролировать свои предубеждения в соответствии с прочно усвоенными личными стандартами и убеждениями, в то время как те, для кого более характерна мотивация экстернального типа руководствуются желанием соответствовать социальным нормам, декларируемым в данном обществе.

Было установлено, что только наличие мотивации интернального типа ведет к увеличению согласованности между ассоциативными и пропозициональными процессами в оценках людей турецкой национальности немецкими испытуемыми [32]. Это означает, что обычный разрыв между автоматическими имплицитными процессами и контролируемыми эксплицитными уменьшается за счет того, что вторые оказывают действие на первые, отвергают вынесение оценки на основа-

нии негативных ассоциаций. Подобные данные были получены и в исследовании установок по отношению к афроамериканцам. Таким образом, такие результаты могут свидетельствовать, что интернализированные стандарты являются более устойчивыми и сильными регуляторами оценочного поведения, чем экстернализные нормы.

Другими личными качествами, которые могут быть связаны со степенью регулирования эксплицитных установок, являются публичное самосознание и самомониторинг [49]. Публичное самосознание подразумевает склонность обращать внимание на аспекты личного поведения, являющиеся видимыми для окружающих. Люди с высоким уровнем публичного самосознания более пристально следят, чтобы их поведение соответствовало социальным ожиданиям.

Самомониторинг рассматривался как регулятор поведения еще в ранних исследованиях установок. В соответствии с данной теорией, некоторые люди более склонны контролировать появление социальных сигналов из окружающей среды и в соответствии с ними регулировать свое поведение (высокий уровень самомониторинга), в то время как другие больше ориентируются на внутренние стандарты, установки, ценности, верования и чувства (низкий уровень самомониторинга [49]). Соответственно, люди с высоким уровнем самомониторинга демонстрируют большую чувствительность к ситуационным и межличностным сигналам в процессе сообщения самоочета, что ведет к снижению согласованности между ассоциативными и пропозициональными процессами. Другими словами, в процессе совершения самоочета они больше ориентируются на ситуацию и то, какие ответы будут более желательными и подходящими.

Кроме вышеперечисленных факторов, способных влиять на процесс оценки, также выделяют ситуационные регуляторы. Так было показано, как экспериментальное изменение степени допустимости расовых предубеждений по отношению к афроамериканцам - кандидатам на должность в контексте приема на работу влияло на силу эксплицитных установок [55]. От испытуемых требовалось принять решение о том, кого принимать на работу. Часть испытуемых получила сообщение от президента фиктивной компании о том, что существенным является выбор «белого» кандидата по соображениям соответствия командному духу компании, другая часть испытуемых не получила такого сообщения. Как и ожидалось, имплицитные расовые установки, измеренные при помощи ИАТ, обладали высокой предсказательной способностью по отношению к эксплицитным расовым предубеждениям в принятии решения, какого претендента принимать на работу в той группе испытуемых, в которой выражение расовых

предубеждений было разрешено сообщением президента, в то время как в другой группе испытуемых такого эффекта не наблюдалось.

Следующим аспектом рассмотрения данной темы является вопрос соотношения ассоциативных и пропозициональных процессов. Можно выделить несколько типов их взаимоотношений: во-первых, ассоциативные реакции могут формировать элементарную основу высокоорганизованных пропозициональных репрезентаций [50]. Более того, пропозициональные репрезентации могут оказывать ретроактивное влияние на ассоциативные [22].

Во-вторых, рефлексивная система пропозициональных процессов ответственна за переработку данных ассоциативных процессов в пропозициональный формат (так негативная аффективная реакция трансформируется в пропозицию, суждение «мне не нравится X») (Strack and Deutsch, 2004) [50]. Воспринимаемая обоснованность пропозициональной обработки аффективных ассоциативных процессов зависит от логичности, согласованности данного суждения с другими релевантными ему, уже хранящимися в памяти. Если пропозициональный смысл аффективной ассоциативной реакции согласуется с другими релевантными пропозициями, оно с большей вероятностью принимается как обоснованное и подходящее основание для вынесения оценочного суждения (и наоборот). Если пропозициональный смысл аффективной ассоциативной реакции не согласуется с другими, он может быть не только отвергнут, но и принят, если находится дополнительное суждение, которое разрешает несогласованность.

**Закключение.** В теориях, изложенных в данной работе, процесс стигматизации рассматривается как результат работы и взаимодействия двух типов процессов оценки – ассоциативных и пропозициональных. Зачастую процесс оценки оказывается незавершенным, поскольку осуществляется на основании работы преимущественно ассоциативных процессов, без включения пропозициональных, что ведет к стигматизирующему отношению. В этой связи, особое внимание заслуживают факторы, обеспечивающие включение и пропозициональных процессов как играющих важную роль в вынесении нестигматизирующей оценки. Среди факторов такого типа отмечают: ценности, базовые представления о мире, наличие мотивации контроля собственных предубеждений, дополнительное время для вынесения оценки, рефлексивность. Обычно данные факторы влияют на процесс оценки естественным образом, однако, возможно, обращение сознательного внимания на них может вести к дополнительному эффекту и быть полезным в дестигматизационных целях.

## Литература

1. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных//Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М.Бехтерева. 2000. Т. 1. с. 3 - 8.
2. Михайлова И.И., Ястребов В.С., Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2002. Т. 102. №7. с. 58.
3. Серебрянская Л. Я. Социальные представления о психически больных в психиатрии в контексте проблемы стигматизации // Журнал неврологии и психиатрии. 2005. № 3. с. 47.
4. Amodio, D. M. Can neuroscience advance social psychological theory? Social neuroscience for the behavioral social psychologist. *Social Cognition*, 2010, vol. 28, pp. 695-716.
5. Angermeyer M. C., Matschinger H. The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2003, vol. 108 (4), pp. 304-309.
6. Bargh J. A. Automaticity of Social Behavior: Direct Effects of Trait Construct and Stereotype Activation on Action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1994, vol. 71(2), pp. 230-244.
7. Baron R.C., Salzer M.S. Accounting for unemployment among people with mental illness. *Behavioral Sciences and the Law*, 2002, vol. 20, pp. 585-599.
8. Bessenoff G.R., Sherman J.W., Automatic and controlled components of prejudice toward fat people: Evaluation versus stereotype activation. *Social Cognition*, 2000, vol. 18, pp. 329-353.
9. Birchwood M., Trower P. et al., Social anxiety and the shame of psychosis: a study in first episode psychosis. *Behav. Res. Ther.*, 2007, vol. 45 (5), pp. 1025-1037.
10. Bodenhausen, Galen V. Associative and Propositional Processes in Evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 2006, vol. 132 (5), pp. 745-750.
11. Campbell C., Deacon, H. Unravelling the contexts of stigma: From internalisation to resistance to change. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 2006, vol. 16, pp. 411-417.
12. Collins E., Wagner C., Walmsley S. Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *The AIDS Reader*, 2000, vol. 10, pp. 546-551.
13. Corrigan P.W., Miller F.E. Shame, blame and contamination: A review of the impact of mental illness stigma on family members. *Journal of Mental Health*, 2004, vol. 13, pp. 537-548.

14. Corrigan, P.W, Lam, C. Challenging the structural discriminations of psychiatric disabilities: Lessons learned from the American disability community. *Rehabilitation Education*, 2007, vol. 21, pp. 53-58.
15. Cunningham, W. A., Raye, C. L., Johnson, M. K. Implicit and explicit evaluation: fMRI correlates of valence, emotional intensity, and control in the processing of attitudes. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 2004, vol. 16, pp. 1717-1729.
16. Derks, D., Fischer, A. H., Bos, A. E. The role of emoticon in computer-mediated communication: A review. *Computers in Human Behavior*, 2008, vol. 24, pp. 766-785.
17. Devine P.G. Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1989, vol. 56, pp. 5-18.
18. Dovidio, J. F., Pearson, A. R., Orr, P. Social psychology and neuroscience: Strange bedfellows or a healthy marriage? *Group Processes and Intergroup Relations*, 2008, vol. 11, pp. 247-263.
19. Eisenberger, Lieberman & Williams Does Rejection Hurt? An fMRI Study of Social Exclusion *Science*, 2003, vol. 302, pp. 5643, pp. 290-292
20. Fazio R.H., Olson M.A. Implicit measures in social cognition research: Their meaning and uses. *Annual Review of Psychology*, 2003, vol. 54, pp. 297-327.
21. Foroni, F. & Mayr, U. The power of a story: New, automatic associations from a single reading of a short scenario. *Psychonomic Bulletin and Review*, 2005, vol.12 (1), pp.139-144.
22. Gawronski B., Bodenhausen G.V. Associative and propositional processes in evaluation: An integrative review of implicit and explicit attitude change. *Psychological Bulletin*, 2006, vol. 132, pp. 692-731.
23. Gawronski, B., & Strack, F. On the propositional nature of cognitive consistency. Dissonance changes explicit, but not implicit attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2004, vol. 40, pp. 535–542.
24. Goffman E. *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*: Englewood Cliffs, N.J. Prentice-Hall, 1963.
25. Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 1995, vol. 102, pp. 4–27.
26. Greenwald A.G., Poehlman T.A., Uhlmann E.L., Banaji M.R. Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Pers. Soc. Psychol.*, 2009, vol. 97 (1), pp. 17-41.
27. Haightat R., A unitary theory of stigmatization. Pursuit of self-interest and routs to destigmatization. *British journal of psychiatry*, 2001, vol. 178, pp. 207-215.

28. Harris, L. T., & Fiske, S. T. Dehumanizing the lowest of the low: Neuro-imaging responses to extreme outgroups. *Psychological Science*, 2006, vol. 17, pp. 847-853.
29. Health D: Attitudes to Mental Illness: Report London. Department of Health, 2003.
30. Hebl, M. R., Mannix, L. M. The weight of obesity in evaluating others: A mere proximity effect. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 2003, vol. 29, pp. 28-38.
31. Hinshaw Stigma as Related to Mental Disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2007, vol. 4, pp.367-393.
32. Hofmann, W., Gschwendner, T., Schmitt, M. On implicit explicit consistency: The moderating role of individual differences in introspection and adjustment. *European Journal of Personality*, 2005, vol. 19, pp. 25-49.
33. Kahneman, A. Perspective on Judgment and Choice Mapping Bounded Rationality. *American Psychologist*, 2003, vol.58 (9), pp. 697-720.
34. LeBel, E., Gawronski, B. Reasons versus feelings: Introspection and the relation between explicit and implicit attitudes. Poster presented at the meeting of the Society for Personality and Social Psychology, Palm Springs, CA., 2006.
35. Link, B. G., Phelan, J. C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001, vol. 73, pp. 63-85
36. Major B., O'Brien L. T. The Social Psychology of Stigma. *Annual Review of Psychology*, 2005, vol. 56, pp. 393-421.
37. Monteith M. Changing one's prejudiced ways: Awareness, affect and self-regulation. *European Review of Social Psychology*, 2005, vol. 16, pp.113-154.
38. Moors, De Houwer Automaticity: a theoretical and conceptual analysis. *Psychological Bull*, 2006, vol. 132 (2), pp. 297-326.
39. Petty, R.E., Tormala, Z.L., Briñol, P., & Jarvis, W.B.G. Implicit ambivalence from attitude change: An exploration of the PAST model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2006, vol. 90, pp. 21-41.
40. Phels E. A., O'Connor K. J., Cunningham W. A. Performance on Indirect Measures of Race Evaluation Predicts Amygdala Activation. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 2000, vol. 12, pp. 727-738.
41. Pryor J.B., Reeder G.D., Landau S. A social psychological analysis of HIV-related stigma: A two-factor theory. *American Behavioral Scientist*, 1999, vol. 42, pp. 1193-1211.
42. Pryor, J. B., Reeder, G. D., Yeaton, C., Hesson-McLennis, M. A dual-process model of reactions to perceived stigma. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2004, vol. 87 (4), pp. 436-452.



43. Quadflieg, Turk, Waiter, Mitchell, Jenkins & Macrae Exploring the neural correlates of social stereotyping. *Cognitive Neuroscience*, 2009, vol. 21 (8), pp. 1560-1570.
44. Rudman, L. A. Sources of implicit attitudes. *Current Directions in Psychological Science*, 2004, vol. 13 (2), pp. 80-83.
45. Rusch N, Corrigan P.W., Todd A. R., Bodenhausen G. V. Automatic stereotyping against people with mental illness. *Psychiatry Research*, 2011, vol. 186, pp.34-39.
46. Scambler, G., Paoli, F. Health work, female sex workers and HIV/AIDS: global and local dimensions of stigma and deviance as barriers to effective interventions. *Social Science and Medicine*, 2008, vol.66, pp. 1848–1862.
47. Schmader, T., & Lickel, B. The approach and avoidance function of guilt and shame emotions: Comparing reactions to self-caused and other-caused wrongdoing. *Motivation and Emotion*, 2006, vol. 30, pp. 43–56.
48. Smith D. & DeCoster J., Dual-process models in social and cognitive psychology: Conceptual integration and links to underlying memory systems. *Personality and Social Psychology Review*, 2000, vol. 4, pp. 108-131.
49. Snyder, Mark, Tanke Social perception and interpersonal behavior: On the self-fulfilling nature of social stereotypes. *Ellen Journal of Personality and Social Psychology*, 1979, vol. 35 (9), pp. 656-666.
50. Strack, F., Deutsch, R. Reflective and Impulsive Determinants of Social Behavior. *Personality and Social Psychological Review*, 2004, vol. 8, pp. 220-247.
51. Thornicroft G. *Shunned. Discrimination Against People with Mental Illness*. Oxford, UK: Oxford University Press, 2006.
52. Visser, P.S., Krosnick, J.A., Simmons J. P. Distinguishing the cognitive and behavioral consequences of attitude importance and certainty: A new approach to testing the common-factor hypothesis. *Journal of Experimental Social Psychology*, 2003, vol. 39, pp. 118–141.
53. Wheeler, M.E., Fiske, S.T. Controlling racial prejudice: social-cognitive goals affect amygdala and stereotype activation. *Psychological Science*, 2005, vol. 16, pp. 56–63.
54. Wilson, T., Lindsey, S. Schooler, T.Y. A model of dual attitudes. *Psychological Review*, 2000, vol. 107, pp. 101-126.
55. Ziegert, Hanges Employment discrimination: the role of implicit attitudes, motivation, and a climate for racial bias. *J Appl. Psychol.*, 2005, vol. 90 (3), pp. 553-562.

**Т.И. Медведева, С.Н.Ениколопов, О.Ю.Воронцова,  
О.Ю. Казьмина**  
**ИССЛЕДОВАНИЯ ОСОБЕННОСТЕЙ МОРАЛЬНОГО ВЫБОРА  
С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ «МОРАЛЬНЫХ ДИЛЕММ»**

*Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ  
(проект № 16-36-00038)*

Моральное чувство является центральным в личности человека и играет решающую роль в определении поведения человека в социуме. Проблемой влияния на принятие решений морали занимаются специалисты разных областей знаний: философии, психологии, экономики, политики. Начало психологических исследований в области морали можно отнести к 1960-м годам. К этому же времени относится начало поисков нейробиологических механизмов, определяющих моральный выбор. Начало изучения морали в психологии было положено Ж. Пиаже (Piaget) [7] и Л.Кольбергом (Kohlberg) [25]. Ж.Пиаже полагал, что мораль меняется по мере развития личности, стадии развития морали являются универсальными, а их развитие неизменно. Продолжая идеи Ж.Пиаже Л.Кольберг также считал, что мораль универсальна, одинакова для разных культур и не зависит от пола. Он полагал, что в процессе нравственного развития главную роль играет понятие справедливости. Дальнейшие исследования на основе теории Л.Кольберга позволили оспорить «справедливость» как единственно возможный принцип моральности. Так С.Gilligan [16] отмечал, что справедливость как основополагающий принцип морального поведения в модели Л.Кольберга «принижает» женщин, для которых центральной нравственной проблемой является конфликт между собой и другими. В то время как мужчины решают моральные дилеммы рациональным путем, уважая законы и порядок, женщины руководствуются эмоциями, сочувствием, заботой о других. С.Gilligan описывает эти два способа морального выбора, как этику заботы и этику справедливости.

Объясняя разницу между мужчинами и женщинами в принятии моральных решений исследователи связывают моральный выбор со способностями к эмпатии, с разницей в эмоциональном интеллекте [10; 14], которые делают женщин более устойчивыми в ситуациях, когда решения, несмотря на рациональные преимущества, влекут за собой прямое причинение физической или моральной боли другим людям. Моральное решение, которое принимает женщина, направлено на то, чтобы не навредить другим людям, учитывать социальные отношения и оправдать ожидания других людей. Напротив, мужская нравственность зависит от абстрактных принципов справедливости,

честности и индивидуалистической позиции [23]. Авторы полагают, что женщины больше руководствуются эмоциями, в то время как мужчины чаще делают рациональный выбор в моральных решениях.

В области нейронаук при изучении больных с повреждениями мозга с использованием методов нейровизуализации [19; 17; 18] были получены доказательства нейробиологических детерминант морального поведения [24].

Среди факторов, оказывающих влияние на моральные суждения рассматривается возраст, уровень образования, будущая профессия. Так, было обнаружено, что студенты медицинских колледжей демонстрируют более высокий уровень моральных суждений, чем студенты бизнес школ и других специальностей [26]. Эти результаты показывают, что образование, которое готовит студентов принимать моральные решения, может рассматриваться как один из внешних факторов, влияющих на моральный выбор [11].

Несколько исследований посвящены связи религиозности и морали. M.Nauser с коллегами [21] не обнаружили связи моральных суждений и религиозности. Аналогичные результаты получены в работе M.Fumagalli с коллегами [15], которые показали, что культурные факторы, такие как образование и религия, не влияют на выбор морального решения.

Моральный выбор или моральные суждения можно рассматривать как принятие решений с большим или меньшим вовлечением эмоций. Решение состоит в оценке собственных действий и действий других на основе собственных убеждений и ценностей, а также норм и ценностей социальной группы. Сложность выбора возрастает, когда утилитарное или рациональное решение противоречит решению на основе эмоций.

В течение большей части прошлого века принятие решений трактовалось как рациональный выбор, максимизирующий выигрыш (полезность), и моделировалось математическими методами. Однако, в 70-е и 80-е годы исследования Канемана и Тверски показали, что при принятии решений важную роль играют эвристики. Разработанная ими модель показывает, что люди могут быть нерациональны при оценке возможных альтернатив. При этом, само понятие «полезность» также оценивается людьми субъективно, и, очевидно, далеко не всегда совпадает с максимальной объективной выгодой, а определяется различными системами ценностей и смыслов [3].

Одним из инструментов исследования принятия моральных решений являются задачи, в которых испытуемому предлагается представить себя в сложной ситуации и сделать выбор, который может вызвать конфликт между моральными убеждениями, ценностями и

представлениями о справедливости, общем благе или выгоде. Такие задачи принято называть «моральными дилеммами».

Влияние когнитивных и эмоциональных процессов на мораль рассматривал J.D.Greene [19]. Он предложил теорию двойного процесса (dual-process theory). В этой теории различаются быстрая, бессознательная и не требующая усилий аффективная система и медленная, сознательная и требующая усилий когнитивная система. Для исследований D.Greene с соавторами [18] предложили 50 дилемм, которые делились на три группы: «нейтральные» дилеммы (еще их называют «внеморальные»), «морально безличностные» и «морально личностные». Испытуемым предлагалось вынести свои суждения по поводу различных воображаемых ситуаций.

Сложные личностные дилеммы находятся в противоречии с моральными принципами и ведут к конфликтной ситуации. Если окончательное решение оказывается утилитарным (рациональным), превалирует когнитивный контроль, это связано с активацией областей, связанных с рабочей памятью и абстрактными рассуждениями, особенно дорсолатеральной корой. Преобладание утилитарного выбора (на нейронном уровне) связано с предпочтением отсроченного выигрыша, с подавлением эмоций [27]. Таким образом, при решении «безличностных» дилемм задействована преимущественно когнитивная система, а при решении «личностных» дилемм – аффективная.

В нашем исследовании использовались моральные дилеммы, предложенные в работе J.D.Greene с соавторами [18], переведенные нами на русский язык. «Нейтральные» дилеммы не требуют разрешения каких-либо конфликтов между разумом и эмоциями. «Морально безличностные» дилеммы затрагивают мораль и эмоции, но не вызывают сильного внутреннего конфликта между утилитарными соображениями и эмоциональными ограничениями или запретами. Пример такой дилеммы: *«Вы дежурите в больнице. Из-за аварии в вентиляционную систему попал ядовитый газ. Если вы ничего не предпримете, газ попадет в палату с тремя пациентами и убьет их. Единственный способ их спасти — это повернуть особый рычаг, который направит ядовитый газ в палату, где лежит только один пациент. Он погибнет, зато те трое будут спасены. Повернете ли вы рычаг?»* «Морально личностные» дилеммы требуют разрешения острого конфликта между утилитарными соображениями о наибольшем общем благе и необходимостью совершить своими руками поступок, против которого восстают эмоции. Например: *«Вы и двое Ваших детей в возрасте 8 и 5 лет живете на территории, занятой врагом. В штабе врага врач проводит болезненные опыты*

*над людьми, которые неизбежно приводят к смерти. Он хочет взять для экспериментов одного из Ваших детей, и он позволяет Вам выбрать ребенка. У Вас есть 24 часа, чтобы отвести одного из Ваших детей в его лабораторию. Если Вы откажетесь, он заберет обоих детей. Вы отдадите одного из Ваших детей на опыты, чтобы спасти другого ребенка?»*

В этой статье мы предлагаем результаты трех исследований, в которых использованы моральные дилеммы, предложенные J.D.Greene [18]. В первом исследовании оценивается связь между принятием моральных решений и имплицитным отношением к жизни и смерти. Во втором исследовании рассматривается зависимость принятия моральных решений от особенностей эмоционального интеллекта. Третье исследование посвящено анализу гендерных различия в принятии моральных решений, а также выявлению связи моральных выборов и особенностей принятия рациональных и основанных на эмоциональном опыте решений.

### **Исследование 1. Моральные выборы и имплицитное отношение к смерти при суицидальном риске**

Практически во всех «морально личностных» дилеммах испытуемому предлагалось представить себя в ситуации, когда ради спасения некоторого (иногда большого) количества людей требовалось лично убить другого конкретного человека, иногда очень близкого. Возможно, некоторым людям удалось выйти из морального конфликта, так как их эмоциональная реакция была не такой сильной из-за субъективного снижения эмоциональной значимости «жизни». В наше исследование мы включили, помимо группы здоровых испытуемых, людей из группы суицидального риска, так как они демонстрируют выраженное снижение эмоциональной значимости жизни [2; 1].

Для оценки имплицитных отношений использовался Тест Имплицитных Предпочтений IAT (implicit associations test) [20], который позволяет оценить силу ассоциативной связи между заданными объектами и атрибутами.

Модификация теста для оценки риска суицида была предложена в работе М.К.Nock с соавторами [28] и переведена нами на русский язык. Модификация теста позволяет измерить имплицитные ассоциации, которые люди имеют относительно суицида и смерти. Предварительные результаты использования модифицированного IAT теста на группе женщин больших депрессией показал сдвиг IAT-эффекта в сторону ассоциации «Я + Смерть» для группы суицидального риска [4].

**Целью исследования** было изучение связи принятия «морально личностных» решений и имплицитных отношений к «смерти» и «жизни» у здоровых людей и пациентов клиники, которые имели в анамнезе попытку суицида или явно говорили о суицидных мыслях и идеях.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 60 здоровых испытуемых (27 мужчин и 33 женщины), которые составили «группу нормы», и 34 пациента Научного Центра Психического Здоровья (16 мужчин и 18 женщин с депрессией, диагноз F32.0- F32.2 (МКБ-10) из них 15 человек имели в анамнезе попытку суицида и 19 человек явно заявляли о наличии суицидальных идей. Группы статистически не различались по демографическим и возрастным показателям.

Все испытуемые выполнили тест «**Моральные дилеммы**», который представлял из себя выборку из 30 дилемм, предложенных Greene [18].

Все испытуемые выполнили модифицированный **Тест имплицитных ассоциаций (IAT)**. Результаты анализировались с помощью стандартной процедуры, описанной A.G.Greenwald [20]. Для каждого испытуемого вычислялся *IAT-эффект*. Положительные значения *IAT-эффекта* отражают более сильную ассоциативную связь себя самого со смертью (связь между понятиями «Смерть» и «Я»).

Все пациенты клиники из группы суицидального риска заполнили симптоматический опросник **SCL-90-R** (Symptom Check List-90-Revised) [9]. Учитывались стандартные значения шкал. Отдельно учитывался ответ на вопрос «Мысли о том, чтобы покончить с собой», который допускает значения от 0 до 4 (параметр *SCL\_суицид*).

**Результаты.** В результате выполнения **Теста имплицитных ассоциаций (IAT)** статистически значимые отличия выявлены между контрольной группой и группой больных с суицидальным риском (Chi-Square Tests 4,851,  $p < 0,05$ ). В группе нормы около 15% испытуемых продемонстрировали положительные значения *IAT-эффекта* (что отражает более сильную ассоциативную связь себя самого со «Смертью»). В группе суицидального риска количество испытуемых с положительными значениями *IAT-эффекта* увеличилось до 32% (среди тех, кто не имел в анамнезе попыток суицида, процент с положительными значениями *IAT-эффекта* 26%, а для тех, кто имел попытку суицида, процент с положительными значениями *IAT-эффекта* 40%).

Корреляционный анализ в группе суицидального риска показал, что сдвиг *IAT-эффекта* в сторону «Я+Смерть» (Таблица 1) увеличивается при увеличении патологической симптоматики (*количества беспокоящих симптомов* в SCL-90-R), при увеличении

показателей «враждебности», «депрессии» и «тревожности». Степень выраженности суицидальных намерений (параметр *SCL\_суицид*) так же значимо коррелирует со сдвигом *IAT-эффекта*.

Кроме того, при увеличении патологической симптоматики в *SCL-90-R* увеличивается количество «личностных» выборов в «Моральных дилеммах». Увеличение «личностных» выборов значимо связано с увеличением показателей по шкале «враждебности», и на уровне статистической тенденции – «депрессии». Выраженность суицидальных намерений (параметр *SCL\_суицид*) так же значимо связана с увеличением «личностных» выборов.

**Таблица 1** Корреляция *SCL-90-R* с методикой «Моральные дилеммы» и *IAT*

|                        |                             | <b>Морально личностные дилеммы</b> | <b>IAT-эффект</b> |
|------------------------|-----------------------------|------------------------------------|-------------------|
| <b><i>SCL-90-R</i></b> | Депрессия                   | ,465~                              | ,502*             |
|                        | Тревожность                 | 0,297                              | ,486*             |
|                        | Враждебность                | ,654**                             | ,565*             |
|                        | Общий индекс тяжести        | ,452~                              | 0,402             |
|                        | число беспокоящих симптомов | ,500*                              | ,567*             |
|                        | <i>SCL</i> суицид           | ,504*                              | ,498*             |

*Примечания.* Уровень статистической значимости: ~  $p < 0.1$ ; \*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.005$ .

Связь *IAT* с решением «*Моральных дилемм*». Анализ выполнения «*Моральных дилемм*» показал, что и в группе нормы, и в группе с суицидальным риском, количество положительных выборов в «личностных дилеммах» значимо увеличивается при сдвиге *IAT-эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть».

Среднее количество положительных ответов в «морально личностных» дилеммах для группы нормы с положительным *IAT-эффектом* составило 5,3. В то же время в группе с отрицательными значениями *IAT-эффекта* (показывает более сильную ассоциацию себя с «жизнью») среднее количество положительных ответов в «морально личностных» дилеммах составило 3,6. Аналогичная картина для группы с суицидальным риском (5,6 при положительных значениях *IAT-эффекта* и 3,4 при отрицательных).

**Обсуждение.** Сдвиг *IAT-эффекта* в сторону «смерти» в группе суицидального риска означает снижение эмоциональной значимости жизни в группе с суицидальным риском по сравнению с контрольной группой. В группе суицидального риска степень выраженности суицидальных намерений (параметр *SCL\_суицид*) значимо коррелирует с величиной *IAT-эффекта* (Таблица 1). Чем выше испытуемый

оценивает выраженность своих мыслей о том, чтобы покончить с собой, тем более высокое значение *IAT-эффекта* он демонстрирует в IAT тесте.

Выраженность суицидальных намерений (параметр *SCL\_суицид*) также значимо связана с увеличением «личностных» выборов в «Моральных дилеммах» (Таблица 1). При этом и в группе нормы, и в группе с суицидальным риском количество положительных выборов в «личностных дилеммах» значимо увеличивается при сдвиге *IAT-эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть».

То есть испытуемые, которым удалось выйти из морального конфликта, подавив эмоциональную реакцию при решении «Моральных дилемм», значимо чаще демонстрировали имплицитное предпочтение «смерти», субъективное снижение эмоциональной значимости «жизни» для себя лично. Пилотажное исследование на группе здоровых испытуемых показывало эту связь [5].

Полученные результаты позволяют сделать вывод, что при суицидальном риске и при имплицитном предпочтении «смерти» убийство себя и убийство другого близки по смыслу и эмоциональной нагрузке.

#### **Выводы**

1. Показано, что и в группе нормы, и в группе с суицидальным риском количество выборов в «личностных дилеммах» значимо увеличивается при субъективном снижении эмоциональной значимости «жизни», имплицитном предпочтении «смерти».

2. При суицидальном риске и при имплицитном предпочтении «смерти» собственная смерть и смерть другого близки по смыслу и эмоциональной нагрузке.

#### **Исследование 2. Моральные дилеммы и эмоциональный интеллект.**

**Целью исследования** было изучение связи принятия моральных решений и особенностей эмоционального интеллекта.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 25 здоровых испытуемых (13 мужчин и 12 женщины, средний возраст 26,4±5,08). Все испытуемые выполнили тест «*Моральные дилеммы*», который представлял из себя выборку из 30 дилемм, предложенных Greene [18]. Все испытуемые выполнили *Тест эмоционального интеллекта Мэйера–Словея–Карузо* (MSCEIT V2.0) [8]. Для обработки результатов теста использовался вариант кодировки по контентусу. В качестве «группового эксперта» использовались ответы 60 человек из группы здоровых испытуемых. В данном исследовании использовались секции восприятия эмоций: А-«*оценка\_лиц*», и Е-«*оценка\_пейзажей\_картин*». Был введен новый параметр для оценки



расхождения в восприятии эмоций других людей по лицам и эмоций, выраженных в пейзажах и абстрактных картинах, для оценки которых нужно понимать свои собственные эмоции. Параметр назван «относительное снижение оценки своего эмоционального состояния», и вычисляется как разница в стенах между секциями А(оценка\_лиц) и Е(оценка\_пейзажей\_картин). Кроме того, оценивался параметр «амбивалентность», который вычислялся как сумма всех сделанных выборов по секции Е. Высокие показатели этого параметра говорят о том, что испытуемый полагает, что в предъявленной картине или пейзаже выражены в достаточно высокой степени одновременно разные чувства и эмоции.

**Результаты и обсуждение.** Корреляционный анализ (Таблица 2) показал, что количество «личностных» выборов в Моральных дилеммах значимо коррелирует со параметром «оценка лиц» (Секция А. Способность к идентификации эмоций другого человека по фотографии лица). Снижение способности адекватно оценивать эмоциональное состояние других людей по лицам связано с повышением «личностных» моральных выборов.

Также выявлена корреляция «личностных» выборов с параметром «регуляция собственных эмоциональных состояний» (Секции D – оценивает способность к сознательной регуляции эмоций для личностного роста и улучшения межличностных отношений). Снижение способности к регуляции собственных эмоций, использование неадекватных методов для этого, связано с большим количеством «личностных» выборов.

**Таблица 2** Корреляция выполнения Теста эмоционального интеллекта MSCEIT и Моральных дилемм

|                       | Оценка_лиц<br>(секция А) | Регуляция<br>собственных<br>эмоциональных<br>состояний<br>(секция D) | Амбивалентность в<br>оценке<br>собственного<br>состояния<br>(по секции Е) | Относительное<br>снижение<br>оценки своего<br>эмоционального<br>состояния |
|-----------------------|--------------------------|--|---|---|
| Личностные<br>дилеммы | <b>-,433*</b>            | <b>-,495*</b>  | <b>-,570*</b>   | <b>-,678**</b>  |

*Примечания.* Уровень статистической значимости: ~  $p < 0.1$ ; \*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.005$ .

Корреляция «личностных» выборов с параметром «амбивалентность» показывает, что оценка своего эмоционального состояния, лишённая амбивалентности, сложности, нюансов увеличивает количество «личностных» выборов.

Относительное снижение оценки своего эмоционального состояния по сравнению со способностью оценивать эмоции других людей (параметр «*относительное снижение оценки своего эмоционального состояния*») значимо коррелирует «личностными» выборами. Можно сказать, что сильное рассогласование результатов в способности оценивать свое эмоциональное состояние и эмоциональное состояние других людей также связано с ростом «личностных» выборов. А именно, лучшее распознавание собственного состояния по сравнению со способностью распознавать эмоции других людей связано с увеличением «личностных» выборов.

### **Выводы**

1. Показано, что выбор в «личностных» дилеммах возрастает при ухудшении способности распознавать эмоции других людей при относительно хорошей способности распознавать собственные эмоции.

2. Оценка своего эмоционального состояния, лишенная амбивалентности, сложности, нюансов увеличивает количество «личностных» выборов.

3. Снижение способности к регуляции собственных эмоций, использование неадекватных методов для этого, также связано с большим количеством «личностных» выборов.

### **Исследование 3. Моральный выбор, гендерные отличия.**

В исследовании мы используем понятие «гендерный», имея в виду социальные проявления различий, но считаем важным учитывать и биологическую составляющую этих различий.

**Целью исследования** был анализ гендерных различий в принятии моральных решений, выявление связи моральных выборов и особенностей принятия рациональных и основанных на эмоциональном опыте решений.

**Материал и методы.** В исследовании приняли участие 70 здоровых испытуемых: 34 мужчины (средний возраст  $27,3 \pm 9,0$ ) и 36 женщин (средний возраст  $29,2 \pm 10,1$ ). Группы не различались по демографическим признакам и уровню образования. Все испытуемые выполнили тест «*Моральные дилеммы*», который представлял из себя выборку из 30 дилемм, предложенных Greene [18].

Все испытуемые выполнили *Игровую задачу* (IGT- Iowa Gambling Task) [12; 6]. Задача позволяет измерить дефицит эмоционального научения. При анализе результатов Игровой задачи оценивалось общее «превышение хороших» выборов над «плохими», «общий счет», «минимальный счет». Кроме того, для оценки результатов Игровой задачи использовалась модель «ожидание-результат» (Expectancy-valence - EV) [13], в которой вводятся параметры для вероятностного

моделирования принятия решений. В данном исследовании использовались параметры «внимание к выигрышу-проигрышу», «научение-забывание». Отдельно анализировались результаты по каждой из колод. Кроме того, были введены новые параметры, которые позволили оценить не только суммарно «хорошие» или «плохие» колоды, но и отдельно колоды с частыми или редкими проигрышами. Параметр «*BD-AC - предпочтение редких проигрышей*» (высчитывается как разница между суммой выборов из колод В и D и суммой выборов из колод А и С), параметр «*B-A - предпочтение редких проигрышей среди «хороших» колод*» (высчитывается как разница между выборами из колоды В и колоды А) и параметр «*D-C - предпочтение редких проигрышей среди «хороших» колод*» (высчитывается как разница между выборами из колоды D и колоды С). **Висконсинский тест сортировки карточек (WCST)** (Computer Version – 2 Research Edition by Robert K. Heaton) использовался для оценки регуляторных составляющих когнитивных функций, таких как планирование и контроль, торможение, удержание принципа решения, переключение [22].

**Результаты.** Результаты сравнения выполнения «Моральных дилемм», Игровой задачи (IGT) и Висконсинского теста сортировки карточек (WCST) мужчинами и женщинами представлены в Таблице 3. Мужчины значимо чаще давали положительные ответы на «личностные» дилеммы. При этом не было выявлено различий в выборах в «нейтральных» и «безличностных» дилеммах.

**Таблица 3** Результаты сравнения выполнения «Моральных дилемм», Игровой задачи (IGT) и Висконсинского теста сортировки карточек (WCST) мужчинами и женщинами

|  | мужчины            | женщины            | Знач        |
|--|--------------------|--------------------|-------------|
| <b>Моральные дилеммы</b>                                   |                    |                    |             |
| Нейтральные  | 5,44 ± 0,90        | 5,71 ± 0,91        | 0,21        |
| Безличностные  | 5,24 ± 1,54        | 5,15 ± 1,57        | 0,83        |
| Личностные   | <b>4,88±1,94</b>   | <b>3,13±2,28</b>   | 0,00        |
| <b>IGT</b>   |                    |                    |             |
| Общий счет   | 1 899,05±862,98    | 1 949,10±835,64    | 0,69        |
| Минимум счета  | 973,42±490,54      | 1 043,92±538,96    | 0,36        |
| Преобладание «хороших» выборов над «плохими»               | 11,59±27,68        | 10,49±27,32        | 0,78        |
| А колода   | <b>16,03±5,72</b>  | <b>13,90±5,41</b>  | <b>0,01</b> |
| В колода   | 28,18±11,50        | 30,86±13,46        | 0,15        |
| С колода   | <b>29,81±14,89</b> | <b>25,32±9,79</b>  | <b>0,01</b> |
| Д колода   | <b>25,99±12,16</b> | <b>29,92±12,43</b> | <b>0,03</b> |
| BD-AC (предпочтение редких проигрышей)                     | <b>8,33±27,29</b>  | <b>21,55±22,49</b> | <b>0,00</b> |
| В-А (предпочтение редких проигрышей среди «плохих» колод)  | <b>12,15±11,76</b> | <b>16,95±15,31</b> | <b>0,02</b> |
| Д-С (предпочтение редких проигрышей среди «хороших» колод) | <b>-3,82±23,40</b> | <b>4,59±17,72</b>  | <b>0,01</b> |
| <b>Параметры модели</b>                                    |                    |                    |             |
| Научение-забывание   | <b>0,36±0,39</b>   | <b>0,49±0,43</b>   | <b>0,02</b> |
| Внимание к проигрышу                                       | 0,46±0,34          | 0,49± 0,35         | 0,41        |
| <b>WCST</b>  |                    |                    |             |
| % Ошибок   | <b>0,21±0,11</b>   | <b>0,26±0,17</b>   | <b>0,04</b> |
| % Персевераторных ответов                                  | <b>0,24±0,12</b>   | <b>0,27±0,14</b>   | <b>0,08</b> |
| % Персевераторных ошибок                                   | 0,11±0,05          | 0,12±0,07          | 0,21        |
| % Неперсевераторных ошибок                                 | 0,10±0,09          | 0,12±0,15          | 0,23        |
| % Ответов концептуального ур.                              | <b>0,70±0,16</b>   | <b>0,63±0,22</b>   | <b>0,06</b> |
| Категорий  | 5,37±1,49          | 5,14±1,93          | 0,38        |
| Всего ходов  | <b>91,61±21,61</b> | <b>98,18±23,18</b> | <b>0,04</b> |

В Игровой задаче женщины предпочитали выбор из колод, в которых проигрыш случается редко и отдален во времени (значимо выше значение параметра «BD-AC»). Аналогичное соотношение было для «хороших» и «плохих» колод (параметры «B-A» и «D-C»).

И напротив, мужчины предпочитали «плохую» колоду А по сравнению с «плохой» колодой В и «хорошую» колоду С по сравнению с «хорошей» колодой D. Преимущественный выбор из этих

колод означает относительную важность для мужчин величины проигрыша.

Женщины продемонстрировали более выраженный сиюминутный аффект (выше значения модельного параметра «*научение-забывание*»), это означает, что они руководствуются событиями, которые произошли недавно, и склонны игнорировать отдаленные во времени события.

В Висконсинском тесте группы статистически не отличались по общему результату (количество собранных «*категорий*»), но были выявлены различия в «*проценте ошибок*», «*проценте персевераторных ошибок*» и «*общем количестве ходов*», и «*проценте ответов концептуального уровня*», хотя это не отразилось на количестве собранных «*категорий*».

В Таблице 4 приведены результаты корреляционного анализа выполнения «*личностных*» моральных дилемм и Игровой задачи. При увеличении выборов из колод, в которых проигрыш отдален во времени (параметр «*BD-AC - предпочтение редких проигрышей*») уменьшается количество положительных ответов на «*личностные*» дилеммы. Это же справедливо для «*хороших*» и «*плохих*» колод (параметры «*B-A*» и «*D-C*»). Колоды В и D отличаются тем, что имеют редкий проигрыш. При уменьшении выборов из колод с редким проигрышем увеличивается количество положительных ответов на «*личностные*» дилеммы.

У женщин уменьшалось количество «*личностных*» выборов при увеличении параметра «*BD-AC*» (предпочтение редких проигрышей). На уровне статистической тенденции была корреляция с изменением соотношения выборов из «*плохих*» колод В и А (параметр «*B-A*»). Аналогичная картина наблюдалась для мужчин, но на уровне статистической значимости была корреляция только с изменением соотношения выборов из «*плохих*» колод В и А (параметр «*B-A*»).

**Таблица 4** Корреляция «*личностных*» дилемм и Игровой задачи (IGT) для мужчин и женщин

|                       | А<br>колода | В<br>колода   | С<br>колода  | Д<br>колода   | BD-AC          | В-А           | Д-С           |
|-----------------------|-------------|---------------|--------------|---------------|----------------|---------------|---------------|
| <b>Все испытуемые</b> |             |               |              |               |                |               |               |
| « <i>личностные</i> » | ,0192       | -,0237        | <b>,291*</b> | <b>-,0141</b> | <b>-,360**</b> | <b>-,289*</b> | <b>-,259*</b> |
| <b>Мужчины</b>        |             |               |              |               |                |               |               |
| « <i>личностные</i> » | ,062        | <b>-,369*</b> | ,205         | ,059          | -,237          | <b>-,385*</b> | -,085         |
| <b>Женщины</b>        |             |               |              |               |                |               |               |
| « <i>личностные</i> » | ,227        | -,204         | ,209         | -,091         | <b>-,310*</b>  | -,277~        | -,190         |

*Примечания.* Уровень статистической значимости различий: ~  $p < 0.1$ ; \*  $p < 0.05$ ; \*\* $p < 0.005$ .

**Обсуждение.** Количество положительных ответов на «личностные» дилеммы значимо выше у мужчин: 4,9 и 3,1 для мужчин и женщин соответственно. Личностные дилеммы требуют разрешения острого конфликта между утилитарными соображениями о наибольшем общем благе и необходимостью совершить своими руками поступок, против которого восстают эмоции. То есть мужчины значимо чаще делают выбор в пользу утилитарной пользы, рационально понимаемой «выгоды».

Отсутствие связи выполнения «Моральных дилемм» и способности к рациональным рассуждениям (отсутствие корреляции «Моральных дилемм» и Висконсинского теста сортировки карточек) показало, что способность к рациональным рассуждениям не влияет на моральный выбор. Мужчины и женщины не различались по способности принимать рациональные решения (одинаковое количество «категорий»). Об этом же говорит отсутствие различий между мужчинами и женщинами в ответах на «нейтральные» и «безличностные» дилеммы.

При увеличении выборов из колод, в которых проигрыш отдален во времени (параметр «BD\_AC») уменьшается количество положительных ответов на «личностные» дилеммы. Преимущественный выбор из этих колод у женщин означает важность для женщин того, что проигрыш случается редко, отдален во времени.

Разницы в выполнении Игровой задачи мужчинами и женщинами, не связана с тем, что женщины более чувствительны к наказанию (модельный параметр «внимание к выигрышу- проигрышу») не выявил разницу в отношении к наказанию между мужчинами и женщинами). Другой модельный параметр, по которому выявлены различия между мужчинами и женщинами - «научение-забывание» показал, что женщины продемонстрировали «быстрое забывание», то есть более выраженный сиюминутный эффект, «забывание» отдаленных во времени проигрышей.

Корреляция «личностных» выборов и Игровой задачи позволяет говорить о связи «личностного» морального выбора с механизмами основанного на эмоциях принятия решений. При этом эмоциональный опыт учитывается мужчинами и женщинами по-разному. Во всей группе испытуемых, и отдельно для мужчин и женщин, показано, что «личностные» выборы в Моральных дилеммах увеличиваются при увеличении влияния на принятие решений редкого, отдаленного во времени отрицательного эмоционального опыта. Женщины делают меньше, чем мужчины «личностных» выборов, и склонны обращать меньше внимания на отдаленные во времени редкие отрицательные последствия.

## **Выводы**

1. Мужчины значимо чаще делают «личностные выборы» в Моральных дилеммах, то есть мужчины значимо чаще делают выбор в пользу утилитарной пользы, рационально понимаемой «выгоды».

2. Разница между мужчинами и женщинами в решении Моральных дилемм не связана с когнитивными механизмами принятия рациональных решений, а связана с нейрокогнитивными механизмами принятия, основанных на эмоциях решений.

3. Женщины реже делают «личностные» выборы, и это связано с тем, что женщины склонны игнорировать редкий, отдаленный во времени отрицательный эмоциональный опыт.

## **Литература**

1. Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И. et al. Прогноз суицида при депрессии. Вопросы психологии, 2015, 3, 38-48.
2. Казьмина О.Ю., Медведева Т.И., Щелокова О.А. et al. Депрессии юношеского и молодого возраста: предикторы прогноза суицидального риска. Психиатрия, 2014, 4(64), 11-20.
3. Канеман Д., Словик П., Тверски А. Принятие решений в неопределенности. Харьков.: Гуманитарный центр, 2005.
4. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. et al. ИмPLICITные ассоциации со «смертью» и суицидальный риск. In: Зверева Н.В., Рощина И.В. (Eds), Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы. М: ООО"Сам Полиграфист", 2016: 82-95.
5. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. et al. Моральные суждения и имPLICITное отношение к жизни и смерти. In: Зверева Н.В., Рощина И.В. (Eds), Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн). Материалы научно-практической конференции с международным участием. М: ООО"Сам Полиграфист", 2016: 247-250.
6. Медведева Т.И., Ениколопова Е.В., Ениколопов С.Н. Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор. Психологические исследования, 2013, 6(32), 10.
7. Пиаже Ж. Моральное суждение у ребенка. Москва: Акад. проект, 2006.
8. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И., Мэйер Д. Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо "Эмоциональный интеллект" (MSCEIT v. 2.0). М: Ин-т психологии РАН, 2010.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресс: СПб: Питер, 2001.

