



ISSN: 2072-7593
ISSN (online): 2311-7036

Экспериментальная
психология

Experimental Psychology
(Russia)

3¹⁵

Экспериментальная психология

Experimental Psychology (Russia)

Ежеквартальный научный журнал
(основан в 2008 году)
Quarterly scientific journal
(founded in 2008)

Российская ассоциация экспериментальной психологии
Russian Association of Experimental Psychology

ГБОУ ВПО «Московский городской психолого-педагогический университет»
Moscow State University of Psychology and Education (MSUPE)

СОДЕРЖАНИЕ



ОТ РЕДАКЦИИ

Обращение к читателю 4



ПСИХОФИЗИОЛОГИЯ И ЭВОЛЮЦИОННАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Строганова Т.А., Орехова Е.В., Галота И.А.

Нейронные механизмы нарушений ориентировки внимания у детей с расстройством аутистического спектра 7

Шевченко Ю.С.

Социобиология и патопсихология kleptomании 24



МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Харламенкова Н.Е., Тарабрина Н.В., Никитина Д.А.

Метод триад при психологическом исследовании сложных объектов 37

Рассказова Е.И.

Интер- и интраиндивидуальные подходы к исследованию функционального и соматического состояния человека 47

Микадзе Ю.В., Богданова М.Д., Лысенко Е.С., Шахнович А.Р., Абузайд С.М.

Оценка латерализации церебральной гемодинамики при выполнении вербальных мнестических заданий методом функциональной транскраниальной доплерографии 62



ПСИХОДИАГНОСТИКА

Белопольская Н.Л.

Представления о психической норме и патологии: психологические критерии 74

Менделевич В.Д.

Проблема диагностики психических и поведенческих расстройств в эпоху постмодернизма 82

Зваан Л.

Психология диагностической ошибки 91

Холмогорова А.Б., Москачева М.А., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Краснова-Гольева В.В., Долыкова А.А., Царенко Д.М., Румянцева Ю.М.

Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» 99

СОДЕРЖАНИЕ



КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Каменецкая Е. В., Ребеко Т. А.

Репрезентация телесного Я при нарушении пищевого поведения 118

Польская Н. А.

**Акты самоповреждения у пациентов с пограничными психическими
расстройствами. 129**

Туровская Н. Г.

**Патология памяти в структуре нарушения психического развития у детей
с судорожными пароксизмами в анамнезе 145**

Щелкова О. Ю., Еремина Д. А.

**Психосоциальные и клинические факторы когнитивного функционирования
больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования 156**



ПСИХОЛОГИЯ ЛИЧНОСТИ

Васильева Н. Л., Молин А. Г.

Особенности субъективной картины мира у взрослых с зависимостью от ПАВ . . . 173

Мелёхин А. И., Сергиенко Е. А.

Предикторы субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте 185

Яковлева Н. В.

**Исследование индивидуальных различий здоровьесберегающей деятельности
личности 202**

Тарабрина Н. В., Хажуев И. С.

**Посттравматический стресс и защитно-совладающее поведение у населения,
проживающего в условиях длительной чрезвычайной ситуации. 215**

CONTENTS



EDITORIAL

To our readers 6



PSYCHOPHYSIOLOGY AND COMPARATIVE PSYCHOLOGY

Stroganova T.A., Orekhova E.V., Galuta I.A.

Neural basis of attention orienting abnormalities in children with autism 7

Shevchenko Yu.S.

Sociobiology and pathopsychology of kleptomania 24



RESEARCH METHODS

Kharlamenkova N.E., Tarabrina N.V., Nikitina D.A.

Triads method in psychological studies of complex objects 37

Rasskazova E.I.

Inter- and intraindividual approaches to study functional and somatic reactions of individuals 47

Mikadze Yu.V., Bogdanova M.D., Lysenko E.S., Shakhmovich A.R., Abuzayd S.M.

Assessment of hemodynamic cerebral lateralization during the performance of verbal mnemonic tasks with the use of functional transcranial doppler ultrasound 62



PSYCHODIAGNOSTICS

Belopolskaya N.L.

Concepts of mental health and pathology: psychological criteria 74

Mendelevich V.D.

Problem of diagnostics of mental and behavioural disorders during the postmodernism era 82

Zwaan L.

The psychology of diagnostic error 91

Kholmogorova A.B., Moskacheva M.A., Rychkova O.V., Pugovkina O.D., Krasnova-Golyeva V.V., Dolnykova A.A., Tsarenko D.M., Rumyantseva Yu.M.

Comparison of the ability to mentalization in patients with schizophrenia and schizoaffective psychosis based on the methodology «Understanding the mental state of the eyes» 99

CONTENTS



CLINICAL PSYCHOLOGY

Kamenetskaya E. V., Rebeko T. A.