10. Baron-Cohen S., Wheelwright S. The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. *J Autism Dev Disord*, 2004, 34(2), 163-75.
11. Bebeau M., Monson V. Guided by theory, grounded in evidence: A way forward for professional ethics education. In: Nucci L.P., Narváez D. (Eds), *Handbook of moral and character education*. New York: Routledge, 2008: 557-582.
12. Bechara A., Damasio A.R., Damasio H. et al. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*, 1994, 50(1-3), 7-15.
13. Busemeyer J.R., Stout J.C. A contribution of cognitive decision models to clinical assessment: decomposing performance on the Bechara gambling task. *Psychological assessment*, 2002, 14(3), 253-62.
14. Eisenberg N. The development of empathy-related responding. *Nebr Symp Motiv*, 2005, 51, 73-117.
15. Fumagalli M., Ferrucci R., Mameli F. et al. Gender-related differences in moral judgments. *Cogn Process*, 2010, 11(3), 219-26.
16. Gilligan C. *In a different voice: psychological theory and women's development*. Harvard University Press: Cambridge, 1982.
17. Greene J., Haidt J. *How (and Where) Does Moral Judgment Work?* , 2003: V. 6.
18. Greene J.D., Nystrom L.E., Engell A.D. et al. The neural bases of cognitive conflict and control in moral judgment. *Neuron*, 2004, 44(2), 389-400.
19. Greene J.D., Sommerville R.B., Nystrom L.E. et al. An fMRI investigation of emotional engagement in moral judgment. *Science*, 2001, 293(5537), 2105-8.
20. Greenwald A.G., McGhee D.E., Schwartz J.L. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *J Pers Soc Psychol*, 1998, 74(6), 1464-80.
21. Hauser M., Cushman F., Young L. et al. A Dissociation Between Moral Judgments and Justifications. *Mind & Language*, 2007, 22(1), 1-21.
22. Heaton R.K. *WCST: CV4 Wisconsin Card Sorting Test: Computer Version 4 (Research Ed.)*. Lutz: Psychological Assessment Resources, 2003.
23. Jaffee S., Hyde J.S. Gender differences in moral orientation: a meta-analysis. *Psychol Bull*, 2000, 126(5), 703-26.
24. Koenigs M., Young L., Adolphs R. et al. Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. *Nature*, 2007, 446(7138), 908-11.



25. Kohlberg L. Development of Moral Character and Moral Ideology. In: Hofmann M.L., Hofmann L.W. (Eds), Review of Child Development Research. New York: Russell Sage Foundation, 1964.
26. Maeda Y., Thoma S.J., Bebeau M.J. Understanding the relationship between moral judgment development and individual characteristics: The role of educational contexts. Journal of Educational Psychology, 2009, 101(1), 233-247.
27. Martinez-Selva J.M., Sanchez-Navarro J.P. Decision Making and the Emotional Brain. In: Murphy D., Longo D.R. (Eds), Encyclopedia of psychology of decision making. New York: Nova Science Publishers, 2009: 197-235.
28. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T. et al. Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. Psychol Sci, 2010, 21(4), 511-7.

**Куфтяк Е.В.**

**ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЗАЩИТ С ПОМОЩЬЮ  
МЕТОДИКИ «ОПРОСНИК СТИЛЕЙ ЗАЩИТ»: СВЯЗЬ С  
КОПИНГОМ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ БЛАГОПОЛУЧИЕМ  
(НА ПРИМЕРЕ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА)**

В современной психологической литературе утверждается адаптивная роль механизмов адаптационных процессов, включающих психологические защитные механизмы и копинг-стратегии. Трудно оспаривать приспособительный характер механизмов психологической защиты, так как она выполняет для психики функцию самосохранения [3, 6, 12, 16]. Осуществляя адаптивную перестройку восприятия и оценки, психологическая защита приводит к внутренней согласованности, равновесию и эмоциональной устойчивости, поддерживает целостность самосознания, без которых в принципе нельзя говорить о позитивном результате адаптационного процесса [1]. Причем это касается не только зрелых форм психологической защиты, к которым по традиции относят интеллектуализацию, компенсацию, юмор, самоутверждение, антиципацию, альтруизм и другие. В равной степени это относится и к самым ранним в плане онтогенетического формирования и наименее зрелым механизмам защиты, каким является отрицание, вытеснение, проекция, реактивные образования и другие [14].

Копинги актуализируются в трудных ситуациях и выполняют главную задачу: обеспечивают и поддерживают благополучие человека, его физическое и психическое здоровье, удовлетворенность социальными отношениями [19].

Инструментально реакции совладания нацелены на то, чтобы повлиять либо на окружающий мир, либо на самого себя (или на то и другое). Исследователи выделяют несколько характерных целей копинга. По мнению Э. Камминга, это решение проблемы и улучшение самочувствия [17]. Как считает Л. Лаукс, цели копинга должны быть сфокусированы на решении проблемы, урегулировании эмоционального дистресса, защите самооценки и урегулировании социального взаимодействия [18]. М. Зейднер выделяет восемь целей копинг-поведения: разрешение конфликта или стрессовой ситуации; сокращение физиологических или биохимических реакций; сокращение физиологического дистресса; нормализация социальных функций; возвращение дострессовой активности; благополучие свое и окружающих, продиктованное ситуацией; обретение позитивной самооценки; осознание эффективности [23].

Это означает, что и психологическая защита, и копинг-поведение могут выполнять конструктивную роль и в адаптации, и в сохранении здоровья человека. Этот факт нашел эмпирическое подтверждение в исследованиях. Так, в исследовании выпускников университетов А. Шаброль и С. Каллахан (2004) установили умеренную зависимость между незрелыми механизмами защиты и неадаптивным процессом копинга, а зрелые механизмы защиты оказались умеренно связаны с адаптивным копингом [20]. Данные других авторов также показывают, что защитные механизмы могут выступать в качестве механизмов функционирования отдельных характеристик личностной зрелости. Например, реактивное образование способствует нахождению компромисса, вытеснение – самоуправлению, а отрицание – проявлениям социальной смелости [12].

В ранее выполненных автором исследованиях, направленных на изучение единой защитной системы человека в контексте динамических кризисов семейного развития нормативного и ненормативного характера было выявлено, что недостаток в репертуаре совладания проблемно-ориентированных стратегий соотносится с высоким уровнем напряженности психологических защит [7]. Одним из важных результатов исследования является то, что копинг-поведение выступает стабильным механизмом адаптации супругов в ситуации кризиса, а психологические защиты оказались обособлены от проблемно-ориентированных стратегий совладания, но в большей мере связаны со стратегиями, ориентированными на эмоции.

В ракурсе нашей темы следует подчеркнуть, что рассмотрение адаптационных процессов через призму их адаптивности позволяет расширить взгляд на проблему защищенности и благополучия личности. В этой связи цель настоящего исследования – установление взаи-

мозависимости между психологическими механизмами защиты и копинг-стратегиями.

Описание выборки и методов. Выборку нашего исследования составили учащиеся техникумов г. Костромы и студенты младших курсов специальностей гуманитарного направления ВУЗов г. Костромы и г. Казани (n=212). Всего в исследовании приняло участие 101 юноша и 111 девушек. Средний календарный возраст молодых людей составил 18,35 лет (девушки – 18,33, юноши – 18,38), возрастной диапазон – от 17 до 20 лет.

В ходе исследования использовались следующие методики. Для определения интенсивности видов психологических защит у юношей и девушек использовался «Опросник стилей защиты» (Defence Style Questionnaire – DSQ 40, G. Andrews, M. Singh, M. Bond, 1993; Е.В. Куфтяк, 2017) [5, 15]. Копинг-поведение изучалось с помощью методики «Опросник о способах совладания» (The Ways of Coping Questionnaire – WCQ, 1988) Р. Лазаруса, С. Фолкман (адаптация Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляева, 2004, 2005), выявляющей восемь копинг-стратегий: конфронтативный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка [4].

Для измерения уровня актуального психологического благополучия и оценки выраженности его отдельных компонентов использовалась «Шкала психологического благополучия» К. Рифф в адаптации Н.Н. Лепешинского [9]. Опросник содержит пункты, образующие 6 шкал, ответы по которым оцениваются с помощью классических ключей: позитивные отношения с окружающими, автономия, управление средой, личностный рост, цели в жизни, самопринятие. Обработка результатов исследования осуществлялась с помощью статистического пакета SPSS 19.

Методика «Опросник защитных стилей» (Defence Style Questionnaire – DSQ 40) позволяет провести оценку выраженности психологических защит. Опросник содержит 40 вопросов. Для оценки используется 9-балльная шкала Лайкерта. Авторы описывают 20 механизмов защиты, каждый из которых представлен двумя вопросами: псевдо-альтруизм, подавление, сублимация, юмор, рационализация, проекция, формирование реакции, отрицание, диссоциация, обесценивание, отыгрывание, соматизация, аутистическая фантазия, расщепление, идеализирование, пассивная агрессия, антиципация, замещение, аннулирование, изоляция. Эти 20 механизмов изначально были выбраны для представления широкого спектра более или менее адаптивных

механизмов, которые можно разделить на три категории: адаптивные, промежуточные (невротические) и дезадаптивные механизмы.

Нами была проведена адаптация русскоязычного варианта опросника на выборке 143 человек (57 мужчин, 86 женщин) в возрасте от 17 до 19 лет [5]. В ходе психометрической проверки были установлены показатели внутренней надежности для показателей опросника. На начальном этапе исследования был проведен подсчет внутренней согласованности шкал или внутренней консистентности шкал с помощью вычисления коэффициента Кронбаха ( $\alpha$  – *альфа*: все ли утверждения измеряют одно и то же явление?). Значения коэффициента  $\alpha$  Кронбаха в нашем исследовании варьируют в пределах 0,23 – 0,80. Напомним, что для шкал опросников наиболее характерны значения коэффициента Кронбаха в диапазоне 0,6 – 0,8. По нашему мнению, строгое психометрическое исследование приведет к сокращению количества шкал и исключению некоторых пунктов методики, что обеспечит более высокую надежность опросника.

Результаты и их обсуждение. Были выявлены различия по выраженности основных видов защиты между юношами и девушками. Рассмотрим выявленные половые различия в контексте классификации форм защит на незрелые и зрелые защитные механизмы личности (табл. 1).

Таблица 1. Показатели выраженности механизмов психологической защиты в юношеском возрасте (по методике DSQ 40)

| Психологические защиты         |                              | Юноши<br>(n=101)<br>M (SD) | Девушки<br>(n=111)<br>M (SD) |
|--------------------------------|------------------------------|----------------------------|------------------------------|
| <b>Примитивные механизмы</b>   | Обесценивание                | 8,7 (2,8)                  | 8,1 (3,1)                    |
|                                | Расщепление                  | 9,1 (3,6)                  | 9,8 (3,8)                    |
|                                | Аутистическое фантазирование | 7,1 (4,9)                  | 10,4 (5,2)*                  |
|                                | Проекция                     | 6,9 (4,0)                  | 6,05 (3,4)                   |
|                                | Соматизация                  | 7,2 (3,7)                  | 8,7 (4,2)**                  |
|                                | Изоляция                     | 9,5 (4,1)                  | 9,4 (4,5)                    |
|                                | Замещение                    | 8,5 (3,9)                  | 8,7 (3,9)                    |
|                                | Диссоциация                  | 10,4 (3,9)***              | 8,2 (4,2)                    |
|                                | <i>Идеализация</i>           | 8,7 (4,3)                  | 9,8 (4,7)                    |
| Пассивная агрессия             | 8,05 (3,6)                   | 8,8 (4,7)                  |                              |
| <b>Невротические механизмы</b> | Псевдоальtruизм              | 4,3 (2,3)                  | 4,2 (2,7)                    |
|                                | Аннулирование                | 9,7 (3,2)                  | 10,05 (3,7)                  |
|                                | Отыгрывание                  | 10,3 (4,0)                 | 10,7 (4,2)                   |
|                                | Формирование реакции         | 8,4 (3,7)                  | 8,3 (3,7)                    |
| <b>Зрелые механизмы</b>        | <i>Подавление</i>            | 11,4 (3,8)                 | 10,4 (4,2)                   |
|                                | <i>Антиципация</i>           | 11,5 (3,7)                 | 10,5 (3,9)                   |
|                                | Юмор                         | 12,8 (3,9)                 | 11,9 (4,3)                   |
|                                | Сублимация                   | 9,6 (3,6)                  | 10,2 (9,6)                   |
|                                | Рационализация               | 12,3 (3,6)**               | 10,9 (3,9)                   |
|                                | Отрицание                    | 10,4 (3,6)***              | 7,7 (4,3)                    |

*Примечание.* \* –  $p \leq 0,05$ ; \*\* –  $p \leq 0,01$ ; \*\*\* –  $p \leq 0,001$  (критерий Манна-Уитни). M – среднее значение, SD – стандартное отклонение; курсивом связи на уровне тенденции \* –  $p \leq 0,1$ .

Рассмотрим обращение молодых людей на этапе юности к зрелым механизмам. Юноши достоверно чаще пользуются *рационализацией* ( $U=4286$ ,  $p=0,003$ ), чем девушки. Так, юноши уделяют повышенное внимание внешней реальности, чтобы избежать выражения внутренних чувств. Было обнаружено, что юноши активнее используют *отрицание* ( $U=3472$ ,  $p=0,000$ ), чем девушки. Поскольку, отрицание предполагает искажение восприятия внешней действительности, можно предположить, что юноши, не обращая внимания на негативные стороны ситуации или конфликта способны предпринимать более эффективные и даже героические действия. Вероятно, это определено особенностями полоролевого воспитания. В нашей культуре мальчиков учат предпринимать действия и находить решения, независимо от ситуации [11]. Установлено на уровне тенденции, что юноши чаще девушек используют *антиципацию* ( $U=4760$ ,  $p=0,057$ ) и *подавление* ( $U=4779$ ,  $p=0,06$ ). Обращение к антиципации подразумевает планирование и предвосхищение потенциально угрожающих состояний или

результатов, а при негативной информации происходит подавление как результат работы «цензуры» при грубом несовпадении с моделью мира. Различий в использовании невротических защит между юношами и девушками не выявлено.

Интересны данные об использовании юношами и девушками примитивных механизмов. На этапе ранней юности девушки, по сравнению с юношами, достоверно чаще используют механизм *соматизации* ( $U=4416$ ,  $p=0,007$ ) и *аутистическое фантазирование* ( $U=4688$ ,  $p=0,04$ ). Соматизация рассматривается психоаналитиками как один из видов регрессии. Благодаря уходу в другое психическое или соматическое состояние девушки психологически изолируются от напряженной ситуации, что позволяет, дистанцируясь, ее проработать.

Девушки чаще юношей (на уровне тенденции) предпочитают механизм *идеализации* ( $U=4836$ ,  $p=0,08$ ). Невозможность осуществления постоянного контроля жизненных событий заставляет девушек искать новых обладателей «всемогущества» и психологически «слиться» с ними, что обеспечивает чувство безопасности. Некоторые авторы считают идеализацию важным компонентом зрелой любви [22].

Выявлено, что у юношей в отличие от девушек более высокие показатели по механизму *диссоциация* ( $U=3797$ ,  $p=0,000$ ). Диссоциация выступает как адаптивный процесс при сильном негативном переживании в условиях, требующих эмоциональной собранности и контроля над собственными действиями. Переходя к восприятию событий своей жизни как бы со стороны, человек получает возможность трезво оценивать их и реагировать с холодным расчётом [10].

Далее нами был проведен корреляционный анализ психологических защит с учетом категории (адаптивные, промежуточные (невротические) и дезадаптивные). В группе зрелых защит психологические механизмы положительно связаны между собой (14 связей, все связи  $p=0,000$ ). В группе невротических защит между психологическими защитами обнаружено только 3 связи (связи от  $p=0,037$  до  $p=0,000$ ). В группе дезадаптивных механизмов все защиты положительно связаны между собой (36 связей, все связи  $p=0,000$ ).

Зрелые механизмы и невротические механизмы связаны многочисленными связями с примитивными механизмами (29 связей, все связи  $p=0,000$ ; 29 связей, все связи  $p=0,000$ ). Зрелые защиты связаны немногочисленными положительными корреляционными связями с невротическими защитами (всего 8 связей, от  $p=0,037$  до  $p=0,000$ ). Зрелые защиты наиболее связаны с механизмом *аннулирование* (4 связи).

Так, использование зрелых и невротических защит представляет собой разный стиль адаптации личности в трудных обстоятельствах [22]. По мнению Дж. Вайлант, индивиды, использующие менее зрелые

механизмы, в дальнейшей жизни являются менее адаптированными или менее успешными, если их оценивать по показателям благополучия (карьера, семья). Вероятно, одновременное использование личностью зрелых и невротических защитных механизмов не соотносится между собой, характеризуя разный уровень адаптации и личностные особенности. А вот примитивные механизмы, являясь онтогенетически более ранними, выступают базисом для механизмов более высокого уровня [14, 21].

Далее мы рассмотрели связь защитных механизмов с возрастом. Установлена положительная корреляция между возрастом и механизмами *юмор* ( $r_s=0,11$ ,  $p=0,05$ ) и *отыгрывание* ( $r_s=0,14$ ,  $p=0,039$ ). Установлено, что возраст отрицательно связан с механизмами *формирование реакции* ( $r_s=-0,13$ ,  $p=0,055$ ) и *идеализация* ( $r_s=-0,16$ ,  $p=0,017$ ). Отметим, с возрастом возрастает ориентация на использование более адаптивных защитных механизмов.

Проведенный корреляционный анализ позволил установить связи между механизмами психологической защиты и стратегиями совладания. Связи между копинг-стратегиями и психологическими защитами преимущественно отрицательные (23 связи на уровне коэффициента корреляции 0,14–0,23 с уровнем значимости от  $p=0,04$  до  $p=0,001$ ). Большинство связей приходится на стратегии *принятие ответственности*, *планирование решения проблемы* (13 связей на уровне коэффициента корреляции 0,15–0,22 с уровнем значимости от  $p=0,03$  до  $p=0,001$ ). Данные копинг-стратегии отрицательно связаны со следующими психологическими защитами – *аннулирование*, *замещение*, *антиципация* и *отрицание*. Эти психологические защиты преимущественно непродуктивные.

Интересны данные о положительной связи стратегий *принятие ответственности* и *поиск социальной поддержки* с механизмами *соматизация* ( $r_s=0,2$ ,  $p=0,004$ ;  $r_s=0,14$ ,  $p=0,04$ ) и *отыгрывание* ( $r_s=0,13$ ,  $p=0,04$ ). Вероятно, повышенная ответственность требуют мобилизации и психических, и физических резервов организма, что может отразиться на соматическом здоровье. А социальная поддержка предполагает проигрывание тревожащего сценария и примеривание на себя активной роли действующего лица в напряженной ситуации.

Также выявлены отрицательные связи стратегий *избегание* с механизмами *антиципация*, *подавление* и *отрицание* ( $r_s=-0,22$ ,  $p=0,001$ ;  $r_s=-0,17$ ,  $p=0,02$ ;  $r_s=-0,18$ ,  $p=0,01$ ), положительные – с *аутистическим фантазированием*, *соматизацией* и *отыгрыванием* ( $r_s=0,14$ ,  $p=0,04$ ;  $r_s=0,26$ ,  $p=0,000$ ;  $r_s=0,19$ ,  $p=0,006$ ). Накопление и избегание неразрешенных проблем приводит к нарастанию стрессовой нагрузки и, соответственно, эмоционального напряжения, снижение которого возмож-

но только благодаря уходу в другое психическое состояние (болезнь, «витание в облаках» фантазий, проигрывания сценария).

Самопринятие, позитивные отношения с другими людьми, автономность, управление окружением, наличие цели в жизни и личностный рост выступают важными показателями психологического благополучия человека. Являясь интегральной личностной характеристикой, психологическое благополучие может использоваться как показатель психического здоровья человека [13].

Далее мы рассмотрели взаимозависимости между механизмами психологической защиты и параметрами психологического благополучия. Большинство значимых положительных корреляционных связей были обнаружены между показателями психологических защит и такими параметрами психологического благополучия, как *позитивные отношения с окружающими, управление средой, цели в жизни и самопринятие* (25 прямых связей на уровне коэффициента корреляции 0,15-0,36 с уровнем значимости от  $p=0,03$  до  $p=0,000$ ). Данные параметры психологического благополучия связаны с механизмами *сублимация, юмор, рационализация, идеализация, антиципация, подавление и отрицание*. Эти психологические защиты относятся к зрелым механизмам. Также выявлены отрицательные связи между этими же параметрами психологического благополучия и механизмами *замещение, пассивная агрессия, аутистическое фантазирование и соматизация* (20 обратных связей на уровне коэффициента корреляции 0,14-0,44 с уровнем значимости от  $p=0,04$  до  $p=0,000$ ). Эти связи выявлены у примитивных, незрелых психологических защит. Полученные нами данные восполняют картину психического здоровья, указывая на то, что социальное функционирование субъекта находится под влиянием адекватного восприятия реальности [6, 8].

Необходимо отметить, что количество связей между копинг-стратегиями и параметрами психологического благополучия значительно меньше, чем между показателями психологических защит и параметрами психологического благополучия (6 отрицательных связей на уровне коэффициента корреляции 0,17-0,23 с уровнем значимости от  $p=0,013$  до  $p=0,001$ ). Из этого следует, что роль психологического благополучия как ресурса совладания с жизненными трудностями ограничена. Так, некоторые авторы указывают, что психологическое благополучие может выступать регулятором воздействия на человека умеренных по интенсивности стрессоров, а при влиянии стрессоров высокой интенсивности (при появлении симптомов посттравматического стресса) уровень психологического благополучия снижается [2].

Таким образом, полученные результаты исследования позволяют сделать следующие выводы.



1. Согласно современным данным психологические защиты и копинг-поведение интегрируются в единую систему адаптационного поведения. Психологическая защита и копинг-поведение могут выполнять конструктивную роль и в адаптации, и в сохранении здоровья человека.

2. Наблюдаются половые различия в выборе механизмов психологических защит в юношеском возрасте. Юноши чаще девушек используют зрелые механизмы, девушки отдают предпочтение уходу в другое психическое состояние.

3. Механизмы психологических защит распределяются с учетом вклада в адаптационный процесс. Зрелые и невротические мало соотносятся друг с другом, обеспечивая разный уровень адаптации.

4. Существуют возрастные различия в использовании незрелых и зрелых защитных механизмов. С возрастом усиливается ориентация на использование зрелых защитных механизмов.

5. Установлена зависимость между незрелыми механизмами защиты и неадаптивным процессом копинга, а также зрелых механизмов защиты с адаптивным копингом.

6. Психологическое благополучие и психическое здоровье находятся под влиянием адекватного восприятия реальности (зрелых механизмов защиты).

### Литература

1. Грановская Р.М. Элементы практической психологии. СПб.: Речь, 2007.
2. Дымова Е.Н., Тарабрина Н.В., Харламенкова Н.Е. Параметры психологического благополучия / неблагополучия при разном уровне психической травматизации // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2015. № 2. С. 37–50.
3. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009.
4. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Психологическая диагностика. 2005. №3. С.57–76.
5. Куфтяк Е.В. Методика оценки стилей защит: разработка русскоязычной версии опросника // Актуальные проблемы дефектологии и клинической психологии: теория и практика: сборник научных трудов Международной научно-образовательной конференции (25 апреля 2017 г.) / по ред. А.И. Ахметзяновой. Казань: Изд-во Казан. ун-та, 2017. Вып. 11. С. 399-403.
6. Куфтяк Е.В. Психологическое здоровье и защитные механизмы (психологические защиты и совладание) в детском возрасте // Пси-

- хологические исследования. 2016. Т. 9, № 49. С. 4. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 01.03.2017).
7. Куфтяк Е.В. Совладание и психологические защиты супругов в период динамических кризисов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. N 1 (24). С. 11 [Электронный ресурс]. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 11.01.2018).
  8. Куфтяк Е.В., Лебедев А.П., Реунова А.А. Стратегии защитно-совладающего поведения детей в контексте психологического здоровья // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2017. N 1(42). С. 3. URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 01.03.2017).
  9. Лепешинский Н.Н. Адаптация опросника «Шкала психологического благополучия» К. Рифф // Психологический журнал (Минск). 2007. № 3. С. 24–37.
  10. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика: Понимание структуры личности в клиническом процессе. М. : Независимая фирма «Класс», 2010.
  11. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2001.
  12. Психологическая зрелость личности / под ред. Л.А. Головей. СПб.: Скифия-принт-СПбГУ, 2014.
  13. Тарабрина Н.В., Быховец Ю.В., Казымова Н.Н. Специфика психологического благополучия в группах респондентов с различной интенсивностью переживания террористической угрозы // Психологические исследования. 2012. № 2(22). С. 2. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 08.01.2018). 0421200116/0014.
  14. Фрейд А. Психология «Я» и защитные механизмы. М.: Педагогика-Пресс, 1993.
  15. Bond M. An Empirical Study of Defensive Styles: the Defense Style Questionnaire // Ego Mechanisms of Defense. A Guide for Clinicians and Researchers. Washington DC: American Psychiatric Press, Inc., 1992.
  16. Cramer P. Defense Mechanisms: 40 Years of Empirical Research // Journal of Personality Assessment. 2015. Vol. 97(2). P. 114–122.
  17. Cummings E.M., Davies P.T., Simpson K.S. Marital conflict gender and children's appraisals and coping efficacy as mediators of child adjustment // Journ. Fam. Psychol. 1994. Vol. 8(2). P. 141–149.
  18. Laux L., Weber H. Presentation of self in coping with anger and anxiety: an intentional approach // Anxiety Res. 1991. V. 3(4). P. 233–255
  19. Lazarus R. S. Stress Appraisal and Coping / R. S. Lazarus, S. Folkman. – N. Y. : Springer, 1984.
  20. Callahan S., Chabrol H. Relations entre defense et coping: étude du Defense Style Questionnaire et du Brief COPE dans un échantillon non Clinique d'adultes jeunes. L'Encéphale. 2004. Vol. 30. P. 92–93.

21. Plutchik R., Kellerman H., Conte H.R. A structural theory of ego defenses and emotions // Izard C.E. Emotions in personality and psychopathology. N.Y., 1979.
22. Vaillant G.E. Adaptive mental mechanisms. Their role in a positive psychology // American Psychologist. 2000. Vol. 55. P. 89–98.
23. Zeidner M. Adaptive and maladaptive coping. Handbook of Coping / M. Zeidner, D. Saklofske // M. Zeidner, N. S. Endler. N. Y. : Wiley, 1996. P. 505–531.

**Н.А.Польская**  
**МОДЕЛИ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ ДИСРЕГУЛЯЦИИ ПРИ**  
**ПСИХОПАТОЛОГИИ**

*Исследование поддержано РФФИ, проект № 16-06-01098  
«Эмоциональная саморегуляция в структуре самоповреждающего поведения».*

В ряде случаев нарушения эмоциональной регуляции являются ядром патогенеза психических расстройств. Поэтому изучение психологических факторов эмоциональной регуляции, методов ее исследования является самостоятельной задачей современной клинической психологии [1–5; 8–17].

Оценка нарушений эмоциональной регуляции осуществляется в следующих направлениях: 1) определение общих закономерностей эмоциональной регуляции в норме и патологии [9]; 2) поиск закономерностей нарушений эмоциональной регуляции [5; 15; 6–8], 3) описание нозологической специфичности этих нарушений, выделение типичных нарушений саморегуляции (включая эмоциональную регуляцию), характерных для конкретной психической патологии [11; 6; 12; 13].

В процессуальной модели эмоциональной регуляции Джеймса Гросса (J. Gross) выделяются два типа стратегий эмоциональной регуляции: «предшествующие реакции» и «фокусированные на реакции» [2; 9]. Стратегии эмоциональной регуляции, «предшествующие реакции», реализуются до формирования эмоциональной реакции, и могут выражаться в выборе и изменении ситуации, мобилизации внимания и когнитивных изменениях. Стратегии, фокусированные на реакции, относятся к стадии непосредственной эмоциональной реакции (на физиологическом, поведенческом уровне или уровне переживания) и заключаются в ее модуляции. Примером первой стратегии может служить переоценка, примером второй – подавление [9]. Одни и те же стратегии могут быть эффективными и неэффективными в зависимости от индивидуально-

личностных особенностей, конкретной эмоции и контекста, в котором она возникает [11]. Тем не менее, подавление является менее эффективной стратегией эмоциональной регуляции по сравнению с переоценкой, при его использовании переживание отрицательных эмоций усиливается, а частота переживания и выражения положительных эмоций уменьшается.

Эмоциональные нарушения при психопатологии могут быть связаны с процессами генерации эмоций на разных уровнях: нарушениями интенсивности эмоций (гипер- и гипореактивность), продолжительности эмоциональной реакции (слишком быстрое или медленное ее протекание), частоты эмоций (слишком часто или редко), типа эмоций [10]. У больных депрессией отмечается меньшая эмоциональная реактивность в ответ на стимулы, вызывающие грусть, но с другой стороны, при депрессии обнаружены нарушения завершения эмоциональной реакции на психофизиологическом уровне [14]. При пограничном расстройстве личности отмечается не только повышенная интенсивность эмоций (например, гнев), но и их большая длительность (что, однако, противоречит самоотчетам самих пациентов о резких и быстрых эмоциональных перепадах) [10]. Нарушения эмоциональной регуляции могут быть связаны и с тем, что: а) стратегии не применяются в ситуациях, когда это может принести пользу; б) применяются неправильные, не подходящие ситуации стратегии.

Таким образом, согласно исследованиям Дж. Гросса и его коллег нарушения эмоциональной регуляции могут быть связаны с достаточно широким кругом проблем. Это проблемы:

- *в области осознания эмоций и оценки ситуации*: недостаточная или чрезмерная фокусировка на эмоциях;

- *в постановке целей в краткосрочной и долгосрочной перспективе*: отсутствие баланса между данными перспективами;

- *в неумении правильно выбирать и применять стратегии регуляции эмоций*, что может наблюдаться как на *стадии выбора стратегии* (не все стратегии эффективны, не всегда присутствуют ресурсы для их осуществления, интенсивность переживаемой эмоции может не соответствовать применяемой стратегии), так и на *стадии применения стратегии* (необходимо сохранять цель, связанную с регуляцией эмоций, и при необходимости гибко адаптировать ее к требованиям ситуации) [10].

**Модель нарушений эмоциональной регуляции при тревожном расстройстве и расстройствах настроения (Д. Меннин).** Дуглас Меннин (*D. Mennin*) с коллегами разработал модель эмоциональной

регуляции при тревожном личностном расстройстве, включающую четыре компонента эмоциональной дисфункции:

1) повышенная интенсивность переживания эмоций, которая также выражается в том, что эмоциональная реакция наступает более быстро и легко;

2) плохое понимание эмоций, близкое к такому конструкту, как алекситимия;

3) негативная реакция на собственные эмоции (особенно, отрицательные), страх перед их последствиями, сочетающийся с дискомфортом при их переживании;

4) неадаптивная регуляция эмоциональных реакций, незнание того, какие стратегии регуляции эффективны [12].

Данная модель была проверена с помощью конфирматорного факторного анализа в исследовании, предметом которого стали общие симптомы расстройств настроения и тревожного расстройства [13]. Было выявлено, что факторы плохого понимания эмоций, негативной реакции на эмоции и неадаптивной регуляции входили в общую латентную переменную нарушений эмоциональной регуляции, в то время как фактор повышенной интенсивности эмоций не входил в нее и хуже соответствовал эмпирическим данным (на студенческой выборке). Этот результат ограничивает область эмоциональной регуляции, оставляя в ней компоненты, в большей мере связанные с когнициями (пониманием, взглядами на эмоции, регуляцией в форме подбора адаптивной стратегии), и исключает аспект, связанный с интенсивностью переживания.

**В биопсихосоциальной модели пограничного личностного расстройства** Марши Линехан (M. Linehan) нарушениям эмоциональной регуляции отводится центральная роль в поддержании проблемного поведения при данном расстройстве. В результате воздействия биологических (генетических, внутриутробных, физиологических) и социальных факторов (обесценивающее или жестокое окружение, подавляющее проявление эмоций ребенка) формируется эмоциональная уязвимость, что выражается в чрезмерной чувствительности к эмоциональным стимулам, высокой интенсивности переживания эмоций и медленном восстановлении базового уровня эмоций [11; 15].

Данная теория легла в основу модели, применяющейся в диалектической бихевиоральной терапии, в рамках которой выделяются: а) факторы эмоциональной уязвимости; б) внутренние и внешние события, выступающие эмоциональными стимулами; в) интерпретация данных стимулов; г) подготовка эмоциональной реакции (физиологические реакции, когнитивная обработка,

переживание и побуждение к действию); д) вербальная и невербальная экспрессия; е) последствия первоначальной эмоциональной реакции, включающие вторичные эмоции.

В эмоциональной реакции выделяются стадии переживания и экспрессии. Нарушения эмоциональной регуляции связываются не только с первой (как в модели Дж. Гросса), но и со второй стадией, во время которой уже невозможно подавить эмоции. Таким образом, эмоциональная реакция включает компоненты переживания (побуждения, тенденции) и действия (собственно действия и невербальные проявления). Вводится понятие первазивных нарушений регуляции эмоций, отличительной особенностью которых является неспособность сознательно и желаемым образом изменить компоненты эмоциональной реакции (неспособность отвлечься от эмоциональных стимулов, регулировать физиологическое возбуждение; когнитивные искажения при обработке информации о стимуле; недостаточный контроль над импульсивным поведением и т.д.). Это сочетается с высокой интенсивностью и большим эмоциональным диапазоном как в области положительных, так и отрицательных эмоций. Однако, в данном случае не вполне ясно различие между нарушениями регуляции эмоций в норме и при патологии.

**Интергративная концепция эмоциональной регуляции (К. Гратц).** Согласно К. Гратц (*K.L. Gratz*), эмоциональная регуляция включает четыре области: 1) осознание и понимание эмоций; 2) принятие эмоций; 3) способность следовать цели и подавлять импульсивное поведение при переживании негативных эмоций; 4) способность использовать стратегии регуляции интенсивности и/или продолжительности эмоций гибко и в соответствии с ситуацией, а не подавлять их [8]. В более поздних работах К. Гратц «принятие эмоций» расширяется как готовность переживать негативные эмоции, осуествляя значимую деятельность [7].

**Модель эмоционального каскада (Э. Селби).** Эдвард Селби (*E. Selby*) развивает модель М. Линехан в попытке ответить на вопрос о механизмах, связывающих нарушения эмоциональной регуляции с проблемным поведением. Центральным понятием в его модели становится эмоциональный каскад как неконтролируемый и мощный всплеск негативных эмоций. Эмоциональный каскад является результатом цикла, в котором руминация ведет к усилению интенсивности негативного аффекта, а это, в свою очередь, усиливает руминацию. Данный цикл усиливает чувствительность даже к сравнительно непродолжительным эмоциональным раздражителям и может продолжаться длительное время, осложняясь низкой

терпимостью к дистрессу, тревожностью и нарушениями когнитивной регуляции эмоций, такими как катастрофизация и подавление мыслей. Проблемное поведение (как правило, самоповреждения, употребление психоактивных веществ) используется для выхода из эмоционального каскада как стратегия отвлечения от негативных эмоций в ситуации, когда другие более эффективные и адаптивные стратегии регуляции (например, когнитивная переоценка) не действуют. Если эмоциональный каскад является циклом с положительной обратной связью, то проблемное поведение вносит отрицательную обратную связь, разрушающую цикл. Однако проблемное поведение тоже может стать событием, запускающим новый эмоциональный каскад (через переживание вины и стыда) [16].

В рамках эмпирической проверки была построена структурная модель, в которой руминация значимо влияла на проблемное поведение (в частности, на импульсивное поведение и непреодолимую потребность действовать при переживании отрицательных эмоций). Текущий дистресс значимо влиял на руминацию и эмоциональную регуляцию, а через них – на проблемное поведение. При проведении двух срезов (временной интервал между срезами – месяц) было показано, что руминация является предиктором изменений проблемного поведения [15]. Был выявлен синергетический эффект руминации и отрицательных эмоций (повышенный уровень по обеим переменным являлся предиктором их еще большего повышения в течение времени), ведущий к их экспоненциальному (а не линейному) росту. Также было выявлено влияние руминации и отрицательных эмоций на импульсивное поведение [17].

Таким образом, для объяснения эмоциональной регуляции при психопатологии используются три типа моделей: процессуальные, циклические нелинейные и интегративные. В моделях Дж. Гросса и Д. Меннина, которые можно отнести к *процессуальным* моделям, акцент делается на динамических параметрах эмоциональной реакции и аспектах модуляции эмоций; в модели эмоциональных каскадов Э. Селби, которую можно отнести к типу *циклических нелинейных* моделей, внимание фокусируется на кумуляции аффекта и способах предотвращения/избегания нарастающего эмоционального напряжения; в *интегративных* моделях, к ним можно отнести модели М. Линехан и К. Гратц, эмоциональная регуляция операционализируется с помощью разных групп понятий, отражающих как динамические, так и личностные характеристики: интенсивность и повышенная реактивность эмоций, тревожность, алекситимия и другие.

## Литература

1. Климанова С.Г., Трусова А.В. Методы оценки эмоциональной регуляции // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2017. Т. 10. № 1. С. 35–45.
2. Падун М.А. Регуляция эмоций: процесс, формы, механизмы // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 6. С. 57–69.
3. Польская Н.А. Методы исследования эмоциональной саморегуляции при самоповреждающем поведении // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 150-летию Сусанны Яковлевны Рубинштейн): Материалы всероссийской научно-практической конференции 29–30 ноября 2016 г., Москва. М.: ООО "Сам Полиграфист", 2016. С. 280–283.
4. Польская Н.А. Эмоциональная саморегуляция у пациентов с пограничными психическими расстройствами // Горизонты зрелости. Сборник тезисов участников Пятой всероссийской научно-практической конференции по психологии развития. М.: ГБОУ ВПО МГППУ, 2015. С. 467–469.
5. Польская Н.А., Разваляева А.Ю. Разработка опросника эмоциональной дисрегуляции // Консультативная психология и психотерапия. 2017. Том 25. № 4. С. 71–93. doi:10.17759/cpp.2017250406
6. Gratz K.L. Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review // Clinical Psychology: Science and Practice. 2003. Vol. 10(2). P. 192-205.
7. Gratz K.L. Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury // Journ. of Clinical Psychology. 2007. Vol. 63 (11). P. 1091–1103.
8. Gratz K.L., Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale // Journ. of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2004. Vol. 26 (1). P. 41–54.
9. Gross J.J. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything // Current directions in psychological science. 2001. Vol. 10(6). P. 214–219.
10. Gross J.J., Jazaieri H. Emotion, emotion regulation, and psychopathology an affective science perspective // Clinical Psychological Science. 2014. Vol. 2(4). P. 387–401.
11. Linehan M.M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. NY: Guilford Press, 1993.
12. Mennin D.S., Heimberg R.G., Turk C.L., Fresco D.M. Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder // Behaviour research and therapy. 2005. Vol. 43(10). P. 1281–1310.
13. Mennin D.S., Holaway R.M., Fresco D.M., Moore, M.T., Heimberg R.G. Delineating components of emotion and its dysregulation in anxie-



- ty and mood psychopathology // Behavior Therapy. 2007. Vol. 38(3). P. 284–302.
14. Rottenberg J., Gross, J.J. When emotion goes wrong: Realizing the promise of affective science // Clinical Psychology: Science and Practice. 2003. Vol. 10(2). P. 227–232.
  15. Selby E.A., Anestis M.D., Joiner, T.E. Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades // Behaviour research and therapy. 2008. Vol. 46(5). P. 593–611.
  16. Selby E.A., Joiner Jr T.E. Cascades of emotion: The emergence of borderline personality disorder from emotional and behavioral dysregulation // Review of General Psychology. 2009. Vol. 13(3). P. 219–229.
  17. Selby E.A., Kranzler A., Panza E., Fehling K.B. Bidirectional-Compounding Effects of Rumination and Negative Emotion in Predicting Impulsive Behavior: Implications for Emotional Cascades // Jour. of Personality. 2016. Vol. 82 (2). P. 139–153 DOI: 10.1111/jopy.12147

**С.В. Кудря, Е.Н. Давтян**  
**ЗНАЧЕНИЕ СЛОВА В УСТНОЙ И ПИСЬМЕННОЙ**  
**КОММУНИКАЦИИ ПСИХИАТРА – БОЛЬНОЙ**

В центре внимания психиатрии и лингвистики находится текст. В лингвистике он является одним из основных объектов исследования, а в психиатрии текст – среда, через которую врач получает доступ к клинически значимым явлениям. В самом деле, большой объем информации о самочувствии и трудностях, которые испытывает больной, психиатр получает именно в виде высказываний больных. Вместе с тем, представления о тексте и его составляющих – словах, словосочетаниях и т.п. – в лингвистике и психиатрии разнятся в силу разнонаправленности целей и интересов этих дисциплин. В то время как психиатрия привлекает языковые единицы как источник данных, лингвистика занята исследованиями природы этих единиц. Представляется, что лингвистический взгляд на коммуникативные процессы в психиатрической клинике, лингвистическое описание функционирования слова в коммуникации врач-больной, может внести вклад в развитие практических и теоретических исследований в психиатрии [1].

Данная статья посвящена лингвистическому анализу функционирования слов и словосочетаний в устной коммуникации психиатра и больного и в коммуникации через средство медицинского опросного инструмента (МОИ). Мы выбрали единичные слова или словосочетания в качестве предмета исследования потому, что часто именно эти языковые единицы отбирает психиатр для клинической интерпретации, и именно они используются в качестве стимульных единиц в

МОИ. Сразу оговоримся, что мы остановимся только на МОИ, использующихся в психиатрии, с так называемой очевидной валидностью, т.е. содержащих стимулы-вопросы о психоэмоциональном, физическом благополучии больного, о его способности общаться, работать и справляться с повседневными делами, таких как BDI, TAS, GDS, шкала самооценки Спилберга и др. Мы попытаемся определить, какими дискурсообразующими факторами определяется словесная организация высказываний, порождаемых врачом и больным; под влиянием каких факторов осуществляется интерпретация отдельных слов и словосочетаний; каким образом во взаимодействии адресата и реципиента рождаются решающие для исхода коммуникации значения отдельных языковых репрезентаций. Мы также попробуем определить, в какой мере методология современных исследований в психиатрии учитывает особенности функционирования отдельных слов и словосочетаний в каждом из этих жанров.

Настоящая статья представляет собой дискурс-аналитическое исследование. Методологически это означает, что мы будем рассматривать высказывания больных и психиатров в непосредственной связи с коммуникативной ситуацией. В частности, мы будем рассматривать, как влияют на словесную организацию и интерпретацию высказываний следующие аспекты коммуникативной ситуации: институциональные условия общения, статусно-ролевые отношения общающихся субъектов, предметная область, степень формальности общения, канал связи (устный/письменный), ментальные механизмы, релевантные для восприятия текста как целого. Тексты мы будем моделировать в виде метапространства, строящегося относительно оси автор – языковые средства – текст – читатель, а также относительно контекста: текст является условием, т.е. контекстом для актуализации его составляющих (слов, предложений, дискурсивных сегментов) [2]. Текст мы определим как «результат отбора оптимальной структуры лингвистического объекта, предназначенного для выполнения заданной функции в определенной коммуникативной ситуации» [3, с.12], а дискурс – как процесс порождения такой структуры. При этом мы будем исходить из того, что для выполнения своей коммуникативной задачи текст несет соответствующие виды информации (фактологическую, эмоциональную, оперативную), каждый из которых оформлен специальными языковыми средствами [4,5,6].

**Общая характеристика устной и письменной коммуникации врача и больного.** Прежде чем охарактеризовать различия функционирования отдельных слов и словосочетаний в ситуации беседы психиатра и больного, с одной стороны, и в ситуации заполнения больным психиатрического МОИ – с другой, обратимся к тем особенностям

коммуникации между врачом и больным, которые являются общими для этих жанров.

С точки зрения социолингвистики, общение между больным и врачом относится к институциональному дискурсу с элементами личностно-ориентированного. В личностно-ориентированном типе дискурса говорящий выступает как личность во всем богатстве своего внутреннего мира и практически не ограничен в выборе языковых средств. В институциональном – говорящие выступают как агенты и клиенты определенных социальных институтов и этим ограничены как в выборе языковых средств, так и в выборе коммуникативных стратегий и тактик. Институциональный дискурс выделяется социолингвистами на основании двух системообразующих признаков: цели и участников общения.

Так, **цель клинического дискурса**, который находится в фокусе нашего исследования – **расшифровка поступающих знаков (клинических проявлений болезни у пациента)**; участники – врач и больной – выполняют свои коммуникативные задачи в соответствии с этой целью и действуют в рамках статусно-ролевых отношений, предопределенных ценностями, сформулированными современным институтом клиники.

Коммуникативные задачи врача соответствуют цели клинического дискурса: создать адекватную атмосферу беседы, чтобы максимально полно собрать необходимые анамнестические сведения и уточнить клинические проявления болезни (симптомы, их качественные, количественные и временные составляющие, интенсивность, локализацию, особенности появления и пр.). Для этого врач проявляет большую вариативность в стиле опроса и языковом оформлении своих высказываний в зависимости от того, кем является его пациент (пол, возраст, образование, история жизни, особенности характера, текущее актуальное состояние и пр.). Однако вместе с тем врач действует в рамках принятых институциональных статусно-ролевых отношений, поэтому форма высказываний, которые может порождать врач, определяется современными прагматическими установками психиатрической клиники. Самый подробный классический труд на это тему – работы М.Фуко [7,8], посвященные анализу и становлению клинического дискурса, где он анализирует факторы, определяющие форму высказываний в клинике в разные исторические эпохи, в разные периоды становления этого института.

Один из таких факторов – это механизм запрета, речь идет о принятом в данном обществе в данную эпоху представлении о том, что нельзя сказать об объектах дискурса (например, табу на произнесение имени объекта или на сам объект). Мы считаем, что именно с подобным

механизмом запрета в современной психиатрии связана тенденция к постоянному изменению профессиональных терминов (наименований патологических состояний) как стигматизирующих пациентов обозначений. Так, к настоящему времени из действующей Международной классификации болезней исключены такие классические наименования патологических состояний, как «психоз» и «невроз», «олигофрения» (и ее разновидности – «идиотия», «имбецильность», «дебильность»), «психопатия», «истерия», «маниакально-депрессивный психоз». Ведется дискуссия о запрете слова «шизофрения». Сам термин «психическая болезнь» заменен на неопределенное понятие «психического расстройства». С этим же механизмом связано особое внимание, которое врачи уделяют тому, чтобы не употреблять подобной профессиональной лексики в диалоге с пациентом, устным или письменном.

Второй механизм – это процедура «отбрасывания», которая состоит в селекции индивидов, когда по определенному критерию тот или иной индивид включается или исключается социумом как субъект из того или иного типа дискурса. Вот как сам Фуко описывает статус психически больного как субъекта дискурса: «Начиная с глубокого средневековья сумасшедший — это тот, чей дискурс не может циркулировать как дискурс других. Иногда считается, что его слово — недействительно: оно не обладает ни истинностью, ни значимостью, не может свидетельствовать в суде, не может заверить какой-либо акт...; но зато иногда случается, что это слово, в отличие от любого другого, наделяют странными полномочиями: выговаривать скрытую истину, возвещать будущее, видеть, бесхитростно и наивно, то, что вся мудрость других не может воспринять» [7, с. 51-52]. Поскольку пограничная линия между разумом и безумием была дрейфующей на протяжении столетий, постольку и селекция индивидов, которых общество квалифицировало как полноправных субъектов дискурса, происходила в разные эпохи по разным основаниям.

Представляется, что в настоящее время эта граница становится почти исчезающей, отделяя от социума лишь самые тяжелые психопатологические состояния. Стирание этой границы происходит путем накладывания правовых ограничений на деятельность психиатрических служб (напр., закон «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании»), путем наделения больных всеми гражданскими правами и созданием системы активного вовлечения больных в социальную жизнь (популярность различных форм реабилитации, создание общественных организаций больных и пр.), а также путем популяризации психиатрического знания, благодаря чему больные приобщаются к профессиональному лексикону. Наделенный всеми гражданскими правами больной становится полноправным участ-

ником психиатрического дискурса: имеет право отказаться или согласиться на обследование и лечение, самостоятельно выбрать место оказания медицинской помощи и врача, согласиться или отказаться от приема определенных лекарственных препаратов, потребовать историю болезни или точную формулировку диагноза.

Такая смена значимости больного как субъекта дискурса трансформирует лексику врача: она становится все более формализованной, поскольку теперь при написании медицинских документов психиатр вынужден постоянно учитывать реальную возможность прочтения его текста самим больным. Раньше медицинская документация, в частности, история болезни, писалась только «для внутреннего использования» (для коллег-психиатров), так как учитывалась важная особенность этих текстов: значительная эмоциональная нагруженность изложенной там информации для самого пациента, несравнимая по интенсивности с текстами в соматической медицине. Ситуация прочтения психиатрическим пациентом своей истории болезни была невозможна. В самом деле, для диагностики психопатологического состояния психиатр вынужден анализировать, оценивать и письменно фиксировать всю историю жизни больного, его личность, поступки, отношения с окружающими его людьми. При этом текст истории болезни нес для врача исключительно фактологическую информацию, которая никак не влияла на его профессиональные отношения с больным и дальнейший лечебный процесс. Для больного же текст, содержащий оценку его собственной жизни и личности, несет совершенно другой тип информации - эмоциональную информацию. Текст истории болезни может прочитаться больным как оскорбление, вызвать непонимание, обиду, прервать коммуникацию с врачом и зачастую может вызвать ответные действия – от прямой агрессии в адрес врача до обращения в судебные инстанции.

В настоящее время в среде психиатров складывается новый профессиональный язык, который позволяет им отгородиться от этой смелой статусно-ролевых отношений. Наблюдается отход от классической психиатрической традиции литературного (художественного, эмоционального, оценочного) изложения фактов истории жизни и поведения больного. В формулировках диагнозов, в описаниях текущего статуса больного, его истории жизни и болезни растет удельный вес формализованных устойчивых словосочетаний – штампов, прописанных в психиатрических номенклатурах (МКБ-10, глоссариях и пр.).

Существует, согласно М. Фуко, еще одна группа факторов, ограничивающих дискурс – эти факторы М. Фуко называет «внутренними» (т.е. принадлежащими материи дискурса). Сюда М. Фуко относит самые разнообразные явления, связанные с наличием прецедентных тек-

стов во всех институциональных дискурсах, которые являются основой для порождения высказываний другими говорящими. До М. Фуко об этом подробно писал М.М. Бахтин: «В каждую эпоху всегда есть авторитетные, задающие тон высказывания, художественные, научные, публицистические произведения, на которые опираются и ссылаются, которые цитируются, которым подражают, за которыми следуют. В каждую эпоху, во всех областях жизни и деятельности есть определенные традиции, выраженные и сохраняющиеся в словесном облачении: в произведениях, в высказываниях, в изречениях и т. п...» [9, с.194].

Нам представляется, что сегодня самыми авторитетными документами – прецедентными текстами – в медицине являются документы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Именно они задают цели и приоритеты развития систем здравоохранения в странах-членах ООН. Например, расхожими стали словосочетания «*глобальное бремя болезней*», «*охрана психического здоровья*», «*детерминанты психического здоровья*», «*стратегии укрепления психического здоровья*» и пр. Заболевания, объявленные «*приоритетными состояниями*» (напр., депрессия, деменция, расстройства аутистического спектра), включены в программы действий ВОЗ по «*заполнению пробелов в области охраны психического здоровья*». Как видим из приведенных цитат, в язык медицины проникают языковые репрезентации, свойственные языку управления и экономики «*глобальное бремя*», «*охрана здоровья*», «*заполнение пробелов*», «*детерминанты*», «*стратегии*», «*стратегии укрепления*». Таким образом, под влиянием языка постановлений, программ и рекомендаций ВОЗ ценностная ориентация институтов здравоохранения трансформируется в сторону управленческой и экономической. Одним из частных следствий этой трансформации института медицины в сферу оказания услуг стало появление в психиатрии инструментов объективации состояния больного (психиатрических МОИ), необходимых для стандартизации «*качественных клинических исследований*» в области психофармакологии (фармакоэкономика) и для общей оценки эффективности работы сферы медицинских услуг (качество жизни больного). Как следствие, сейчас идет интенсивный поиск языковых средств, с помощью которых было бы можно объективировать жалобы психически больных. Все вышеперечисленные факторы определяют языковую репрезентацию высказываний врача-психиатра в рамках института клиники.

Рассмотрим теперь факторы, имеющие влияние на отбор языковых репрезентаций в речи больного. Коммуникативная цель, которую преследует больной в рамках института клиники – призыв о помощи. В соответствии с этой целью, больной под руководством врача стремится

ся максимально полно донести до врача суть своего страдания. При этом особенности словесного оформления реплик больного, его ответов, как на устные, так и на письменные вопросы будут зависеть, в основном, от текущего актуального состояния больного и от его представлений о том, что вообще является признаками болезни. Больные демонстрируют очень разные уровни языковой компетенции, вплоть до ее наблюдаемого отсутствия. Прежде всего, это заметно при устной беседе и выражается в особенностях лексической и грамматической организации речи: в нарушении общепринятой (узуальной) сочетаемости слов, введении в речь индивидуально-авторских неологизмов (окказионализмов), затрудняющих интерпретацию. Изменения в языковой компетенции проявляется также в синтаксических нарушениях, в исчезновении или непривычном употреблении средств, обеспечивающих внутритекстовые связи (средств когезии). Языковая компетенция может быть нарушена и на уровне тематической организации речевого потока: для речи больных характерна, например, смена тем, между которыми слушающий не может установить отношения согласованности. Нарушения языковой компетенции на уровне прагматики могут быть представлены активным или пассивным отказом от общения, репликами, которые не являются содержательно релевантными или являются избыточными/недостаточными в контексте предшествующих реплик. Наконец, больной может быть дезориентирован в коммуникативной ситуации, в статусно-ролевых отношениях. Подобные нарушения языковой компетенции на разных уровнях подробно описаны в специальной литературе [10].

Для целей нашего дискурс-аналитического исследования важно то, что все эти наблюдаемые нарушения языковой компетенции могут быть связаны с утратой больным представления о коммуникативных целях и задачах собственных высказываний и высказываний собеседника. Более того, именно в представлении о своей роли как субъекта дискурса, в представлении больного о функции собственных и чужих высказываний, в мотивах речевого поведения иногда и таится патология, которую врач должен распознать. Поэтому при дискурс-анализе речи больных, а также при описании психически больного как субъекта коммуникации, параметры «цель высказывания» и «коммуникативные задачи» должны быть использованы крайне осторожно. Скорее мы будем говорить об общей потребности больного в порождении ответной реплики, которая диктуется самой структурой диалога (т.н. иллюкативным вынуждением); и эта потребность заставляет больного мобилизовать свои созидательные, творческие ресурсы.

Итак, на содержание и языковое оформление высказываний врачей и больных влияют в первую очередь институциональные условия об-

щения: в ходе диалога врач стремится максимально полно собрать информацию о состоянии больного, больной стремится избавиться от страдания. Языковое оформление высказываний больного и врача в настоящий момент претерпевают некоторые изменения: под влиянием повышения роли больного как субъекта дискурса расширяется его активный лексикон психоэмоциональных состояний; параллельно меняется профессиональный язык врачей в сторону отхода от привычных наименований состояний, диагнозов и пр. Психически больные демонстрируют особые нарушения на всех уровнях формальной организации высказывания и на уровне целеполагания, что сказывается как на рождении, так и на восприятии высказываний больными.

**Значение слова в устной индивидуальной беседе врача и больного.** Первой рассмотрим ситуацию беседы врача и больного. Этому жанру посвящено много современных работ [11,12], которые преимущественно заняты речевыми стратегиями или типами речевых актов, порождаемых в рамках этой коммуникации. Как на материале русского языка, так и на материале западноевропейских языков отмечается доминирующая позиция врача в коммуникации врач-больной, асимметрия этого общения, преобладание речевых стратегий врача над речевыми стратегиями больного [13-15]. Правда, некоторые зарубежные авторы отмечают неоднозначность позиции врача в плане статусных отношений в паре врач-больной: многие тактики речевого поведения врача (уход от ответа, игнорирование вопроса больного, резкое завершение темы) могут диктоваться совершенно неожиданными мотивами, например, страхом судебного иска (об этом и других нюансах общения врач-больной (подробнее см. [16]). Позиция больного, оплачивающего услугу («клиент всегда прав»), конфликтует с его ролью субъекта помощи, что тоже отражается на ходе диалога врач-больной. Стратегическое и тактическое выстраивание диалога врач-больной в сообществах с разными экономически-правовыми системами могут отличаться подобными нюансами.

Обзор психиатрической литературы позволяет нам сделать вывод о том, что врач как субъект институционального дискурса имеет определенные **тематические ожидания** от беседы с больным [17], которые формируются на базе его теоретических знаний и опыта общения с психически больными, а также опыта его общения с конкретным больным, с которым в данный момент он разговаривает. Эти тематические ожидания – и есть тот исходный контекст коммуникации, с опорой на который врач интерпретирует речь больного: слова, произносимые больным, актуализируются в определенном, профессионально заданном контексте.



Этот исходный контекст коммуникации был блестяще описан М. Фуко: структура клинического знания, согласно М. Фуко, схожа со структурой языка [15]. Слова «означающее» и «означаемое» имеют в клиническом дискурсе особый смысл: «означающее» может относиться к наблюдаемому клиническому проявлению, которое «означает» болезнь. Телесные и ментальные проявления больного для клинициста представляют собой систему знаков, схожую с той, какой для любого человека является естественный язык. «Клинические знаки» в клиническом опыте описываются в лингвистических терминах: так, клиническому знаку приписывается «значение» (то есть каждый клинический знак что-то означает для врача); симптом «интерпретируют»: сам по себе симптом многозначен, но обретает конкретный смысл и значение, если образует сочетание с другими элементами (напр. знаками или симптомами). Опытный врач – это врач, умеющий интерпретировать клинические знаки, наблюдаемые в больном. Согласно М. Фуко, «форма композиции сущности болезни принадлежит к лингвистическому типу.... задаваться вопросом о том, что является сущностью болезни, – это все равно как если бы задать вопросом, какова природа сущности слова» [15, с.149].

Итак, в условиях, когда цель высказывания, порождаемого больным не всегда ясна, когда речь больного насыщена разного рода нарушениями, демонстрирующими непривычное моделирование опыта, предыдущий опыт общения с больными – единственный контекст, который позволяет врачу интерпретировать высказывания больного и выстраивать диалог. Информационное поле, наработанное в клинике, позволяет врачу увидеть систему знаков за отдельными знаками-высказываниями каждого индивида. Это подтверждают практикующие психиатры: «Словесный знак присутствует в качестве составной части в структуре психики и, следовательно, при патологии получает диагностическое значение. ...Возникает своеобразная семиотическая (знаковая) ситуация: пациент наделяет, а врач устанавливает патологический смысл словесных знаков» [17, с.154]. Например, ключевой с диагностической точки зрения может быть тематическая оппозиция «внешняя угроза» vs. «внутренняя угроза», и психиатр, слушая больного, старается уловить словесные модели, указывающие либо на то, либо на другое переживание. В этой связи словосочетания «*неприятно в обществе*», «*в метро неудобно*», «*слишком много людей*», «*напряжение в толпе*», «*дома спокойнее*» непременно нуждаются в дальнейшем комментарии больного, т.к. могут свидетельствовать о пока еще неопределенном для самого больного чувстве внешней угрозы, исходящей из окружающего мира (параноидная настроенность). Однако те же самые языковые репрезентации могут быть и указанием на неопре-

деленное чувство угрозы, исходящей из собственного тела – опасением, что вне дома «станет плохо», «никто не поможет»: например, на улице случится «паническая атака» – «это когда кровь сходит с ума – ощущаю движение крови по сосудам, до тела дотрагиваться больно, сердце трепыхается... может остановиться» (ипохондрические опасения с фиксацией на измененном телесном самовосприятии).

Рассмотрим несколько примеров. Практикующие врачи-психиатры обращают внимание на то, что больной находится в затруднительной коммуникативной ситуации, ведь больному необходимо (и важно) рассказать об опыте, отсутствующем у других людей, а для моделирования подобного опыта не выработано общеупотребительных языковых средств [1]. Вместе с тем, в связи с особенностями институционального общения психиатр-больной всё сказанное больным имеет не только иллюкутивное воздействие на адресата (продвигает слушающего в понимании состояния больного), но и автоперлокутивный эффект (термин предложен Архиповой [18]). Каждое сказанное больным слово позволяет ему по-новому категоризировать свои внутренние ощущения, поменять собственную оценку своего страдания, отношение к нему. В этой ситуации особый вес приобретают языковые средства, используемые для категоризации, установления сходств и различий, квалификации и характеристики опыта больного.

Одно из средств, к которому прибегают больные – создание уникальных семантических объектов при помощи использования общеупотребительных слов с нарушением общепринятой (узуальной) сочетаемости; напр. «*противность в груди*», «*ощущение растления между мозгом и черепом*». В этих примерах наблюдается тенденция к словообразовательным моделям с абстрактной семантикой, в норме характерным для научного текста («противность», «растление»). Такие неузуальные словосочетания, которые неподготовленный слушатель попытался бы интерпретировать на базе общего лингвокультурного фонда, врачи интерпретируют в рамках вышеописанного исходного тематического контекста. Так, в слове *растление* (в «*ощущение растления между мозгом и черепом*») непрофессиональный реципиент скорее увидит то, что и предполагает значение этого слова в общелитературном языке: развращение, упадок нравов, беспринципность (см. толковые словари ТСО, ТСУ [19, 20]). Психиатр, при имеющихся у него тематических ожиданиях, увидит за этим словом иное. В контексте беседы с больным о его головных болях, где больной уточняет: «*Головная боль – это как ощущение растления между мозгом и черепом*», – слово «*растление*» приобретает для врача совсем другой смысл: оно означает физическое ощущение. Такое обозначение физического ощущения интерпретируется врачом, как минимум, в трех возможных

тематических вариантах: гниение, разделение на части или уменьшение объема, которые необходимо уточнять у самого больного. В ходе беседы, откуда заимствован пример, больной подтвердил, что он имел в виду «уменьшение объема»: *«Это ощущение, что мозг меньше черепа... мозг прыгает и перекачивается... больше при ходьбе»* [1].

Для уточнения описания своего состояния больные часто прибегают к сравнениям. В этих случаях используются метафоры общелитературного фонда: *«грудь колотит»*, *«как камень в груди»*, *«кровь как кипит»* *«душа как бы вычерпана до доньшка»*, *«вгрызающийся червь»*. Как видим, больные вводят в свою речь метафоры, которые используются в художественной литературе и повседневной речи для описания эмоциональных состояний. Для носителя русского языка, не психиатра, словосочетание «кровь кипит» будет сигнализировать о том, что больной описывает эмоцию, а именно, сильное эмоциональное напряжение. Для психиатра это может сигнализировать о телесном ощущении. Тематический комментарий больного к словосочетаниям «как камень в груди» и «кровь кипит» указывает на буквальное ощущение больным давления, тяжести и жара в груди. На прямой уточняющий вопрос врача: «Это телесное ощущение или эмоциональное переживание?» - больные, как правило, отвечают: «Это физическое ощущение».

Общеупотребительные слова и клише типа «трудно сосредоточиться», «приходить в себя», «принимать решения»/«решать», «тревога»/«чувствовать тревогу», «закончить начатое» больные используют для обозначения своего опыта особым образом. Эти частотные словосочетания употребляются носителями языка в целях квалификации своего опыта в норме, при этом в практическом опыте они соотносятся с самыми разными частными положениями вещей. С позиции больного, таких словесных характеристик опыта недостаточно; они соотносятся с нормой, поэтому в речи больного таким языковым репрезентациям предшествуют наречия и частицы с семантикой условно-предположительного сравнения (*«вроде»*), неуверенности (*«как-то»*), неопределенности (*«что-то»*, *«так»*), свидетельствующие о сомнениях, колебании, отсутствии уверенности в высказывании: *«как-то что-то решать»*, *«вроде как надо думать»*, *«как-то приходит в себя»*, *«вроде мы дела так стараемся закончить»*. Нам представляется, что одна из функций этих вставных конструкций – диссимиляция, отчуждение себя, своего опыта от этих общеупотребительных языковых репрезентаций. Больной не уверен в возможности использовать эти словосочетания для описания своего самочувствия. Интересно, что больная, из речи которой заимствованы эти примеры, при рассказе о конкретных событиях из своей жизни ни разу не употребила вставных слов «вроде как», «как бы», «как-то». Это свидетельствует о том, что

это не слова-паразиты, характерные для речи данной больной, не стремление снизить уровень категоричности высказывания в присутствии авторитетного слушающего, а заполненные паузы, сигнализирующие неуверенность перед определенной лексико-семантической группой.

Появление таких общеупотребительных языковых репрезентаций в речи больного заставляет клинициста запросить тематическую развертку, семантически связанный комментарий. Врач пытается уточнить, что имеется в виду, потому что знает: в контексте клинической беседы с психически больным за общеупотребительным словом могут стоять неожиданные, клинически значимые факты. Со слов врача-психиатра: «Зачастую изменяется вся реальность больного. Далеко не всегда эти изменения происходят быстро (когда больной помнит свою здоровую реальность и может сравнивать), иногда изменения накапливаются постепенно, годами... И больной просто живет в этом патологическом (сером, угрожающем или нереальном) мире, а другого и не помнит (или не знает). Врачу, чтобы разобраться в ситуации, надо увидеть мир глазами больного, как бы самому на время стать больным, забраться в его шкуру». Поэтому в речи психиатра в большом количестве присутствуют реплики, стимулирующие метакоммуникативные высказывания («Мне важно понять..», «Я правильно услышал...?»): комментарии, развернутое разъяснение сказанного, уточнение, проговаривание больным. По словам врачей, такое подробное проговаривание смыслов является основной частью клинической беседы, поскольку именно с помощью слов больной конструирует свои патологическую реальность – это единственный способ осознать ее.

Наконец, в речи больных встречаются и собственно психиатрические термины и общенаучная лексика «*депрессия*», «*депривация сна*», «*фобии*», «*панические атаки*», использование которой, впрочем, не обеспечивает точности. Такие термины могут быть использованы больным неправильно или быть результатом особой речевой манеры некоторых больных изъясняться высокопарным, научным стилем. Поэтому психиатры, как правило, требуют комментариев, как и в случае с общеупотребительными средствами выражения. Точно так же, когда врач сам использует устойчивые общеупотребительные словосочетания или общенаучную лексику, напр. «*интенсивность*», «*душа болит*», «*раздражительность*», «*вести диалог*», «*воспринимаете мир менее ярким*», «*дистанцироваться*», «*энергия*», «*развита фантазия*», он использует эти средства лишь в качестве стимула для комментария: предлагает больному согласиться или не согласиться с предложенным описанием его опыта, уточнить, прокомментировать.

Итак, слова в речи больного функционируют для слушающего его психиатра как тематические маркеры, «знаки» болезни в силу того, что высказывание отдельного больного помещается врачом в контекст всех прочих высказываний, произведенных другими больными, с которыми врач имел дело. Индивидуально-авторские неологизмы, клише и метафоры, общенаучная лексика, терминология, используемые больным, актуализируются в устном диалоге врач-больной иначе, чем в любом другом виде коммуникации; они актуализируются в системе знаков, с которыми знаком только клиницист. Перейдем теперь к рассмотрению функционирования схожих лексических единиц в психиатрических МОИ.

### **Значение слова в ситуации заполнения опросного инструмента.**

Та лексика, которая является отправной точкой в беседе психиатра с больным, является конечной точкой в психиатрическом МОИ. Те языковые репрезентации, которые неуверенно используются больными в беседе для квалификации своего самочувствия или предъявляются врачами в качестве стимула для тематического комментария: «я *беспокоен*», «*принимать решения*», «*раздражителен*», «*трудно концентрировать внимание*», «*трудно закончить начатое*» – используются в МОИ в функции характеристики или квалификации состояния больного безапелляционно. Далее, не порождая собственного высказывания, больной должен лишь подтвердить или опровергнуть гипотезу составителя МОИ. Таким образом, уже при поверхностном анализе понятно, что в ситуации, когда больной с психической патологией заполнил МОИ, не существует никаких способов прояснить и узнать, какую значимость каждая языковая репрезентация имеет в индивидуальной системе ценностей больного, в представлении больного о своем состоянии, как интерпретировал конкретный больной вопросы МОИ – опросный инструмент отчуждает специалиста от этой клинически значимой информации.

Как же получилось, что в рамках одного институционального курса используются настолько противоречащие друг другу коммуникативные стратегии? Мы считаем, что это противоречие не ощущается как таковое, поскольку генезис и использование текста МОИ базируется на двух взаимосвязанных, лингвистически необоснованных представлениях: 1) представлении о слове как единице, слитой с конкретным значением; 2) представлении о том, что языковая коммуникация обеспечивает точную передачу информации. Рассмотрим их по отдельности.

1) Представление о слове как единице, слитой с конкретным значением.

Традиционно в сфере массовых опросов используется метод сбора языкового материала для анкетного вопроса при помощи бесед с больными – в ходе индивидуальных интервью или интервью в фокус-группах, разной степени структурированности [21,22]. На основании бесед с больными при помощи разнообразных статистических процедур составители МОИ отбирают ярлыки для наименования интересующих параметров-индикаторов исследуемой сферы, например «раздражен», «испытываю панику», и вводят этот ярлык в текст опросника. То есть составители опросных инструментов исходят из того, что слово, использованное в опросном инструменте, значит «то же самое», что слово, которое использовал больной во время сбора языкового материала.

Между тем в контексте опросного инструмента слово живет другой жизнью и актуализируется совершенно иначе. Во-первых, у этих слов в МОИ другая функция: они функционируют как стимул для количественной или качественной оценки, а не как стимул для тематической интерпретации. Во-вторых, коммуникативная ситуация анкетирования особым образом их актуализирует. Это демонстрируют как лингвисты, так и специалисты в области демоскопии («survey researchers»). Как мы уже видели на примере общения врача с больным, для достижения понимания реципиенту высказывания недостаточно понять только словесное содержание высказывания, ему важно понимать также коммуникативное намерение говорящего. Согласно правилам и условиям заполнения опросного инструмента больным, больной не может спросить врача, что имеется в виду – это нарушило бы единообразие статистической процедуры. В отсутствие собеседника, который мог бы прояснить смысл вопроса, больному остается декодировать смысл стимула, разгадывать значения языковых репрезентаций, опираясь на весь текст МОИ как на вербальный заменитель коммуниканта [23].

Какие же элементы текста МОИ выполняют функцию коммуниканта? Судить о коммуникативном намерении и достраивать смысл стимула респонденту позволяют: порядок вопросов, их расположение относительно друг друга, варианты ответов и порядок вариантов ответов. В случае с психически больными, «достроить» смысл вопроса, естественно, возможно только тогда, когда больной в принципе способен установить связи того или иного конституента текста с другими конституентами текста и с коммуникативным намерением говорящего в рамках общепринятых коммуникативных стратегий.

Так, в известной работе Садмен и Брэдберн [24] демонстрируют, как меняется значение слова «раздражение» в интерпретации респондента в контексте вариантов ответов. Смысл тщательно отобранного ярлыка «раздражен» меняется в зависимости от того, выражают вари-

анты ответов низкую или высокую частотность. Ответы «меньше одного раза в месяц», «несколько раз в год» говорят пациенту, что его спрашивают о сильном раздражении. Ответы «раз в день», «несколько раз в день» заставляют респондента заключить, что речь идет о случаях незначительного раздражения. Порядок вопросов в МОИ также влияет на интерпретацию отобранного слова-ярлыка. Содержание предшествующих вопросов будет автоматически исключаться респондентом из последующих под влиянием т.н. коммуникативной «максимы количества» (описанной Грайсом) [25], которая предписывает не перегружать разговор избыточной информацией. Если перед вопросом, посвященным общей удовлетворенности жизнью, будет задан вопрос об удовлетворенности браком, то удовлетворенность браком будет вычтена отвечающим из интерпретации вопроса об удовлетворенности жизнью. Вопрос будет интерпретироваться как «Оставляя в стороне все, что вы уже рассказали нам, насколько вы удовлетворены другими аспектами вашей жизни?» [24, с.79].

Итак, представление о том, что слова естественного языка можно перенести из диалога с больным в опросный инструмент с сохранением их содержания, ложно. Слова естественного языка не реализуются в психиатрическом МОИ в том значении, которое было установлено в диалоге с больным; напротив, им свойственна разная контекстная актуализация, которая осуществляется благодаря лингвистическому контексту и включенности текста опросного инструмента в коммуникативную ситуацию «сбор данных для статистического анализа».

2) Представление о том, что языковая коммуникация обеспечивает точную передачу информации.

Очевидно, что в условиях опосредованной, письменной коммуникации через опросный инструмент интерпретация стимулов респондентами становится не процессом понимания текста, а процессом достраивания самого текста. Ведь респондент отвечает не на тот вопрос, который задает автор, а на тот, который он (респондент) понял. На разницу между значением, которое закладывает в сообщение автор и значением, которое извлечет из него реципиент, обращают внимание исследователи самых разных областей. Так, лингвисты свидетельствуют, что «...понимание самого текста есть не столько декодирование, сколько кодирование или перекодирование содержания, присвоение его, апроприация читателем в той форме, в какой он понимает, скажем, в системе когнитивных единиц, структур, связей, которые соотвечествуют знаниям читателя, его представлению о мире и прочитанном»; и «как показывает герменевтическая практика, автор никогда, вероятно, не может предвидеть все возможные интерпретации своего текста, реакции на него и тем более степени усвоения содержания» [2,

с.7-8]. Биолог У. Матурана, рассуждая на тему «денотативного значения» приходит к выводу, что денотативное значение слов существует только в сознании описывающего язык, но не в сознании общающегося на языке. «Язык коннотативен, а не денотативен... исход взаимодействия детерминирован в когнитивной области ориентируемого <т.е. реципиента – СК>, вне зависимости от того, какой смысл имеет сообщение для ориентирующего» [26, с.119].

Коль скоро свою инструментальную прагматическую функцию – служить средством сбора информации – опросный инструмент выполняет на основании тех значений, которые достраивает респондент, больной становится соавтором опросного инструмента, а процесс интерпретации стимула больным становится важным дискурсообразующим действием, от которого зависит успешность коммуникации. Именно поэтому в социологии, откуда заимствован жанр психиатрического МОИ в его современном виде, тщательно исследуются психологические компоненты процесса, который начинается с момента восприятия вопроса и заканчивается артикулированием ответа. Известны многочисленные примеры того, как под воздействием различных коммуникативных параметров (ситуативных, демографических параметров реципиента, его субъективных ощущений) индивидуальные интерпретации отдельных слов существенно искажали смысл, который закладывал в вопрос автор опросного инструмента [24, 27].

В случае больного индивидуальный контекст для интерпретации задается психопатологией. На примере словосочетания «головная боль» рассмотрим, какие разные клинические знаки могут стоять за одной языковой репрезентацией (примеры из комментариев больных к словосочетанию «головная боль»): *«боль и напряжение в затылке и темени, как если срезать верхний кусок головы на два сантиметра», «ощущение перехода в голове с левой по правую часть... как вода, похоже на течение реки»* (сенестопатии); *«оглушенность в голове», «ощущение потрескавшейся черепицы»* (аутопсихическая деперсонализация); *«головная боль по утрам, к вечеру проходит»* (витальный компонент депрессии с суточной динамикой состояния); *«смута в голове, мыслительный шум», «невозможность утихомирить мыслительный процесс»* (ментизм); *«делают жжение головы», «вызывают головную боль»* (сенестопатический автоматизм). Как видим, разница в интерпретациях вопроса-стимула МОИ отдельными индивидами может быть клинически значимой. Получается, что в психиатрическом МОИ клинические знаки не расширяются, а зашифровываются, вопреки основной цели клинического дискурса, указанной в начале настоящей статьи.



Особую группу в плане интерпретационных трудностей и значимости для больного составляют ярлыки-индикаторы, заимствованные из англоязычной лингвокультуры вместе с переводными текстами опросных инструментов. В переводных МОИ часто встречаются языковые репрезентации, которые соотносятся с англоязычной системой ценностей клинического дискурса: «удовлетворен», «удовлетворенность», «наслаждаться жизнью», «получать удовольствие», «депрессия», «счастье», «счастливый», «паника», «контролировать жизнь», «социальная активность» (в значении *общение*). Подобные языковые репрезентации, выполняя функцию ярлыков, стимулов для оценки, дают наибольший разброс в интерпретациях при когнитивных тестированиях переводных инструментов, поскольку непривычны в таком употреблении для носителей русского языка. Больные могут их совсем не понять или неправильно понять в контексте ценностей русскоязычного клинического дискурса. Интересно, что большая часть языковых репрезентаций в нашем списке обозначает желательные, благоприятные психоэмоциональные состояния – это результат проникновения в переводные тексты опросных инструментов коммуникативного оптимизма, свойственного англоязычной лингвокультуре. Известной иллюстрацией такого коммуникативного оптимизма служит типичный вопрос, адресованный упавшему человеку: «Are you OK?» – в англоязычной среде, в противоположность русскому: «Тебе не больно?», «Вы не ушиблись?». В английском высказывании ситуация смоделирована при помощи слов, соотносящихся с благоприятным исходом, отсутствием страдания. В русском высказывании использованы слова, которые соотносятся с болезненным ощущением, страданием (*больно, ушиблись*). Тот же контраст коммуникативного оптимизма англоязычной и пессимизма русскоязычной лингвокультуры замечен при сопоставлении английского и русского названия целой сферы клинических исследований: в названии «Health-related Quality of Life (HRQoL)» акцент делается на ценности «здоровье» (отсутствие страдания). В русскоязычном дискурсе эта сфера называется «Качество жизни, связанное с заболеванием (КЖСЗ)», что свидетельствует о зеркально противоположной ситуации: здесь в фокусе находится «заболевание» (страдание).

Такие заимствования проникают и в устную речь врачей. Так, в русскоязычной психиатрической практике до недавнего времени не было принято спрашивать больного о том, «получает ли он удовольствие» от чего-либо; скорее, наоборот, вопросы были о нежелании что-то делать, утрате или отсутствии интереса. Сейчас вопросы о получении удовольствия стали модными в психиатрии, но, по свидетельству врачей, многие больные до сих пор теряются перед такой формули-

ровкой. Адекватность подобных заимствованных ярлыков задачам психиатрической практики, таким образом, необходимо еще доказать.

**Выводы.** Мы описали, как актуализируются слова в ситуации устной беседы психиатра и больного и в ситуации заполнения психически больным МОИ. Мы убедились, что слово подвергается осмыслению и приобретает значение исключительно как конститuent текста, в соответствии с **функцией, которую оно выполняет в тексте в конкретной коммуникативной ситуации.** Представление о слове как единице, имеющей закрепленное за ней значение, является лингвистической моделью, разработанной в определенных исследовательских целях, плохо согласующейся с наблюдениями над функционированием слова в разных контекстах. «Всякое действительно произнесенное (или осмысленно написанное), а не дремлющее в лексиконе слово есть выражение и продукт социального взаимодействия трех: говорящего (автора), слушателя (читателя) и того, о ком (или о чем) говорят... Слово - социальное событие, оно не довлеет себе как некая абстрактно-лингвистическая величина» [28, с.73-74].

То, что в психиатрических МОИ используются «те же самые слова», которые используют больные в устной беседе – иллюзия. Эта иллюзия проистекает из того, что общеупотребительные слова и словосочетания, клише, общенаучная лексика, заимствования, которые используются в психиатрическом МОИ, одновременно принадлежат как общелитературному языку, так и профессиональному лексикону психиатра. Эти языковые средства используются и больными, и врачами, но по-разному и в разных целях. Так, для практикующего врача «раздражение», «способность сконцентрироваться», «беспокойство» – термины из учебника, которые имеют фиксированное значение только в научном тексте. А для больного это – слова повседневного общения, которые каждый говорящий наполняет своим уникальным содержанием в зависимости от функции слова в конкретном высказывании и контекста коммуникации. Недаром в контексте беседы с больным эти же самые языковые репрезентации будут для психиатра клиническим знаком, который предстоит интерпретировать.

Таким образом, в одном слове МОИ совмещаются несколько функциональных сфер: сфера профессионального описания болезни, сфера общего лингвокультурного описания болезни, сфера субъективного описания патологической реальности. Составитель опросника эксплуатирует эту функциональную разнонаправленность слова МОИ, чтобы говорить с больным «на одном языке». Выработка «одного языка» с больным крайне важна для исследователей, работающих в области психиатрии сегодня: во-первых, выработка такого языка находится в русле современной тенденции повышения значимости больного как

субъекта клинического дискурса; во-вторых, такой язык необходим, чтобы объективировать жалобы больного в обход субъективным оценкам врачей-клиницистов, что соответствует современной ценностной ориентации здравоохранения.

Однако такое словоупотребление не обосновано с точки зрения ценностей клинического дискурса, ведь функциональная разнонаправленность слова в психиатрическом МОИ не означает, что институциональные интересы всех участников дискурса соблюдаются одинаково. Тексты психиатрических МОИ обладают непроницаемостью, нечувствительностью к интересам больного как участника дискурса, поскольку не позволяют ему создать свое высказывание. Словоупотребление в тексте психиатрического МОИ противоречит, таким образом, основной цели клинического дискурса – расшифровать поступающие клинические знаки – и обладает малой прагматической значимостью в коммуникации психиатр-больной.

### Литература

1. Давтян Е.Н., Давтян С.Э. Метафора как основа патологического смыслообразования и как диагностический знак // Неврологический вестник – 2016 – Т. XLVIII, вып. 4 – С. 88–91.
2. Варшавская А.И. Метапространство описания текста.//Диалектика текста: Т. I./Под ред. А.И. Варшавской. – СПб., 1999. – С. 3–11.
3. Зеленщиков А.В. Структура семантического пространства текста. //Диалектика текста: Т. II./Под ред. А.И. Варшавской. – СПб., 2003. – С. 8–36.
4. Алексеева И.С. Текст и перевод. Вопросы теории. – М.: Междунар. отношения, 2008.- 184 с.
5. Арнольд И.В. Стилистика. Современный английский язык: Учебник для вузов. – М., 2006. – 384 с.
6. Гальперин. И.Р. Текст как объект лингвистического исследования. – М., 2007. – 144 с.
7. Фуко М. Порядок дискурса. [1970] //Фуко М. Воля к истине: по ту сторону знания, власти и сексуальности. Работы разных лет. Пер. с франц. – М., 1996. – С. 47 – 96.
8. Фуко М. Рождение клиники. – М., 2010. – 252 с.
9. Бахтин М.М. Проблема речевых жанров.//Бахтин М.М. Собр. соч. – М.: Русские словари, 1996. – Т.5: Работы 1940-1960 гг. – С.159–206.
10. Пашковский В.Э., Пиотровская В.Р., Пиотровский Р.Г. Психиатрическая лингвистика. М: 2013 – 168 с.
11. Гончаренко Н.В. Суггестивные характеристики медицинского дискурса. Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к. филол. н. – Волгоград, 2008.

12. Жура В.В. Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении. Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. д. филол. н. – Волгоград, 2008. – 28 с.
13. Барсукова М.И. Медицинский дискурс: стратегии и тактики речевого поведения врача. Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.ф.н. – Саратов, 2007. – 21 с.
14. Бейлинсон Л.С. Медицинский дискурс // Языковая личность: институциональный и персональный дискурс. – Волгоград, 2000. – С.103-117.
15. Aronsson K., Sätterlund-Larsson U. Politeness Strategies and Doctor-Patient Communication. On the Social Choreography of Collaborative Thinking.//Journal of Language and Social Psychology March. –1987. – vol. 6 no. 1 – P. 1–27.
16. Красовский Б. П. Взаимоотношения врача и пациента на Западе //Социологические исследования. – 2002. N 6. – С. 122-127.
17. Микиртумов Б.Е. Лексика психопатологии. – СПб. : Речь, 2004. – 200 с.
18. Архипова К.А. Семантико-прагматические особенности обращения в текстах молитвы (на материале англоязычных молитвенных текстов). Автореф. дисс. на соиск. уч. ст. к.филол.н. \_ СПб 2013.
19. ТСО – Толковый словарь Ожегова <http://slovarozhegova.ru/word.php?wordid=26575> (дата обращения 30.01.2018).
20. ТСУ – Толковый словарь Ушакова <http://ushakovdictionary.ru/word.php?wordid=65106> (дата обращения 30.01.2018).
21. Blazeby J., Sprangers M., Cull A., Groenvold M., Bottomley A. Guidelines for Developing Modules. – Brussels, 2002.
22. Vries J. de. Beyond Health Status. Construction and Validation of the Dutch WHO Quality of Life Assessment Instrument. – 1996.
23. Давтян Е.Н., Кудря С.В. Слово в защиту клинициста (об использовании медицинских опросных инструментов в психиатрии)//Психиатрия и психофармакотерапия. Журнал им. П.Б.Ганнушкина. Том 16 № 2, 2014. С.59–63.
24. Садмен С., Брэдберн Н., Шварц Н. Как люди отвечают на вопросы. – М., 2003. – 304 с.
25. Grice H. P. Logic and conversation. — In: «Syntax and semantics», v. 3, ed. by P. Cole and J. L. Morgan, –N. Y., Academic Press, 1975 – p. 41 – 58.
26. Матурана У. Биология познания.//Язык и интеллект. Сб./Пер с англ. и нем./Сост. и вступ. ст. В.В. Петрова. – М., 1995, С. 95–142.

27. Садмен С., Брэдберн Н. Как правильно задавать вопросы. – М., 2002.
28. Волошинов В.Н. Слово в жизни и слово в поэзии. К вопросам социологической поэтики. // Бахтин под маской. Вып 5. (1). Статьи круга Бахтина. – М.: «Лабиринт». – 1996. – 176 с.

### **РАЗДЕЛ 3. Исследование онтогенеза и дизонтогенеза в клинической психологии**

#### **Н.А. Кравцова ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ И ПСИХОСОМАТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ СОВРЕМЕННЫХ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ**

По мере научно-технического развития общества и повышения качества жизни человечества в целом изменяется соотношение ведущих этиопатогенетических факторов в сторону увеличения доли психогенных факторов в детерминации не только психической, но и соматической патологии. В связи с этим все большую актуальность, на наш взгляд, приобретают исследования специфики развития человека в условиях современного информационного общества. В соответствии с методологией постнеклассической психологии развитие человека необходимо рассматривать во всей совокупности систем, его составляющих. С этих позиций, более полно развитие человека может быть представлено как психосоматическое развитие.

Термин психосоматическое развитие, введен В.В. Николаевой (1998) для обозначения процесса закономерного становления механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов. Содержание этого процесса заключается в освоении знаково-символической формы регуляции, трансформирующей природно-заданные потребности, телесные функции и создающей психосоматические феномены [16, 17, 18, 19, 20].

На уровне взрослого человека продуктом биологического развития, детерминированного генотипом, является тело, которое представлено в пространстве и времени и позволяет человеку взаимодействовать с окружающим миром предметов, явлений, живых существ и людей. Продуктом психического развития являются психические процессы, свойства и состояния, которые позволяют человеку ориентироваться в окружающем мире и эффективно адаптироваться в нем. Продуктом психосоциального развития является личность, являющаяся, по определению В.Н. Мясищева интегральной системой отношений человека к окружающей действительности, в которой важным и определяющим являются отношения с людьми.

Но что же является продуктом психосоматического развития? Психосоматическая проблема становится предметом научного исследования в области психосоматической патологии в конце XIX века в рамках психоаналитического направления, а затем и в русле культурно-исторической теории Л.С. Выготского. Следуя логике последнего,

представленного в работах В.В. Николаевой, А.Ш. Тхостова, Г.А. Ариной, развитие симптоматического поведения как варианта отклонения от нормальной линии психосоматического развития можно рассмотреть через призму представлений о процессе формирования внутреннего действия. Возникновение психосоматического симптома (в виде симптоматического поведения) протекает по тому же пути, что и развитие психосоматического феномена в норме, и, по сути, является интериоризацией особой формы внутренней активности по отношению к своему телу, как это происходит и в процессе становления высших психических функций. Ключевую роль играет система социальной регламентации телесных проявлений, которая встроена в воспитание и обучение, и может оказывать как саногенное, так и патогенное влияние в процессе становления телесности [19]. В результате патогенного психосоматического развития появляется психосоматическое расстройство (ПСР).

Анализ литературы и результатов эмпирического исследования факторов и механизмов развития психосоматических расстройств (ПСР) у 2964 детей и подростков, страдающих ПСР, и 1052 их матерей позволил построить концепцию психосоматического фенотипа, которая была защищена автором в 2009 г. [3,4,5,7,9,10]. Отталкиваясь от классического определения фенотипа, предложенного В. Йогансеном (1909), и определения психосоматического развития В.В. Николаевой (1998) мы полагаем, что психосоматический фенотип является продуктом психосоматического развития, изменяющимся (дополняющимся) на каждом этапе онтогенеза, и представляет совокупность внешних и внутренних соматических, психологических, психосоциальных и ценностных свойств личности, присущих ей механизмов психологической регуляции телесных функций, прямо связанных с такими психосоматическими феноменами как схема и образ тела [5,10].

Генотип и средовой фактор определяют развитие психосоматического фенотипа. Средовой фактор включает всю совокупность внешних воздействий окружающего физического и социального мира на ребенка. В теории эмоциональных систем М. Боуэна подчеркивается, что все формы жизни управляются одними и теми же фундаментальными жизненными силами, и воспитание детей в семье подчиняется закону ответственности родителей за их будущее [24]. Эта ответственность реализуется через обучение определенным умениям, позволяющим ребенку адаптироваться и выживать в мире людей. Чем сложнее становятся отношения в социуме, тем более сложный набор умений, знаний, навыков необходимо сформировать у детей. В историческом аспекте процесс обучения выходит за рамки семьи, но именно в семье формируется базовая система отношений к себе, к другим, к миру. По

мнению М. Боуэна не только психологическое, но и физическое функционирование отдельной личности регулируется системой взаимоотношений [24].

В.Н. Мясищев придавал особое значение системе отношений личности, признавая отношения движущей силой личности [15]. Для развития психосоматического фенотипа наиболее значимым является личность матери ребенка, через призму ее системы отношений. Личность матери является тем ведущим фактором, от которого зависит специфика предьявляемого ребенку окружающего мира и его самого [9,10,11]. Самоосознание и формирование первичной системы отношений с миром у ребенка опосредованы матерью [11,12, 23, 25]. Телесное «Я» ребенка выражается как уникальность ощущения ребенком своего тела через ощущения его матерью. В процессе овладения ребенком телесным действием происходит надстройка сложной психической структуры, опосредующей его, меняющей физиологическую функцию, «простое» движение тела в предметное и/или эмоционально выразительное действие [11,12, 19]. Наше тело, как и окружающий мир, дано нам в ощущениях. Интеграция сигналов с энтеро- и интерорецепторов формирует непротиворечивый образ тела и образ окружающего пространства [25].

Феномен телесных иллюзий, описываемый в психологии телесности и психопатологии, ярко демонстрирует, что образ тела не зафиксирован раз и навсегда и может изменяться. Экспериментальные модели телесных иллюзий позволяют приблизиться к пониманию их механизмов, что позволяет приблизиться к пониманию механизмов формирования симптома. Феномены, схожие с телесными иллюзиями, были известны давно как патологические явления, возникающие в сомато-перцептивной сфере. Сейчас развивается целое направление, в рамках которого можно моделировать и управлять этими состояниями в норме. Изучение телесных иллюзий помогает раскрыть механизмы перцепции собственного тела, исследовать закономерности построения мультимодального образа тела и наметить пути понимания и коррекции аналогичных явлений при патологических состояниях. Эта актуальная и важная тема находится на стыке общей психологии восприятия, нейро- и психофизиологии, а также психологии телесности и психосоматики [20].

Ядром психосоматического фенотипа являются формирующиеся в процессе развития самосознания и рефлексивных механизмов компоненты личности ребенка: первичная телесная идентичность, образ тела, пространственные представления, самооценка, «Я-концепция», самоидентичность. При этом личность ребенка формируется под непосредственным влиянием системы отношений матери (отношение к



собственной матери, к себе, как к матери, отношение к беременности, к отцу ребенка, к ребенку) и эмоциональным полем семьи, семейной воспитательной традицией, а также таких социальных факторов, как ценность человека и материнства в обществе [4, 5, 10,11, 12,14,26,27]. Через формирование ценности собственного тела и его функций происходит формирование первичных ценностно-смысловых компонентов личности: ценность жизни, здоровья, близких людей, любви [4,5]. Особенности формирующейся личности определяют поведение, характер контактов ребенка с другими, эмоциональные реакции, напряжение потребности, а, следовательно, особенность эксплуатации вегетативных систем и метаболических процессов [5, 12, 18, 19, 25].

Основными механизмами развития психосоматического фенотипа являются процессы самоосознания ребенка и формирующиеся при этом самооценка, самоидентификация. На каждом этапе онтогенеза психосоматический фенотип имеет специфику проявлений, отражающую уровень развития самосознания и психических функций ребенка, и симптоматический комплекс, позволяющий адаптироваться в условиях искаженного или недостаточного развития личности [5,10]. Саногенный и патогенный векторы развития ПСФ представлены в таблице 1.