Representation of physical self and protection of ego in women with eating disorders . . . 118

Polskaya N. A.

Self-injurious acts in patients with borderline personality disorders 129

Turovskaya N. G.

Pathology of memory in the structure of mental development disorders in children with convulsive paroxysms 145

Schyolkova O. Yu., Eremina D. A.

Psychosocial and clinical factors of cognitive functioning of patients with coronary heart disease after coronary stent 156



PSYCHOLOGY OF PERSONALITY

Vasilyeva N. L., Molin A. G.

Features of subjective picture of the world in adults with substance dependence 173

Melekhin A. I., Sergienko E. A.

Predictors of subjective age and emotional health in the elderly 185

Yakovleva N. V.

The study of individual differences in health-activity of the person 202

Tarabrina N. V., Hazhuev I. S.

Post-traumatic stress and protective-coping behavior among the population living in conditions of prolonged emergency 215

От редакции

Уважаемые читатели!

Настоящий номер «Экспериментальной психологии» не совсем обычный: тематика большей части публикуемых в нем материалов связана с клинической и медицинской психологией. И это не случайно для нашего журнала. Психология как область научного знания и практики пронизана множеством связей с медициной. Имена Гиппократ, Гален, Ибн-Сина, Жана и многих других врачей неразрывно ассоциируются с психологией, в которую они привнесли принципы научного экспериментального изучения и объяснения психики человека. И отечественная наука здесь не исключение – С.С. Корсаков, В.А. Гиляровский, В.М. Бехтерев, А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев и многие другие стояли не только у истоков становления различных предметных отраслей в нашей стране, но и у истоков самой экспериментальной традиции российской психологической науки.

Настоящий номер – это, в какой-то мере, дань тем ученым, исследователям, которые посвятили свою профессиональную и личную жизнь экспериментально-клиническим исследованиям психики человека. Именно в подобных исследованиях, основанных на естественно-научном подходе и объяснительных принципах, проявляется подлинный гуманизм психологии – оказать помощь Человеку.

Представленные работы отражают широкий тематический спектр клинической и медицинской психологии: от обсуждения теоретических вопросов взаимоотношения психической нормы и патологии, сравнительного анализа экспериментальных планов клинико-психологических исследований до разработки конкретного патопсихологического инструментария и результатов конкретных клинических исследований. Настоящие работы, делая акцент на перспективах использования экспериментальных и эмпирических методов для изучения психики человека, продолжают содержательную дискуссию, начатую в рамках Всероссийской научной конференции «Современные представления о психической норме и патологии: психологический, клинический и социальный аспекты», состоявшейся в ноябре 2015 г. в Московском институте психоанализа.



НЕЙРОННЫЕ МЕХАНИЗМЫ НАРУШЕНИЙ ОРИЕНТИРОВКИ ВНИМАНИЯ У ДЕТЕЙ С РАССТРОЙСТВОМ АУТИСТИЧЕСКОГО СПЕКТРА

СТРОГАНОВА Т.А.*, *Центр нейрокогнитивных исследований (МЭГ-Центр), ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия, stroganova56@mail.ru*

ОРЕХОВА Е.В.***, *Лаборатория междисциплинарных исследований аутизма, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия, orekhova.elena.v@gmail.com*

ГАЛЮТА И.А.***, *Лаборатория междисциплинарных исследований аутизма, ГБОУ ВПО МГППУ, Москва, Россия, iliagaluta@gmail.com*

Расстройства аутистического спектра (РАС) традиционно рассматривают как нарушение взаимодействия с другими людьми. Расстройства внимания у людей с РАС, если и отмечались, то до последнего времени не входили в число основных критериев диагностики аутизма. Сейчас все больше исследователей приходят к выводу о том, что затруднения с переключением внимания, которые испытывают многие люди с РАС, могут быть узловым дефицитом, определяющим многие характерные для аутизма паттерны поведения. В предлагаемом вниманию читателя обзоре литературы мы выясним, что нового добавляют нейрофизиологические данные к пестрому ландшафту существующих в психологии гипотез о причинах нарушений внимания у детей с РАС. Далее, основываясь на этих данных, мы попробуем обосновать новую гипотезу о том, что ряд «низкоуровневых» нарушений при аутизме вызван функциональным дефицитом в никотиновой ветви холинергической модулирующей системы.

Ключевые слова: расстройства аутистического спектра (РАС), ориентировка внимания, модуляция сенсорного входа, оценка новизны, сенсорная фильтрация, связанные с событием вызванные потенциалы (ССВП), холинергическая система, никотин.