Таблица 1. Векторы развития психосоматического фенотипа

| Саногенный вектор психосоматического развития  | Патогенный вектор психосоматического развития   |
|--|---|
| I. Этап развития формы чувственного означивания  |   |
| <p>Адекватное сенсомоторное развитие ребенка.</p> <p>В 3-5 недель реагирование комплексом оживления на мать и др. взрослых. Преобладание позитивного эмоционального состояния.</p> <p>Спокойный сон. Хороший аппетит – активное сосание и реакция удовольствия от этого действия.</p> <p>Ребенок проявляет реакции удовольствия при отправлении физиологических функций: мочеиспускания, дефекации.</p> <p>Ребенок активно познает окружающую реальность благодаря рту, который обеспечивает интроекцию объекта. Язык обладает не только вкусовой, но и осязательной чувствительностью (соматизация объекта путем интроекции материн, отделенной от ее специфической формы, и путем повторения постепенно приходит к уточнению формы объекта).</p> <p>Интроекция собственных пальцев, рук, ног позволяет ребенку формировать сенсорный</p> | <p>Появление комплекса оживления в срок или позже 5 недель.</p> <p>Эмоциональная лабильность, легкая возбуждаемость, агрессивность, обидчивость, повышенная плаксивость [4,5,21].</p> <p>Расстройства сна: затрудненное засыпание и (или) пробуждение, беспокойный сон [21].</p> <p>Слабый сосательный рефлекс, отказ брать грудь, дисфункции пищеварительной системы.</p> <p>Неустойчивость вегетативных функций. На фоне эмоциональных переживаний появление таких вегетативных симптомов, как субфебрилитет без каких-либо объективных причин, психогенный кашель, гипервентиляционный синдром и др. [5,10].</p> <p>Снижена познавательная активность при задержанном моторном развитии [4].</p> <p>Может быть нарушен эмоциональный контакт с матерью при эмоционально холодной матери или ребенок отражает тревожность матери своей повышенной возбудимостью</p> |

|   |  |
|---|--|
| <p>образ тела, в котором интегрируются зрительный, осязательный, вкусовой, тактильный, проприоцептивный параметры. Активное хватание и удержание предметов позволяет их интроецировать.</p> <p>Формирование пассивной речи – понимание обращенной речи взрослого</p> <p>Ребенок указывает на части тела в ответ на вопросы взрослого.</p> <p>Ребенок хорошо отзеркаливает эмоциональные выражения матери, способен к установлению невербального эмоционального контакта с матерью.</p> <p>Адекватное развитие предпосылок речи (гукание, вокализация, лепет, первые слова).</p> <p>При разлуке с матерью расстраивается, ищет ее, при встрече проявляет радость.</p> <p>Безопасная привязанность.</p> | <p>и тревожностью, которая выражается генерализованными телесными реакциями [5,6,10].</p> <p>Может быть задержка развития предпосылок речи или вокализации ребенка в большей мере проявляются хныканьем, плачем на преобладающем негативном эмоциональном фоне [5,10].</p> <p>Отсутствие активных форм поведения в проблемных ситуациях (разлука с матерью), небезопасная и амбивалентная привязанность [5,10].</p>  |
| <p><b>II. Этап символического, вербального означивания</b></p>  |  |
| <p>Характерны адекватная двигательная и познавательная активность.</p> <p>Позитивные отношения с матерью в социализации телесных функций, которая словесно и поведенчески означает телесный феномен для ребенка и своим эмоциональным реагированием раскрывает смысл и ценность каждого телесного явления.</p> <p>Позитивное отношение к своему телу, способность получать радость и удовольствие от движений, прочих телесных функций, телесных контактов с родителями.</p> <p>Активное взаимодействие с предметами, стремление к самостоятельности в предметно-манипулятивной деятельности.</p>   | <p>Нарушенная двигательная активность (гиперактивность или моторная заторможенность) и связанное с этим снижение познавательной активности, так как гиперактивность связана с дефицитом внимания, что затрудняет развитие произвольных психических процессов (памяти, внимания), а заторможенность ограничивает контакт с окружающим миром предметов, других детей.</p> <p>Неуверенность в себе, нарушение контакта с социальным окружением, нерешительность; повышенная личностная и ситуативная тревожность, боязнь активного действия [5,10].</p> |
| <p><b>III. Этап включения гностических действий, обретающих самостоятельный смысл и преобразующих психосоматическую связь</b></p>   |  |
| <p>Развитые двигательные функции.</p> <p>Соответствующая возрасту сформированность пространственных представлений.</p> <p>Адекватная стратегия оптико-пространственной деятельности, обеспечивающая.</p> <p>Интерес ребенка к собственному телу, поиск средств вербального и иного символического обозначения телесных событий.</p> <p>Образ тела меняется с выделением на первый план функциональную ценность определенных частей тела и сопряженных с ними телесных актов.</p> <p>Позитивное самоотношение и формирую-</p>  | <p>Недостаточная сформированность пространственных представлений на основе искаженного соматогнозиса в младенчестве.</p> <p>Преобладает хаотичная или фрагментарная стратегия оптико-пространственных деятельности, приводящая к нарушению учебной деятельности [2,3,4,7,9,10].</p> <p>Образ тела характеризуется повышенным интересом ребенка к страдающему органу, акцентом внимания на собственной слабости, болезненности. Придание ценности соматическому симптому. Неадекватно заниженная или завышенная самооценка.</p>                       |

|   |  |
|---|--|
| <p>щаяся адекватная позитивная самооценка и образ Я. Адекватная реакция на ситуации фрустрирующего общения.</p>   | <p>Неумение отстаивать себя в ситуации фрустрирующего общения – отреагирование соматическим симптомом [5,10]</p>   |
| <p><b>IV. Этап рефлексивного плана сознания</b></p>   |  |
| <p>Адекватная самооценка.<br/>Конструктивные Я-функции личности, проявляющиеся в активности, открытости к контактам, инициативности и креативности.<br/>Способность к конструктивному преодолению трудностей и межличностных конфликтов. Развитое целеполагание и умение действовать в направлении достижения цели. Способность достигать компромиссных решений без ущерба для собственной идентичности.<br/>Способность проживать кризис идентичности.</p> | <p>Неадекватно заниженная или завышенная самооценка [8].<br/>Недостаточное развитие конструктивных составляющих центральных Я-функций личности, дефицитарность «Я-функций». Это проявляется в трудности дифференцировки себя от других, в проблемах с самоидентичностью, сверпроницаемостью внешней границы «Я», несформированности внутренней границы «Я» [5,10].<br/>Возможности реалистического восприятия и регулирования собственных телесных процессов у большинства подростков заметно сокращены.</p> |

Таким образом, мы полагаем, что психосоматический фенотип является продуктом психосоматического развития и имеет два вектора развития: саногенный и патогенный. Как же можно определить психосоматическое здоровье? Общепринятое определение психосоматического здоровья отсутствует. А.Б. Серых и соавт. (2011) определяют психосоматическое здоровье как «состояние психического и соматического благополучия и комфорта, характеризующее отсутствием проявлений психических и соматических расстройств и обеспечивающее адекватную адаптацию жизнедеятельности людей в ситуациях развития современного общества» [22]. В данном определении авторы отталкиваются от категории расстройств, то есть определение понятия здоровья через отсутствие расстройств. Исходя из такого подхода к определению здоровья, авторы определяют уровень психосоматического здоровья путем анализа медицинских карт молодых людей [22]. В таком случае определение психосоматического здоровья, учитывая хронический характер большинства психосоматических расстройств, приближается к определению ремиссии. Проведенный О.С. Глазачевым (2011) анализ состояния здоровья студентов медицинских вузов, выявил синдром эмоционального выгорания (СЭВ) у 34-40% обучающихся [1].



Рис.1. Схема саногенного и патогенного вариантов психосоматического фенотипа

Автор рассматривает СЭВ у студентов-медиков как проявление дистресса, индуцированного неоптимальными условиями обучения и проявляющегося индивидуальной комбинацией симптомов разного уровня в зависимости от исходных предрасполагающих личностных особенностей [1]. В данном случае автор в определении психосоматического здоровья отталкивается от нейрогуморальной теории развития психосоматических расстройств, в которой важную роль отводят стрессоустойчивости личности и опять же, определение здоровья связано с пониманием расстройств – расстройств адаптации. А.А. Лифинцевой (2013) описываются особенности родительской поддержки как социально-психологического феномена и ее связи с психосоматическим здоровьем детей и подростков. И.И. Лосева (2011) также рассматривает семейное воспитание как социально-психологический фактор психосоматического здоровья дошкольников [14]. При этом определение психосоматического здоровья авторы не приводят, отталкиваясь от отсутствия симптомов расстройства здоровья [13].

На наш взгляд, следуя логике определения психосоматического развития и ПСФ, как его продукта, можно прийти к определению психосоматического здоровья вне связи с болезнью или расстройством.

Психосоматическое здоровье характеризуется адекватными ощущениями на основе интеро- и экстерорецепции, отраженными в образе тела и образе здоровья, проявляющимися развитыми двигательными и речевыми функциями, гибкими когнитивными процессами, обеспечивающими адаптивность, дифференцированностью эмоциональной

сферы личности, адекватной самооценкой, конструктивными Я-функциями личности и владениями приемами саморегуляции (использование зрелый и продуктивных копинг-стратегий). Мы не претендуем на полноту определения, однако считаем, что, исходя из такого определения, возможно составлять целевые программы первичной профилактики психосоматических расстройств. Выделенные компоненты патогенного варианта ПСФ могут быть использованы в качестве мишеней психокоррекционных и психотерапевтических программ.

Основываясь на положении о ведущей этиологической роли психогенных факторов в развитии ПСР у детей и подростков, а также на принятии положения о необходимости различия методов и форм психотерапевтического воздействия в зависимости от закономерностей развития психики на каждом этапе развития ребенка, мы назвали нашу психотерапевтическую модель ЭПОГ (этиопатогенетической онтогенетической) [10]. Программа оказания помощи ребенку, страдающему ПСР, включает 4 этапа.

На первом этапе, обозначенном как информационно-мотивационный и диагностический, проводится работа с родителями. Цель этого этапа: доведение до осознания родителей смысла психологической работы не только с ребенком, но и с мамой, со всей семьей. В качестве конечного результата выступает осознанный выбор активной позиции по отношению к болезни и лечению ребенка.

На втором этапе проводится индивидуальная работа специалистов с ребенком и индивидуальная психотерапия мамы. Основным принципом в работе с детьми с позиций различных психотерапевтических школ является создание условий для осознания и открытого выражения ребенком заблокированных чувств. Именно это позволит ребенку обрести чувство собственной силы и ценности, вместо привычного вытеснения этих чувств. Индивидуальная психотерапия мамы заключается в проведении работы на осознание и выражение материнских чувств и потребностей. Целью психотерапии является формирование способности к фокусировке на внутреннем мире и средств символизации эмоционального опыта.

Третий этап - работа с детско-материнской диадой. Главной задачей этого этапа является закрепление достижений второго этапа в работе с матерью и ребенком. Нередко, успехи, достигнутые в индивидуальной работе с матерью и ребенком, исчезают в паре. Крайне важно, после индивидуальной работы отрабатывать измененные паттерны общения, взаимодействия в совместной деятельности под наблюдением психотерапевта.

Четвертый этап – групповая психотерапия ребенка (подростка) с целью формирования социальных навыков и формирование конструк-

тивных Я-функций личности подростка. С целью расширения системы интерперсональных связей ребенка (подростка) используется психодинамическая психотерапия. Использование приемов экспрессивной психотерапии: вокализации, драматической импровизации, музыкальной и танце-двигательной терапии, арттерапии, ведения дневниковых записей. Обращение к символическим или метафорическим обращениям помогает ребенку (подростку) выразить и понять себя. Получение обратной связи в группе повышает эффективность всей психотерапевтической работы. Использование кинестетической эмпатии облегчает скованному, зажатому или гиперактивному ребенку самовыражение. Важным моментом является отработка навыков невербальной коммуникации в группе, для чего широко используются приемы телесно-ориентированной психотерапии, как в работе с парами, так и в целом в группе.

Таким образом, с позиций представленного в работе понимания психосоматического развития, психосоматического здоровья и патологии, психосоматические расстройства у детей и подростков являются отражением всей сложной сетевой организации человека и требуют интегративного комплексного подхода как в организации первичной профилактики, так и в терапии.

### Литература

1. Глазачев О.С. Психосоматическое здоровье студентов-медиков: возможности коррекции на основе оптимизации образовательных технологий. // Социально-экологические технологии, 2011. № 1. С. 63-78.
2. Катасонова А.В., Кравцова Н.А. Высшие психические функции у часто болеющих детей младшего школьного возраста. Владивосток: Медицина ДВ, 2015. 126 с.
3. Катасонова А.В., Кравцова Н.А., Потребич Ю.Г. Развитие высших психических функций у часто болеющих детей младшего школьного возраста. // Сибирский психологический журнал. 2008. №28. с. 81-84.
4. Кравцова Н.А., Катасонова А.В., Довженко А.Ю., Денисова В.А., Рабовалюк Л.Н. Факторы и механизмы развития психосоматических расстройств. // Тихоокеанский медицинский журнал, 2013. № 4. с. 48-55
5. Кравцова Н.А. Психологические детерминанты развития психосоматических расстройств. Патогенный психосоматический фенотип. Владивосток: Медицина ДВ, 2013. 224 с.
6. Кравцова Н.А. Семейные факторы и личностные predispositions психосоматических расстройств. / Детство и семья в современном

- мире. / Материалы международной научно-практической конференции. / Под ред. Н.А. Кравцовой. Владивосток: Изд-во МГУ им. Г.И. Невельского, 2012. С. 251-260.
7. Кравцова Н.А., Урих Е.В. Моторные функции и пространственные представления у детей младшего школьного возраста с психосоматическими расстройствами пищеварительной системы. / Актуальные проблемы практической психологии. Ч.1. / Сборник научных трудов. Херсон, ПП Вишемирский В.С., 2012. С.481-485
  8. Кравцова Н.А. Самооценка и «я» функции личности подростков, страдающих психосоматическими расстройствами. / Материалы Международной науч.-практ. конф. Проблемы здоровья личности в теоретической и прикладной психологии: / Под ред. Н.А. Кравцовой. Владивосток: Мор. гос.ун-т им. Г.И. Невельского, 2011. с.139-146.
  9. Кравцова Н.А., Катасонова А.В. Нейропсихология формирования двигательных функций и пространственных представлений у часто болеющих детей младшего школьного возраста. // Психологическая наука и образование. 2011.- № 2 [электр. журнал] [http://psyjournals.ru/psyedu\\_ru/2011/n2](http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2011/n2)
  10. Кравцова Н.А. Психологическое содержание организационных форм и методов оказания помощи детям и подросткам с психосоматическими расстройствами. / Диссертация на соиск. ученой степени доктора психол. наук. Владивосток, 2009. 356 с.
  11. Кравцова Н.А. Роль детско-родительских отношений в формировании психосоматических нарушений у детей и подростков. // Сибирский психологический журнал. 2005. №22. С. 13 -18
  12. Леви Т.С. Психология телесности в ракурсе личностного развития. / Психология телесности между душой и телом / ред. сост. В.П. Зинченко, Т.С. Леви. М.: АСТ: АСТ МОСКВА, 2005. С.410-433
  13. Лифинцева А.А. Родительская поддержка и психосоматическое здоровье детей и подростков. // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. Серия: Филология, педагогика, психология. 2013. № 5. С. 85-90.
  14. Лосева И.И. Семейное воспитание как социально-психологический фактор психосоматического здоровья ребенка-дошкольника. // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2011. № 2. С. 47-53.
  15. Мясищев В.Н. Психология отношений / В.Н. Мясищев; под редакцией А.А. Бодалева. М. : Изд-во Московского псих.-соц. ин-та; Воронеж : Изд-во НПО «МОДЭК», 2003. 400 с.

16. Николаева В.В., Принципы синдромного анализа в психологическом изучении телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина. // 1-я международная конференция памяти А.Р. Лурия. М., 1998. с.75-82.
17. Николаева В.В.12. От традиционной психосоматики психологии телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина. // Вестник МГУ, сер.14. Психология, 1996. №2. с.8-18.
18. Николаева В.В., Клинико-психологические проблемы психологии телесности / В.В. Николаева, Г.А. Арина. // Психологический журнал. 2003. т. 24. №1. с. 119-126.
19. Николаева В.В., Арина Г.А., Леонова В.М. Взгляд на психосоматическое развитие ребенка сквозь призму концепции П.Я. Гальперина. // Культурно-историческая психология. 2012. №4. С. 67-72
20. Перепелкина О. С., Арина Г. А., Николаева В. В. Телесные иллюзии: феноменология, механизмы, экспериментальные модели. // Психологические исследования: электронный научный журнал. 2014. Т.7. №38
21. Потребич Ю.Г., Кравцова Н.А., Катасонова А.В. Эмоциональное развитие детей младенческого и раннего возраста в зависимости от способа родовспоможения. // Сибирский психологический журнал. 2009. №32. С. 71-73
22. А. Б. Серых, Ю. Е. Морозов, Г. Н. Будилковский, А. А. Лифинцева. Эмоциональная дезадаптация и психосоматическое здоровье юношей и девушек. // Вестник Балтийского федерального университета им. И. Канта. 2011. Вып. 4. С. 60—68.
23. Смаджа К. Оперативная жизнь. Психоаналитические исследования. / Пер. с франц. М.: Когито-Центр, 2014. 256 с.
24. Теория семейных систем Мюррея Боуэна. Основные понятия, метод и клиническая практика. / Пер. с английского под ред. К. Бейкер, А.Я. Варги. – М.: Когито-Центр, 2012. 496 с.
25. Тхостов А.Ш. Психология телесности / А.Ш. Тхостов. М. : Смысл, 2002. 287 с.
26. Family disruption increases functional somatic symptoms in late adolescence: the TRAILS study. / van Gils A; Janssens KA; Rosmalen JG, // Health Psychology: Official Journal Of The Division Of Health Psychology, American Psychological Association [Health Psychol], ISSN: 1930-7810, 2014 Nov; Vol. 33 (11), pp. 1354-61
27. Maternal depression, child behavior, and injury / K. Phelan, J Khoury, H Atherton, R S Kahn // Injury Prevention. – 2007. – vol. 13. – P. 403-408.



**И.А.Горьковая, А.В.Микляева**  
**СТРАТЕГИИ СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ В КОНТЕКСТЕ**  
**ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАРУШЕНИЯМИ**  
**ЗРЕНИЯ**

*Работа выполнена при поддержке Российского фонда фундаментальных исследований, отделение гуманитарных и общественных наук, грант 17-06-00336.*

Нарушения зрения традиционно рассматриваются как фактор, осложняющий адаптацию человека к условиям повседневной жизни, прежде всего, в аспектах пространственной ориентировки, бытового самообслуживания и коммуникации с другими людьми [6; 22], и требующий от человека усилий по продуктивному преодолению возникающих трудностей. Особенно острой данная проблема становится в критические периоды жизни, в том числе в подростковом возрасте, когда «нозоспецифичные» адаптационные трудности наслаиваются на возрастные особенности личностного развития [20], обуславливая высокую чувствительность к стрессогенным воздействиям на фоне недостаточного опыта совладания с ними. В этой связи крайне актуальной задачей является реализация такого подхода к изучению ресурсов социально-психологической адаптации подростков с нарушениями зрения, в рамках которого зрительные нарушения рассматриваются как условия личностного развития подростка, а в фокусе внимания оказываются те особенности личности и поведения подростка, которые способствуют эффективному совладанию с возникающими в контексте зрительных нарушений трудностями [16].

Вопрос о структуре психологических ресурсов совладания с ситуацией ограничения возможностей здоровья в целом, и нарушений зрения в частности, на сегодняшний день является дискуссионным [25]. При этом чаще других в качестве таких ресурсов рассматриваются жизнестойкость личности и ее копинг-поведение.

Жизнестойкость представляет собой такую личностную характеристику, которая обеспечивает способность человека выдерживать стрессовые нагрузки, сохраняя психологическую стабильность и эффективность деятельности при осознании собственной уязвимости и принятии своих реальных возможностей [17; 32]. Сегодня жизнестойкость понимается как интегральная черта личности, обеспечивающая успешность преодоления трудных жизненных ситуаций и обстоятельств. В этой связи проблема жизнестойкости в последние годы активно изучается в контексте личностных возможностей совладания со сложными жизненными ситуациями. В частности, показано, что жизнестойкость характеризует установки человека, связанные с отношением

к трудным жизненным ситуациям и собственным возможностям их преодоления [1] и реализующиеся в использовании адаптивных стратегий копинг-поведения [14; 35].

Копинг-поведение представляет собой целенаправленное поведение, позволяющее человеку справляться с трудными жизненными ситуациями посредством осознанных действий, направленных на их преодоление [13]. Стратегии копинг-поведения могут быть в большей или меньшей степени продуктивными [2; 18], однако совладающее поведение в любом случае опирается на субъектность человека и связано с целеполаганием, прогнозированием развития проблемной ситуации и порождением новых решений [10]. Использование продуктивных стратегий копинг-поведения сегодня рассматривается как один из механизмов социальной адаптации, сохранения здоровья человека в его физическом, психическом психологическом и социальном аспектах [2; 10]. Вопрос о критериях продуктивности копинг-стратегий на сегодняшний день не имеет однозначного решения. В самом общем виде можно утверждать, что проблемно-ориентированные стратегии продуктивны в жизненных ситуациях, возможность разрешения которых зависит от активности субъекта, а эмоционально-ориентированные стратегии – в независимых от нее ситуациях [14; 26]. Вместе с тем, отмечается, что копинг-поведение изменяется на различных этапах жизненного пути человека, который использует различные стратегии совладающего поведения в соответствии с изменяющимися жизненными задачами и собственными личностными и поведенческими возможностями [8].

Формирование «репертуара» копинг-стратегий приходится на подростковый и юношеский период. Именно в этом возрасте на фоне активного развития личности и расширения социального опыта продуктивное копинг-поведение оказывается важнейшим ресурсом успешного преодоления проявлений возрастного кризиса [19; 21; 24], в особенности в ситуациях хронического стресса, связанного с нарушениями здоровья [29; 31; 34], к числу которых относятся и нарушения зрения.

Имеющиеся в современной литературе данные свидетельствуют о том, что подростки с нарушениями зрения менее толерантны к стрессовым воздействиям, в сравнении с их условно здоровыми сверстниками, они реже прибегают к использованию эффективных копинг-стратегий [9], осознанный выбор стратегий совладания развит недостаточно [23]. Исследованиями показано, что менее интенсивное использование продуктивных копинг-стратегий в ситуации нарушения зрения характерно и на более ранних этапах личностного развития [11; 12; 15] и сохраняется впоследствии в контексте закрепления личностных особенностей, характерных для зрительной патологии [7]; в срав-

нении с условно здоровыми взрослыми повышается значимость стратегий «поиск социальной поддержки» и «духовность (религиозность)» [27]. Вместе с тем, исследованиями показано, что подростки с нарушениями зрения довольно широко используют и эффективные копинг-стратегии [30] и обладают довольно высоким уровнем субъективного жизненного благополучия [4], причем эта тенденция сохраняется и на следующих этапах жизни [26].

Согласно результатам, полученным отечественными исследователями, в группе подростков с нарушенным зрением преобладают такие копинг-стратегии, как «планирование решения проблемы», «принятие ответственности» и «поиск социальной поддержки», минимальную выраженность имеют копинг-стратегии «дистанцирование» и «бегство», что во многом соответствует иерархии копинг-стратегий у условно-здоровых подростков, за исключением стратегии «поиск социальной поддержки», место которой в выборке условно здоровых подростков занимает «самоконтроль» [9]. В целом, для подростков с нарушениями зрения более характерными оказываются усилия, связанные с осмыслением ситуации и изменения отношения к ней, нежели активные действия, направленные на ее преодоление [33].

Необходимо обратить особое внимание на тот факт, что в приведенном литературном обзоре использованы данные, полученные как на выборках российских подростков с нарушениями зрения, так и в зарубежных исследованиях, что указывает на фрагментарность имеющихся в литературе сведений. Помимо этого, подростки, принимающие участие в исследованиях, зачастую имеют разную степень выраженности зрительных нарушений, а возрастная группа, как правило, представляется обобщенно («старшие подростки»), что не позволяет проследить возрастную динамику жизнестойкости и стратегий копинг-поведения и ее связь с тяжестью визуальных ограничений.

В связи с этим, целью нашего исследования стало изучение динамики стратегий копинг-поведения старших подростков с нарушениями зрения в связи с характеристиками их жизнестойкости с учетом степени тяжести зрительной патологии. Выборку составили 61 подросток 13-16 лет (40 мальчиков и 21 девочка) с нарушениями зрения различной степени тяжести, в том числе 22 подростка с глубокими нарушениями зрения (тотально слепые и с остаточным зрением менее 0,05%) и 39 слабовидящих подростков. В группу сравнения вошли 112 условно здоровых подростков в возрасте 13-15 лет. В качестве методов сбора эмпирических данных использовались Тест жизнестойкости (Д.А. Леонтьев, Е.И. Рассказова), Опросник изучения стратегий копинг-поведения (Е. Хейм), структурированное интервью с педагогами, работающими с подростками, анализ документов. Для обработки полу-

ченных данных использовались критериальный анализ (t-критерий Стьюдента,  $\phi^*$  Фишера), корреляционный анализ (коэффициент  $r_s$  Спирмена), регрессионный анализ.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в целом показатели жизнестойкости и ее отдельных компонентов у подростков с нарушениями зрения отличаются от аналогичных показателей условно здоровых подростков незначительно (таблица 1). Вместе с тем, возрастная динамика жизнестойкости и ее отдельных компонентов в случае подростков с нарушениями зрения имеет выраженную специфику.

Таблица 1. Средние значения и стандартные отклонения показателей жизнестойкости в выборках подростков разного возраста (ГНЗ – с глубокими нарушениями зрения, СЛВ – слабовидящие, УЗ – условно здоровые)

| Группы | Показатели     | Средние значения и стандартные отклонения |            |            |            |                    |
|--------|----------------|---|------------|------------|------------|--------------------|
|        |                | 13 лет                                    | 14 лет     | 15 лет     | 16 лет     | По выборке в целом |
| ГНЗ    | Вовлеченность  | 31,75±4,14                                | 29,67±3,44 | 31,29±4,31 | 28,82±4,12 | 30,3±4,26          |
|        | Контроль       | 23,51±3,45                                | 22,50±2,88 | 21,43±2,76 | 23,44±3,31 | 22,5±4,71          |
|        | Принятие риска | 16,75±3,23                                | 16,67±3,83 | 16,57±2,57 | 17,20±2,89 | 16,7±3,66          |
|        | Жизнестойкость | 71,75±9,41                                | 68,83±7,41 | 69,29±8,56 | 69,41±6,16 | 69,6±11,1          |
| СЛВ    | Вовлеченность  | 28,62±3,47                                | 32,61±3,82 | 28,72±4,93 | 26,62±4,43 | 30,5±5,06          |
|        | Контроль       | 23,34±4,65                                | 23,17±3,57 | 22,39±5,04 | 21,86±4,12 | 22,8±4,41          |
|        | Принятие риска | 15,33±4,09                                | 16,28±3,04 | 16,39±4,34 | 16,25±3,72 | 16,3±3,68          |
|        | Жизнестойкость | 67,75±9,75                                | 72,06±7,86 | 67,50±10,7 | 64,74±8,13 | 69,6±10,1          |
| УЗ     | Вовлеченность  | 31,06±5,00                                | 29,02±7,36 | 28,22±6,89 | -          | 29,81±6,4          |
|        | Контроль       | 24,13±3,79                                | 22,59±4,98 | 20,89±6,43 | -          | 23,10±4,7          |
|        | Принятие риска | 17,77±3,39                                | 16,20±4,11 | 16,33±3,54 | -          | 16,87±3,8          |
|        | Жизнестойкость | 72,96±10,5                                | 67,80±15,2 | 65,44±14,9 | -          | 69,78±13,6         |

В группе условно здоровых подростков наблюдается последовательное снижение как жизнестойкости в целом (рисунок 1), так и ее отдельных компонентов по мере взросления. На наш взгляд, подобная динамика является отражением последовательного роста интереса к экзистенциальной проблематике в старшем подростковом возрасте, приводящего к переосмыслению своих возможностей в отношении событий собственной жизни. На это указывает тот факт, что показатель «принятие риска» в группе условно здоровых подростков остается практически неизменным, зато довольно существенно снижаются показатели «вовлеченность» (на уровне выраженной тенденции) и особенно «контроль» (различия этого показателя в группах 13- и 15-летних подростков достоверны,  $t=2,08$ ,  $p=0,04$ ): по мере взросления подростки, признавая, что любые жизненные ситуации являются ис-

точником опыта, начинают более реалистично оценить свои возможности влияния на происходящее, преодолевая детскую позицию «всемогущего контроля», занимают позицию «наблюдателя за жизнью», помогающую переосмыслить «детские» взгляды на то, как устроен мир.

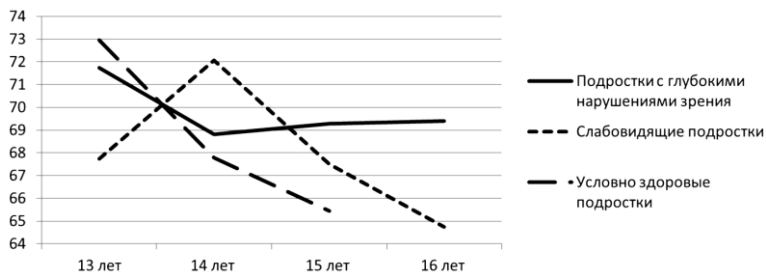


Рисунок 1. Динамика показателя жизнестойкости в выборках подростков с нарушениями зрения и условно здоровых подростков

В группах слабовидящих подростков и подростков с глубокими нарушениями зрения прослеживается несколько иная динамика жизнестойкости. Так, для слабовидящих подростков характерен яркий рост показателя жизнестойкости в период перехода в старший подростковый возраст ( $t=7,12$ ,  $p<0,01$ ). Учитывая результаты наших предыдущих исследований [3], указывающие на то, что этот возрастной этап – это наиболее острый этап автономизации слабовидящих подростков от родительской опеки, можно предполагать, что выявленная тенденция является отражением нарастающей самостоятельности и вовлеченности в собственную, отдельную от родительской, жизнь (основной вклад в рост суммарного показателя жизнестойкости вносит показатель «вовлеченность»), различия по этому параметру между группами 13- и 14-летних слабовидящих подростков достоверны,  $t=5,03$ ,  $p<0,05$ ). Однако, по мере дальнейшего взросления жизнестойкость начинает снижаться, вероятно, по причинам, аналогичным отрицательной динамике жизнестойкости в выборке условно здоровых подростков. Отдельно отметим, что в выборке слабовидящих подростков наиболее динамичным является именно показатель вовлеченности, тогда как показатели контроля и принятия риска остаются практически неизменными, что, на наш взгляд, может интерпретироваться как отсутствие достаточного личностного ресурса для адаптации к новым возможностям, появляющимся в ходе автономизации от родителей. В выборке подростков с глубокими нарушениями зрения динамика показателя жизнестойкости и ее отдельных компонентов незначительна, ха-

ракторного для подросткового возраста снижения жизнестойкости не наблюдается.

Обратимся к анализу копинг-стратегий, характерных для подростков с нарушениями зрения, в сравнении с их условно здоровыми сверстниками. Полученные результаты позволяют утверждать, что копинг-стратегии подростков с нарушениями зрения в целом могут быть охарактеризованы как несколько более адаптивные (таблица 2).

*Таблица 2. Частота предпочтений когнитивных, эмоциональных и поведенческих копинг-стратегий разной степени адаптивности (в процентном выражении)*

| Копинг-стратегии               |                         | Частота, % |      |      |
|--------------------------------|-------------------------|------------|------|------|
|                                |                         | СлВ        | ГНЗ  | УЗ   |
| Когнитивные копинг-стратегии   | Неадаптивная            | 29,4       | 27,0 | 33,8 |
|                                | Относительно адаптивные | 25,5       | 29,7 | 26,5 |
|                                | Адаптивная              | 45,1       | 43,3 | 39,7 |
| Эмоциональные копинг-стратегии | Неадаптивная            | 43,7       | 38,5 | 46,4 |
|                                | Относительно адаптивные | 6,3        | 23,0 | 11,9 |
|                                | Адаптивная              | 50,0       | 38,5 | 41,7 |
| Поведенческие копинг-стратегии | Неадаптивная            | 19,9       | 25,8 | 32,6 |
|                                | Относительно адаптивные | 49,0       | 32,3 | 36,1 |
|                                | Адаптивная              | 31,4       | 41,9 | 31,3 |

В частности, слабовидящие подростки и подростки с глубокими нарушениями зрения несколько чаще, чем их условно здоровые сверстники, выбирают адаптивные копинг-стратегии когнитивной группы, при этом для слабовидящих подростков также более характерно предпочтение адаптивных эмоциональных копинг-стратегий ( $\varphi^*=2,07$ ,  $p<0,05$ ), а для подростков с глубокими нарушениями зрения – адаптивных поведенческих копинг-стратегий ( $\varphi^*=1,96$ ,  $p<0,05$ ). При этом качественный анализ показывает, что более высокая распространенность адаптивных копинг-стратегий достигается разными путями: в группе подростков с глубокими нарушениями зрения наиболее распространенной когнитивной копинг-стратегией является «установка собственной ценности» (27,1%), слабовидящих – «сохранение самообладания» (27,5 %), условно здоровых – «придача смысла» (18,8 %) и «сохранение самообладания» (16,3 %); среди эмоциональных копинг-стратегий во всех трех группах преобладает «оптимизм» (37,5 %, 38,7 % и 32,7 % соответственно) и «подавление эмоций» (31,2%, 23,0 %, 28,8 % соответственно); среди поведенческих копинг-стратегий – «сотрудничество» (22,5 %) и «обращение» (19,4 %) у подростков с глубокими нарушениями зрения, «отвлечение» (37,3 %) у слабовидящих подростков, «уединение» (28,9 %) у условно здоровых подростков.

Полученные результаты позволяют утверждать, что наиболее устойчивой к нарушениями зрения оказывается эмоционально-ориентированная стратегия оптимизма, позволяющая подросткам сохранять уверенность в том, что из любой жизненной ситуации можно найти выход, однако сопровождающие ее реализацию когнитивные и поведенческие усилия претерпевают существенные изменения. Условно здоровые подростки в когнитивном плане в наибольшей степени оказываются ориентированными на осмысление получаемого опыта, трактовку возникающих жизненных трудностей как вызовов судьбы, что в поведенческом плане оборачивается стремлением к уединению, размышлениям о себе и собственной жизни. Используемые ими копинг-стратегии, таким образом, хотя и не всегда являются адаптивными, в полной мере соответствуют логике личностного развития в подростковом возрасте. Подростки с глубокими нарушениями зрения в качестве поведенческих копинг-стратегий чаще всего используют обращение за помощью к другим людям, сохраняя при этом убеждение в безусловной ценности собственной личности и самоуважение, что, вероятно, и позволяет им принимать помощь со стороны других людей, не демонстрируя реакций эмансипации, свойственных для подросткового возраста. Для слабовидящих подростков, для которых, как уже отмечалось, автономизация является очень острой проблемой, наиболее типичными стратегиями являются отвлечение от проблем и эмоциональный самоконтроль вплоть до полного подавления эмоций.

Предположения, сформулированные выше, подтверждают результаты регрессионного анализа, осуществленного на выборке в целом, который позволил в качестве основных факторов жизнестойкости в подростковом возрасте выделить именно эмоциональные копинг-стратегии ( $r^2=0,42$ ): оптимизм ( $\beta=0,32$ ,  $p<0,03$ ), а также отказ от таких неадаптивных стратегий, как «покорность» ( $\beta=-0,61$ ,  $p<0,01$ ), «самообвинение» ( $\beta=-0,52$ ,  $p<0,01$ ) и «агрессивность» ( $\beta=0,37$ ,  $p<0,03$ ). В дальнейшем эти результаты уточнялись с помощью корреляционного анализа (таблица 3).

Таблица 3. Взаимосвязи показателей жизнестойкости, предпочитаемых копинг-стратегий и возраста ( $r_s, p < 0,05$ )

| Показатели     | Выборки | Оптимизм | Придание смысла | Агрессивность | Покорность | Самообвинение | Диссимуляция | Активное избегание | Конструктивная активность |
|----------------|---------|----------|-----------------|---------------|------------|---------------|--------------|--------------------|---------------------------|
| Жизнестойкость | ГНЗ     | 0,44     |                 |               |            | -0,62         |              | -0,38              |                           |
|                | СЛВ     | 0,59     |                 |               |            | -0,47         | -0,39        | -0,37              |                           |
|                | УЗ      | 0,47     | 0,47            | -0,34         | -0,34      |               | -0,28        |                    | 0,29                      |
| Возраст (лет)  | ГНЗ     |          |                 |               |            |               |              |                    |                           |
|                | СЛВ     |          |                 |               |            |               | 0,34         |                    |                           |
|                | УЗ      | -0,36    | -0,32           |               |            |               | 0,36         |                    |                           |

Учитывая, что во всех выборках показатели отдельных компонентов жизнестойкости и ее суммарный показатель находятся в высокозначимых положительных взаимосвязях, в таблице 3 представлены данные, характеризующие только суммарный показатель жизнестойкости.

Согласно результатам корреляционного анализа, высокий уровень жизнестойкости наблюдается у тех условно здоровых подростков, для которых характерны стратегии «оптимизм» и «придание смысла» на фоне отказа от стратегий «покорность» и «агрессивность». Возрастная динамика выявленных взаимосвязей наблюдается в постепенном снижении значимости адаптивных копинг-стратегий эмоционального и когнитивного порядка и нарастанием роли неадаптивной «диссимуляции» (юмора) и относительно адаптивной «конструктивной активности», что в целом соотносится с данными, представленными в литературе [3]. Взаимосвязи, полученные на материале выборок подростков с нарушениями зрения, показывают, что вне зависимости от степени тяжести зрительных нарушений высокий уровень жизнестойкости предполагает предпочтение стратегии «оптимизм» (как и в выборке условно здоровых подростков), а низкий уровень жизнестойкости сопровождается использованием стратегии «самообвинение» и «активное избегание». При этом в выборке слабовидящих подростков зафиксировано, что возрастн-обусловленные изменения жизнестойкости сопровождаются изменением предпочитаемых копинг-стратегий, схожим с закономерностями, выявленными в выборке условно здоровых



подростков: нарастает роль «диссимуляции». В выборке подростков с глубокими нарушениями зрения возрастной динамики предпочитаемых копинг-стратегий не прослеживается.

Таким образом, на основе полученных результатов можно отметить, что личностные ресурсы совладания с трудными жизненными ситуациями у подростков с нарушениями зрения в зависимости от тяжести нарушений имеют общие и специфичные особенности. Наиболее значимым фактором жизнестойкости подростков вне зависимости от степени тяжести визуальных ограничений является оптимистичный взгляд на жизнь, уверенность в том, что любая трудная жизненная ситуация решаема. При этом способы сохранения оптимистичного взгляда на жизнь различаются в зависимости от тяжести нарушения.

Среди подростков с глубокими нарушениями зрения наиболее жизнестойкими оказываются те, которые ориентированы на получение помощи от окружающих людей без ущерба для самоуважения: *«Высокомерен. Внутренне понимает доводы оппонента, но признать не может. На проблемы реагируют родители, хотя ... мог бы и сам. Подчиняется папе» (из интервью учителя о поведении подростка с ГНЗ, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости, 14 лет, мальчик).*

Самые низкие показатели жизнестойкости, напротив, свойственны таким подросткам с глубокими нарушениями зрения, которые не готовы принимать помощь, закрываются, склонны к самообвинению: *«Все держит в себе, может не сказать, а заплакать. Отстраняется, если повышают голос» (из интервью учителя о поведении подростка с ГНЗ, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости, 15 лет, девочка).*

Важно, что описанные закономерности практически не подвергаются изменениям, связанным с взрослением, что позволяет утверждать, что динамика личностного развития подростков с глубокими нарушениями зрения в аспекте ресурсов совладания с жизненными трудностями отличается от аналогичной динамики, характерной для их слабовидящих и условно здоровых сверстников, что проявляется, прежде всего, в сохранении на протяжении всего подросткового возраста элементов инфантильности в отношении собственной жизни на фоне искажения самовосприятия.

В отличие от подростков с глубокими нарушениями зрения, в выборке слабовидящих подростков отмечена возрастная динамика, в целом схожая с изменением ресурсов совладания с трудностями, характерным для условно здоровых подростков: по мере взросления восприятие жизни становится более реалистичным и многогранным. Однако в их случае жизнестойкость достигается не только благодаря раз-

витию продуктивных форм поведения и юмористическому взгляду на жизнь, как в случае условно-здоровых подростков, но и посредством отвлечения от размышлений о жизненных трудностях, в том числе активно подавляя собственные эмоции: *«Сразу решает проблемы, эмоционально не показывает своего состояния»* (из интервью учителя о поведении СлВ подростка, характеризующегося высокими показателями жизнестойкости, 14 лет, мальчик).

Слабовидящие подростки с низким уровнем жизнестойкости часто оказываются склонными выбирать такие же способы совладания с трудностями, как и их тотально слепые сверстники: *«Передаёт все маме, перекладывает ответственность»* (из интервью учителя о поведении СлВ подростка, характеризующегося низкими показателями жизнестойкости, 14 лет, мальчик).

В целом, исследование показало, что подростки с нарушениями зрения обладают достаточно высоким потенциалом совладания с жизненными трудностями, однако структура этого потенциала существенно различается в зависимости от тяжести зрительных нарушений, обусловливающих способы взаимодействия подростка с различными жизненными ситуациями, комфортную для него степень самостоятельности и автономности. Полученные результаты крайне важно учитывать в процессе психологического сопровождения личностного развития подростков с нарушениями зрения, которое должно быть ориентировано на помощь подросткам в выработке таких копинг-стратегий, которые соответствовали бы их реальной жизненной ситуации, тяжести визуальных ограничений и личностным возможностям.

### Литература

1. Александрова Л.А. К концепции жизнестойкости в психологии // Сибирская психология сегодня: Сборник научных трудов. Вып. 2 / Под ред. М.М. Горбатовой, А.В. Серого, М.С. Яницкого. Кемерово: Кузбассвузиздат, 2004. С. 82-90.
2. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб.: Речь, 2010.
3. Горьковая И.А., Микляева А.В. Роль родительской семьи в формировании жизнестойкости подростков с нарушениями зрения // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2017. № 4. С. 34-40.
4. Горьковая И.А., Микляева А.В. Характеристика качества жизни подростков с нарушениями зрения в контексте их жизнестойкости // Клиническая и специальная психология. 2017. Том 6. № 4. С. 47-60.

5. Гуцунаева С.В. Копинг -стратегии подростков с различным уровнем жизнестойкости // международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2015. № 3. С. 92-97.
6. Иванова Е.А. Психологические факторы преодоления жизненных трудностей инвалидами по зрению : автореферат дис. ... канд. психол. н. М., 2010.
7. Иванова Е.А., Куфтяк Е.В. О детерминации совладающего с трудностями поведения у лиц с нарушением зрения // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2008. №3. С. 215-221.
8. Исаева Е.Р. Копинг-поведение: анализ возрастных и гендерных различий на примере Российской популяции // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2009. №11. С.144-147.
9. Капитанаки В.Е., Пыж Н.А. Защитно-совладающее поведение и самооценка слабовидящих подростков, воспитывающихся в школе-интернате // Психология XXI века. Организация деятельности психологической службы образовательного учреждения. Материалы X международной научно-практической конференции молодых ученых. СПб.: Изд-во ЛГУ им. А.С. Пушкина, 2015. С. 121-126.
10. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения в разные периоды жизни. Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2010.
11. Куфтяк Е.В., Лебедев А.П., Реунова А.А. Стратегии защитно-совладающего поведения детей в контексте психологического здоровья // Медицинская психология в России. 2017. №1. С.1-15.
12. Куфтяк Е.В., Самохвалова А.Г. Особенности адаптивного поведения детей в ситуации школьных и коммуникативных трудностей [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 4. С. 50–90. URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n4/Kuftyak\\_Samohvalova.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n4/Kuftyak_Samohvalova.shtml) (дата обращения: 11.01.2018). doi:10.17759/cpse.2015040404.
13. Лазарус Р. Теория стресса и психофизиологические исследования // Эмоциональный стресс /Под ред. Л.Лева. М.: Наука, 1970. С. 178-208.
14. Лапкина Е.В. Совладающее поведение, жизнестойкость и жизнеспособность личности: связь понятий, функции // Вестник КГУ им. Н.А. Некрасова. Педагогика. Психология. Социальная работа. Ювенология. Социокинетика. 2015. Том 21. № 4. С. 130-133.
15. Лебедев А.П., Реунова А.А., Севастьянова У.Ю., Куфтяк Е.В. Адаптационные механизмы у детей с ограниченными возможностями здоровья // Вестник Костромского государственного уни-

- верситета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2017. №2. С.169-173.
16. Леонтьев Д.А., Александрова Л.А. Вызов инвалидности: от проблемы к задаче // Четвертая Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: материалы сообщений / Под ред. Д.А. Леонтьева. М.: Смысл, 2010. С. 114-120.
  17. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. М.: Смысл, 2006.
  18. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция). Казань: Казанская Государственная Медицинская Академия, 2003.
  19. Нартова-Бочавер С.К. «Coping behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18. № 5. С. 20-30.
  20. Самохвалова А.Г. Специфика затрудненного общения детей с ограниченными возможностями здоровья [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2015. Том 4. № 2. С. 39–53. URL: <http://psyjournals.ru/psyclin/2015/n2/Samohvalova.shtml> (дата обращения: 11.01.2018).
  21. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков // Обозрение психиатрии и медицинской психологии. 1994. № 1. С. 63-64.
  22. Солнцева Л.И. Тифлопсихология детства. М.: Полиграфсервис, 2000.
  23. Терентьева Н.П. Особенности психологической защиты у слабовидящих и слабослышающих подростков : автореферат дис. ... канд. психол. н. М., 2004.
  24. Точилина Т.В. Гендерные особенности совладающего поведения у младших подростков // Материалы Международной научно-практической конференции «Психология совладающего поведения». Кострома: Изд-во КГУ им. Н.А. Некрасова, 2007. С. 156-157.
  25. Фоминых Е.С. Психологические ресурсы лиц с ограниченными возможностями здоровья как фактор инклюзии в общество // Научно-методический электронный журнал «Концепт». 2016. Т. 20. С. 86-92. URL: <http://e-koncept.ru/2016/56332.htm> (дата обращения 11.01.2018).
  26. Хазова С.А., Шипова Н.С. Качество жизни взрослых инвалидов с детства // Вестник Костромского государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. 2017. №2. С.96-101.

27. Хачатурова М.Р. Жизнестойкость и ее роль в совладающем поведении личности в ситуации межличностного конфликта // Альманах современной науки и образования. 2010. № 12 (43). С. 166-170.
28. Brennan M., Horowitz A., Reinhardt J.P., Cimarolli V., Benn D.T., Leonard R. In their own words: Strategies developed by visually impaired elders to cope with vision loss // Journal of Gerontological Social Work. 2001. Vol. 35(1). Pp. 63–85.
29. Chronister J., Johnson E., Lin C.-P. Coping and rehabilitation: Theory, research, and measurement // Understanding psychosocial adjustment to chronic illness and disability: A handbook for evidence-based practitioners in rehabilitation. F. Chan, E. D. S. Cardoso, & J. A. Chronister (Eds.). New York: Springer, 2009.
30. Hallemanni S., Kale M., Gholap M. Level of Stress and Coping Strategies Adopted by Adolescents with Visual Impairment // International Journal of Science and Research. 2014. Vol. 3 (7). Pp. 1182-1189.
31. Livneh H. Psychosocial adaptation to chronic illness and disability: A conceptual framework // Rehabilitation Counseling Bulletin. 2001. Vol. 44(3). Pp. 151-160.
32. Maddi S.R., Khoshaba D.M. Hardiness and Mental Health // Journal of Personality Assessment. 1994. Vol. 63 (2). Pp. 265-274.
33. Mastunak K. An investigation of personal factors on daily stress of people with visually impaired // Shinrigaku Kenkyu. 2008. Vol. 79(3). Pp. 207-214.
34. Samokhvalova A.G., Kryukova T.L. Teens' coping/non-coping with communication difficulties in a special boarding school setting // Social Welfare. Interdisciplinary Approach. 2017. Vol. 7(1). Pp. 104-117.
35. Williams P.G., Wiebe D.J., Smith T.W. Coping processes as mediators of the relationship between Hardiness and health // Journal of Behavioral Medicine. 1992. Vol. 15 (3). Pp. 237-255.

**Т.Г. Горячева, А.С. Султанова**  
**К ТЕОРЕТИЧЕСКОМУ ОБОСНОВАНИЮ СЕНСОМОТОРНОЙ**  
**КОРРЕКЦИИ ПРИ ДИЗОНТОГЕНЕЗЕ И РАЗЛИЧНЫХ**  
**ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ У ДЕТЕЙ**

Еще в 90-х годах прошлого столетия Ю.Ф. Поляков говорил об ухудшении здоровья населения нашей страны, о расширении функций и роли клинических психологов в профилактике и преодолении различных болезненных состояний. «В современном мире значение психологии в охране здоровья резко возрастает в связи с изменением природного и социального окружения человека...» [Поляков Ю. Ф., 1996, с. 4]. Прошло более 20 лет, но это утверждение продолжает оставаться

справедливым, причем это касается не только взрослых людей, но и, к сожалению, детской популяции.

В течение последних десятилетий в нашей стране у детей наблюдается повышение распространенности различных форм дизонтогенеза, заболеваемости нервно-психическими расстройствами, рост психологического неблагополучия. Увеличивается распространенность перинатальной патологии, соматических заболеваний и других патологических состояний в детском возрасте, приводящих к нарушениям психического развития; положение также усугубляют неблагоприятные социальные, экологические и др. факторы. Данная ситуация, скорее всего, не улучшится в ближайшее время, т.к. дети с отклонениями вырастают и становятся родителями, у которых, в свою очередь, с небольшой вероятностью могут появиться здоровые дети.

Повышение распространенности как тяжелых, так и пограничных форм психической и неврологической патологии в детском возрасте – своеобразный «вызов» современной медицине, психологии, педагогике; «вызов», который до сих пор, на наш взгляд, остается без адекватного ответа. Закономерно, что быстрее всех областей на повышение количества детей с психоневрологической патологией отреагировала медицина. Стало очень широко применяться медикаментозное лечение этих детей; появилось множество новых и заимствованных за рубежом технологий, положительное влияние которых на здоровье и развитие ребенка не всегда обосновано и доказано. В педагогике накоплен довольно большой опыт работы с детьми с тяжелыми отклонениями (который едва не был растерян в последнее время в связи с расформированием специализированных образовательных учреждений и довольно неуклюжими попытками инклюзивного образования). Однако, негрубая патология, пограничные состояния у детей пока просто игнорируются, хотя именно эти нарушения становятся особенно распространенными и существенно влияют на дальнейшее психическое развитие ребенка (обучаемость, поведение, изменение детско-родительских отношений). В педагогической и возрастной психологии, наконец, заметили, что дети, в т.ч. состояние их здоровья, стали «другими» [Фельдштейн Д. И., 2010], но пока не предложили никаких практических мер. В клинической психологии – прежде всего, в рамках нейропсихологии – стали разрабатываться и широко применяться различные методы коррекции нарушений развития и адаптации в детском возрасте. В настоящее время известно несколько коррекционных систем, предложенных разными авторами, самые распространенные из которых – «Школа внимания» Т. В. Ахутиной и Н. М. Пылаевой, метод замещающего онтогенеза А. В. Семенович. Однако, большинство методов нейропсихологической диагностики и коррекции разрабаты-

вались только для детей старшего дошкольного и школьного возраста, испытывающих трудности в обучении. Упомянутые выше методы не предназначены для коррекционной работы с детьми раннего возраста и среднего дошкольного возраста, а также с детьми с выраженными нарушениями.

Столкнувшись с описанными выше проблемами, мы начали с конца 1990-х годов разрабатывать метод, который назвали «сенсомоторная коррекция» (СМК). Применяя его при работе с детьми с различными патологическими состояниями уже около 20 лет, мы и другие специалисты доказали его эффективность. За это время метод СМК занял особое место в ряду других двигательных методик (которые мы здесь не будем обсуждать) и методов нейропсихологической коррекции. Хотя с самого начала СМК строилась на теоретической базе отечественной нейропсихологии и закономерно выходила из накопленных в разных научных отраслях знаний о развитии нервной системы ребенка, мы ранее не публиковали теоретического обоснования этого метода. Данная статья призвана несколько компенсировать этот пробел.

С нашей точки зрения, практически все патологические состояния в детском возрасте связаны с нарушением той или иной степени морфофункционального развития нервной системы, причем эта связь носит двусторонний характер. С одной стороны, нарушение морфофункционального созревания, травматическое или иное повреждение структур головного мозга и сенсорных систем закономерно влечет тотальные или парциальные нарушения психического развития, адаптации и поведения ребенка. С другой стороны, ребенок, особенно (но не только) с грубыми нарушениями, обеднен сенсорно, двигателью, коммуникативно, и его мозг получает недостаточно афферентации (поступающей в центральную нервную систему /ЦНС/ информации как извне, так и от проприо- и интерорецепторов), в связи с чем не может полноценно развиваться. Действительно, роль афферентации, особенно внешней, для развития нервной системы трудно переоценить. Хорошо известны случаи «детей-маугли», которые остаются немыми, не слыша человеческую речь до 5 лет. Можно упомянуть и феномен детского госпитализма: неблагоприятные депривационные условия в течение первого года жизни ребенка наносят непоправимый ущерб его развитию. Полученные различными исследователями данные свидетельствуют о решающей роли внешней афферентации, условий среды в структурно-функциональном формировании мозга. В литературе описаны опыты со зрительной депривацией новорожденных котят [Wiesel T. N., Hubel D. H., 1963; Скворцов И. А., 2000], которые доказывают важность для развития функциональных нейрональных

связей не только наличия адекватных внешних воздействий, но и своевременного их появления. Сенсорная депривация, приводящая к невозможности получения мозгом раздражений от рецепторов в сензитивные периоды, приводит к деструктивным изменениям соответствующих структур и функций мозга [Новикова Л. А., 1986]. Отечественные исследователи доказали влияние внешних воздействий на функциональное развитие мозга с помощью оценки электрофизиологических показателей. Развивающее обучение детей дошкольного возраста приводило не только к повышению уровня умственного развития, но и к изменению ряда параметров электрической активности мозга [Венгер Л. А., Ибатуллина А. А., 1989]. В морфологическом плане афферентация стимулирует ветвление дендритов, образование нейрональных сетей, обеспечивает нормативное формирование функциональных систем [Скворцов И. А., 2000]. Положительное влияние внешней «информационной стимуляции» не только на функциональное, но и на анатомическое развитие мозга и биохимические процессы было доказано в 1970-х годах в экспериментальных исследованиях, проведенных М. Розенцвейгом и др. на крысах [Rosenzweig M. R., Bennett E. L., Diamond M. C., 1972]. С развитием методов нейровизуализации стало возможным исследовать влияние внешних воздействий и осуществляемой деятельности на изменения мозговых структур и у человека. Так, например, данные, полученные с помощью магнитно-резонансной томографии (МРТ) мозга, показали, что у музыкантов, начавших заниматься музыкой до 7 лет, мозолистое тело на 10-15% толще, чем у людей, не занимающихся музыкой или начавших изучать ее позже этого возраста [Палмер Д., Палмер Л., 2003]. Широко известны исследования Э. Магуайр с коллегами, в которых обсуждаются изменения в структуре гиппокампа, происходящие по мере обучения и увеличения рабочего стажа лондонских таксистов [Maguire E. A. и др., 2000]. Практически все исследователи, изучающие онтогенез нервной системы, говорят о высокой пластичности мозга ребенка, т.е. способности изменять свои морфофункциональные характеристики под влиянием опыта. Л. С. Выготский (1983, 1995) выделял пластичность нервной системы и психики как одну из закономерностей, общих для развития психики в норме и патологии. Однако, для реализации этой пластичности необходимы определенные социальные условия. Естественно, что функционально незрелые структуры обладают большей способностью к реорганизации, чем уже сформированные. Пластичность нервной системы на ранних этапах развития обусловлена многими физиологическими факторами, в частности, присутствием в ЦНС особого нейротрофина – фактора роста нервной ткани, который активизирует и интенсифицирует рост и развитие нервных клеток [Лейтес Н. С. и др., 1996].



Несомненно, что с течением времени будут открыты и другие биологические факторы, обеспечивающие пластичность нервной системы у детей, но также несомненно и то, что без определенных средовых воздействий, оптимальной внешней афферентации эти факторы остаются невостребованными и практически бездействующими. Сравним, например, развитие слепоглухонемых детей в специально организованных условиях и без таковых. При обучении такого ребенка возникает «уникальная задача целенаправленного формирования всей человеческой психики» [Мещеряков А. И., 1974, с. 5]. И. А. Соколянский и его ученик А. И. Мещеряков доказали, что с помощью целенаправленного специального педагогического воздействия можно работать с ранее считавшимися необучаемыми слепоглухими детьми, успешно формируя у них сначала предметные бытовые действия, затем и навыки логического мышления, речи, общения, способность усвоения нравственных норм [Мещеряков А. И., 1974]. Т.о., «процесс созревания детского организма, ход формирования его морфологических и функциональных особенностей определяется не только генетической программой, но и условиями жизни ребенка» [Запорожец А. В., 1986, с. 229]. Созревание различных структур мозга является необходимой предпосылкой развития психических функций. В свою очередь, активная адресация к ребенку различных форм социальных воздействий определяет способ формирования психических функций и оказывает стимулирующее влияние на созревание соответствующих структур его мозга [Ю. В. Микадзе, 1999]. К одним из таких социальных воздействий можно отнести и специальные коррекционные мероприятия, в том числе – сенсомоторную коррекцию.

Таким образом, опыт (суммарная афферентация в широком смысле слова), приобретенный в детстве, существенно модифицирует биохимическое, морфологическое, физиологическое, функциональное развитие мозга. Однако, получение этого опыта у детей с нарушениями развития практически во всех случаях затруднено. Эти дети оказываются в своеобразном «замкнутом круге»: вследствие органических (перинатальных, травматических и пр.) повреждений ЦНС, анализаторных систем или особенностей взаимодействия со средой (например, при аутистических расстройствах) дети не могут получить достаточной афферентации, необходимой для правильного морфологического и функционального формирования мозговых систем. Следовательно, имеется потребность в специальной коррекционной программе, с помощью которой, начиная с самых ранних этапов онтогенеза, можно было бы восполнить дефицит афферентации, решить задачу стимуляции образования адекватных функциональных (вертикальных, горизонтальных) связей между различными отделами головного мозга. При этом нужно стремиться к гармоничной стимуляции, не вызывающей появления фе-

номена обкрадывания, к которому зачастую приводит прямая «адресация» к какой-либо одной или нескольким когнитивным функциям. Оптимальная коррекционная система должна опираться на функцию, в осуществлении которой задействовано как можно больше структур головного мозга, обеспечивающих различные нейропсихологические факторы; функцию, обращение к которой является доступным и естественным для детей разного возраста, с различными нарушениями в развитии и поведении; функцию, актуализирующую создание «обратной связи», с гармоничным сочетанием эфферентных и афферентных звеньев; функцию, для реализации которой возможно как активное, так и пассивное участие ребенка. Такой функцией является движение. «В современной нейрофизиологии и нейропсихологии сложились представления о том, что произвольные движения – это очень сложно афферентированные системы, которые реализуются при участии почти всей коры больших полушарий» [Хомская Е. Д., 2002, с. 196]. Рассмотрим кратко мозговую организацию произвольного движения, взяв за основу концепции ведущих отечественных исследователей – А. Р. Лурии и А. Н. Бернштейна.

Функциональная организация движения, как и практически любого вида психической деятельности, имеет уровневую структуру, затрагивающую все три блока головного мозга (по А. Р. Лурии). Наиболее полно проблема иерархической организации движений человека была разработана в трудах Н. А. Бернштейна, который выделил пять уровней построения движений [Бернштейн Н. А., 1947]. Первый функциональный блок – блок регуляции тонуса и бодрствования [Лурия А. Р., 2002] – обеспечивает два субкортикальных уровня построения движений (А и В).

1) уровень А – руброспинальный уровень палеокинетических регуляций (высшая регулирующая «инстанция» уровня – красное ядро). Система структур данного уровня обеспечивает поступление и анализ проприоцептивной информации от мышц, удержание определенной позы, некоторые быстрые ритмические вибрационные движения (например, вибрато у пианиста), а также ряд непроизвольных движений (дрожь от холода, вздрагивание, стучание зубами от страха и пр.). Это – «фоновый» уровень, у человека практически никогда не бывает ведущим уровнем построения движений. Патология этого уровня проявляется в дистониях, треморе, амиостатическом симптомокомплексе [Бернштейн Н. А., 1947].

2) Уровень В – уровень синергии и штампов, таламопаллидарный; его анатомический субстрат – зрительные бугры в качестве афферентных центров и бледные шары в качестве эфферентных центров. Базируясь на интеграции проприоцептивной информации, он обеспечивает так называемые синергии, т.е. высокослаженные движе-

ния всего тела (ритмические и циклические движения, привычные монотонно-машинальные движения, стереотипные движения типа наклонов, приседаний и пр.). При гипофункции данного уровня возникает симптомокомплекс паркинсонизма, разрушение различных автоматизированных актов; при патологической гиперфункции этого уровня возникают атетозы и другие гиперкинезы, избыточные синергии, торсионный спазм, патологические синкинезии (совместные движения бесполезного характера), произвольные вокализации и др. [Бернштейн Н. А., 1947].

Дисфункции первого блока мозга наблюдаются у большинства детей с различными патологическими состояниями, что выявляется и в нейропсихологическом исследовании, и при анализе данных электроэнцефалограмм (ЭЭГ) детей [Горячева Т. Г., Султанова А. С., 2003; 2008]. Вероятно, это связано с тем, что первичные нарушения ЦНС очень часто возникают в перинатальный период – период интенсивного морфофункционального развития подкорково-стволовых структур. Перинатальные (чаще всего – гипоксически-ишемические) поражения нервной системы являются одним из основных факторов нарушения онтогенеза; их отдаленные последствия заметны даже в случае неглубоких поражений, при отсутствии неврологической или иной патологии у ребенка [Султанова А. С., 2008]. Между тем, коррекционных методов, с помощью которых можно было бы воздействовать на функциональное развитие первого блока мозга, очень мало. К одному из таких методов относится сенсомоторная коррекция.

Вторым функциональным блоком головного мозга является «блок приема, переработки и хранения экстероцептивной информации. Он расположен в задних отделах полушарий и включает зрительные (затылочные), слуховые (височные) и общечувствительные (теменные) отделы коры головного мозга и соответствующие подкорковые структуры» [Лурия А. Р., 2002, с. 111]. В обеспечении движений участвуют многие отделы этого блока мозга: постцентральная теменная кора, обеспечивающая анализ и синтез кинестетической афферентации; задние затылочные и теменно-затылочные отделы коры больших полушарий, которые обеспечивают регуляцию движений с помощью зрительной афферентации и ответственны за пространственную организацию движений; височная кора (прежде всего левого полушария), обеспечивающая слухоречевую афферентацию речевой моторики и участвующую во всех «оречевленных» (внешней и внутренней речи) двигательных актах [Лурия А. Р., 1962; Хомская Е. Д., 2002]. Эти структуры обеспечивают афферентацию следующих, третьего и четвертого, уровней построения движений по концепции Н. А. Бернштейна – уровня С и D.

3) Уровень С – пирамидно-стриальный уровень пространственного поля; кортикальная слагающая афферентации на этом уровне – первичные зрительные поля, первичное сенсорное поле (постцентральная теменная извилина), корковые отделы слухового и вестибулярного анализаторов [Бернштейн Н. А., 1947]. Можно сказать, что данный уровень занимает «промежуточное» положение между вторым и третьим блоком мозга, т.к. одним из его эфферентных центров является первичное моторное поле коры лобных отделов, относящихся к третьему блоку. Надо отметить, что А. Р. Лурия говорил о неделимости «коркового ядра» двигательного анализатора: «к нему можно отнести не одну, а две совместно работающие зоны мозговой коры, которые обычно обозначаются как постцентральная и прецентральная области и которые вместе образуют единый функциональный аппарат – “сензомоторную область коры”» [Лурия А. Р., 1962, с. 149].

В структуре уровня С, который Н. А. Бернштейн называл «полукортикальным» [Бернштейн Н. А., 1947, с. 83], выделяется два подуровня – С1 (экстрапирамидный, высший эффекторный центр – полосатое тело) и С2 (пирамидный, высший эффекторный центр – гигантопирамидное поле /4 по Бродману/ прецентральной области коры больших полушарий). Движения, обеспечиваемые данным уровнем, имеют три характерные черты: обладают целевым характером; переместительны по своей сути; приспособляются к внешнему пространству. «Движения уровня С несут, давят, тянут, берут, рвут, перебрасывают» [Бернштейн Н. А., 1947, с. 85]. Подуровень С1 в большей степени связан с проприоцептивной афферентацией, с точностью хода движения, его «прилаживанием» к окружающим объектам и пространству (например, к рельефу местности при ходьбе, к обводимому карандашом контуру), подуровень С2 – со зрительной афферентацией, с точностью движения, меткостью (например, точность при срисовывании фигуры). При поражении структур экстрапирамидной системы (подуровень С1) нарушаются произвольные движения, структур пирамидной системы (подуровень С2) – преимущественно произвольные. Дисфункции уровня С приводят к различным атаксиям, нарушениям координации, спастическим параличам и парезам [Бернштейн Н. А., 1947].

4) Уровень D – теменно-премоторный уровень действий – можно также отнести к «промежуточному» между вторым и третьим блоком мозга. Анатомический субстрат этого уровня – нижние отделы теменных долей (относится к второму блоку мозга, тесно связаны с афферентационными полями осязания, слуха и зрения) и премоторные отделы лобных долей (эффекторные поля, входят в третий блок мозга). Движения этого уровня представляют собой «смысловые ак-

ты...элементарные поступки, определяемые смыслом поставленной задачи... Двигательные компоненты цепей уровня действий подбираются по смысловой сущности предмета» [Бернштейн Н. А., 1947, с. 121-122]. Нарушения на этом уровне проявляются в виде сложных двигательных расстройств – апраксий двух типов: сенсорные и кинетические (по классификации А. Р. Лурии – кинестетическая и кинетическая апраксия). Мы видим, что двигательная функция неотделима от проприоцепции и тесно связана с тактильным, зрительным, а в ряде случаев, и слуховым восприятием; любое движение актуализирует работу тех или иных анализаторных систем. В связи с этим назвать метод «моторной коррекцией» представлялось нам неверным; метод получил название «сенсомоторная коррекция».

Третий блок мозга – блок программирования, регуляции и контроля сложных форм деятельности – включает моторные, премоторные и префронтальные конвекситальные отделы коры лобных долей мозга [Лурия А. Р., 2002; Хомская Е. Д., 2002]. С этим блоком мозга четко связан последний уровень построения движений (Е).

5) уровень Е – группа высших кортикальных уровней, лежащих выше уровня действий. Н. А. Бернштейн затруднялся описать точную кортикальную организацию этих уровней, но упоминал о лобной коре, 9 и 10 полях по Бродману. Эти уровни обеспечивают символические и условные смысловые действия; действия, определяемые отвлеченным заданием или замыслом (например, хореографическое или музыкальное исполнение, движения, имитирующие действия с предметом при его отсутствии и др.). При поражении этого уровня возникают сложные персеверации, которые А. Р. Лурия назвал системными. Системные персеверации, нарушения программирования и контроля движений, замена нужных движений моторными шаблонами и стереотипами характерны для регуляторной апраксии, возникающей при поражении префронтальной конвекситальной коры [Лурия А. Р., 1962; Хомская Е. Д., 2002].

Таким образом, первый блок мозга включает в себя уровни построения движений А и В (уровень палеокинетических регуляций и уровень синергии и штампов); второй блок мозга обеспечивает афферентацию и пространственные синтезы уровней С и D (уровень пространственного поля и уровень предметных действий); третий блок мозга содержит эфферентные звенья уровней С и D, а также включает в себя уровни Е (уровни, обеспечивающие действия, определяемые отвлеченным заданием или замыслом).

Опираясь на изложенные выше представления об организации движения, мы можем составить коррекционную программу, с помощью которой возможно активизировать те или иные структуры голов-

ного мозга, актуализировать межструктурные связи, влияя на развитие центральной нервной системы ребенка. Что именно включить в программу в каждом конкретном случае, решается на основе данных нейропсихологической диагностики, в ходе которой определяются нарушенные и сохраненные факторы («звенья» функциональных систем), устанавливается нейропсихологический синдром (или синдромы). Именно это отличает метод СМК как от других двигательных методов, так и от несомненно полезных, но не несущих серьезной коррекционной нагрузки форм досуга и занятий (двигательных игр, занятий «йогой», уроков физкультуры, ЛФК, спортивных секций и пр.).

Целью СМК является оптимизация хода психического онтогенеза через определенным образом организованное воздействие на сенсорную и моторную сферы ребенка. С помощью специальных упражнений достигается нормализация активации нервной системы, улучшение функционального статуса подкорково-стволовых структур и коры мозга, развитие межструктурных мозговых связей (корково-подкорковых, межполушарных и др.), что способствует полноценному психическому развитию, гармоничному формированию личности ребенка.

Рассмотрим основные задачи и принципы проведения сенсомоторной коррекции. Принципы проведения СМК:

1. Принцип системности. СМК направлена не на преодоление одного дефекта, а на гармонизацию психического функционирования и личности ребенка в целом.

2. Принцип опоры на сохраненные формы деятельности, развития слабых звеньев при опоре на сильные стороны психики ребенка. Началу коррекционной работы обязательно должно предшествовать диагностическое исследование, в котором определяются нарушенные и сохраненные нейропсихологические факторы, определяется причина имеющихся у ребенка проблем в развитии и поведении.

3. Принцип опоры на индивидуальные особенности ребенка. В программе СМК учитываются когнитивные, личностные и эмоциональные особенности ребенка, а также различные факторы, влияющие на формирование высших психических функций.

4. Принцип вовлечения. Необходимо создавать ситуацию эмоционального включения ребенка в процесс коррекции, мотивировать ребенка на выполнение упражнений и заданий.

5. Принцип «от простого к сложному». Это стандартный дидактический принцип, который обязательно должен учитываться и при построении программы СМК ребенка.

6. «Не навреди» (*primum non nocere* «прежде всего – не навреди») – старейший принцип медицинской этики, применимый и к СМК.

Коррекция должна осуществляться грамотным специалистом, имеющим знания, как в области нейропсихологии, детской патопсихологии, так и возрастной психологии и физиологии, и доброжелательно относящимся к детям.

К задачам СМК можно отнести:

1) улучшение функционирования центральной нервной системы в целом, оптимизация процессов возбуждения, торможения, распределения активации;

2) оптимизация развития высших психических функций (произвольное внимание, память, речь, восприятие, мышление и др.), необходимых в т.ч. для процесса обучения ребенка;

3) формирование произвольной регуляции и самоконтроля, необходимого для дальнейшей жизни ребенка в обществе;

4) улучшение социальной адаптации, преодоление трудностей в общении (как косвенно – путем повышения уровня возможностей ребенка, так и прямым воздействием в процессе групповой коррекционной работы).

Возможно проведение СМК как в индивидуальной, так и в групповой форме. Помимо задач, решаемых непосредственно самим методом, данный вид работы помогает достичь целей, связанных с преодолением возникновения трудностей в общении. Групповая работа создает оптимальную обстановку для детей, нуждающихся в освоении навыков социальных контактов. Кроме того, некоторые приемы СМК оказываются особенно эффективными в условиях группы, где ребенок может сравнить свое выполнение задания с другими участниками, где можно показать удачные и неудачные способы решения двигательных задач, ввести игровые и соревновательные элементы.

Этапы сенсомоторной коррекции:

1. Проведение индивидуальной нейропсихологической диагностики ребенка (с согласия и в присутствии родителей или замещающих их лиц).

2. Установочный этап. На этом этапе происходит разработка плана нейропсихологической коррекции ребенка по результатам проведенной диагностики, разъяснение этого плана родителям. При этом оптимально создание у ребенка и его родителей активной установки на коррекционную работу, снятие тревожности, повышение уверенности в возможности достижения позитивных изменений.

3. Осуществление коррекционных мероприятий (в групповой или индивидуальной форме).

4. Оценка эффективности коррекции. Эффективность работы должна оцениваться при сравнении данных первичного и повторного нейропсихологического диагностического исследования; сравнении

врачебных заключений и медицинских исследований, проведенных до и после коррекционного воздействия (в т.ч. ЭЭГ); также учитываются отзывы родителей и специалистов, работающих с ребенком (логопедов, учителей и др.).

Эффективность СМК, возможность достижения главной цели (нормализация протекания онтогенеза и социальная адаптация ребенка) зависит, главным образом, от следующих факторов: квалификация специалиста, проводящего диагностику и занятия с ребенком; регулярность занятий; исходное состояние ребенка, степень выраженности нарушений; возраст, в котором начата коррекционная работа (в целом, чем раньше, тем лучше); позитивный комплаенс с родителями ребенка; включенность нейропсихолога в комплексную согласованную работу с ребенком специалистов разных профилей.

Своевременная сенсомоторная коррекция детей с негрубыми нервно-психическими расстройствами, пограничными состояниями (СДВГ, ММД, невротические состояния, легкие темповые задержки развития и пр.) позволяет преодолеть имеющиеся нарушения, достичь психического и психологического благополучия, нормализации онтогенеза, предотвратить формирование более серьезных отклонений в развитии и поведении, снижает риск социальной дезадаптации. СМК детей со сложной структурой дефекта, с наличием тяжелых нарушений онтогенеза (ДЦП, грубые отклонения при эпилепсии, аутистических расстройствах, сильные степени умственной отсталости и др.) помогает улучшить развитие ребенка, повысить его обучаемость, предотвратить возникновение ряда вторичных патологических состояний, поднять уровень социальной адаптации, улучшить качество жизни ребенка и семьи в целом.

### Литература

1. Бернштейн Н. А. О построении движений. – М.: Медгиз, 1947.
2. Венгер Л. А., Ибатуллина А. А. Соотношение обучения, психического развития и функциональных особенностей созревающего мозга / Вопросы психологии. – 1989. – № 2. – с. 20-27.
3. Выготский Л. С. Проблемы дефектологии. – М.: Просвещение, 1995.
4. Выготский Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти тт. Т. 3. Проблемы развития психики / Под ред. А. М. Матюшкина. – М.: Педагогика, 1983.
5. Горячева Т. Г., Султанова А. С. Сенсомоторная коррекция при психосоматических расстройствах в детском возрасте / Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков. / Ред. Ю. С. Шевченко. – СПб.: Изд-во «Речь», 2003. – Глава 12. – с. 474-490.



6. Горячева Т. Г., Султанова А. С. Сенсомоторная коррекция при различных отклонениях психического развития / Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. – 2008. – Т. XL, вып. 3. – с. 56-60.
7. Запорожец А. В. Избранные психологические труды: В 2-х тт. Т. 1. Психическое развитие ребенка / Под ред. В. В. Давыдова, В. П. Зинченко. – М.: Педагогика, 1986.
8. Лейтес Н. С. и др. Психология одаренности детей и подростков / Под ред. Н. С. Лейтеса. – М.: Издательский центр «Академия», 1996.
9. Лурия А. Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. – М.: Издательство МГУ, 1962.
10. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. – М.: Изд. центр «Академия», 2002.
11. Мещеряков А. И. Слепоглухонемые дети. Развитие психики в процессе формирования поведения. – М.: «Педагогика», 1974.
12. Микадзе Ю. В. Нейропсихология индивидуальных различий в детском возрасте. Дисс... докт. психологических наук. – М., 1999.
13. Новикова Л. А. Нейрофизиологические механизмы зрительной и слуховой депривации / Физиология человека. – 1986. – т. 12. – № 5. – с.844-856.
14. Палмер Д., Палмер Л. Эволюционная психология. Секреты поведения Homo Sapiens. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2003.
15. Поляков Ю. Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы / Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 1996 – №2. – с. 3-17.
16. Скворцов И. А. Развитие нервной системы у детей (нейроонтогенез и его нарушения). – М.: Тривола, 2000.
17. Султанова А. С. Влияние негрубого перинатального поражения нервной системы на психический онтогенез: нейропсихологический анализ / Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2015. – N 5(34) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 04.02.2018).
18. Фельдштейн Д. И. Приоритетные направления психолого-педагогических исследований в условиях значимых изменений ребенка и ситуации его развития. Доклад на выездном заседании Президиума РАО в Нижнем Новгороде 19-20 апреля 2010 г. – М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2010.
19. Хомская Е. Д. Нейропсихология: Учебник. – Изд. 2-е, дополненное. – М.: УМК «Психология», 2002.
20. Maguire E. A., Gadian D. G., Johnsrude I. S., Good C. D., Ashburner J., Frackowiak R. S., J., Frith C. D. Navigation-related structural change in

the hippocampi of taxi drivers / Proceedings of the National Academy of Sciences. – 2000. – № 97 (8). – p. 4398–4403.

21. Rosenzweig M. R., Bennett E. L. & Diamond M. C. Brain changes in response to experience / Scientific American. – 1972. – №226. – p. 22–29.
22. Wiesel T. N., Hubel D. H. Effects of visual deprivation on morphology and physiology of cells in cat's lateral geniculate body / Neurophysiol. – 1963. – V. 26. – N 6. – p. 978–993.

**Н.В. Зверева**

## **ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ МОТИВАЦИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ПРИ НАРУШЕНИЯХ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

**Введение.** Анализ психического развития детей и подростков с разными типами дизонтогенеза предполагает оценку разных сторон психической деятельности и особенностей адаптации. В данной статье мы анализируем преимущественно отечественный опыт работы, достижения зарубежных коллег ждут своего подробного анализа в последующем. Наиболее изученными являются вопросы о когнитивном статусе при том или ином виде психического дизонтогенеза (отставание и недоразвитие, искажение и дефициты, когнитивный дизонтогенез). Оценка социального функционирования и возможностей адаптации также нередко является прицельной темой в исследовательских и научно-практических работах. В меньшей степени изучаются личность, немного исследований посвящено изучению мотивационной сферы у детей и подростков при психическом дизонтогенезе. В рамках возрастной психологии тема личности освещена в классической монографии Л.И.Божович «Личность и ее формирование в детском возрасте» (первое издание 1968г.), многочисленных статьях и книгах А.М.Прихожан и других психологов. Классические исследования середины 20 века, проведенные М.Неймарк, и касающиеся базовых характеристик личности и мотивации детей остаются среди немногих, посвященных этой тематике [2,23]. Достаточно много работ по изучению мотивации в детско-подростковом возрасте связано с проблемами девиантного поведения. Очевидно, что изучение мотивации и ее различных аспектов, имеет существенное значение для клинико-психологических исследований не только в контексте девиантного поведения [27]. Значение имеет и прикладной, и теоретический аспекты изучения мотивации и ее нарушений при психической патологии у взрослых и у детей и подростков, об этом писали как классики отечественной клинической психологии. Б.В. Зейгарник, Ю.Ф.Поляков, В.В.

Лебединский, В.В. Николаева Т.К. Мелешко, В.П. Критская и многие другие, так и выдающиеся психиатры Г.Е. Сухарева, Т.П. Симпсон, В.В. Ковалев, М.Ш. Вроно, Д.Н. Исаев и другие [1,3,5,12,13,14,15,20,21,24]. Однако есть организационные и иные сложности в реализации такого рода работ. Прежде всего, это связано с малым числом доступных современных инструментов диагностики мотивации, ее онтогенетического и дизонтогенетического аспектов. Дополнительные трудности возникают, когда сопоставляются дети и подростки с разными вариантами психического дизонтогенеза, в рамках которого возможен целый спектр состояний, не позволяющих проводить традиционную психодиагностику и даже инструменты отечественного качественного подхода, описанные Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн, В.В.Николаевой, А.Я. Ивановой не всегда удается адекватно применить [10,12,16,24]. Все это определило поиск новых возможностей изучения мотивационных аспектов при разных вариантах психического дизонтогенеза у детей и подростков. В Научном центре психического здоровья в течение многих лет изучаются вопросы психического дизонтогенеза при шизофрении у детей и подростков. Преимущественно это были работы, направленные на оценку, прежде всего, когнитивного своеобразия и когнитивных дефицитов [7,12, 17,18, 28]. Среди первых работ направления, опирающегося на личностные, социально-опосредованные характеристики психической деятельности и общения у детей и подростков при эндогенной психической патологии в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ, следует отметить исследование С.М.Алейниковой и Н.В.Захаровой, а также методологический подход Т.К.Мелешко, важно указать, что работы были осуществлены в конце 20 века [22,28].

Прямых исследований мотивации детей и подростков при психической патологии в ФГБНУ НЦПЗ не проводилось, однако были намечены определенные пути к ее изучению. Рассмотрим некоторые новые направления исследований мотивации и связанных с ней аспектов психической деятельности ребенка, проведенные в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ в последнее время. Использованы несколько исследовательских приемов. Первый из них – анализ динамики когнитивной деятельности больного ребенка под влиянием мотивирующей, активирующей инструкции. Второй путь – применение современных специализированных опросников изучения мотивации, прежде всего школьной, учебной, в сравнительном аспекте у здоровых и больных эндогенной психической патологией детей и подростков. Третий подход основан на традициях отечественной патопсихологии отражать в заключении по материалам

психологической диагностики характеристику мотивационной сферы (через качественный анализ деятельности больного в процессе работы). Ниже кратко представлены эти три направления.

### **Исследование когнитивной деятельности в условиях мотивирующей (активирующей) инструкции**

Первое исследование включает в себя два фрагмента [6,9,26]. Контрольную группу нормы составили 173 ученика средних общеобразовательных школ (81 девочка, 92 мальчика), так называемая «практическая норма». Клиническая выборка больных была сформирована на базе 7-го (детского) клинического отделения НЦПЗ (руководитель клиники д.м.н. Н.В.Симашкова, зав. отделением О.Н.Жукова); – 139 пациентов 7-го детского клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ (47 девочек и 92 мальчика). Диагнозы в соответствии с МКБ-10, выставленные психиатрами и научными сотрудниками 7-го клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ: детский тип шизофрении – F20.8, шизотипическое расстройство – F21, другие формы шизофрении – F20.xx, а также группа «другие диагнозы» (непсихотические расстройства, аутизм, аффективная патология). Возраст участников в обеих выборках – от 8 до 17 лет, средний возраст в контрольной группе –  $12,5 \pm 2,6$  лет, в клинической –  $12,6 \pm 2,2$  лет. Группы по возрасту не имели достоверных различий. Основная методика – «память+счет» [6]. Стимульный материал методики «память + счет» состоит из трех карточек. На каждой – десять слов различной длины, при этом сумма букв на каждой карточке равна 59. По инструкции испытуемому предлагается: на 1-й карточке посчитать все буквы вслух и назвать слова, которые запомнил (непроизвольно); на 2-й – также посчитать буквы вслух и произвольно запомнить слова; на 3-й – дается активирующая (мотивирующая) инструкция посчитать буквы быстрее и запомнить больше слов, чем на 2-й карточке. Оценивались время подсчета букв, количество удержанных слов, точность подсчета на каждой карточке. Оценка влияния мотивирующей инструкции проводилась отдельно по каждому параметру, а также по соотношению объема и времени в каждой возрастной подгруппе отдельно в группе больных и нормы. Отдельно оценивались показатели внимания (время подсчета букв и его точность) (см. табл.1) и разных видов памяти у больных разных клинических подгрупп (см. табл.2)

Таблица 1. Среднее время и точность подсчета букв (произвольное внимание) у мальчиков и девочек в нормативной и объединенной клинической выборках при стандартной и мотивирующей инструкции

| Показатель               |    | Контрольная группа  |        |         | Клиническая группа  |       |         |
|--------------------------|----|---|--------|---------|---|-------|---------|
|                          |    | ЗМ  | ЗД     | Всего   | БМ  | БД    | Всего   |
| Среднее время (с.)       | В1 | 33,1**  | 31,2** | 32,1*** | 36,   | 34,7  | 35,5*** |
|                          | В2 | 34,5**  | 31,2** | 33,0    | 35,9  | 34,3  | 35,3    |
|                          | В3 | 31,4**  | 28,9** | 30,2*** | 34,1  | 32,1  | 33,4*** |
| Процент точных подсчетов | Т1 | 64  | 69,1   | 67,2    | 72  | 74    | 73      |
|                          | Т2 | 61**, *   | 75,3** | 68,4    | 46,7*; "  | 70";# | 57,7    |
|                          | Т3 | 54  | 66,7   | 60,8    | 44,5  | 53,1# | 47,8    |
| Значимость различий      |    | ** – $p \leq 0,01$ ЗМ и ЗД<br>*** – $p \leq 0,001$ между всей контрольной и клинической группой |        |         | * – $p \leq 0,05$ ЗМ и БМ<br>" – $p \leq 0,01$ БД и БМ<br># – $p \leq 0,05$ БД2 и БД3 |       |         |

Сопоставление произвольного внимания в группе больных мальчиков и девочек демонстрирует большую его сохранность в группе больных девочек по сравнению с мальчиками, что следует из достоверных различий между процентом точности подсчета букв во второй серии ( $\varphi^*_{эмп} = 2,954$ ). Кроме того, следует отметить, что больные девочки теряют в точности подсчета букв при мотивирующей инструкции ( $\varphi^*_{эмп} = 1,655$ ). Как и в группе нормы, при мотивирующей инструкции в третьей серии больные практически не улучшают свои показатели произвольного внимания.

Здоровые мальчики и девочки существенно увеличили объем запоминания при переходе от произвольной (2,8 слова – мальчики и 3,0 слова – девочки) к произвольной памяти (4,4 и 4,0 слова соответственно). Введение мотивирующей инструкции значимо уменьшило объем удержанных слов у здоровых мальчиков (до 3,7 слова), девочки при этом существенно не снизили объем удержанных в памяти слов (также 3,7 слова в среднем).

Таблица 2. Результаты произвольного и произвольного запоминания в клинических подгруппах у мальчиков и девочек при стандартной и мотивирующей инструкции

| Группа                               | F20.8        |     | F20.xx       |              | F21          |              | Другие диагнозы |     | Всего по группе |     |
|--------------------------------------|--------------|-----|--------------|--------------|--------------|--------------|-----------------|-----|-----------------|-----|
|                                      | БМ           | БД  | БМ           | БД           | БМ           | БД           | БМ              | БД  | БМ              | БД  |
| O1 НП                                | 1,5*         | 2,5 | 2*           | 1,75*        | 2,3*         | 2,4*         | 2,2             | 2   | 2,1             | 2,4 |
| O2 ПП                                | 2,3*         | 4,1 | 3,7*;**      | 3,5*         | 3,3*         | 3,3*         | 2,6             | 2,7 | 3,1             | 3,8 |
| O3 МП                                | 1,8          | 3,3 | 2,8**        | 3,4          | 2,9          | 3,2          | 2,6             | 3,1 | 2,7             | 3,4 |
| <b>Уровень достоверности отличий</b> |              |     |              |              |              |              |                 |     |                 |     |
| O1-O2*                               | <b>0,016</b> | нет | <b>0,016</b> | <b>0,023</b> | <b>0,000</b> | <b>0,012</b> | нет             | нет |                 |     |
| O2-O3**                              | нет          | нет | 0,059        | нет          | нет          | нет          | нет             | нет |                 |     |

В клинической группе вектор в сторону увеличения объема при произвольном запоминании по сравнению с произвольным, также как и в норме, представляется положительным. Отметим, что значимые различия выявлены у мальчиков в трех диагностических подгруппах (F20.8; F20.xx и F21 по МКБ-10), кроме подгруппы «другие диагнозы». У девочек различия обнаружены в двух клинических подгруппах – F20.xx и F21. Влияние мотивирующей инструкции на изменение объема выявлено как значимо снижающее (т.е. в противоположную активизирующей инструкции сторону) только в группе F20.xx. Сравнение показателей объема запоминания в контрольной и клинической группах показывает, что в группе здоровых детей и подростков запоминание достоверно более успешно (как произвольное, так и произвольное, в том числе при мотивирующей инструкции), чем в клинической группе в целом ( $p \leq 0,001$ ).

*Обсуждение.* Используемые варианты параметров оценки возрастной динамики зрительной вербальной памяти у детей и подростков – время подсчета букв, объем и продуктивность запоминания – показали достаточную дифференцирующую способность и взаимодополняемость. Результаты исследования [26] демонстрируют наличие общих черт возрастной динамики изменения показателей под влиянием мотивирующей инструкции в группе нормы и больных: в начале школьного возраста продуктивность памяти увеличивается за счет улучшения времени подсчета и объема запоминания; с началом подросткового возраста у большинства продуктивность изменяется по-разному у больных и здоровых; в конце подросткового периода улучшение в продуктивности запоминания под влиянием мотивирующей

инструкции нивелирует различия между больными и здоровыми испытуемыми.

Второй фрагмент исследования касался оценки мотивирующей (активирующей) инструкции при выполнении методики «Таблицы Шульте» [9]. Исследованы две выборки подростков мужского и женского пола в возрасте от 11 до 15 лет. Основную (клиническую) группу составили 38 подростков (26 мальчиков и 12 девочек), 8 чел. с диагнозом шизофрения (F20 по МКБ-10), 30 детей с диагнозом шизотипическое расстройство (F 21 по МКБ-10), проходивших лечение в стационаре в клинике ФГБНУ НЦПЗ. Контрольная группа представлена 40 подростками (21 мальчик и 19 девочек), обучающимися в общеобразовательной школе г. Москвы. Средний возраст испытуемых в клинической выборке составил 13,34 лет, в контрольной 13,25 лет.

В таблице 3 представлены результаты поиска чисел при обычной и мотивирующей инструкции в норме и при эндогенной психической патологии

Таблица 3. Время поиска чисел по таблицам Шульте при обычной (Т1-Т4) и мотивирующей инструкции в сопоставляемых выборках практической нормы и эндогенной психической патологии (в секундах)

|   | T1    | T2    | T3    | T4    | <b>T_МИ</b>  | <b>T<sub>ср1-4</sub></b> |
|---|-------|-------|-------|-------|--------------|--------------------------|
| Клиническая группа (эндогенная психическая патология) | 50,74 | 55,89 | 54,53 | 57,97 | <b>56,11</b> | <b>54,78</b>             |
| Контрольная группа (практическая норма)               | 37,60 | 39,08 | 40,58 | 40,23 | <b>39,38</b> | <b>39,37</b>             |

Анализ показывает, что время выполнения в каждой из проб в нормативной и клинической группах отличается, в том числе и в пробе с мотивирующей инструкцией. Время поиска чисел в клинической группе во всех пробах больше, по сравнению с контрольной группой. Отличие по средним показателям первых четырех проб статистически значимо.

Обобщая результаты обоих исследований о взаимосвязи воздействия мотивирующей (активирующей) инструкции и параметров познавательной деятельности детей и подростков в группах детей с психической патологией и клинически здоровых детей можно сказать, что:

1. Влияние мотивирующей инструкции на зрительную вербальную память в условиях распределения внимания имеет связь с возрастом детей и подростков как в норме, так и при эндогенной психической патологии.

2. Наибольшие изменения в продуктивности запоминания связаны с прохождением пубертатного периода. Младший школьный и старший подростковый возраст характеризуется наибольшей продуктивностью памяти, а возраст максимальных отличий нормативного и патологического развития по исследуемым показателям приходится на период от 10 до 15 лет.
3. Мы не получили однозначного позитивного влияния мотивирующей инструкции как в группе нормы, так и в группе патологии для детей и подростков. На данной выборке, как в группе подростков, страдающих психической патологией, так и в группе подростков без патологии не было выявлено однозначного влияния мотивирующей инструкции на показатели внимания.
4. В деятельности внимания направленность изменений под влиянием мотивирующе-активирующей инструкции сходна для сопоставляемых групп, но в группе больных позитивные сдвиги наблюдались в меньшем количестве случаев.

#### **Оценка мотивации к учению у младших подростков в норме и при эндогенной психической патологии.**

Этот этап работы посвящен поиску своеобразия мотивационной сферы подростков с эндогенной психической патологией средствами клинико-психологической и психометрической диагностики [8]. В патопсихологической синдромологии Ю.Ф.Поляков и коллеги рассматривали факторы мотивационно-личностного снижения и нарушения избирательности познавательной деятельности (специфики когнитивной сферы), мы продолжаем эту традицию, применяя и специализированные методики для изучения мотивационной сферы.

В исследование включены две выборки испытуемых (мальчиков и девочек) в возрасте от 10 до 12 лет. Клиническая группа (КГ1): 30 больных (23 мальчика, 7 девочек) – пациенты 7-го детского клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ, диагнозы по МКБ-10 - F20, F23, F21, и контрольная группа (КoГ) - 28 младших подростков (18 мальчиков и 10 девочек), учеников общеобразовательной школы, у которых не было клинических психиатрических диагнозов (практическая норма). Средний возраст испытуемых в обеих группах составил 11,6 лет. В методическом комплексе использовано следующее: методики на оценку мотивационной сферы: методика диагностики мотивации учения и эмоционального отношения к учению (на основе STPI – State Trait Personality Inventory); методика оценки потребности в достижении; незаконченные предложения – модифицированный вариант для выявления маркеров «внутренней» и



«внешней» мотивации учения младших подростков (прототип - методика изучения мотивации обучения учащихся 5 класса) [4]

На рисунке 1. представлено распределение сопоставляемых групп испытуемых по уровню учебной мотивации.

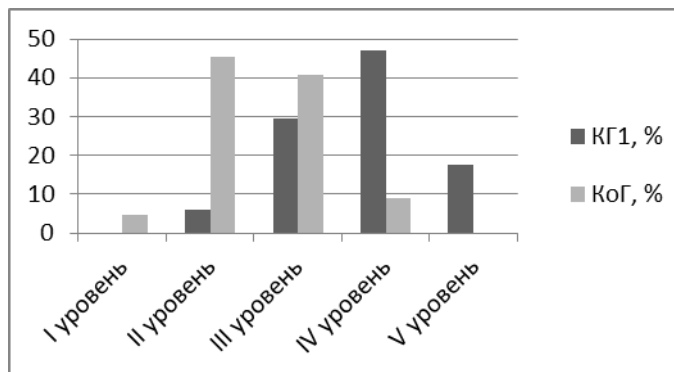


Рисунок 1. Распределение испытуемых КГ1 (пациенты) и КоГ (норма) по уровням мотивации учения. По оси абсцисс – уровни мотивации, по оси ординат – частота встречаемости

Из рисунка очевидно, что клиническая и нормативная выборки различны по спектру представленности уровней мотивации учебной деятельности.

Представленность маркеров «внутренней» и «внешней» мотивации по результатам анализа данных методики «Незаконченные предложения» (в процентах по группе) отражает тот факт, что у пациентов практически отсутствует внутренняя мотивация применительно к учебной деятельности, тогда как в норме она представлена. Отметим, что ведущей и в норме является в этом случае внешняя мотивация. Очевидно преобладание «внешней» мотивации учебной деятельности в обеих выборках, однако анализ содержания высказываний подростков об учебной деятельности в методике «Незаконченные предложения» указывает на различия в распределении слов-маркеров по уровням регуляции в рамках «внешней» мотивации у подростков клинической и контрольной групп. В КоГ была обнаружена не только «внешняя», но и «внутренняя» мотивация.

Обобщая полученные данные по исследованию мотивационной сферы с помощью специализированных средств диагностики, можно полагать следующее:

1. У младших подростков с психической патологией снижен уровень мотивации достижений и познавательной активности в ситуациях, связанных с познавательной деятельностью относительно здоровых сверстников
2. У младших подростков с эндогенной психической патологией в большей степени отмечаются признаки «внешней» мотивации познавательной деятельности, чем у подростков группы практической нормы.

### **Оценка мотивационной сферы через качественный анализ патопсихологического профиля (по данным заключений)**

Качественный анализ, работа с экспериментальными методиками патопсихологии – подход, традиционный для московской патопсихологической школы Б.В. Зейгарник - Ю.Ф. Полякова [10,12,22,28]. Ряд работ в отечественной детской патопсихологии последних лет выполнен в контексте реализуемого в психологии дизонтогенеза количественного подхода, однако не всегда имеется возможность проведения полноценного и разностороннего психологического обследования. В этом случае действенным подспорьем в работе исследователя является заключение специалиста – патопсихолога, написанное по канонам отечественной детской патопсихологии, когда в психологическом заключении специалисты опираются на ряд ключевых точек, в том числе нарушенных и сохранных, касающихся не только когнитивной, но и мотивационно-личностной составляющей. Интегрированная оценка имеет большое значение при работе с пациентами, страдающими эндогенной психической патологией. В патопсихологической синдромологии Ю.Ф. Поляков и коллеги выделяют факторы мотивационно-личностного снижения и фактор нарушения избирательности познавательной деятельности. Для детской патопсихологии эта работа по последнему фактору весьма обширна, тогда как по первому - пока не завершена и требует совершенствования [18,].

Данный этап исследования в контексте поиска нарушений мотивационной сферы, включал в себя оценку материалов историй болезни и патопсихологических заключений обследования по 67 пациентам 7-го клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ в возрасте от 6 до 17 лет (43 мальчика, 24 девочки). Диагностические подгруппы: F20 (шизофрения, детский тип, олигофреноподобный дефект); F20.x (приступообразно-прогредиентная детская шизофрения с формирующимся или стабильным дефектом) и F21 (шизотипическое расстройство).

Качественная оценка патопсихологического профиля велась по нескольким параметрам, отражающим основные сферы психического развития при эндогенной патологии и представленным в патопсихологическом диагностическом заключении специалиста (на основании методик традиционной патопсихологической диагностики были выделены 8 параметров). Параметры были сгруппированы по двум комплексам оценок: интеллектуальная и мотивационно-личностная сфера, что близко патопсихологической синдромологии для взрослой клиннки шизофрении [10,11,17,18,28], в настоящем сообщении нас интересуют второй из них. Рассмотрим сходство и различие клинических подгрупп по сравниваемым сферам.

Качественная оценка состояния мотивационно-личностной сферы на основании анализа заключений по данным экспериментально-психологического обследования выявила общие черты для заболеваний шизофренического спектра [5,7,13,21]. Среди показателей мотивационно-личностной сферы были получены значимые различия подгруппы пациентов с диагнозом «детский тип шизофрении» в сопоставлении с двумя другими. Учитывая, что подгруппа с диагнозом F20 представляет собой клинический вариант сформированного психического дефекта при рано начавшейся шизофрении (детский тип шизофрении по отечественной классификации), достоверные различия среди показателей мотивационно-личностного блока по параметру «мотивация» указывают на включение в психический дефект в этой клинической подгруппе и мотивационно-личностной сферы.

Качественный анализ патопсихологического профиля детей с расстройствами круга шизофрении показывает наличие параметров, дифференцирующих пациентов в связи с диагнозом и со степенью тяжести болезни (интеллектуальное развитие, произвольная регуляция, мотивация). Можно полагать, что выделенные параметры представляют собой базисные характеристики, отражающие своеобразие изменений психики при шизофрении и особенности формирования дефекта при этом виде патологии у детей и подростков [8,25]. Полученные данные указывают на адекватность избранного пути оценки мотивации при эндогенной психической патологии в комплексе с когнитивными параметрами. Оказавшиеся существенными для сопоставления пациентов круга шизофрении параметры «интеллектуальное развитие», «произвольная регуляция», «мотивация» должны быть в центре внимания специалистов при динамическом наблюдении. Эти характеристики имеют важное значение для определения образовательного маршрута больного ребенка и могут выступать как мишени коррекционной и реабилитационной работы с этим контингентом [5,8,26,].

**Заключение.** Полученные в описанных эмпирических исследованиях результаты создают ориентиры для клинических психологов, работающих в области комплексной оценки мотивационно-личностной сферы при разных типах психического дизонтогенеза и побуждают к комплексному использованию технологии классических отечественных методик качественного анализа и средств психометрической диагностики в клинко-психологической диагностике нарушений психического развития детей и подростков. Кроме того, представленные данные будут полезны и для клиницистов, врачей-психиатров при оценке и квалификации материалов патопсихологической диагностики детей и подростков с расстройствами шизофренического круга.

Анализ первых материалов о взаимосвязи мотивационной сферы и показателей познавательной деятельности (когнитивной сферы) детей и подростков с психической патологией показывает значимость поднимаемой темы [4,6,8,9,26]. Изменения, которые вносит болезнь в детском и подростковом возрасте, переплетаются с процессом развития и разрушительно воздействуют на различные аспекты жизни подростка, в том числе на мотивационную и познавательную сферы. Это определяет важность изучения мотивационной составляющей познавательного развития детей и подростков при различных видах психической патологии.

В ходе исследования были выявлены особенности развития обеих сфер (познавательной и мотивационной) у подростков, страдающих психическими заболеваниями, и в норме. Было показано, что есть определенные качественные и количественные отличия показателей мотивационной сферы, связанной с познавательной деятельностью, у подростков с психической патологией по сравнению с нормой. Результаты указывают на снижение уровня побудительной функции мотива в ситуации мотивирующей инструкции при осуществлении познавательной деятельности в группе больных подростков.

Патопсихологический синдром при шизофрении, разрабатываемый Т.К.Мелешко и В.П.Критской, включает три группы параметров – устойчивые характеристики познавательной сферы (когнитивный стиль и др.), динамические и социально-личностные параметры, в каждом из них находит свое отражение и мотивационные параметры [18]. В отношении детей и подростков эта работа во многом не завершена, позволяющих подойти к оценке мотивационной сферы у детей и подростков при разных вариантах эндогенной психической патологии дают основание достаточно оптимистично оценивать намеченный путь изучения мотивационной сферы и ее динамики при

психическом дизонтогенезе. Очевидно, что поиск и эмпирические исследования в этом направлении необходимо продолжать. Среди базовых направлений – оценка возрастной динамики развития (и распада при болезни) мотивационной сферы, исследование побудительной и исполнительной функции мотивов. Существенным представляется увеличение клинической выборки и расширение диагностических методик, акцент на половозрастных и клинических показателях может помочь в уточнении своеобразия функционирования мотивационной системы в контексте познавательной деятельности у больных эндогенной психической патологией детей и подростков. В частности, это позволит проанализировать влияние фактора возраста, времени течения заболевания на побудительную функцию мотива.

Работа находится в начале пути и будет продолжена.

### **Литература**

1. Башина В.М. Ранняя детская шизофрения. М.: Медицина, 1989.
2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. СПб: Питер, 2008.
3. Вроно М.Ш. Шизофрения у детей и подростков. М.: Медицина. 1971.
4. Гурова О.А. Мотивационные стратегии в когнитивной деятельности подростков с психической патологией / Магистерская диссертация. М, МГППУ, 2017.
5. Детская и подростковая психиатрия / под ред. Ю. С. Шевченко. - М., 2011.
6. Зверева Н.В. Произвольное и непроизвольное запоминание в условиях распределения внимания у детей и подростков с аномальным развитием// Психологическая диагностика, 2017, №2. С.96-111.
7. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. 2-е изд. М: Изд. Центр Академия, 2015.
8. Зверева Н.В., Строгова С.Е., Балакирева Е.Е. Оценка патопсихологического профиля у больных шизофренией детей и подростков с формирующимся психическим дефектом. /XIV Мнухинские чтения Роль психических расстройств в структуре школьной дезадаптации. Сб. статей./Под ред. Ю.А.Фесенко, Д.Ю.Шигашова, СПб: Альта Астра, 2016, с. 87-92.
9. Зверева Н.В., Хромов А.И., Сергиенко А.А., Коваль-Зайцев А.А. Клинико-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (внимание и память). Методические рекомендации. М., 2017.– 48 с.
10. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986. 238с.

11. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2008. 288 с.
12. Иванова А. Я., Мандрусова Э. С. Сборник трудов по патопсихологии детского возраста/под. ред. АЯ Мандрусовой //М.-Берлин: Директ-Медиа. – 2015.
13. Иовчук Н.М, Северный А.А., Морозова Н.Б. Детская социальная психиатрия для психиатров. – СПб.: Питер, 2006.– С.158-178.
14. Исаев Д. Н. Детская медицинская психология. – 2004.
15. Исаев Д. Н. Психопатология детского возраста: Учебник для вузов. - СПб.: СпецЛит, 2001. – 463 с.
16. Коченов М. М., Николаева В. В. Мотивация при шизофрении. – 1978.
17. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация познание общение. М.: МГУ, 1991. 256 с.
18. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М. 2015.
19. *Лебедева Г.Г., Исаева Е.Р.* Профили когнитивного дефицита при параноидной шизофрении и шизотипическом расстройстве // Клиническая и специальная психология. 2017. Т. 6. № 1(21). С. 79–94.
20. Лебединская К.С. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском и подростковом возрасте: М.: Академический проект; Трикста, 2011. – 304с.
21. Макаров И.В. Клиническая психиатрия детского и подросткового возраста. СПб.: Наука и Техника, 2013. – 416 с.
22. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. // Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста/под ред. М.Ш.Вроно. М. 1986. – С.147-160
23. Прихожан А. М. Психология тревожности: дошк. и шк. возраст. – Издательский дом " Питер", 2007.
24. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики и опыт применения их в клинике. (Практическое руководство) – М.:Апрель-Пресс, Психотерапия, 2007. – 224 с.
25. Строгова С.Е. Виды когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – СПб., 2016. – 25 с.
26. Хромов А.И., Зверева Н.В. Возрастная динамика зрительной вербальной памяти в условиях распределения внимания у детей и подростков с эндогенной психической патологией // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии: Материалы Всерос-

- сийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора М.Я. Цуцульковской. Москва, 22 октября 2015 года / Под ред. В.Г. Каледы, И.В. Олейчика. М.: б/и, 2015. С. 220–226.
27. Шнейдер Л. Б. Девиантное поведение детей и подростков. – 2005.
28. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении /Под ред. Ю.Ф. Полякова// Труды института психиатрии АМН СССР. М.: б/и 1982. Т. 1. С. 122–149, 149–162.

**Н.К.Корсакова, И.Ф.Рощина**  
**КОНЦЕПЦИЯ А.Р.ЛУРИИ О ТРЕХ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ**  
**БЛОКАХ МОЗГА И НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ СИНДРОМ**  
**НОРМАЛЬНОГО СТАРЕНИЯ**

**Введение**

Современное состояние взглядов на психическое старение характеризуется отказом от понимания его исключительно как времени «утрат и потерь». На смену приходят представления о сложности, противоречивости и нелинейности изменений, происходящих в системах жизнедеятельности, в том числе и в психике (1,2,3,11).

Психическое старение характеризуется не столько нарушениями, сколько особенностями когнитивной сферы. В ней представлены так называемые возрастные симптомы, причиной возникновения которых в первую очередь являются естественные морфофункциональные изменения в нервной системе от периферии до головного мозга. В наиболее общем виде эти изменения характеризуются уменьшением массы мозга под влиянием эрозийных процессов (1).

В той или иной степени затрагиваются все познавательные процессы (когнитивные функции): память, внимание, речь, мышление, восприятие, переработка зрительно-пространственной информации. Поскольку перечисленные психические функции имеют сложную структурную организацию, происходящие изменения могут быть неравномерными по степени выраженности и темпу нарастания изменений (12,13,15,16,17,18,20).

В большинстве работ когнитивная сфера описывается в рамках нейрокогнитивного подхода, когда с работой мозга сопоставляются отдельные психические процессы в подробном изложении качественных и количественных характеристик каждого из них. В результате к настоящему времени получен огромный массив данных. Они достаточно разрознены и иногда противоречивы, а в целом приводят к за-

ключению о диффузности возрастных изменений, как в когнитивной сфере, так и в мозговых структурах.

На наш взгляд, это препятствует развитию представлений о центральных механизмах старения, которые важны не только для теоретических разработок, но и для диагностической, прогностическо - профилактической и коррекционно - абилитационной практики.

Продуктивным в направлении синтеза полученных данных является соединение феноменов когнитивных изменений в единый комплекс симптомов (синдром) на основе общей причины - церебрального механизма их возникновения (14, 19). Однако таких работ немного и определить базисную парадигму для обоснования консолидирующего принципа не всегда возможно.

Решение проблемы интеграции имеющихся данных представляется возможным на основе нейропсихологического подхода А.Р. Лурии. Именно нейропсихологического подхода, где центральное место занимает взгляд на психические (высшие психические функции – ВПФ - по А.Р.Лурии) процессы как на системно связанные между собой и поэтому имеющие общие звенья (компоненты). Каждый компонент обеспечивается активностью соответствующей ему области мозга. Её повреждение может приводить к сочетанному расстройству разных ВПФ в едином комплексе, который и есть синдром. Таким образом, мозг работает как целое в отношении психических функций, но отдельные частные зоны вносят свой собственный специфический вклад (9).

В 1973 году в книге «Основы нейропсихологии» к уже сложившимся представлениям о локальном обеспечении специфическими зонами мозга определенных компонентов функциональных систем психики А.Р.Лурия предлагает новейшую модель церебральной организации. Он соединяет различные мозговые структуры в крупные структурно-функциональные единицы, каждая из которых вносит свой собственный вклад в реализацию психической деятельности (9). Это концепция "трёх функциональных блоков мозга" (ФБМ), где роль каждого из блоков отражена в их наименованиях.

Когда перед нейропсихологами школы А.Р.Лурии возникла задача изучения диффузных изменений в церебральном функционировании, оказалось, что именно такой системно-динамический «блочный» подход позволил структурировать и синдромологически описать изменения в когнитивной сфере при нормальном и патологическом старении (3,4,5,6,7).



## **Концепция о структурно-функциональной организации психики и мозга**

С работой 1-го функционального блока мозга (ФБМ) связано энергетическое обеспечение оптимального уровня психической деятельности и баланс процессов возбуждения и торможения, благодаря интегративной работе всей «вертикали» мозговых структур – от ствола мозга до медиобазальных отделов лобных долей (по А. Р. Лурии - глубинные неспецифические отделы мозга).

2-й ФБМ, включающий все мозговые центры анализаторных систем - височные, затылочные, теменные структуры – и ассоциативную зону их "перекрытия", обеспечивает прием, переработку и хранение информации различных модальностей.

Роль 3-го ФБМ – произвольная организация и регуляция психической активности (целеобразование, построение программ и выбор способов действий, прогнозирование результата, контроль над деятельностью и ее критическая оценка, самооценка и др.). Эти составляющие психики реализуются в результате активности лобных долей мозга.

Каждый из трех ФБМ представлен симметрично в левом и правом полушариях мозга, которые специфичны по ведущей роли в познавательных процессах. При этом оптимум осуществления последних требует совместной работы полушарий и обеспечивается мозговыми комиссурами (в частности, мозолистым телом).

## **Нейропсихологический синдром нормального (физиологического) старения**

К числу наиболее часто встречающихся и отмеченных практически всеми исследователями возрастных симптомов относится, прежде всего, замедление темпа деятельности (латентность) особенно на этапе ее инициации. Наиболее отчетливо это проявляется при извлечении информации из систем хранения в памяти, в том числе и номинаций, а также при решении арифметических задач. Кроме того, это проявляется в нарастании длительности интервалов при переходе от одной операции к другой. Об этом свидетельствует позитивный эффект увеличения интервала между словами в стимульной последовательности при их заучивании, а также - улучшение понимания воспринимаемой речи при замедлении её темпа.

Несколько позднее наступает сужение объёма психической активности в виде уменьшения количества действий, доступных параллельному (одновременному) выполнению. В этом смысле психическая активность со временем приобретает всё более одноканальный характер. Так, например, при заучивании последовательности из 10 слов вместо одновременной направленности и на безошибочное увеличение объёма

ма, и на уменьшение необходимого количества повторений, пожилые выбирают, как правило, одну стратегию, ориентированную на точность припоминания за счёт увеличения количества попыток повторения («поспешишь - людей насмешишь», «тише едешь - дальше будешь»). В ряде исследований в таких случаях говорят о "стратегии осторожности" в позднем возрасте.

Одним из ведущих возрастных симптомов являются ограничения в текущем запоминании, обусловленные повышенной тормозимостью следов памяти в виде ретроактивного торможения под влиянием вновь поступающей информации. Этот феномен характерен и для молодых людей как один из общих механизмов забывания: последующие действия затормаживают возможность актуализации из памяти того, что перед этим происходило или запоминалось. Можно говорить о низкой помехоустойчивости следа памяти к интерферирующим воздействиям как о базисном церебральном механизме патологического забывания (А.Р. Лурия), который в пожилом и старческом возрасте приобретает особую выраженность и вызывает негативные субъективные переживания.

Перечисленные симптомы переходят от возраста к возрасту, постепенно нарастая, и могут рассматриваться как базис возрастного нейропсихологического когнитивного статуса, непосредственно связанного с эрозийными (Э.Голдберг) процессами в мозге. В комплексе их можно представить как специфическую часть "возрастного синдрома", обусловленную снижением энергетического обеспечения психической активности и изменениями нейродинамических параметров работы мозга с преобладанием торможения. Согласно концепции А.Р.Лурии, этот симптомокомплекс возникает в связи со снижением уровня функционирования структур, входящих в 1-й функциональный блок мозга (ФБМ).

Следует отметить, что в случае неблагоприятных жизненных обстоятельств (дистресс, обострение хронических заболеваний, социальный дискомфорт и т.п.) названные симптомы становятся более выраженными в индивидуальных проявлениях и могут приводить к дезорганизации психической активности и к социальной дезадаптации. Однако, было бы преждевременным оценивать их как проявления деменции, поскольку при нормализации обстоятельств жизни и канализации избыточной эмоциональной нагрузки может наблюдаться возвращение к исходному когнитивному статусу.

В этот комплекс симптомов можно включить и такие, как недостаточность контроля за деятельностью, что в основном проявляется при обращении к следам памяти в слухоречевой модальности в виде контаминаций и других ошибок. Этот феномен в луриевской парадигме

определяется, как недостаточная избирательность припоминания и описан в упомянутых выше работах. Наличие данного феномена обусловлено включённостью в ФБМ фронто-орбитальных церебральных структур по градиенту переходящих в префронтальные отделы. А.Р.Лурия пишет об этом, как о вторичных (дополнительных) признаках дефицита регуляции при первичной сохранности регуляторных функций и 3-го ФБМ в синдроме нормального старения.

Второй комплекс симптомов в синдроме нормального старения связан с ограничениями в переработке пространственных характеристик информации. Достоверно верифицированы затруднения стареющих людей в актуализации зрительно-пространственных представлений при выполнении простого рисунка (дом, стол, куб), в расстановке стрелок на часах без циферблата, в зрительно-пространственной памяти при запоминании последовательности контурных фигур и др. Многочисленные данные об ограничениях в зрительно-пространственной сфере свидетельствуют о снижении степени участия правого полушария в когнитивных процессах. При этом наиболее отчетливо представлена дисфункция височно-теменно-затылочной ассоциативной области.

Одновременно возникают проблемы и с параллельной многоканальной переработкой информации, поскольку интегрированное во времени выполнение различных задач не только требует распределения и переключения внимания

(1-й ФБМ), но и опирается на присущий правому полушарию принцип симультанности. Данные о снижении уровня функциональной активности правой гемисферы приводят к заключению о том, что одной из важных составляющих когнитивного старения является изменение вектора активности полушарий мозга в направлении приоритета левого полушария в когнитивной деятельности. Такая переадресация, по мнению многих исследователей, обеспечивает введение компенсаторных стратегий, являясь протектором, так называемого, благополучного старения.

### **Сравнение данных нейрокогнитивного и нейропсихологического подходов**

Анализ имеющихся многочисленных данных о специфике изменений в психическом функционировании при старении позволяет сгруппировать факты из самых различных источников на основе концепции ФБМ. Большинство сведений касается изменения скорости и темпа решения различных задач. Особенно очевидной латентность становится на этапе инициации деятельности. Общая замедленность, нередко в сочетании с импульсивностью и суетливостью, свидетельствует не

только о недостаточности энергетического ресурса, но и о несбалансированности тормозных и возбуждательных процессов в работе мозга. Именно эти параметры активности снижаются в своей эффективности при возрастной дисфункции 1-го ФБМ.

В эту же группу симптомов попадают феномены ограничений в функциях внимания. При этом авторами подчёркивается, что устойчивость внимания не изменяется так заметно, как его распределение и избирательность. Распределение внимания предполагает возможность одновременного, параллельного выполнения нескольких действий и операций. Спрашивается, насколько это возможно, если энергетический ресурс в дефиците, а "внутри ситуационное" торможение препятствует многоканальной переработке информации? В нашей интерпретации мы назвали эти феномены сужением объёма активности, обращаясь не к вниманию, а к изменению принципа работы психики и мозга как многоканальных систем, требующих энергетических затрат и баланса нейродинамики. В этом же ракурсе можно интерпретировать ограничения и в рабочей памяти, поскольку здесь нагрузка на одновременность и параллельность несомненна.

Наиболее спорной является возможность переноса феномена недостаточности в избирательности внимания в схему ФБМ. С одной стороны, это указывает на дефицит контроля, т.е. на изменения в работе 3-го ФБМ. Однако, дефицит избирательности проявляется преимущественно в процессах памяти. В работах А.Р.Лурии и его школы на верифицированном клиническом материале было показано, что в наиболее выраженной степени нарушение избирательности наблюдается при патологии фронто-орбитальных (медиа- базальных) отделов мозга (1-й ФБМ) (10).

Одним из характерных признаков старения является неудовлетворённость стареющего человека памятью на текущие события. Главной причиной этого феномена является повышенная тормозимость следов памяти новыми поступлениями. Наблюдается снижение помехоустойчивости текущего слеодообразования к "интерференции". Это явление хорошо известно, как ретроактивное торможение и рассматривается в качестве главного механизма забывания в любом возрасте, но усиливающегося при старении. В работах А.Р.Лурии и его школы убедительно показано на клиническом материале, что такое усиление обусловлено дисфункцией структур, входящих в "круг Папеца" - основной части 1-го ФБМ (10).

Многие исследователи отмечают при старении трудности в зрительно-пространственных функциях, в переработке информации и в решении задач, требующих пространственного анализа и синтеза. Известно, что эти составляющие когнитивной сферы связаны с работой

ассоциативной зоны ТРО в правой гемисфере. Здесь мы видим полное совпадение в отношении второго комплекса симптомов в синдроме нормального старения, независимо от исследовательской парадигмы. Вполне допустимо говорить о включённости части 2-го блока мозга в формирование симптомов нормального старения.

Наиболее сложен и открыт для обсуждения вопрос об участии лобных долей (3-й ФБМ) в когнитивном старении. С одной стороны, с возрастом именно лобные доли максимально подвержены эрозийным процессам. С другой, именно в позднем возрасте субъект активно целенаправлен на контроль и регуляцию своего поведения и деятельности. Кроме того, неудовлетворённость своей когнитивной сферой приводит к активному использованию компенсаторных стратегий, направленных на преодоление некоторых симптомов когнитивного неблагополучия. Более того, в популяции в целом огромное количество людей в позднем возрасте продолжает эффективно трудиться и создавать новые ценности, вопреки физиологии нормального старения. Об этом, в частности, пишет Э. Голдберг (1), подчёркивая, что в реальной жизни старые люди оказываются более успешными, чем в экспериментальной ситуации. Этот парадокс ждёт своего объяснения. Возможно, происходит специфический нейрогенез в лобных долях, на что указывается в ряде работ. Возможно, многое зависит от предшествующего ментального онтогенеза, от своеобразной "тренированности" лобных долей на ответственное и осознанное отношение к жизни. В любом случае, наши многочисленные наблюдения показывают, что именно в состоянии 3-его блока мозга проявляется в целом индивидуальность старения.

**Заключение.** Концепция А.Р. Лурии о трёх ФБМ на момент создания не была конкретизирована в феноменах психологической и клинико-психологической реальности. Она являлась, скорее, концептуальной моделью, в которой соединялись информационный (аналитический) и гуманистический (целостный) подходы к проблеме "Психика и мозг". Немаловажно, что именно в этой модели впервые было уделено специальное место подкорковым структурам мозга с выделением их в 1-й ФБМ и приданием им собственной значимой роли в психической деятельности. В этой концепции нашли своё отражение последний лурьевский цикл работ по нарушениям памяти и предвидение будущей востребованности нейропсихологии в клинике нелокальной мозговой дефицитности. Наш собственный опыт работы в клинике деменций позднего возраста показал уникальность этой модели для структурирования синдромов деменций позднего возраста различной этиологии (3, 4, 6, 7, 8). В представленном здесь тексте показана эффективность применения блочного подхода к

созданию синдромологии нормального старения. Важным перспективным значением концепции А.Р. Лурии является её универсальность, поскольку, как было показано выше, она позволяет синтезировать данные, полученные в разных научных парадигмах.

### Литература

1. Голдберг Э. Парадоксы мудрости. М.: Поколение. 2007. 384с.
2. Корсакова Н.К. Типология нормального старения и факторы риска декомпенсации: нейропсихологический подход. «Нейрореабилитация - 2011». Материалы III-его Международного конгресса. М. 2011. .77-78.
3. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3-4. С.4-8.
4. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном старении и при болезни Альцгеймера. Нейродегенеративные заболевания. Фундаментальные и прикладные аспекты. Под ред. академика М.В. Угрюмова. М., 2010. С. 304-312.
5. Корсакова Н.К. Нейрогеронтопсихология: развитие идей А.Р.Лурия // I Международная конференция памяти А.Р.Лурия, 24-26 сентября 1997 г.: Тезисы докладов. М.: РПО, 1997. С.50.
6. Корсакова Н.К. Нейропсихология позднего возраста: обоснование концепции и прикладные аспекты // Вестн. Моск. ун-та. Сер.14. Психология. 1996. №2. С. 32-37.
7. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении // Журн.Неврол. и психиатр. 2009. №2. С. 44-50.
8. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая психология. М.: ИЦ «Академия», 2003. 141с.
9. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973. 376с.
10. А. Р. Лурия "Нейропсихология памяти», "Педагогика", т.1, 1974 г., т.2, 1976
11. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М.: Медицина. 1996. 304с.
12. Amenta F., Bronzetti E., Sabbatini M., Vega J.A. Astrocyte changes in aging cerebral cortex and hippocampus: a quantitative immunohistochemical study //Microsc. Res. Tech. 1998.Vol.43. P.29-33.
13. Cabeza R., Anderson N.D., Houle S., Mangels J.A., Nyberg L. Age-related differences in neural activity during item and temporal-order memory retrieval: a positron emission tomography study // J. Cogn. Neurosci. 2000. Vol. 12. P.197-206.

14. Courtney S.M., Petit L., Maisog J.M., Ungerleider L.G., Haxby J.V. An area specialized for spatial working memory in human frontal cortex // *Science*. 1998. Vol. 279. P. 1347-1351.
15. Dolman R., Roy E.A., Dimeck P.T., Hall C.R. Age, gesture span, and dissociations among component subsystems of working memory // *Brain Cogn*. 2000. Vol. 43. P. 164-168.
16. Glisky, E. L. (2007). Changes in cognitive function in human aging. *Brain aging: Models, methods, and mechanisms*, 3-20.
17. Murman, D. L. (2015, August). The impact of age on cognition. In *Seminars in hearing* (Vol. 36, No. 03, pp. 111-121). Thieme Medical Publishers.
18. Raz N., Gunning-Dixon F.M., Head D., Dupuis J.H., Acker J.D. Neuroanatomical correlates of cognitive aging: evidence from structural magnetic resonance imaging // *Neuropsychology*. 1998. Vol. 12. P. 95-114.
19. Schretlen, D., Pearlson, G. D., Anthony, J. C., Aylward, E. H., Augustine, A. M., Davis, A., & Barta, P. (2000). Elucidating the contributions of processing speed, executive ability, and frontal lobe volume to normal age-related differences in fluid intelligence. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 6(1), 52-61.
20. Wingfield A., Stine E.A., Lahar C.J., Aberdeen J.S. (1998) Does the capacity of working memory change with age? // *Exp. Aging Res*. 1998. Vol. 14. P. 103-107.

## **РАЗДЕЛ 4. Вопросы ранней профилактики и реабилитации в клинической (медицинской) психологии**

### **М.В. Иванов, Н.В. Симашкова, Г.В. Козловская ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (СКРИНИНГОВАЯ МЕТОДИКА)**

**Введение.** Во всем мире, в том числе и в нашей стране, отмечается высокая распространенность психических расстройств и расстройств поведения среди детского населения [4, 5, 6, 12, 13 и др.]. В странах Европы и за ее пределами, при обращении детей в учреждения первичного звена здравоохранения, по разным подсчетам регистрируется от 10 до 29% случаев, имеющих явные психические расстройства [10, 11]. Психические расстройства, возникшие в раннем детстве, при отсутствии своевременной специализированной помощи, вызывают тяжелые задержки психического развития и приводят к инвалидности [1, 2, 8, 9 и др.]. В связи с этим особое значение приобретает ранняя диагностика нарушений психического развития (НПР) у детей первых лет жизни, с целью организации своевременной профилактической и лечебно-коррекционной помощи по предотвращению возникновения психического расстройства или его утяжеления [1, 2]. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) признает весьма важным создание программ по укреплению психического здоровья населения, и в этой связи, внимание уделяется решению стратегических задач по совершенствованию ранней диагностики психических нарушений [1].

Одним из первых, внесших вклад в разработку инструментальных методик оценки психического развития у детей, был Э. Сеген. Он теоретически и практически изучил наиболее существенные нарушения психического развития детей раннего возраста (им разработана методика из досок с вырезанными в них фигурами, 1866). Не меньший вклад внес наш соотечественник Г.И. Россолимо, предложивший уникальную для того времени психометрическую шкалу для разных возрастов (психологические профили, 1909). Применение шкалы позволило оценивать нормальных детей и имеющих разные степени умственной отсталости. Ф. Кюльманом был предложен вариант шкалы интеллекта Бине-Симона для младенцев (шкала Бине-Кюльмана, 1912). В дальнейшем предпринималось много успешных попыток, заложивших основу для разработки подходов к оценке психического развития детей. В отечественной психодиагностике хорошо себя заре-



комендовали и широко используются следующие методики, которые направлены на изучение психического развития детей младенческого и раннего возрастов:

- таблицы развития А. Гезелла (Gesell Developmental Schedules, 1925, 1938),
- «Краткая диагностическая схема развития ребенка до 1 года» И.Л. Фигурина, М.П. Денисовой (1926),
- показатели нервно-психического развития детей в первый год их жизни, разработанные Н.М. Щеловановым,
- шкалы развития Н. Бэйли (Bayley Scales of Infant Development, 1969),
- изучение психического развития посредством наблюдения за игровой деятельностью детей (Шеридан М., 1977),
- метод количественной оценки возрастного психомоторного развития детей первого года жизни (Журба Л.Т., Мастюкова Е.М., 1981),
- методика психолого-педагогического обследования ребенка третьего года жизни (Стребелева Е.А., 1998),
- шкала психомоторного развития Р. Гриффитса (1954) (перевод на русский язык Кешишян Е.С., 2000),
- методика по диагностике психического развития детей от рождения до трех лет, основанная на теории генеза общения М.И. Лисиной (Е.О. Смирновой),
- диагностика развития детей раннего возраста (К.Л. Печора, Г.В. Пантюхина, 2016),
- психодиагностический тест ГНОМ для детей с 1 месяца жизни до 3 лет (график нервно-психического обследования малыша, Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., 1995, 2012, 2017) и многие другие.

Несмотря на то, что в истории психологии и психиатрии было уделено немалое внимание изучению детей первых лет жизни, в настоящее время в прикладной сфере все еще недостаточное внимание обращено на проблему охраны психического здоровья детей раннего возраста. До недавнего времени в официальной медицине психиатр курировал детей только старше 3 лет, а дети раннего возраста наблюдались педиатрами и неврологами. В последние годы Минздравом РФ реализуется инициатива, в связи с которой с 2013 г. (приказ Минздрава РФ № 1346н) врач-психиатр (детский) включен в плановую профилактическую диспансеризацию детей первого и третьего годов жизни на предмет выявления ранней психической патологии и оказания психопрофилактической помощи данному контингенту (с 2018 г. в диспансеризацию с двухлетнего возраста, приказ Минздрава РФ № 514н). В то же время реальное исполнение этого своевременного и необходимого мероприятия затруднено, поскольку отсутствуют в должном ко-

личестве кадры, знакомые с психологией и психопатологией раннего возраста. Имеющийся диагностический инструментарий или не отвечает современным требованиям или является достаточно громоздким, затрудняющим экспресс-диагностику в рамках диспансерного приема. Таким образом, специалисты первичного звена здравоохранения (детские поликлиники), прежде всего педиатры, нуждаются в скрининговых инструментах (методиках), которые бы позволяли быстро выделить детей с возможным подозрением на нарушения психического развития или психическую патологию (группу риска), для дальнейшего направления пройти профилактическую консультацию врача-психиатра (детского)<sup>1</sup>.

**Цель исследования** - описать клинко-психологическую методику «Скрининговую анкету для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста» и возможности ее применения в практической деятельности.

#### **Описание скрининговой клинко-психологической методики**

В 2016 г. в отделе детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» разработана «Скрининговая анкета для родителей по выявлению риска возникновения нарушений психического развития у детей раннего возраста» (Иванов М.В., Симашкова Н.В., Козловская Г.В.).

Цель методики: скрининг (первичное выявление) детей раннего возраста общей популяции, имеющих риск возникновения НПП разного генеза (эндогенного, органического, психогенного).

Теоретико-методологической основой данной клинко-психологической анкеты послужили концептуальные положения А.В. Снежневского, а именно идея о наличии предпосылок к возникновению психического заболевания, которые сами по себе болезнью не являются (учение о “pathos” и “nosos”) (Снежневский А.В., 1972), концепция предболезни (Семичов С.Б., 1987), психологическая модель «диатез-стресс» (“diathesis-stress model”; Ingram R.E., Luxton D.D., 2005), концепции диатезов (Ануфриев А.К., Козловская Г.В., 1985; Циркин С.Ю., 1995; и др.), а также фундаментальные положения отечественных детских психиатров (Сухарева Г.Е., Ушаков Г.К., Ковалев В.В., Вроно М.Ш., Башина В.М. и др.), возрастных и клинических психологов (Выготский Л.С., Эльконин Д.Б., Лисина М.А., Лебединский В.В. и др.).

---

<sup>1</sup> Консультация врачом-психиатром осуществляется на добровольной основе в соответствии с российским законодательством (Закон РФ от 2 июля 1992 г. № 3185-1 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» (с изменениями и дополнениями)).

Сфера применения. Анкета предназначена для использования в учреждениях образования, здравоохранения, оказывающих специализированную помощь детям раннего возраста (кабинеты ранней помощи), с целью организации системы ранней помощи, для использования в практической деятельности врачами-педиатрами, неврологами, клиническими (медицинскими) психологами, педагогами-психологами. Анкета рассчитана на родителей детей 1,5–4-летнего возраста и старше.

### **Процедура создания и проверки методик**

Клинико-психологическая анкета основана на опыте клинического феноменологического описания психических расстройств у детей первых лет жизни, накопленном в ФГБНУ НЦПЗ на протяжении последних десятилетий. Создание анкеты проводилось в три этапа. Первый этап – составление перечня особенностей психического развития, характерных для детей раннего возраста из группы риска возможного возникновения НПР (состояния предболезни). Формулировка вопросов для родителей детей раннего возраста, позволяющих выявить эти особенности психического развития, характерные для детей группы риска. Второй этап – экспертная оценка с участием специалистов в области психопатологии раннего возраста (10 специалистов кандидатов и докторов наук: врачей-психиатров, врача-невролога, клинического психолога, со стажем работы по специальности от 8 до 30 лет). Пилотажное исследование на выборке 350 детей в возрасте от 1 года до 3 лет включительно. Внесение изменений в формулировки вопросов на основе экспертной оценки и беседы с родителями детей пилотажного исследования. Создание окончательной версии анкеты. Психопатологические проявления у части детей, вошедших в группу риска, в дальнейшем квалифицировались клиницистами на синдромологическом уровне с учетом современной классификации психических расстройств – МКБ-10. Третий этап – апробация анкеты на выборке 1200 человек. Проведено сплошное обследование детей раннего и дошкольного возраста общей популяции (750 человек) и их сверстников с верифицированными клиническими диагнозами (450 человек). Коэффициент ретестовой надежности варьирует в диапазоне 0,92-0,96 (при  $p < 0,001$ ) (временной интервал – 4-5 недель, на выборке 350 человек), что свидетельствует об устойчивости результатов во времени. Установлена положительная корреляция (0,72, при  $p < 0,001$ ) с коэффициентом психического развития детей раннего возраста по методике ГНОМ

(Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В., 2012) [3]<sup>1</sup>, что позволило ранжировать балльные показатели анкеты. Показатели по группе риска (210 человек) сопоставимы с оценками по протоколу клинического наблюдения (Калинина М.А., Козловская Г.В., Шимонова Г.Н., 2013) [7]. Полученные статистические показатели свидетельствуют о достаточно высокой надежности и валидности клинико-психологической анкеты и подтверждают ее чувствительность к выявлению детей широкой группы риска, возможного возникновения психических расстройств (состояния предболезни). Результаты анкеты позволяют лишь заподозрить нарушения психического развития и не могут использоваться для установления медицинского диагноза.

### **Структура и содержание методики**

Анкета представляет собой перечень из 35 вопросов, затрагивающих психопатологические проявления в раннем возрасте и основные сферы психического и психологического развития ребенка:

- инстинктивно-вегетативную сферу;
- сенсорную сферу;
- биопсихосоциальную систему (диаду) «мать-дитя»;
- эмоциональную сферу;
- познавательную сферу (в том числе психомоторику и речь, а также навыки самообслуживания);
- социальное взаимодействие.

Ниже приводится текст клинико-психологической анкеты для родителей. Бланк анкеты не должен содержать информацию в названии, явно указывающую на цель исследования.

### **Скрининговая анкета для родителей детей раннего возраста**

Дата заполнения \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

родителя \_\_\_\_\_

Ф.И.О.

ребенка \_\_\_\_\_

Дата

Возраст

рождения \_\_\_\_\_

ребенка \_\_\_\_\_ Пол \_\_

**Инструкция.** Если Вы наблюдали (или не наблюдали) у своего ребенка нижеописанное поведение, выберите соответствующий ответ: «да», «нет», «затрудняюсь».

---

<sup>1</sup> Стандартизованная методика ГНОМ, позволяет распределить обследуемых детей по трем группам нервно-психического развития: 1 – группа здоровья; 2 – группа риска по возникновению психической патологии; 3 – группа возможной патологии.

| №   | Вопрос   | Да | Нет | Затруд-<br>няюсь |
|-----|--|----|-----|------------------|
| 1.  | Фиксировал ли ребенок взгляд на предметах (игрушках) или лице взрослого (со второго месяца жизни)?   |    |     |                  |
| 2.  | Смотрел ли ребенок в глаза – в течение 1-2 сек. сам или при привлечении внимания словом или прикосновением со второго мес. жизни?  |    |     |                  |
| 3.  | Улыбался ли ребенок матери сам или при привлечении внимания улыбкой, лаской, прикосновением на первых месяцах жизни?   |    |     |                  |
| 4.  | Принимал ли ребенок «удобную» позу при кормлении грудью, сосал активно, не отвлекаясь на посторонние раздражители?   |    |     |                  |
| 5.  | Проявлял ли ребенок негативизм к матери: сопротивлялся грудному вскармливанию, но при этом, сцеженное молоко принимал охотно?  |    |     |                  |
| 6.  | Тянулся ли ребенок на руки матери, или другим близким, радовался пребыванию на руках?  |    |     |                  |
| 7.  | На первом году жизни, в период бодрствования, ребенок НЕ требовал к себе внимание матери (мог лежать один в кроватке, не реагировать на уход матери, занимая себя предметами, игрушками, собственными пальцами и т.д. или пассивно лежал, не реагируя на окружение)? |    |     |                  |
| 8.  | Были ли у ребенка проявления различных эмоций (радость, удивление, недовольство и т.д.), начиная с возраста 5-6 мес.?  |    |     |                  |
| 9.  | Вовлекался ли ребенок с первых месяцев во взаимодействие со взрослым, устанавливая тактильный, слуховой, зрительный или игровой контакт?   |    |     |                  |
| 10. | Проявляет ли ребенок интерес к новым предметам – 5-6 мес.?   |    |     |                  |
| 11. | Соответствуют ли показатели моторного развития ребенка нормативным срокам:<br>- удерживает головку – с 2 мес.,<br>- сидит – с 6 мес.,<br>- ползает – с 8 мес.,<br>- ходит без поддержки – с 12-14 мес.   |    |     |                  |
| 12. | Соответствуют ли показатели речевого развития ребенка нормативным срокам?<br>- агуканье – с 1 мес.<br>- гуление – с 2-3 мес.<br>- лепет (ба-ба-ба, ма-ма-ма, па-па-па, та-та-та) – с 6-8 мес.  |    |     |                  |

|     |   |  |  |  |
|-----|---|--|--|--|
|     | - первые слова («мама», «баба», «папа», слова-метки и другие, адресованные к конкретному лицу) – к 1 году.  |  |  |  |
| 13. | Отмечались ли у ребенка неоднократно на первом году жизни: нарушения сна, аппетита, обильные срыгивания; запоры/поносы?<br>не связанные с физическим заболеванием (имеющиеся подчеркнуть) |  |  |  |
| 14. | Использует ли ребенок указательный жест?  |  |  |  |
| 15. | Умеет ли ребенок пить из чашки?   |  |  |  |
| 16. | Понимает ли ребенок простые инструкции («подойди ко мне», «дай мне»), после года?   |  |  |  |
| 17. | Повторяет ли ребенок отдельные слова или фразы из высказываний взрослых («как эхо»)?  |  |  |  |
| 18. | Отмечается ли у ребенка повышенная чувствительность к внешним раздражителям (шум от бытовых приборов, фейерверков, звукам издаваемых животными; повышенный тон взрослых и др.)?           |  |  |  |
| 19. | Хорошо ли ребенок переносит гигиенические процедуры (стрижка ногтей, волос, купание и др.)?   |  |  |  |
| 20. | Возникали ли мысли о том, что ребенок «глухой», «плохо видит»?  |  |  |  |
| 21. | Как ребенок реагирует на новый предмет, игрушку: рассматривает, облизывает, обнюхивает?<br>(нужное подчеркнуть)   |  |  |  |
| 22. | Играет ли ребенок предметами обихода (крышки, банки, кастрюли), игрушка предпочитает ниточки, шнурки, пакетики, палочки и др.?  |  |  |  |
| 23. | Есть ли предметы (игрушки) с которыми ребенок НЕ расстается ни днем, ни ночью (плачет при изъятии предмета)?  |  |  |  |
| 24. | Выстраивает ли ребенок предметы (игрушки) в ряды (горизонтальные / вертикальные), однообразно возит, катает предметы (игрушки)?   |  |  |  |
| 25. | Сторонится ли ребенок других детей на игровой площадке, предпочитает играть один?   |  |  |  |
| 26. | Проявляет ли ребенок интерес к новым игрушкам?  |  |  |  |
| 27. | Имеются ли у ребенка второго года жизни эпизодические или частые нарушения сна: плач во сне, ночные бодрствования, частые пробуждения?  |  |  |  |
| 28. | Есть ли у ребенка страхи обыденных предметов (бутылочек, игрушек, предметов определенного цвета и т.п.)?  |  |  |  |
| 29. | Есть ли у ребенка однообразные движения (гримасы, повороты головы, подергивания плечами, прыжки/кружение на месте и др.)?   |  |  |  |
| 30. | Замечали ли, что у ребенка имеются двойственные прояв-  |  |  |  |

|     |   |  |  |  |
|-----|---|--|--|--|
|     | ления в поведении (умеет пользоваться ложкой, но не пользуется; не терпит постороннего шума, однако, сам может громко стучать; совмещает «взрослую» фразовую речь и лепет и т.п.)?  |  |  |  |
| 31. | Задавал ли ребенок вопросы к концу второго года жизни?  |  |  |  |
| 32. | Может ли ребенок собирать пирамидку, матрешку с учетом величины, формы и цвета?   |  |  |  |
| 33. | Отмечаются ли у ребенка следующие признаки:<br>(проходящие косоглазие, кривошея, мышечная гипер- или гипотония, «ходьба на цыпочках», кружение вокруг себя, игра пальцами перед лицом, перебирание пальцами, потряхивание кистями рук?<br>(имеющееся подчеркнуть) |  |  |  |
| 34. | Используете ли Вы для успокоения ребенка электронные гаджеты (мобильный телефон, планшет и т.п.)?   |  |  |  |
| 35. | Сколько времени ребенок проводит у телевизора/компьютера:<br>- до 0,5 часа,<br>- более 0,5 часа.<br>(нужное подчеркнуть)  |  |  |  |

**Процедура проведения.** Опрос/анкетирование родителей детей раннего возраста начиная с 1,5 летнего возраста. Заполнение анкеты занимает не более 10 мин. Анкета может использоваться для проведения сплошных скрининговых исследований общей популяции. Обработка результатов проводится специалистом при помощи подсчета совпадений ответов с ключом методики (ключ).

Группа риска нарушений психического развития определяется в соответствии с нормативами:

- при совпадении 1 ответа на вопросы, отмеченные звездочкой – «\*» в ключе методике, ребенок попадает в группы повышенного риска возникновения нарушений психического развития; родителям дается рекомендация обратиться за консультацией к врачу-психиатру (детскому), медицинскому (клиническому) психологу.

- при совпадении 4 и более ответов на вопросы с ключом методики (не отмеченные – «\*»), в том числе при затруднениях в выборе ответов родителем, дается рекомендация обратиться за консультацией к врачу-психиатру (детскому). В частных случаях, за консультацией к медицинскому (клиническому) психологу, который проведет углубленную диагностику познавательного развития, детско-родительских отношений и др.

Результаты анкетирования не могут использоваться для установления медицинского диагноза детям, попавшим в группу риска. Постановка диагноза – ответственность и компетенция врача-психиатра,

прошедшего специальную профессиональную подготовку по детской психиатрии.

#### Ключ к методике для подсчета ответов

| №   | ответ | №    | ответ | №    | ответ                     | №    | ответ | №    | ответ           |
|-----|-------|------|-------|------|---------------------------|------|-------|------|-----------------|
| 1.  | нет   | 8.   | нет   | 15.  | нет                       | 22.  | да    | 29.* | да              |
| 2.* | нет   | 9.   | нет   | 16.  | нет                       | 23.  | да    | 30.  | да              |
| 3.  | нет   | 10.  | нет   | 17.  | да                        | 24.* | да    | 31.  | нет             |
| 4.  | нет   | 11.* | нет   | 18.* | да                        | 25.  | да    | 32.  | нет             |
| 5.  | да    | 12.* | нет   | 19.  | нет                       | 26.  | нет   | 33.* | да              |
| 6.  | нет   | 13.  | да    | 20.  | да                        | 27.* | да    | 34.  | да              |
| 7.  | нет   | 14.  | нет   | 21.  | облизывает,<br>обнюхивает | 28.* | да    | 35.  | более<br>0,5 ч. |

**Заключение.** Скрининговая клинико-психологическая анкета для родителей, созданная в отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ с целью выявления риска возникновения НПР у детей раннего возраста, позволяет выявлять мягкие проявления НПР в общей популяции детей раннего возраста. Она дает возможность на ранних этапах определять детей группы риска (состояние предболезни) и разрабатывать оптимальные алгоритмы мероприятий психопрофилактической и лечебно-коррекционной помощи по предотвращению возникновения психических расстройств или их утяжеления.

#### Литература

1. Здоровье-2020: Основы Европейской политики в поддержку действий всего государства и общества в интересах здоровья и благополучия. Европейский региональный комитет. Шестьдесят вторая сессия ВОЗ, Копенгаген, 2012 г. Доступно по: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0003/171435/RC62wd09-Rus.pdf) Ссылка активна на 18.12.2017
2. Иванов М.В., Козловская Г.В. Концептуальные идеи А. В. Снежневского и психопрофилактика в раннем детском возрасте // Психиатрия. – 2014. – №3 (63). – С. 18-20.
3. Козловская Г.В., Калинина М.А., Горюнова А.В. Определение отклонений в психическом развитии детей раннего возраста: психодиагностический тест «ГНОМ». – М.: МГИУ, 2012. – 89 с.
4. Копцева О.В. Психические расстройства как одна из ведущих причин детской инвалидности в Российской Федерации: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – М., 2009. – 25 с.
5. Макушкин Е.В., Демчева Н.К., Творогова Н.А. Психические расстройства в детском и подростковом возрасте у городских и сельских жителей российской федерации в 1991-2012 гг. (эпидемиологическое исследование) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2014. – Т. 114. – №1. – С. 3-14.



6. Митихина И.А., Митихин В.Г., Ястребов В.С. Лиманкин О.В. Психическое здоровье населения мира: эпидемиологический аспект (зарубежные исследования 2000-2010 гг.) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2011. – №6 (111). – С. 4-14. PMID: 24107873
7. Патент РФ на изобретение № 2497453 / 10.11.2013. Калинина М.А., Козловская Г.В., Шимонова Г.Н. Способ психопатологической оценки психического состояния детей раннего и дошкольного возраста. Доступно по: <http://www.findpatent.ru/patent/249/2497453.html> Ссылка активна на 18.12.2017
8. Симашкова, Н.В. и др. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра / под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 288 с.
9. Шмакова О.П. Клиническая динамика умственной отсталости и социальная адаптация пациентов по мере их взросления // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2016. – №10 (116). – С. 16-23. DOI: 10.17116/jnevro201611610116-23
10. Giel R., de Arango M.V., Climent C.E. Childhood mental disorders in primary health care: result of observations in four developing countries // Journal of the American Academy of Child Psychiatry. – 1982 – 21 (2) – P. 215. DOI: 10.1016/s0002-7138(09)60933-x
11. Merikangas K.R., Nakamura E.F., Kessler R.C. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents // Dialogues in Clinical Neuroscience. – 2009. – №11 (1). – PP. 7-20. PMID: 19432384
12. Scahill L. Diagnosis and evaluation of pervasive developmental disorders // Journal of Clinical Psychiatry. – 2005. – №66 (10). – PP.19-25. PMID: 16401146
13. Verhulst F.C., Tiemeier H. Epidemiology of child psychopathology: major milestones // European Child & Adolescent Psychiatry. – 2015. – № 24 (6). – PP. 607-617. DOI: 10.1007/s00787-015-0681-9.

**Е. М. Иванова**

**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ БОЛЬНИЧНОЙ КЛОУНАДЫ  
КАК СПОСОБА РАЗВИТИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО  
РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА У ПАЦИЕНТОВ ПРИ  
ТЯЖЁЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ**

Больничная клоунада – относительно новая практика, развивающаяся на пересечении самых разных профессий с общей целью: вернуть человечность в область медицины, откуда она столь явно исчезает с развитием медицинских технологий. В погоне за точностью всё более

тонких методов диагностики и всё более сложными техниками вмешательства врачи неминуемо теряют способность к восприятию пациента как личности и возможности установления истинных терапевтических отношений с ним. В то же время пациент всё больше начинает чувствовать себя объектом воздействия, помехой врачу, его мнение, как мнение дилетанта, не учитывается. Особенно острой эта ситуация становится в случае тяжёлых хронических заболеваний. С другой стороны, известно, что активность пациента, его направленность на выздоровление, особенности его отношения к болезни, являются, зачастую, центральным фактором успешности лечения и вносят, таким образом, существенный вклад в реабилитационный потенциал пациента [1].

В то же время, сама госпитализация может иметь негативное влияние на пациента в этом отношении. В ситуации госпитализации человек сталкивается с феноменом особой больничной культуры [10], которая начинает диктовать правила жизни и даже ценности (например, ценность борьбы за собственное здоровье). Погружаясь в эту культуру, человек испытывает стресс. Проблема адаптации и ассимиляции в больничной культуре актуальна тем в большей степени, чем тяжелее болезненное состояние и чем больше времени требуется на его лечение/сопровождение. При тяжёлых формах хронических заболеваний, при необходимости длительного пребывания в стационаре происходит мотивационно-ценностная перестройка, сужение круга интересов, временной перспективы, социальной изоляции [12]. В конечном итоге (в худшем случае) отношения человека с болезнью становятся единственными значимыми в его жизни. В этот момент человек, его личность, приравнивается к роли пациента, носителя болезни. Именно с этим кругом психологических проблем начинают работать клоуны в больницах, начиная с 19 века, полагая, что игра, юмор и смех помогают выйти из замкнутого круга болезненных переживаний. Первые упоминания клоунотерапии связаны с именами Братьев Фрателлини, которые ещё в 19 веке стали приходить в больницы, чтобы поднимать настроение детям (по: [19]). С 70х гг 20 века берёт начало современная больничная клоунада, связанная с именами врача, известного как Патч Адамс, и Майкла Кристенсена, открывшего Цирк Большого Яблока, первую организацию, занявшуюся больничной клоунадой и обучением специалистов. В 1994 году в Вене создаётся европейская организация Красные Носы, которая начинает разрабатывать профессиональные стандарты и вести систематическое обучение больничных клоунов в разных странах. В 2011 г. была основана Европейская федерация организаций больничной клоунады (EFHCO). На сегодняшний день в мире существует более сотни подобных организаций в более чем 40 странах мира [3], [4].

В России первым больничной клоунадой стал заниматься К. Седов. В начале XXI века под его руководством начинает вести работу АНО «Больничные клоуны». А с 2008 г. возникает вторая организация - «Доктор клоун». Эти две организации на данный момент ведут широкую деятельность в больницах Москвы и других городов России, проводят обучение. М.И. Долженкова [4] приводит подробный обзор организаций больничных клоунов и значимых персоналий в разных странах. Начавшись как волонтерское движение, больничная клоунада во многих странах, включая Россию, постепенно выходит на профессиональную основу [9].

Больничный клоун – не совсем доктор, и не совсем клоун. Его деятельность существенно отличается как от цирковой клоунады, так и от работы врача или психолога, хотя имеет и общие с ними черты. Тем не менее, она может быть эффективной только в условиях сотрудничества с персоналом клиники, в связи с этим, необходимо развитие представлений о больничной клоунаде в среде медиков, психологов и социальных работников.

**Принципы и техника работы больничного клоуна.** Больничная клоунада отличается от цирковой, прежде всего, своими целями, в связи с чем, и техника работы приобретает специфику. Как правило, клоунотерапия включает обыгрывание больничных реалий, пародирование медицинских норм и правил. Часто медицинские инструменты или их образы выступают в качестве реквизита. Клоун взаимодействует на близкой дистанции, что может пугать пациента, поэтому, как правило, используется минимум грима и реквизита. В отличие от цирковой клоунады, признаком эффективной работы может стать не только улыбка или смех пациента, но и плач, и просто заинтересованный взгляд пациента. Требуется не столько рассмешить пациента, сколько подключить к игре [4].

Центральное место в работе клоуна занимают уважение к пациенту, его состоянию и его границам. Больничные клоуны должны быть всегда готовы к отказу пациента от взаимодействия или к ограничениям, связанным с его текущим состоянием, быть эмпатичными. По данным социологов, при работе с больными детьми более двух третей клоунов уходят, если понимают, что они не к месту, либо же пытаются установить контакт с ребенком через родителя [10]. Больничная клоунада практически полностью основана на импровизации. Клоун всегда ориентируется на состояние ребенка, атмосферу в палате, особые обстоятельства каждого конкретного случая. Любой, самый хорошо подготовленный номер, может оказаться не к месту в быстро меняющихся больничных условиях, при ухудшении состояния пациента и др., поэтому необходим высокий уровень эмпатии, понимания состояния па-

циента, а также гибкость поведения. Так, например, если ребенок испугался клоуна, тот может поменяться с ним ролями и испугаться еще больше; если ребенок озлоблен, его агрессию клоун перенаправит на себя [2, 4].

В то же время требуется определённый уровень дистанцирования от негативных переживаний ребёнка и его родителей. В противном случае клоун не сможет работать. В этом отношении велика роль партнёра, а также способности к рефлексии и анализу взаимодействия. Обычно клоунам рекомендуется работать в паре, что создаёт возможность для взаимной поддержки и максимально разносторонней оценки ситуации [4].

**Исследования больничной клоунады.** Всё большее распространение практики клоунотерапии, с одной стороны, и её дискуссионность в контексте клиники, с другой, вызывают потребность в её научном обосновании [21]. Исследования больничной клоунады начались только в 00х гг (см обзор по: [19]). Больничные клоуны преследуют в своей работе выполнение таких задач, как снижение уровня синдрома «госпитализма»; сокращение длительности стрессовых состояний при первой и последующих госпитализациях; отвлечение и психологическая разгрузка в предоперационный период и непосредственно после операции; отвлечение и снятие болевого синдрома немедикаментозными методами при проведении медицинских манипуляций, гармонизацию психологического состояния пациента (ребенка) в больнице через игру и интерактивное общение; мотивировать (детей) на правильное и при этом веселое принятие лекарств и др. [10, 11]. Эффективность решения этих задач может достигаться за счёт различных механизмов: физиологических, психологических, социальных.

Ряд исследований подтверждает влияние смеха на улучшение физического здоровья человека [6, 8]. Так, например, было показано, что смех нормализует артериальное давление [18], имеет болеутоляющий [17] и иммуномодулирующий эффекты [16, 24].

Юмор, как известно, является важным механизмом совладания со стрессом [25]. Восприятие юмора может оказывать воздействие на состояние здоровья также за счёт позитивного эмоционального состояния [27]. Способность шутить и воспринимать юмор включает специфический юмористический взгляд на жизнь [27], креативность [5], рефлексивность, способность к отчуждению от своего Я и, наоборот, способность ставить себя на место другого [7]. Именно эта гибкость восприятия себя и мира нарушается в ситуации тяжёлой болезни.

По мнению Л. Линге, больничные клоуны помогают больному ребенку выйти за границы обыденного (больничной культуры, самой ситуации болезни), развивают волю и перспективу желаний ребенка.

Такая помощь отвлекает ребенка от манипуляций, тревоги и боли [10]. В этом смысле больничная клоунада сходна с игротерапией: помогает ребенку «проиграть» свои чувства, организовать и осмыслить свой опыт, свой личный мир, и повысить уровень субъективного контроля над ситуацией.

На психологическом уровне можно сформулировать цели больничной клоунады как восстановление целостности личности и индивидуального опыта, возвращение жизненной перспективы и контроля над собственной жизнью в ситуации болезни и стресса. Это поиск внутренних ресурсов преодоления, позволяющих перейти от позиции объекта (болезни, лечения, опеки родителей, спонсорской помощи и т.д.) к ощущению большего контроля над своей жизнью, лечением, болезнью. Эффективность больничной клоунады далеко не всегда тесно связана с юмором и смехом. Среди механизмов влияния клоунотерапии могут быть и эмоциональная поддержка, и игра, и отвлечение, влияние личности самого клоуна, межличностное взаимодействие и др.

**Позитивные эффекты больничной клоунады.** Больничные клоуны работают, в первую очередь, с больными детьми. Дети часто радуются их приходу, у них может повышаться настроение, улучшается аппетит [10]. В зависимости от возраста пациентов, в 70-90% случаев у них улучшается самочувствие, в 20-65% случаев - повышается уровень адаптации. При этом у дошкольников этот эффект достигается чаще, но имеет более краткосрочный характер, а вот у школьников и, особенно, подростков долгосрочное влияние отмечают чаще, чем краткосрочное. Позитивный эффект больничной клоунады на детей в стационаре, с точки зрения медперсонала, подтверждается и в других исследованиях [15].

Естественно, дети более отзывчивы к игре и смеху, чем взрослые, но ошибочно полагать, что больничная клоунада эффективна только для младших возрастов. Так, было показано, что она и у взрослых вызывает позитивные эмоции, улучшение самочувствия, снижение уровня негативных эмоций и стресса; кроме того, улучшает общую атмосферу в больнице и сотрудничество пациентов с медперсоналом [19]. Посещения больничных клоунов приносят радость, веселье, смех и ощущение осмысленности жизни [30].

В исследовании Ауэрбах с соавт. было проведено сравнение эффектов цирковой клоунады, больничной клоунады и поддерживающего взаимодействия пациента с медсестрой на видеозаписи [14]. С этой целью ими был разработан специальный опросник по оценке эмоций, вызываемых клоунами (CLEM-29). Было показано, что выступления как больничных, так и цирковых клоунов вызывали радость и удо-

вольствие, но лишь больничная клоунада вызывала также чувство трансцендентности, преодоления, связанное с чувствами воодушевления и выхода за пределы обыденного. Общение с медсестрой также могло вызывать это чувство преодоления, трансцендентного, но не вызывало веселья, радости.

Одним из особо значимых эффектов клоунады для медперсонала и родителей оказывается возможность снизить страх и болевую чувствительность и повысить мотивацию на лечение при необходимости проведения болезненных и пугающих медицинских манипуляций. Это становится особенно важным при необходимости повторяющегося их проведения. Психологические исследования эффективности больничной клоунады подтверждают её воздействие в плане снижения у детей тревоги в предоперационный период, что, в свою очередь, снижает вероятность развития осложнений в послеоперационный период [32]. В ситуации эксперимента ребёнка в момент введения анестезии и подготовки к операции сопровождали либо один из родителей, либо родитель и клоун. Если у детей в сопровождении родителей наблюдался резкий рост тревожности, то в присутствии больничного клоуна такого скачка не возникало. В другом эксперименте было показано, что влияние больничной клоунады на снижение тревожности в предоперационный период превышает эффект не только от родительской поддержки, но даже успокоительных препаратов [31].

Опыт работы и результаты исследований показали, что влияние клоунотерапии на родственников и медперсонал имеет не менее важное значение, чем на пациентов. Визит больничного клоуна также оказывает в итоге положительное влияние на родителей (в 96% случаев) [10]. В частности, она способствует снижению предоперационной тревоги у мам больных детей (Agostini et al., 2014 – по: [19]). Кроме того, юмор и смех могут быть также эффективными для самих врачей и создавать позитивную атмосферу в коллективе медперсонала [29].

**Негативные эффекты больничной клоунады.** Больничная клоунада является относительно новой и непривычной для медицины областью практики. В связи с этим, клоуны сталкиваются с большим количеством трудностей, как объективных, так и обусловленных негативными стереотипами. Так, например, в эмпирическом исследовании было показано, что тревожность детей при работе больничных клоунов снижалась, однако, в то же время тревожность медперсонала не только не снижалась, но даже могла возрастать [19], [32]. Очевидно, что совместная работа с больничными клоунами может требовать определённой адаптации и, возможно, технологической перестройки от медперсонала. Тем не менее, можно отметить стремительное развитие кооперации врач-клоун. Так, в некоторых странах больничные

клоуны начинают входить в штат больницы. По данным исследований, 85% медперсонала позитивно относятся к больничной клоунаде, а 50% считают, что клоуны помогают им в их собственной работе [22].

По данным социологического исследования [10], не только врачи, но и многие родители, и даже сами дети, зачастую оказываются не готовы к визиту больничного клоуна. Игра и веселье многим кажутся несовместимыми с ситуацией болезни, смерти и горя. Поэтому в ряде случаев возникает недопонимание, агрессия и конфликты. Огромную роль играет здесь степень осведомленности пациентов и врачей о такого рода практике и её смысле.

С помощью анализа лицевой экспрессии было показано, что взаимодействие с больничным клоуном вызывает как улыбку радости, так и различные виды социальных улыбок, т.е. весело становится далеко не всем пациентам [13]. При этом истинной улыбкой, свидетельствующей о возникновении радости, чаще отвечали люди с выраженной жизнерадостностью как чертой личности. Таким образом, вмешательство больничных клоунов подходит не всем группам пациентов и не всегда вызывает положительные эмоции.

**Поиск механизмов эффективности больничной клоунады.** Как было описано выше, деятельность больничного клоуна имеет множество сторон и эффектов. Поэтому наиболее сложной, с точки зрения строго научного исследования, задачей является поиск механизмов, за счёт которых достигается эффект больничной клоунады. Л. Линге указывает на такие значимые факторы эффективности больничной клоунады, как готовность к эмпатии и особый коммуникативный паттерн, который характеризуется синхронизацией языка тела и вербальных выражений [26]. По мнению Контос с соавт., ключевым психологическим механизмом, позволяющим больничным клоунам эффективно работать, является механизм «относительного присутствия» (“relational presence”), развитию которого способствуют: аффективная относительность, реагирующая ил реципрокная игривость, совместно конструируемые образы воображения (affective relationality, reciprocal playfulness, co-constructed imagination) [19], [23].

В исследовании Натманна-Шварца с соавт. клоунов с разным опытом и степенью эффективности работы были выделены факторы, определяющие эффект воздействия больничной клоунады: 1) неопределённость роли клоуна в контексте больницы – пациент не уверен, принадлежит ли клоун к персоналу больницы; 2) недостаток профессиональных навыков у клоуна, которые приводят к возникающей у них фрустрации при необходимости взаимодействия с тяжело больными пациентами; 3) позитивная оценка пациентом взаимодействия с кло-

уном, связанная как с его использованием юмора, так и с его способностью установления отношений [28].

Сравнение больничных клоунов с различным стажем работы показало, что успешность их работы зависит от таких свойств личности как лабильность (легкость переключения эмоций) и способность к «управлению эмоциями», компромиссность и коммуникабельность, ориентация на ребёнка, а не на себя [2].

Ключевым фактором, влияющим на эффективность работы больничного клоуна, является его способность к отделению себя от своей роли, маски, персоны [20], [28]. Клоуну необходимо особое когнитивное переключение, переход от обычного состояния сознания к состоянию клоуна, и наоборот.

Способность к переключению может быть развита у клоунов в разной степени. А. Диониджи с соавт. разработали специальный опросник для оценки этой способности - Clown Shift Questionnaire [20]. Эмпирическое исследование выявило, что способности клоуна к такому переключению способствуют позитивные убеждения (positive beliefs) и рефлексивное сознание (reflective awareness), а препятствуют когнитивная интерференция и тревога [20].

**Перспективы развития больничной клоунады.** Несмотря на уже довольно длительную историю своего существования, больничная клоунада, особенно в нашей стране, всё ещё воспринимается как что-то необычное, экстраординарное и пугающее. Уровень осведомлённости о данной практике у населения и врачей в целом крайне низкий. В связи с этим, развитие больничной клоунады требует её популяризации. Начавшись как практика работы с детьми, больничная клоунада уже существенно расширила круг своих «пациентов». Её эффективность подтверждена при работе с пожилыми людьми, пациентами с деменцией и болезнью Альцгеймера, психически больными, беженцами и женщинами, беременными после искусственного оплодотворения [19].

Больничная клоунада изначально выросла как волонтерское движение, затем стала поддерживаться благотворительными фондами. В настоящее время происходит её профессионализация – как с точки зрения разработки всё более продуманных программ обучения, создания профессиональных организаций, профессиональных стандартов и т.п., так и с точки зрения оплаты труда. Так, в ряде стран появился опыт включения больничных клоунов в штат больницы.

Безусловно, одним из чрезвычайно важных направлений развития является сотрудничество клоунов с медперсоналом. Опыт больничных клоунов включает как благосклонное, так и резко агрессивное отношение врачей. Однако, помимо действия негативных стереотипов,



здесь есть и содержательная проблема: наличие клоуна в больничном отделении, в операционной может существенно затруднять медицинские манипуляции. Преодоление этих трудностей может быть эффективным только при наличии кооперации врач-клоун и требует разработки технологий и моделей сотрудничества. Так, клоуны нередко работают через стекло операционной, при необходимости проходят санитарную обработку одежды и т.п. [4].

### Литература

1. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Методологические основы психологической диагностики в клинике соматических расстройств // Сибирский психологический журнал.- 2010.-№38.-с.24-28.
2. Гурьева Е.С. Социально-психологические качества больничных клоунов с разным стажем работы как критерий эффективности их деятельности // Казанский педагогический журнал. - 2017. - №1 (120). - С.178-182.
3. Гурьева Е.С. Теоретические аспекты больничной клоунады анализ отечественной и зарубежной литературы // Казанский педагогический журнал - 2016. - №6 (119).- С.140-143.
4. Долженкова М.И. Больничная клоунада в структуре технологий социокультурной реабилитации // Вестник Тамбовского университета. Серия Гуманитарные науки.- 2016.- №7-8 (159-160). - с.84-94.
5. Иванова Е.М. Чувство юмора как маркер одаренности // Психология. Журнал Высшей школы экономики. Т.9. 2012 №1. С. 144-152.
6. Иванова Е. М., Ениколопов С. Н. Исследования чувства юмора в психологии (обзор) // Вопросы психологии.-2006.-№4.-с.122-133.
7. Лук А. Н. Юмор, остроумие, творчество. Москва, «Искусство», 1977
8. Мартин Р. Психология юмора. — СПб. : Питер, 2009. — 480 с.
9. Седов К. Больничные клоуны: от волонтерства к профессии... / К. Седов. — М. : АНО «Больничные клоуны», 2014. — 56 с.
10. Сиротина Т. В., Миллер С. М. Больничная клоунада как технология адаптации и реабилитации ребенка в больничном учреждении // Baikal Research Journal. Электронный научный журнал Байкальского государственного университета экономики и права — 2015. — Т. 6, № 6. — doi: 10.17150/2411-6262.2015.6(6).17.
11. Уракова Е.С., Седов К.С. Больничные клоуны: игра или профессия? // Российский журнал детской гематологии и онкологии.- 2015.-3.- Т.2.- С. 61-64.

12. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практическая онкология. -2009.-Т. 10.-№3.-с.151-157.
13. Auerbach S. Are Clowns Good for Everyone? The Influence of Trait Cheerfulness on Emotional Reactions to a Hospital Clown Intervention // *Frontiers in Psychology* . — 2017. — С. 1-8.
14. Auerbach, S., Hofmann, J., Platt, T., & Ruch, W. F. (2014). An investigation of the emotions elicited by hospital clowns in comparison to circus clowns and nursing staff. *The European Journal of Humour Research*. - 1(3) - 26-53. doi:10.7592/EJHR2013.1.3.auerbach
15. Battrick, C., Gласper, E. A., Prudhoe, G., & Weaver, K. (2007). Clown humour: The perceptions of doctors, nurses, parents and children. *Journal of Children's and Young People's Nursing*. - 1(4) - 174-179. doi: 10.12968/jcyn.2007.1.4.24403
16. Booth, R. J., & Pennebaker, J.W. (2000). Emotions and immunity. In M. Lewis & J.M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (2nd ed., pp. 558-570). New York: Guilford.
17. Cogan, R., Cogan, D., Waltz, W., & McCue, M. (1987). Effects of laughter and relaxation on discomfort thresholds. *Journal of Behavioral Medicine*, 10(2), 139-144.
18. Crawford, M., & Gressley, D. (1991). Creativity, caring, and context: Women's and men's accounts of humor preferences and practices. *Psychology of Women Quarterly*, 15(2), 217-231.
19. Dionigi A., Canestrari C. (2016). Clowning in Health Care Settings: The Point of View of Adults // *Europe's Journal of Psychology*. – 2016. - 12(3) - 473–488. doi:10.5964/ejop.v12i3.1107
20. Dionigi A., Ruch W., Platt T. (2014). Components and determinants of the shift between the own persona and the clown persona: A hierarchical analysis. *European Journal of Humour Research*. - 1(4) - 58-80.
21. Dionigi, A., Flangini, R., & Gremigni, P. (2012). Clowns in hospitals. In P. Gremigni (Ed.), *Humor and health promotion* (pp. 213-227). Hauppauge, NY, USA: Nova Science Publishers.
22. Koller, D., & Gryski, C. (2008). The life threatened child and the life enhancing clown: Towards a model of therapeutic clowning. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*. - 5(1) - 17-25. doi:10.1093/ecam/nem033
23. Kontos, P., Miller, K.-L., Mitchell, G. J., & Stirling-Twist, J. (2015). Presence redefined: The reciprocal nature of engagement between elder-clowns and persons with dementia. *Dementia: The International Journal of Social Research and Practice*. Advance online publication. doi:10.1177/1471301215580895

24. Lefcourt, H.M., Davidson-Katz, K., & Kueneman, K. (1990). Humor and immunesysem functioning. *Humor: International Journal of Humor Research*, 3(3), 305-321.
25. Lefcourt H. M., Martin R. A. *Humor and Life Stress: Antidote to Adversity*. NY: Springer-Verlag.-1986
26. Linge, L. (2008). Hospital clowns working in pairs—in synchronized communication with ailing children. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. - 3(1) - 27-38. doi:10.1080/17482620701794147
27. Martin R. A. (2001) *Humor, Laughter, and Physical Health. Methodological Issues and Research Findings.* // *Psychological Bulletin*, July, Vol. 127, No. 4, pp. 504-519
28. Nuttman-Shwartz, O., Scheyer, R., & Tzioni, H. (2010). Medical clowning: Even adults deserve a dream. *Social Work in Health Care*. - 49(6) - 581-598. doi:10.1080/00981380903520475

**В.В. Лорер Е.Р.Исаева Т.Н. Жукова**  
**ОПЫТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЖДУНАРОДНОЙ**  
**КЛАССИФИКАЦИИ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ (МКФ) В**  
**ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ РЕАБИЛИТАЦИОННОЙ**  
**РАБОТЫ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЙ БРИГАДЫ**  
**СПЕЦИАЛИСТОВ (НА БАЗЕ РАЙОННОГО ЦЕНТРА**  
**СОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ИНВАЛИДОВ).**

**Введение**

В современной системе медицинской и социальной реабилитации утвержден комплексный, биопсихосоциальный подход, который предполагает, с одной стороны, использование всех направлений реабилитационного вмешательства с целью устранения или компенсации нарушенных функций и ограничений жизнедеятельности, а с другой – активное вовлечение в реабилитационный процесс как самого пациента или инвалида, так и его окружения. Основное понятие реабилитации закреплено в Федеральном законе № 181 от 24.11.1995 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и рассматривается как система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности [12]. Конечными задачами комплексной реабилитации являются достижение индивидом максимальной независимости в жизни в соответствии с его желаниями и потребностями, раскрытие его внутренних ресурсов, а также помощь в адаптации к окружающей среде. В связи с этим при разработке индивидуализированных реабилитационных программ основной акцент ставится на улучшении

функционирования человека с ограниченными возможностями здоровья в повседневной жизни и его социальной активности. В контексте современного взгляда на оказание комплексной помощи людям с ограниченными возможностями здоровья (в частности, реабилитации) отмечается внедрение новых технологий в разработку реабилитационных программ, в частности: внедрение методов систематической оценки уровня функционирования человека, постановка краткосрочных и долгосрочных целей реабилитации, поэтапное планирование реабилитационных мероприятий, и оценка эффективности воздействий. Такой подход базируется на положениях Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья (МКФ) [9]. Согласно данной классификации функционирование и ограничения жизнедеятельности человека в связи с изменениями здоровья описываются с позиций состояния его организма (оценка степени нарушения функций и структур) и взаимодействия с окружением (оценка активности и участия в разных сферах жизни) с учетом влияния различных (положительных и отрицательных) средовых факторов. В настоящее время накоплено достаточно публикаций об использовании в реабилитационной практике инструментов оценок, разработанных на основе положений МКФ [2; 4; 6;7]. МКФ открывает широкие возможности для эффективного междисциплинарного взаимодействия на основе единой системы оценивания функционального профиля инвалида и составления индивидуального маршрута реабилитации.

Процесс комплексной реабилитации имеет циклическую структуру [15], основными элементами которой являются: 1) оценка потребностей и проблем клиента; 2) планирование реабилитационных вмешательств; 3) выполнение реабилитационных мероприятий; 4) оценка эффективности проведенных реабилитационных мероприятий. Важнейшим элементом комплексной реабилитации инвалидов является контроль качества выполнения реабилитационных мероприятий. Все вышесказанное определяет необходимость разработки и внедрения в практику удобных и информативных инструментов оценки качества и эффективности реабилитационных мероприятий с целью его мониторинга и совершенствования.

Целью данной работы является рассмотрение возможностей применения МКФ для оценки эффективности реабилитационного процесса в условиях центра социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов.

## **Материал и методы исследования**

В данной статье рассматриваются возможности применения МКФ для оценки реабилитационного процесса на примере конкретного случая (далее – клиент), проведенного в «Центре социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга» (далее – СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района»). Было получено информированное добровольное согласие клиента на участие в исследовании. Реабилитационный процесс в центре социальной реабилитации осуществлялся в несколько этапов. Подробно описание реабилитационного процесса в учреждении представлено в наших предыдущих публикациях [8].

*Клиент В., 50 лет. Клинический диагноз: последствия геморрагического ОНМК в виде речевых нарушений (смешанная афазия), спастического правостороннего гемипареза, нарушений координации. ЦВБ. Удаление внутримозговой гематомы в левой височной и лобной долях. Дефект черепа в левой височной области. Инвалид 1-й группы. В СПб ГБУСОН «ЦСРИДИ Невского района» поступил на курс реабилитации по направлению невролога поликлиники. До этого периода в основном проводились мероприятия медицинского характера, санаторно-курортное лечение, занятия с логопедом. Жалобы при обращении: затруднения в речи, трудности в ходьбе. По данным индивидуальной программы реабилитации (ИПР) у клиента В. отмечались ограничения в способности к самообслуживанию и в способности к передвижению (2-я степень), а также ограничения в способности к трудовой деятельности (3-я степень). Анализ медицинской документации показал наличие стойких и выраженных нарушений функций организма: психических (внимания, памяти, мышления, эмоционально-волевой сферы), речевых (устной и письменной речи), двигательных функций (туловища, конечностей, статики, координации движения, повышенный мышечный тонус) и функции кровообращения.*

*Беседу с клиентом В. и его женой при первом обращении проводил специалист по социальной работе. По результатам беседы был заполнен «социальный паспорт». Из беседы известно, что клиент состоит в браке, есть сын; имеет среднее профессиональное образование, по профессии был сварщиком; в настоящее время не трудоспособен, получает пенсию по инвалидности. Социально-средовые условия достаточно благополучные: собственная квартира, есть лифт, домофон. Клиент пользуется техническими средствами реабилитации (ТСР): трехопорная трость, кресло для ванны, противоскользкий мат в ванну. При посещении центра социальной реабилитации нуждается в сопровождающем (жена) и в услугах социального такси. Пожелания клиента по реабилитационной программе заключались в*

*следующем: занятия в тренажерном и спортивном залах, массаж, спелеокомплекс, тренировочная квартира (восстановление ограниченной жизнедеятельности), логопед, студия изобразительной деятельности, музыкальная студия и культурно-досуговые мероприятия.*

С целью разработки индивидуальной реабилитационной программы специалистами (психологом, логопедом, специалистом по социальной работе, инструктором по физической культуре) была проведена оценка функций организма и ограничений жизнедеятельности в соответствии с критериями МКФ. Оценка функций организма и ограничений жизнедеятельности в соответствии с положениями МКФ проводилась Междисциплинарной бригадой специалистов, в состав которой вошли психолог, логопед, специалист по социальной работе, инструктор по физической культуре.

Для оценки степени выраженности нарушений когнитивных, эмоциональных и речевых функций использовались стандартные психологические методики «Таблицы Шульте», «Заучивание 10 слов», «Соотношение пословиц и фраз» и «4-й лишний» [10], методы нейропсихологической диагностики (Л.И. Вассерман, С.А. Дорофеева, Я.А. Меерсон) [3], количественная оценка речи по методике Т.В. Ахутиной, Н.М. Пылаевой [1], методика оценки речи при афазии [13], а также Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) для оценки эмоциональной сферы [5]. Оценка ограничений повседневной активности клиента проводилась по шкале функциональной независимости FIM с помощью Опросника ежедневной активности [14], а также по специально разработанным шкалам оценки с использованием категорий разделов «активность и участие» МКФ [4].

### **Результаты и их обсуждение**

Для фиксации результатов, полученных в ходе беседы и обследования, была разработана специальная форма – «Оценка функционирования». Она включала в себя набор категорий МКФ из разделов «функции организма», «активность и участие» и «факторы окружающей среды». В настоящее время в специальной литературе описаны базовые наборы кодов МКФ для разных нозологических групп [12]. В зависимости от ведущих функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности для оценки отбирались соответствующие категории МКФ.

Результаты обследования когнитивных и эмоциональных функций показали достаточно высокий уровень мотивации клиента к восстановлению, эмоциональную неустойчивость, наличие признаков астенического состояния. Ориентация во времени и в пространстве была нарушена в умеренной степени; речь была нарушена в выраженной степени; темп деятельности медленный, с выраженной тенденцией к

истощаемости, среднее время продуктивной работы – 4 минуты. Затруднен процесс переключения внимания с одного элемента на другой.

Результаты обследования речевой функции (оценивалась логопедом): спонтанная речь практически отсутствует; полная невозможность пересказа; грубый аграмматизм; повторение серии речевых рядов невозможно; речь медленная, монотонная; длительные паузы между словами; объем движений артикуляционных органов ограничен, называние ограниченного числа объектов; большое количество лите-ральных и вербальных парафазий; трудности в понимании ситуативной речи; ограниченная возможность чтения простых текстов; грубое нарушение письма.

Оценка повседневной активности клиента по шкале функциональной независимости FIM выявила ограничения в самообслуживании (прием пищи, личная гигиена, мытье, одевание), в приготовлении пищи, в выполнении работы по дому; трудности в использовании бытовых приборов, в способности заботиться о сохранности домашнего имущества. Отмечались значительные трудности в выполнении действий правой рукой, выраженные трудности в использовании точных движений кисти, поднятии и переносе объектов, выраженные ограничения в изменении позы тела и в поддержании положения тела, выраженные ограничения ходьбы, нарушение координации движений. Передвижение в помещении было возможно только с посторонней помощью и с использованием ТСР; отмечались значительные трудности в подъеме по ступенькам и значительно выраженные трудности передвижения в различных местах. Имелись существенные трудности в восприятии внешней информации (понимание обращенной устной и письменной речи) и в изложении собственных мыслей и желаний как в устной, так и в письменной формах. Возникали затруднения при выполнении последовательности действий, а также при выполнении повседневного распорядка. Социальная интеграция характеризовалась следующими особенностями: хорошие взаимоотношения в семье, жена оказывала помощь при выполнении необходимых действий, клиент посещал реабилитационные мероприятия в сопровождении жены. Вследствие выраженных нарушений речи испытывал существенные трудности при взаимодействии с окружающими. Испытывал значительные трудности в решении проблем, связанных с личными, социальными, финансовыми и другими потребностями. Отмечалась полная зависимость от окружающих при выполнении различных заданий на работе. Выраженные трудности, требующие помощи со стороны окружающих, наблюдались в организации и выполнении досуговой деятельности (дома и в реабилитационном центре).

Согласно положениям МКФ, составляющие «функции организма» и «активность и участие», предназначенные для оценивания степени выраженности проблем, имеют пять градаций: 0 – нет проблем, 1 – легкие проблемы, 2 – умеренные, 3 – выраженные, 4 – абсолютные проблемы. Факторы окружающей среды могут рассматриваться как облегчающие факторы (+) или как барьеры (-) в реабилитационном процессе.

Результаты обследования по стандартизированным методикам и шкалам были переведены в категории МКФ и занесены в форму оценки. Наглядно описание проблем и ресурсов клиента представлено в функциональном профиле (см. Приложение), который показывает степень нарушений функций организма, ограничений активности. Список проблем составлен с учетом самооценки клиентом своего состояния и с точки зрения специалиста. Функциональный профиль является наглядной иллюстрацией основных проблем и ресурсов клиента и позволяет сформулировать индивидуальные цели реабилитации. Свои пожелания в отношении реабилитационных мероприятий клиент выразил еще на этапе первичной оценки. Цели определялись в терминах МКФ и в приоритетном порядке их выполнения в соответствии с этапами реабилитации.

Постановка целей реабилитации клиента осуществлялись на заседании Реабилитационной комиссии, где присутствовали члены Междисциплинарной бригады врач, психолог и специалисты различных направлений реабилитации. Определение целей реабилитации клиента по МКФ осуществлялось в следующей последовательности: сначала выделялись наиболее проблемные области и сильные стороны клиента, затем выделялись домены, над которыми предстоит работать, внутри доменов определялись те категории, которые должны были стать целями вмешательства на данном курсе реабилитации.

На заседании Реабилитационной комиссии утверждался индивидуальный реабилитационный маршрут, включавший в себя преимущественно мероприятия по физической и социальной реабилитации, и определялись структурные подразделения Центра реабилитации, в которых должна была проводиться реабилитационная работа. В таблице 1 отражены цели клиента В. и специалисты, которые участвовали в реабилитационных мероприятиях данного клиента.



Таблица 1

**Индивидуальный маршрут реабилитации клиента в СПб ГБУСОН  
«ПСРДИ Невского района» за период 2015–2017 гг.**

| <b>ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ МАРШРУТ РЕАБИЛИТАЦИИ</b>                 |                                 |                                |                               |
|--|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <b>ФУНКЦИИ по МКФ</b>                                      | <b>СПЕЦИАЛИСТЫ</b>              | <b>ОЦЕНКА по МКФ</b>           |                               |
| <b>1</b>   | <b>2</b>                        | <b>3</b>                       | <b>4</b>                      |
|  |                                 | <b>Начало<br/>реабилитации</b> | <b>Конец<br/>реабилитации</b> |
| b140 Функции внимания                                      | психолог                        | 3                              | 2                             |
| b144 Функции памяти  | психолог                        | 3                              | 3                             |
| b160 Функции мышления                                      | психолог                        | 3                              | 2                             |
| b167 Функции речи  | логопед                         | 3                              | 3                             |
| d155 Приобретение практических навыков                     | изостудия                       | 3                              | 2                             |
| d160 Концентрация внимания                                 | психолог                        | 3                              | 2                             |
| d177 Принятие решений                                      | психолог                        | 3                              | 2                             |
| d220 Выполнение многоплановых задач                        | тренировочная квартира          | 3                              | 2                             |
| d230 Выполнение повседневного распорядка                   | тренировочная квартира          | 3                              | 2                             |
| d240 Преодоление стресса и других психологических нагрузок | психолог                        | 2                              | 1                             |
| d310 Восприятие устных сообщений при общении               | логопед                         | 3                              | 1                             |
| d325 Восприятие письменных сообщений при общении           | логопед                         | 3                              | 1                             |
| d330 Речь  | логопед, театральная студия     | 3                              | 2                             |
| d345 Письменные сообщения                                  | логопед                         | 3                              | 2                             |
| d350 Разговор  | логопед, театральная студия     | 3                              | 2                             |
| d410 Изменение позы тела                                   | спортивный зал, тренажерный зал | 3                              | 2                             |
| d415 Поддержание положения тела                            | спортивный зал, тренажерный зал | 3                              | 2                             |
| d430 Поднятие и перенос объектов                           | тренировочная квартира          | 3                              | 3                             |

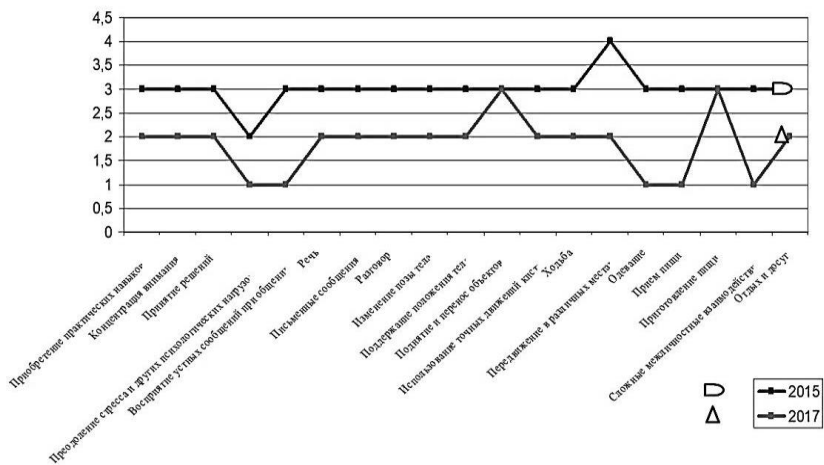
|   |   |    |    |
|---|---|----|----|
| d440 Использование точных движений кисти                          | тренировочная квартира                                  | 3  | 2  |
| d445 Использование кисти и руки                                   | спортивный зал, тренажерный зал                         | 3  | 2  |
| d450 Ходьба   | спортивный зал, тренажерный зал                         | 3  | 2  |
| d460 Передвижение в различных местах                              | тренировочная квартира, спортивный зал, тренажерный зал | 4  | 2  |
| d540 Одевание   | тренировочная квартира                                  | 3  | 1  |
| d550 Прием пищи   | тренировочная квартира                                  | 3  | 1  |
| d560 Питье  | тренировочная квартира                                  | 3  | 1  |
| d630 Приготовление пищи   | тренировочная квартира                                  | 3  | 3  |
| d640 Выполнение работы по дому                                    | тренировочная квартира                                  | 3  | 2  |
| d720 Межличностное взаимодействие                                 | психолог  | 3  | 1  |
| d920 Отдых и досуг  | театральная студия                                      | 3  | 2  |
| e115 Изделия и технологии для личного повседневного использования | тренировочная квартира                                  | -1 | +2 |
| e310 Семья и ближайшие родственники                               | психолог  | +3 | +4 |
| e360 Работники других профессиональных сфер                       | куратор (специалист по социальной работе)               | +2 | +3 |

Из таблицы 1 видно, что основной акцент при планировании реабилитационных мероприятий был сделан на восстановлении (или компенсации) навыков самостоятельного функционирования в повседневной жизни. Комплекс упражнений, разработанный инструкторами по физической культуре в спортивном и тренажерном залах, был направлен на изменение и поддержание позы тела, восстановление движений поврежденной кисти и руки, на восстановление навыка самостоятельной ходьбы, а также на обучение передвижению в пределах помещения. В тренировочной квартире специалист по социальной работе проводил занятия, направленные преимущественно на развитие компенсаторных способностей к самообслуживанию и выполнению бытовой деятельности сохранной рукой (при необходимости с применением технических средств реабилитации). В занятия был включен блок

упражнений на восстановление точных движений кисти (подбирание, захват, манипулирование и отпускание) поврежденной руки. Большое внимание было уделено выполнению повседневного распорядка дня по составленному алгоритму. Логопедом проводилась работа над восстановлением речевых навыков (восприятие сообщений при общении, растормаживание произносительной стороны речи, стимулирование простых коммуникативных видов речи). Некоторые элементы восстановления способности к общению отрабатывались также на занятиях у психолога и в театральной студии. Психологами был разработан комплекс упражнений на восстановление когнитивных функций (внимания, памяти, мышления), проводилась работа с семьей (усиление поддержки, информирование и консультирование по поводу выполнения домашних заданий, организации распорядка дня). В качестве дополнительных реабилитационных мероприятий в индивидуальную программу были включены занятия в студиях по изобразительной деятельности и гончарному делу. Основная цель занятий в студиях, с одной стороны, – восстановление точных движений кисти с помощью специальных техник, а с другой – приобретение элементарных практических навыков. Задача организации досуговой деятельности решалась в театральной студии, а также в ходе участия клиента в культурно-массовых мероприятиях на базе центра социальной реабилитации (праздники, концерты, вечера отдыха).

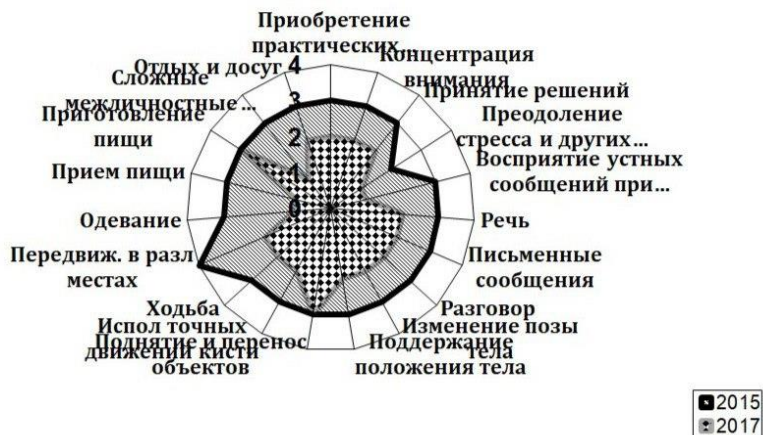
Цель реабилитационных вмешательств указывалась в листах направлений к специалистам. Каждый специалист, опираясь на поставленные цели, выстраивал свою логику проведения реабилитационных занятий, подбирал необходимые оценочные инструменты, методики и техники вмешательства. После завершения курса реабилитации каждый специалист проводил оценку достижения поставленных целей. Куратор (специалист по социальной работе) на основе обобщенных результатов делал общее заключение об эффективности выполнения реабилитационных мероприятий.

В данной работе представлены оценки выполнения реабилитационных целей нескольких курсов реабилитации клиента В. за период 2015–2017 годов по основным категориям разделов активности и участия (МКФ). Динамика показателей клиента после проведения реабилитационных мероприятий в показана на рисунке 1.



**Рис. 1** Динамика показателей активности и участия клиента после проведения реабилитационных мероприятий

На рисунке 1 видно, что наибольшая динамика была достигнута в восстановлении способностей к самообслуживанию (прием пищи и одевание), в восприятии устных сообщений при общении, в межличностных взаимодействиях, в преодолении стрессовой ситуации, в передвижении (внутри помещения и за его пределами). Для большей наглядности междисциплинарная команда специалистов Центра реабилитации применила профиль функционирования клиента В. и его динамики в виде диаграммы (рисунок 2). Оказалось, что в практическом применении такой вид оценки и представления текущей информации был наиболее удобен.



**Рис. 2** Диаграмма, наглядно показывающая динамику показателей функционирования клиента В. до и после проведенных реабилитационных мероприятий.

Таким образом, профили функционирования клиента В., полученные по результатам оценок в начале и в конце курсов реабилитации, наглядно отражают эффективность проведенной комплексной реабилитации.

### **Заключение**

В современных исследованиях показано, что использование МКФ в практике реабилитации позволяет оценить улучшение жизнедеятельности и социального активности клиента, что является необходимым условием для достижения конечной цели комплексной реабилитации. Необходимо подчеркнуть, что использование каких-либо отдельных шкал или методик не позволяет провести системный анализ состояния клиента, определить его функциональный профиль и разработать цели реабилитации. В то время как применение МКФ в практике реабилитационного учреждения создает возможности для эффективного междисциплинарного взаимодействия на основе единой системы оценочных категорий для планирования и проведения реабилитационных мероприятий. Таким образом, применение МКФ как интегративного показателя работы каждого специалиста позволяет объективно оценить эффективность реабилитационных программ

## Литература

1. Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Диагностика развития зрительно-вербальных функций. М.: Академия, 2003. 64 с.
2. Бодрова Р.А., Аухадеев Э.И., Тихонов И.В. Опыт применения международной классификации функционирования в оценке эффективности реабилитации пациентов с последствиями поражения ЦНС // Практическая медицина. 2013. № 1 (66). С. 98–100
3. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики. Практическое руководство. Санкт-Петербург: Издательство «Стройлеспечать», 1997. 198 с.
4. Жукова Т.Н., Лорер В.В., Владимиров О.Н. Использование положений Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья в практике работы центра социальной реабилитации [Электронный ресурс] // Вестник Всероссийской гильдии протезистов-ортопедов (Специальный выпуск). 2014. № 3 (57). URL: [http://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/ph/14/vestnik%202014\\_3\(57\).pdf](http://congress-ph.ru/common/htdocs/upload/fm/ph/14/vestnik%202014_3(57).pdf) (дата обращения: 04.09.2017).
5. Захаров В.В. Вознесенская Т.Г. Нервно-психические нарушения: диагностические тесты / под ред. Н.Н. Яхно. 5-е изд. М.: МЕДпресс-информ, 2016. 320 с.
6. Ибраева К.Б. Оценка функционального статуса больных нейрохирургического профиля с использованием международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья: автореф. дис. ... докт. мед. наук. Астана, 2011. 27 с.
7. Казьмин А.М., Перминова Г.А., Чугунова А.И. Прикладное значение Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья детей и подростков (краткий обзор литературы) [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2014. Т. 3. № 2. URL: [http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin\\_et\\_al.shtml](http://psyjournals.ru/psyclin/2014/n2/Kazmin_et_al.shtml) (дата обращения: 10.08.2017).
8. Комплексная реабилитация инвалидов в условиях центра социальной реабилитации: сборник научных трудов. Вып. 1 / под ред. З.Д. Шварцмана, Т.Н. Жуковой, В.В. Лорер. СПб: «Береста», 2013. 128 с.
9. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Женева: ВОЗ, 2001. 342 с.
10. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения (практическое руководство). Тернополь: «Обрій», 2004. 168 с.

11. Смышчек В.Б. Современные аспекты инвалидности. Минск: БГАТУ, 2012. 268 с.
12. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. URL: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_8559/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/) (дата обращения: 10.08.2017).
13. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. М.: Изд-во МГУ, 1981. 67 с.
14. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации: Руководство для врачей / Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Шепетовой. М.: Антидор, 2002. 440 с.
15. Rauch A., Cieza A., Stucki G. How to apply the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) for rehabilitation management in clinical practice // Eurorean Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2008. Vol. 44. № 3.  
URL: <https://www.minervamedica.it/en/journals/europa-medicophysica/article.php?cod=R33Y2008N03A0329> (дата обращения: 04.09.2017).

**Н.Д. Семенова, А.В. Палин, Е.И. Рассказова**  
**ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ**  
**ШИЗОФРЕНИЕЙ, МОТИВАЦИЯ И ПРОБЛЕМА ОЦЕНКИ**  
**ВЫХОДА: СООБЩЕНИЕ О РЕЗУЛЬТАТАХ РАЗВИТИЯ**  
**КОНСЕНСУСА**

В последние десятилетия произошли большие изменения в психосоциальной реабилитации психически больных [2]. Психиатрическая реабилитация представляет собой открытую систему: и содержание, и вектор прилагаемых усилий здесь постоянно меняется (*социальная поддержка, социальная сеть значимых других, тренинг навыков, когнитивная ремедиация, социальное познание* как новая парадигма и т.д.), – неизменной остается суть – восстановление нарушенных в результате болезни ресурсов личности. Этот тезис особенно усиливается в связи со сдвигом фокуса системы психиатрической помощи в направлении *recovery* или личностно-социального восстановления [8, 12, 13].

Уже на начальных этапах болезни, когда налицо первые признаки сужения круга мотивов, разрыва их смыслообразующей и побудительной функции [3], необходимы специальные вмешательства, формирующие *мотивацию пациента к реабилитации* [2]. С увеличением стажа заболевания происходит ослабление и угасание мотивации к социальному восстановлению, и пациенты не демонстрируют должных ре-

зультатов психосоциальной реабилитации [20]. Ведущие зарубежные специалисты присоединяются к данному тезису, отмечая исключительную важность обращения к ресурсу внутренней мотивации больного при построении лечебно-реабилитационных программ [7].

Психологические исследования указывают на важную роль мотивационных переменных в эффективности любой человеческой деятельности, в том числе и реабилитации [16], рассматриваемой как деятельность (направленную на получение определенного результата). В этой связи важно оценить уровень актуальной мотивации пациента, а также эффективность реабилитационных программ по данному параметру. Сделать это чрезвычайно трудно, об этом говорят многочисленные исследования мотивационных явлений при шизофрении как *объекта психологической диагностики* [9, 10, 11, 14]. Имеется ряд индикаторов, опосредующих процессов или критериев, на основе которых можно судить о *качественных* и *количественных* характеристиках мотивации [1, 6]. Важно выделить те из них, что могут стать основой для формирования инструментария, призванного оценить эффективность психосоциальной реабилитации при шизофрении по параметру «мотивация».

Таким образом, не на все вопросы проблемного поля мотивации в контексте психосоциальной реабилитации больных шизофренией в настоящее время есть ответы. Вместе с тем, первым шагом в плане построения основы для формирования инструментария, призванного оценить эффективность психосоциальной реабилитации по параметру «мотивация», является достижение согласия экспертов на предмет требуемых доменов оценки, а также поиск конкретных шкал, фиксирующих желаемые изменения у пациентов.

**Целью** работы было идентифицировать эти домены оценки выхода, ориентируясь на которые, следует производить измерения, определяющие далее мотивацию пациента и клиническую эффективность психосоциальной реабилитации.

**Материал исследования.** Настоящее исследование проводилось на базе Московского НИИ психиатрии, филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, а также на базе следующих клиник: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина» Департамента Здравоохранения г. Москвы (ГБУЗ ПКБ № 4 ДЗМ); ГБУЗ «Психиатрическая больница № 2 им. О.В. Кербилова» Департамента здравоохранения г. Москвы.

**Методы исследования.** Мотивация при шизофрении – сложное системное образование. Настоящее исследование рассматривается как предварительный шаг к оценке мотивации пациента (в контексте реа-



билитации) в рамках доказательной медицины. Цель работы, состоящая в идентификации доменов оценки результатов психосоциальной реабилитации, достигалась с привлечением «constituency approach» [17] (буквально, «подход по типу избирательного округа») как метода развития консенсуса. Этот известный в зарубежной традиции подход относится к категории evidence based, доказательной медицины [19]. Методы, относящиеся к данной категории, обеспечивают структуру группового взаимодействия и имеют четко очерченные исходные и конечные позиции при достижении согласия в группе. Метод, ввиду его научно-доказательной базы, широко применяется в медицине, например, при выработке консенсуса касательно тех или иных аспектов клинических испытаний [15].

Первоначальная отработка метода в виде пилотажного исследования проходила на базе ГБУЗ ПКБ № 4 ДЗМ, где в качестве экспертов выступали сотрудники медико-реабилитационного отделения, всего 13 человек (4 мужчин, 9 женщин), из них 2 психиатра, 5 психотерапевтов, 4 клинических психолога, 1 социальный работник и 1 медицинская сестра. Результаты исследования докладывались на Всероссийской научно-практической междисциплинарной конференции с международным участием «Реабилитация и профилактика–2015» [5].

Основное исследование осуществлялось на базе ГБУЗ «Психиатрическая больница № 2 им. О.В. Кербилова» ДЗМ (Главный врач – Малиновская С.Д.). В качестве экспертов выступали клиницисты и психологи. Работа проходила в форме мастерской и строилась на основе принципов, приводящих к принятию группой единого решения (четкие исходные данные, максимально широкой охват заинтересованных сторон, тщательное структурирование встречи) [18]. Подобная формализация снижала потенциальное влияние негативных групповых процессов: дисбаланс власти, «групповое мышление» и т.п. Групповой процесс протоколировался и мог быть воспроизведен с другим набором участников. Процедура состояла из пяти этапов – от предоставления участникам информации о задаче (психосоциальная реабилитация, мотивация и ее нарушения при шизофрении, оценка эффективности психосоциальной реабилитации по параметру «мотивация» и т.п.) до итоговой общей встречи группы, на которой малые группы представляли результаты, и обсуждались шаги, ведущие к принятию единого решения. На втором, основном, этапе участникам раздавались листки с вопросами: Вопрос № 1. На какие концепты (домены функционирования пациента), как Вам представляется, следует ориентироваться, чтобы судить о мотивации пациента в ходе психосоциальной реабилитации? Вопрос № 2. Для каждого из выделенных Вами концептов укажите, как его следует измерять, и какие рекомендации Вы можете дать

относительно инструментов оценки? (Речь идет о методах диагностики, о том, по каким признакам должна происходить диагностика). Вопрос № 3. Когда, как Вы думаете, и на каком этапе следует применять данные инструменты оценки?

**Результаты.** В качестве экспертов выступили 12 человек (8 мужчин, 4 женщины), из них: 8 психиатров и 4 психолога, два из которых – «практики», непосредственно работающие с больными шизофренией (психодиагностика, ведение групп психосоциальной реабилитации и т.п.), два других – «теоретики» (преподаватели университета). Отвечая на вопрос (Вопрос № 1), какие концепты (домены функционирования) важны, чтобы судить о мотивации пациента в ходе психосоциальной реабилитации, участники пришли к согласию, выдвинув следующие положения: 1. «Желание выздороветь» – нечто типа установки в терминах желания жить, желания сделать свою жизнь осмысленной и полноценной; 2. «Действие» (поведенческий компонент) в терминах (а) способности придерживаться целенаправленной активности, (б) частоты и продолжительности поведения, связанного с конструктивной деятельностью, (с) способности формулировать планы на будущее и двигаться по направлению к достижению этих планов в терминах работы, учебы и карьеры; 3. Симптомы психического заболевания; 4. Удовлетворенность жизнью и качество жизни. Отвечая на второй вопрос (Вопрос № 2), участники пришли к согласию в следующем: 1. Для установки «желание выздороветь» должна использоваться некая форма самоотчета; однако участники не смогли идентифицировать конкретные пункты, которые следует использовать в данном домене. 2. «Деятельность (действие)» следует измерять при помощи шкал, имеющих в наличии, и измеряющих поведение пациента в его повседневной жизни (напр., те или иные формы поведенческой активации). 3. Симптоматику следует оценивать с помощью известных инструментов (PANSS, CGI-I, CGI-S, CDSS, AES и др.). 4. Качество жизни следует оценивать с помощью известных инструментов (Q-Les-Q-18 и др.). Участники согласились, что все инструменты должны быть надежны и валидны, однако при этом не пришли к единому мнению на предмет того, какими по типу должны быть методы оценки указанных четырех доменов: качественными, количественными, наблюдательными или комбинированными. Отвечая на третий вопрос (Вопрос № 3), участники пришли к согласию в том, что замеры следует делать «до», «в процессе» и «после» психосоциального вмешательства, а также на отдаленном этапе (follow-up). Участники указали на возможность использовать замеры и по мере перехода пациента от одного состояния к другому, поскольку процесс изменения поведения в ходе реабилитации характеризуется определенной стадийностью.

Таким образом, был применен метод «constituency approach» как доказательный метод развития консенсуса с целью идентифицировать зоны согласия экспертов на предмет потенциальных доменов выхода для измерения эффективности психосоциальной реабилитации по параметру «мотивация». Была очерчена зона согласия по трем ключевым вопросам. Группа пришла к согласию относительно 4-х доменов, подлежащих оцениванию: (1) установка пациента «желание выздороветь», (2) поведение/действие, (3) симптоматика, (4) качество жизни. *Ограничения работы:* в работе приняло участие небольшое число профессионалов ( $n=12$ ). Вместе с тем, данная встреча (консенсус) предоставила концептуальную карту доменов выхода, необходимых для оценки эффективности психосоциальной реабилитации. Продолжение исследования формулируется в виде 2-х задач: (а) разработка стандартной батареи методик, которые могли бы использовать клиницисты, а также (б) достижение согласия профессионального сообщества в плане использования этих мер в рутинной клинической работе. По мере решения этих задач, реабилитационные вмешательства можно подвергнуть оценке и тестированию с целью включения их в мир доказательных медицинских технологий.

**Заключение.** Данные вышеприведенного исследования, дополненные дальнейшим теоретическим анализом [6, 18], позволяют сделать заключения на предмет объекта и методов диагностики мотивации пациента в контексте психосоциальной реабилитации. Проблема оптимизации реабилитационного процесса в плане воздействия на мотивацию пациента выходит за рамки собственно психиатрической проблематики и связана с широким кругом психологических детерминант и механизмов, на которые указывал Ю.Ф. Поляков с сотрудниками [4], подчеркивая, что нарушение потребностно-мотивационного компонента деятельности, ослабление детерминирующей роли социального фактора в регуляции психической деятельности ведет к снижению социальной направленности и к дальнейшему развитию патологии психической деятельности при шизофрении. Далее, Ю.Ф. Поляков с сотрудниками призывал к введению мотивирующих стимулов, которые, выявляя скрытые резервы психической деятельности, могли бы способствовать повышению уровня регуляции при шизофрении [4]. Необходимость развивать реабилитацию в рамках доказательной медицины требует дальнейшей теоретической проработки данных положений и проблемы мотивации в контексте психосоциальной реабилитации в целом.

## Литература

1. Васильева А. В., Бочаров В. В., Сарайкин Д. М. Мотивация и качество жизни при невротических и личностных расстройствах //Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2012. – №. 8.
2. Гурович И. Я. Направления совершенствования психиатрической помощи //Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – №. 1.
3. Коченов М. М., Николаева В. В. Мотивация при шизофрении. – 1978.
4. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – МГУ, 1991. – Т. 256.
5. Семенова Н.Д., Гурович И.Я., Палин А.В. К опросу о внедрении новых форм психосоциальной реабилитации шизофрении в практику медико-реабилитационного отделения психиатрической больницы // Материалы Всероссийской научно-практической междисциплинарной конференции с международным участием «Реабилитация и профилактика–2015» (в медицине и психологии). М., 2015. С. 191-192.
6. Семенова Н. Д., Фурсов Б. Б. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации шизофрении. Часть I //Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – Т. 23. – №. 1.
7. Семенова Н. Д. 5-я Европейская конференция по исследованиям в области шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – №. 4.
8. Anthony W. A. Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s //Psychosocial rehabilitation journal. – 1993. – Т. 16. – №. 4. – С. 11.
9. Breda C. S., Riemer M. Motivation for Youth's Treatment Scale (MYTS): A new tool for measuring motivation among youths and their caregivers //Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research. – 2012. – Т. 39. – №. 1-2. – С. 118-132.
10. Choi J., Mogami T., Medalia A. Intrinsic motivation inventory: an adapted measure for schizophrenia research //Schizophrenia bulletin. – 2009. – Т. 36. – №. 5. – С. 966-976.
11. Choi K. H., Saperstein A. M., Medalia A. The relationship of trait to state motivation: the role of self-competency beliefs //Schizophrenia research. – 2012. – Т. 139. – №. 1. – С. 73-77.
12. Chou K. R. et al. Psychosocial rehabilitation activities, empowerment, and quality of community-based life for people with schizophrenia //Archives of psychiatric nursing. – 2012. – Т. 26. – №. 4. – С. 285-294.

13. Kukla M., Lysaker P. H., Salyers M. P. Do persons with schizophrenia who have better metacognitive capacity also have a stronger subjective experience of recovery? // *Psychiatry Research*. – 2013. – T. 209. – №. 3. – C. 381-385.
14. Llerena K. et al. The Motivation and Pleasure Scale–Self-Report (MAP-SR): Reliability and validity of a self-report measure of negative symptoms // *Comprehensive psychiatry*. – 2013. – T. 54. – №. 5. – C. 568-574.
15. Marder S. R., Rabinowitz J., Kapur S. Clinical trials for negative symptoms—emerging directions and unresolved issues // *Schizophrenia research*. – 2013. – T. 150. – №. 2. – C. 327.
16. Moran G. S. et al. Motivations of persons with psychiatric disabilities to work in mental health peer services: a qualitative study using self-determination theory // *Journal of Occupational Rehabilitation*. – 2014. – T. 24. – №. 1. – C. 32-41.
17. Murphy E. et al. Qualitative research methods in health technology assessment: a review of the literature. – 1998.
18. Semenova N., Gurovich I. Ya., Rasskazova E., Papsouev O. (2014). Developing an Outcome Framework for Measuring the Impact of Motivation Enhancement: A Report from a Consensus Development Process // Paper presented at the XVI World Congress of Psychiatry. Madrid, Spain, September 2014. *Abstract book. Oral and Poster Communications*. Vol. 6. P. 211.
19. Dent L., Raftery J. Treatment success in pragmatic randomised controlled trials: a review of trials funded by the UK Health Technology Assessment programme // *Trials*. – 2011. – T. 12. – №. 1. – C. 109.
20. Lysaker P. H. et al. Metacognition, self-reflection and recovery in schizophrenia // *Future Neurology*. – 2013. – T. 8. – №. 1. – C. 103-115.

# METHODOLOGICAL AND APPLIED PROBLEMS OF MEDICAL (CLINICAL) PSYCHOLOGY

Collective monograph

## SECTION 1. Methodology of Modern Clinical Psychology

**T.K. Meleshko**

**Yuriy F. Polyakov - scientist and organizer sciences (90th anniversary)**

FSBSI "Mental Health Research Center" Moscow, Russia

**Abstract.** The article is devoted to the outstanding domestic psychologist, one of the classics of medical psychology, the post-graduate student B.V. Zeigarnik, Doctor of Psychological Sciences Yuri Fedorovich Polyakov (1927-2002). He owns the original concept of cognitive impairment in patients with schizophrenia (reduction of selective updating of knowledge based on past experience), under his supervision, the team of the pathopsychology laboratory of the Institute of Psychiatry of the Academy of Medical Sciences of the USSR (now the Medical Psychology Department of the Scientific Center for Mental Health of the Russian Academy of Medical Sciences for several years studied patopsychological syndrome in schizophrenia and other types of endogenous mental pathology, the works were monographs and scientific monotematic collections. 20 years (1980-2001) Yu.F. Polyakov headed the Department of Neuropsychology and Pathopsychology of the Faculty of Psychology of the Moscow State University named after MV Lomonosov, under his leadership the range of research at the department expanded, new directions appeared

**Keywords:** Polyakov Yu.F., Zeigarnik BV, medical psychology, Faculty of Psychology, Lomonosov State University, schizophrenia

**G.V.Zalewsky**

**Methodology of clinical psychology**

Baltic Federal University I. Kant (Kaliningrad)  
National Research University of Russia (Tomsk), Russia

**Abstract.** The article is devoted to study the methodology of modern medical psychology. There are presented: the object field and the subject (meta-predmet) clinical psychology, paradigms and models of clinical psychology, Biopsihosocionoetic model is suggested by author. The state of art of contemporary Russian clinical psychology Paradigms and models of clinical psychology are presented and discussed

**Keywords:** clinical psychology in Russia state of art

**M.V. Alfimova**

**Current trends in the development of foreign clinical psychology**

FSBSI “Mental Health Research Center” Moscow, Russia

**Abstract.** Nowadays psychology and psychiatry become part of integrative science, respond to acute social challenges and apply new computer technologies. Psychiatry, in addition, is experiencing a period of paradigm shift in the classification of mental disorders and the transition to evidence-based medicine. All these processes affect the development of clinical psychology - a branch of psychology formed at the junction with psychiatry. The main trends of modern foreign clinical psychology include (1) consideration of traditional psychological constructs in the context of new diagnoses and neuroscience data, (2) the participation of clinical psychologists in solving new social problems, (3) the gradual incorporation of computer technologies for diagnosis and delivery of psychological services, (4) a shift to "evidence-based practice" in training and psychological treatments. In general, there is an increase in the recognition of the clinical psychology potential and in the need for psychological interventions in health and social care in the Western world.

**Keywords:** clinical psychology, classification of diseases, social challenges, evidence-based practice.

**V.A. Uryvaev**

**The department of medical psychology in a medical university: looking ahead**

Yaroslavl State Medical University, Yaroslavl, Russia

**Abstract.** The paper deals with the history of development of teaching psychology in Russian medical universities and justifies the idea that creating a basic department of medical psychology is perspective. Basic arguments for creating an independent department are: first of all, an increased contribution of psychology to the quality of medical services (a doctor-patient dyad); the occurrence of a minimal sufficient number of specialists recently (Candidates of Science and Doctors of Science in compliance with the 19.00.04 – medical psychology code); the occurrence of a particular department in the system of Ministry of Healthcare – freelance specialists in medical psychology. Whereas, basic departments of medical psychology will greatly enhance the positions of psychologists in a professional medical school and will give an extra impetus to the development of psychological knowledge in this area.

**Keywords:** medical psychology, doctor’s training, the quality of medical services, the department of medical psychology, a doctor-patient dyad.

## **SECTION 2. Applied Research, New Trends, Multidisciplinary Approach**

**E.I. Pervichko**

### **Emotion regulation in health and disease: cultural-historical activity approach**

Lomonosov MSU, Moscow, Russia

**Abstract.** The article gives a theoretical explanation and empirical verification of a conceptual model of Emotion Regulation (ER), developed in the theoretical and methodological context of Cultural-historical activity theory. A universal hypothesis concerning ER as a system including psychological and physiological levels has been verified empirically. The psychological level may be subdivided on motivational and operational-technical levels, ruled by such psychological mechanisms as reflection and symbolic mediation. It has been proven that motivational peculiarities determine the manifestation of other analyzed components of the ER system. This is true not only for healthy subjects, but also for three groups of cardiovascular diseases patients: (1) mitral valve prolapse patients; (2) patients with "Classical" Essential Hypertension, and (3) "Hypertension at Work" patients. The significance of reflection and symbolical mediation in the system of ER has been determined. It has been proved that ER in patients with presented forms of cardiovascular diseases differs from that of healthy subjects, highlighted by a very strong conflict of goal-achieving and fail-avoiding motives, lack of personal reflection and distortion of symbolical mediation, and very limited resources of ER.

**Keywords:** higher mental functions (HMF); cultural activity paradigm; emotion regulation; emotion regulation strategies; essential hypertension, mitral valve prolapse; emotional stress.

**S.N. Enikolopov, V.N. Garifullina**

### **A dual-process theories underlying social stigma**

FSBSI "Mental Health Research Center"

Lomonosov Moscow State University Moscow, Russia

**Abstract.** In this paper, a review of the literature on theories addressing stigma as a phenomenon, which is based on two types of evaluation processes – associative and propositional, has done. The detailed description with references to the experimental studies of each of the types of processes, their regulation and change, their interactions, and – the role and characteristics of each in the development of programs of destigmatization, has given.



Special attention is paid to the implicit evaluation processes underlying social stereotypes and associated emotional component of stigma. These processes has long remained undervalued and gaining the increasing value in modern studies. The sources and causes of this type of evaluation process have considered. They lie in a social context and has a neurobasis. In connection with the decisive role of implicit processes in the issuance stigmatizing ratings and characteristic difficulty in tracking and conscious regulation, the analysis of the factors promising in terms of their change, and which help to reduce stigmatizing effect has done.

Thus, the integration of knowledge on the subject has performed. Selected items potentially promising in destigmatization purposes have highlighted.

**Keywords:** stigmatization, social stereotypes, evaluation of dual-process theories, implicit stereotypes, destigmatization

**T.I. Medvedeva, S.N.Enikolopov, O.Yu Vorontsova, O. Yu.Kazmina**  
**Study of the moral choice features with the use of "moral dilemmas"**

FSBSI "Mental Health Research Center"

**Abstract.** The article discusses approaches to the empirical research in the field of moral psychology. The results of three empirical studies being conducted in the Department of Clinical Psychology are presented. In all studies the "Moral dilemmas" proposed by J.D. Greene are used.

The first study assesses the relationship between moral decisions and an implicit attitude to life and death. It is shown that in the norm group and in the group with suicidal risk, the number of positive choices in "personal" dilemmas significantly increases with a subjective decrease of the emotional value of "life" and with the implicit preference for "death."

The second study examines the dependence of the moral decision on the characteristics of the emotional intelligence. It is shown that the number of choices in "personal" dilemmas increases with a deterioration of ability to recognize the emotions of other people with a relatively good ability to recognize one's personal emotions. The number of "personal" choices increases if the assessment of personal emotional state is not ambivalent and with a decrease of ability to personal emotions regulation.

The third study is devoted to the analysis of gender differences in the moral decision, as well as the relation between the moral choices and some features of rational decision-making and emotional decision-making. It is shown that men are more likely to make "personal" choices. The difference between men and women in solving "Moral dilemmas" is not related to the cognitive mechanisms of rational decision-making, but is associated with neurocognitive mechanisms of emotional decision-making. Women tend to

ignore the negative emotional experience which is infrequent and remote in time.

**Keywords:** moral dilemmas, implicit preferences, emotional intelligence, gender differences, sex differences, decision making, WCST, IGT, IAT

**E.V. Kuftyak**

**Study of psychological defenses with using the method « defence style questionnaire»: relations with coping-behavior and psychological well-being (on the example of adolescence)**

Kostroma State University, Kostroma, Russia

**Abstract** The article deals with the procedure of adaptation of the questionnaire «Defence Style Questionnaire». The author gives the data about reliability, validity and standardization of the methodology. There are differences in the severity of types of mechanisms of psychological defense between boys and girls. The interrelations between the mechanisms of psychological protection and the parameters of psychological well-being are considered. It is revealed that psychological well-being, and mental health are influenced by adequate perception of reality. The information given in the article can be useful psychologists and researchers.

**Keywords:** mechanisms of psychological defense, strategies of coping behavior, adaptation process, psychological well-being, youthful age

**N.A. Polskaya**

**Models of emotion dysregulation in psychopathology**

MSUPE, Moscow, Russia

**Abstract** The main approaches to studying emotion dysregulation in psychopathology are defined. Emotion regulation models are distinguished into three types: process, cyclic non-linear and integrative models. Process models consider dynamic parameters of emotion regulation; cyclic non-linear models focus on the issue of affect cumulation and preventing/avoiding emotional tension build-up; integrative models combine personal and dynamic characteristics of emotions. Different models have their own take on various aspects and components of emotion dysregulation.

**Keywords:** emotion dysregulation, psychopathology

**S.V. Koudria, E.N. Davtian**

**Word meaning in oral and written psychiatrist-patient communication**

St.Petersburg State University, Herzen University,  
Saint-Petersburg, Russia

**Abstract.** The article approaches written communication via the psychiatric clinical research questionnaire and oral psychiatrist-patient communication from the perspective of discourse-analysis. It focuses on the functioning of common lexis, general scientific terms, psychiatric terms, metaphors, and loan words in these two communicative settings. The article compares factors that contribute to interpretation of individual words and word combinations by the psychiatrist and the patient. The results of the discourse analysis are interpreted in the context of objectives and values of the modern clinical discourse.

**Keywords:** discourse analysis, word meaning, interpretation, psychiatrist-patient communication, clinical discourse

### **SECTION 3 Research of Ontogenesis-Dysontogenesis in Clinical Psychology**

**N.A. Kravtsova**

**Psychosomatic development and psychosomatic health modern children and teens**

FSBEI HE "The Pacific State Medical University" of MOH Russia,  
Vladivostok, Russia

**Abstract.** The psychosomatic phenotype conception (in abbreviated form PPC) created by the author is presented in the article. PPC is a product of psychosomatic development and manifested in two vectors of its development: sanogenic and pathogenic, which are describes in comparative aspect at different stages of ontogenesis. The author formulates the psychosomatic health definition and based on the components highlighting determines the targets of psychocorrection and psychotherapy. Briefly it is outlines the four stages of the psychotherapeutic model for children and teens with psychosomatic disorders.

**Keywords:** development, psychosomatic phenotype, sanogenic, pathogenic

**I.A. Gorkovaya, A.V.Miklyaeva**

**Coping-strategies in the context of hardiness in adolescents with visual impairments**

Herzen University, Saint-Petersburg, Russia

**Abstract.** The article presents the results of a study about dynamics of coping-strategies in adolescents with visual impairments in connection with their hardiness and visual disorders, which was attended by 61 adolescents 13-16 years with visual impairments and 112 healthy adolescents 13-15 years old. Based on the data obtained through the "Test of adolescents", "Coping behavior Test", teachers' expert survey and document analysis, the

study showed that adolescents with visual impairments have relatively high potential of coping with life's difficulties, however, the structure of this potential is mediated by severity of visual impairment, defining the typical ways teenagers interact with difficult situations, comfortable degree of autonomy from adults and independence.

**Keywords:** adolescents, visual impairments, coping behavior, hardiness

**T.G. Goriatcheva, A.S. Sultanova**

**To the theoretical substantiation of sensorimotor correction in dysontogenesis and various pathological conditions in children**

Pirogov Russian National Research Medical University, Institute for the study of childhood, family and education of RAE, Moscow, Russia

**Abstract.** In the recent decades we can observe an increase of occurrence of various forms of dysontogenesis and neuropsychic disorders as well as the growth of psychological ill-being in Russia. The necessity of developing effective methods of overcoming dysontogenesis impairments and of the correction of various deviations in health status alongside with prevention of social maladjustment of children and adolescents appears to be long-standing. Almost every pathological state in childhood is connected with impairment of morphofunctional development of the nervous system of some degree and this connection has a double-side character. That is why including neuropsychological methods in the correctional-developing and rehabilitation work is obligatory for obtaining maximum positive results. From the beginning of 1990<sup>s</sup> the authors have been developing the method named sensorimotor correction (SMC). Its effectiveness has been proved by its application during 20 year period for children with various pathological states; in these years the method of SMC has found its special place in the range of other motional techniques and methods of neuropsychological correction. Although from the beginning the SMC method is founded on the theoretical basis of the Russian neuropsychology and has its origin in the various scientific spheres concerning development of the nervous system of a child, the theoretical justifying of the method has not been published yet. The current article is aimed at the compensation of this gap. The article refers the aims, principles and stages of the sensorimotor correction.

**Keywords:** sensorimotor correction, child neuropsychology, dysontogenesis, voluntary motion

**N.V. Zvereva**

**Approaches to investigation of motivation in children and adolescents with disturbance of mental development**

FSBSI “Mental Health Research Center”, MSUPE, Moscow, Russia

**Abstract.** The article presents the experience finding in psychological assessment of motivation in children and adolescents with different kinds of endogenous psychic illness, including 3 versions: evaluation of modified task instruction, using special psychometric tests and assessment of pathopsychological profile of children and adolescents with different forms of schizophrenia. The studies included children and adolescents with diagnoses of schizophrenic range (childhood type schizophrenia, schizophrenia with growing and stable defect, schizotypal disorder). Analysis shows perspectives of using this complex procedures in researching of motivation in in children and adolescents in mental development in accordance with traditions of Russian school of clinical psychology of development.

**Keywords:** children and adolescents, motivation. schizophrenia, experimental studies, children's clinical psychology

**N.K.Korsakova, I.F.Roshchina**

**The concept of A.R.Luria on the three functional blocks of the brain and the neuropsychological syndrome of normal aging**

Lomonosov MSU, FSBSI “Mental Health Research Center”, MSUPE,  
Moscow, Russia

**Abstract.** In recent decades, as a result of numerous studies in gerontology, a large amount of data has been accumulated concerning the quantitative and qualitative age-related changes in cognitive functions. In many ways, these changes are due to regular evolutionary changes and limitations in the work of the brain, which makes it possible to talk about the formation of such a direction in the study of the problem of the brain and the psyche as neurogerontopsychology. From these positions the article presents the main provisions concerning the possibilities of using the concept of A.R. Luria on three structural and functional blocks of the brain to systemically study the cognitive sphere in aging. The structure of the neuropsychological syndrome under normal (physiological) aging is described. The data of neurocognitive and neuropsychological approaches to changes in mental activity in late ontogenesis are compared.

**Keywords:** neurogerontopsychology, the concept of A.R.Luria on the three functional blocks of the brain, syndrome of normal aging

## **SECTION 4. The Issues of Early Prevention and Rehabilitation in a Clinical (Medical) Psychology**

**M.V. Ivanov, N.V. Simashkova, G.V. Kozlovskaya**

### **Diagnosis of mental health and developmental disorders in early childhood (screening tool)**

FSBSI “Mental Health Research Center” Moscow, Russia

**Abstract.** The article represents the establishment of the “Clinical and psychological checklist for parents aimed at detection of mental health disorders risk and developmental disorders in early childhood” and its implementability in practice.

**Keywords:** prevention; checklist for parents; screening tool; developmental disorders

**E.M. Ivanova**

### **Psychological analysis of hospital clowning as a way to develop rehabilitation potential in patients under severe deceases**

Pirogov Russian National Research Medical University,  
FSBSI “Mental Health Research Center”, Moscow, Russia

**Abstract.** Hospital clowning is an evolving practice of care for children and adults under severe deceases and prolonged hospitalization, which uses the healing power of laughter and play. The article presents general characteristics of hospital clowning, and assumes its relevance for research in clinical psychology as one of the ways to increase a patient’s rehabilitation potential. The main aims, principles and techniques of hospital clowning are described in comparison with circus clowning. The data of the first psychological studies in this field are reviewed, possible mechanisms of hospital clowning effectiveness are analyzed: physiological, psychological, social. The article discussed positive and negative effects of hospital clowning, as well as perspectives of its development.

**Keywords:** hospital clowning, clown therapy, laughter, humor, play, rehabilitation.

**V.V.Lorer, E.R.Isaeva, T.N. Zhukova**

**Experience in using the international classification of functioning (icf) to assessing the effectiveness of the rehabilitation work of the interdisciplinary team of specialists in the conditions of the regional center for the social rehabilitation of disabled people**

Center for Social Rehabilitation of Disabled People and Disabled Children  
in the Nevsky District of St. Petersburg; Pavlov First St Petersburg State  
Medical University, Saint-Petersburg, Russia.

**Abstract.** The article describes the possibilities of applying the International Classification of Functioning, Disability and Health in evaluating the efficiency of the rehabilitation process in the conditions of the regional center for social rehabilitation of disabled people and children with disabilities. On the example of the rehabilitation case of a specific disabled person with consequences of acute impairment of cerebral circulation, a step-by-step algorithm for developing an individual rehabilitation program and evaluating the rehabilitation process was shown: 1) an assessment of the needs and problems of the client; 2) planning of rehabilitation interventions; 3) implementation of rehabilitation measures; 4) evaluation of the effectiveness of rehabilitation measures. Various psychological methods and scales were used to assess the client's functioning, with the subsequent translation of the results obtained into the category of the International Classification of Functioning. On the basis of quantitative data, the functional profile of the client was built in a certain time period - before and after the rehabilitation program. Functional profile was used as a basis for planning and conducting rehabilitation activities. The final evaluation of the effectiveness of rehabilitation was given on the basis of a comparison of the achieved results of rehabilitation with the baseline indicators for the main categories of activity and social participation of the client from the position of the ICF

**Keywords:** International Classification of Functioning, complex rehabilitation, disabled people, functional profile, individual rehabilitation program

**N.D. Semenova, A.V. Palin, E.I. Rasskazova**

**Psychosocial rehabilitation in schizophrenia, motivation and measuring the impact: a report from a consensus development process**

Moscow Research Institute of Psychiatry, Gannushkin Psychiatric hospital  
No. 4 Lomonosov MSU, Moscow, Russia

**Abstract.** The aim of the paper is to identify outcome domains that could be measured to determine the clinical effectiveness of psychosocial rehabilitation along with the motivational outcomes. A formal evidenced-based method – the ‘constituency approach’ – was used to help participants come

to an agreement on suitable outcome domains. Twelve participants developed consensus on four areas of measurement: (1) “desire for recovery”; (2) action; (3) symptoms of mental distress; and (4) satisfaction with, and quality of, life. This consensus process developed a conceptual map of the outcome domains required to assess the effect of psychosocial rehabilitation as well as motivational outcomes. The task to be undertaken in the future is to identify a standard set of measures which can be used.

**Keywords:** psychosocial rehabilitation; motivation; constituency approach



## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Алфимова Маргарита Валентиновна** – д.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, [m.alfimova@gmail.com](mailto:m.alfimova@gmail.com)

**Балашова Елена Юрьевна** – к.псх.н., МГУ имени М.В. Ломоносова; Психологический институт РАО; ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; МГОУ, Москва, [balashova@yandex.ru](mailto:balashova@yandex.ru)

**Воронцова Оксана Юрьевна** – ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, [okvorontsova@inbox.ru](mailto:okvorontsova@inbox.ru)

**Гарифуллина Виктория Наильевна** – ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва.

**Горьковая Ирина Алексеевна** – д.псх.н., РГПУ им. А.И. Герцена; СПб ГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, [iralgork@mail.ru](mailto:iralgork@mail.ru)

**Горячева Татьяна Германовна** – к.псх.н., РНИМУ им. Н.И.Пирогова, МГППУ, Москва, [goriatcheva\\_tg@mail.ru](mailto:goriatcheva_tg@mail.ru)

**Давтян Елена Николаевна** – к.мед.н., ФГБОУ ВО Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Россия, Санкт-Петербург, [elena.davtian@gmail.com](mailto:elena.davtian@gmail.com)

**Ениколопов Сергей Николаевич** – к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, [enikolopov@mail.ru](mailto:enikolopov@mail.ru).

**Жукова Татьяна Николаевна** – к.мед.н., Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга, Санкт-Петербург, [tnzhukova@gmail.com](mailto:tnzhukova@gmail.com)

**Залевский Генрих Владиславович** – д.псх.н., заслуженный деятель науки РФ, Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград; Национальный исследовательский государственный университет, Томск, [usya9@sibmail.com](mailto:usya9@sibmail.com).

**Зверева Наталья Владимировна** – к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, [nwzvereva@mail.ru](mailto:nwzvereva@mail.ru)

**Иванов Михаил Владимирович** к.псх.н. ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, [ivanov-michael@mail.ru](mailto:ivanov-michael@mail.ru)

**Иванова Елена Михайловна** – ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, [Ivalenka13@gmail.com](mailto:Ivalenka13@gmail.com)

**Исаева Елена Рудольфовна** – д.псх.н., ПСПБГМУ им. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, [isajeva@yandex.ru](mailto:isajeva@yandex.ru)

**Казьмина Ольга Юрьевна** – к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, [kazminaolga@mail.ru](mailto:kazminaolga@mail.ru)

**Козловская Галина Вячеславовна** – д.мед.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

**Корсакова Наталья Константиновна** – Факультет психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, Москва

**Кравцова Наталья Александровна** – д.псх.н., ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России, Владивосток, e-mail: [kranatali@yandex.ru](mailto:kranatali@yandex.ru)

**Кудря Светлана Владимировна** – ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, Россия, Санкт-Петербург. [svetlana.koudria@gmail.com](mailto:svetlana.koudria@gmail.com)

**Куфтяк Елена Владимировна** – д.псх.н., Костромской государственный университет, Кострома, [kuftyak@yandex.ru](mailto:kuftyak@yandex.ru)

**Лорер Виктория Валерьевна** – к.псх.н., Центр социальной реабилитации инвалидов и детей-инвалидов Невского района Санкт-Петербурга; ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, [vika.lorer@gmail.com](mailto:vika.lorer@gmail.com)

**Медведева Татьяна Игоревна** – ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, [medvedeva.ti@gmail.com](mailto:medvedeva.ti@gmail.com)

**Мелешко Тамара Константиновна** – к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва

**Микляева Анастасия Владимировна** – д.псх.н., ФГБОУ ВО Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, Россия, Санкт-Петербург, [a.miklyaeva@gmail.com](mailto:a.miklyaeva@gmail.com)

**Мухитова Юлианна Владимировна** – к.псх.н., ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, [che88@mail.ru](mailto:che88@mail.ru)

**Палин Александр Васильевич** – Медико-реабилитационное отделение Психиатрической клинической больницы № 4 им П. Б. Ганнушкина, Москва, [pavelpalin@yandex.ru](mailto:pavelpalin@yandex.ru)

**Первичко Елена Ивановна** – д.псх.н., Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, [elena\\_pervichko@mail.ru](mailto:elena_pervichko@mail.ru)

**Польская Наталия Анатольевна** – д.псх.н., ФГБОУ ВО МГППУ, [polaskayana@yandex.ru](mailto:polaskayana@yandex.ru)

**Рассказова Елена Игоревна** – к.псх.н., МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», [e.i.rasskazova@gmail.com](mailto:e.i.rasskazova@gmail.com)

**Рощина Ирина Федоровна** – к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, [ifroschina@mail.ru](mailto:ifroschina@mail.ru)

**Селезнева Наталья Дмитриевна** – д.мед.наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва.

**Семенова Наталья Дмитриевна** – Московский НИИ психиатрии - филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» МЗ РФ, Москва [nyami2020@gmail.com](mailto:nyami2020@gmail.com)

**Симашкова Наталья Валентиновна** – д.мед.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, [simashkovanv@mail.ru](mailto:simashkovanv@mail.ru)

**Султанова Альфия Сергеевна** – ФГБНУ «Институт изучения

детства, семьи и воспитания» Российской академии образования,  
[alfiya\\_sultanova@mail.ru](mailto:alfiya_sultanova@mail.ru).

**Урываев Владимир Анатольевич** – к.псих.н., Ярославский государственный медицинский университет, Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, Ярославль,  
[red@mprj.ru](mailto:red@mprj.ru)

**Щелкова Ольга Юрьевна** – д.псих.н., ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург,  
[olga.psy.pu@mail.ru](mailto:olga.psy.pu@mail.ru)

*Научное издание*

**МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ  
И ПРИКЛАДНЫЕ ПРОБЛЕМЫ  
МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ)  
ПСИХОЛОГИИ**

*Под редакцией:*

Кандидата психологических наук, доцента Н.В. Зверевой  
Кандидата психологических наук, доцента И.Ф.Рощиной

Верстка – М.В. Зверева

Подписано в печать 02.03.2018  
Формат 60х90/16. Бумага офсетная.  
Печать цифровая. Тираж 500 экз.  
Заказ № 74080

Отпечатано в типографии «Onebook.ru»  
ООО «Сам Полиграфист»  
129090 г. Москва, Протопоповский переулок д. 6  
[www.onebook.ru](http://www.onebook.ru)