1. Введение

Из обзора психологических исследований (Строганова, Орехова, Галюта, 2014) следует, что мозг многих людей с аутизмом в определенной степени непроницаем для посторонних событий сенсорной среды, если их внимание до этого было на чем-то сосредоточено. Замедленная и затрудненная реакция на новые сенсорные стимулы, возникающие вне

Для цитаты:

Строганова Т.А., Орехова Е.В., Галюта И.А. Нейронные механизмы нарушений ориентировки внимания у детей с расстройством аутистического спектра // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 7–23. doi:10.17759/exppsy.2015080302

**Строганова Т.А.* Доктор биологических наук, профессор, руководитель Центра нейрокогнитивных исследований (МЭГ-Центр), ГБОУ ВПО МГППУ. Москва, Россия. E-mail: stroganova56@mail.ru

***Орехова Е.В.* Кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, Лаборатория междисциплинарных исследований аутизма, ГБОУ ВПО МГППУ. Москва, Россия. E-mail: orekhova.elena.v@gmail.com

****Галюта И.А.* Научный сотрудник, Лаборатория междисциплинарных исследований аутизма, ГБОУ ВПО МГППУ. Москва, Россия. E-mail: iliagaluta@gmail.com

фокуса внимания, приводит к спектру необычных поведенческих реакций у людей с РАС, обозначаемых исследователями или как недостаточная чувствительность к внешней среде, или как трудности с переключением внимания. В данном сообщении мы проанализируем имеющиеся экспериментальные данные и гипотезы о нейробиологических основах нарушений внимания у детей с РАС, подчеркнув их противоречивость и пробелы в имеющихся экспериментальных доказательствах. В заключение мы постараемся обосновать наше предположение о холинэргической природе дефицита переориентировки внимания у значительной части детей с РАС.

2. Механизмы оценки новизны при аутизме: исследования ответов мозга на новизну и изменения физических параметров стимула

Обнаружение изменения стимула, или оценка его новизны, является неперенным условием автоматической переориентировки внимания. Усилия многих авторов были сосредоточены на попытках найти при аутизме аномалии компонентов электромагнитного ответа, отражающих реакцию мозга на неожиданные слуховые стимулы, новые по своим физическим или временным параметрам. Самым ранним компонентом слухового ответа, обнаруживающим такие свойства, является компонент P50 (Skinner, Homma, Garcia-Rill, 2004). Однако мы начнем обсуждение с более поздних компонентов (P3a и негативность рассогласования), поскольку большинство исследований посвящено именно им.

2.1. Парадигма «oddball»

Нейронные механизмы автоматической детекции изменений в параметрах сенсорных стимулов и последующей оценки их новизны изучают с помощью ПСМ – «парадигмы странного мяча» (oddball) в ее пассивном и активном варианте. В ПСМ в ряду быстро предъявляемых испытуемому идентичных слуховых стимулов изредка попадает «странный мяч» – слуховой стимул с несколько измененными характеристиками, например, частотой в случае монотональных звуков или спектральным составом в случае более сложного звука. Обычно, при пассивной ПСМ, внимание испытуемого отвлекают от потока слуховых стимулов, показывая ему, например, занимательный немой фильм. В этом случае процессы, которые происходят в мозге при обнаружении слухового стимула, «отклоняющегося» от последовательности стандартных звуков, являются автоматическими, не требующими вмешательства систем произвольного внимания. В активном варианте парадигмы испытуемого просят обращать внимание на отклоняющиеся стимулы и нажимать на кнопку, если он их заметил.

Многочисленные исследования показали, что отличающийся, девиантный стимул запускает в мозге строго определенную последовательность изменений слухового потенциала – увеличенный потенциал N1 с латентностью 100 мс, волны негативности рассогласования с латентностью 140 мс (MMN), потенциал N200 с латентностью около 200 мс, Nd и увеличение потенциала P3a с латентностью около 300 мс. Волна негативности рассогласования с латентностью 140 мс рассчитывается как разница ответов на стандартный и девиантный стимулы и рассматривается как начальный процесс детекции отклонения. Физиологические механизмы негативности рассогласования стали в последнее время предметом ожесточенных дискуссий (см. для обзора: May, Tiitinen, 2010). Даже относительно «простого» неперенного компонента MMN единого мнения не существует. Классические работы Р. Наатанена способствовали признанию MMN в качестве «маркера» или детектора



рассогласования текущей «девиантной» афферентной посылки с нейронной репрезентацией предыдущих стандартных стимулов в эхоической памяти (Naatanen et al., 2007). Другие, не менее авторитетные авторы, считают, что все аргументы Р. Наатанена в пользу самостоятельной функциональной роли MMN пригодны и для другого, более простого, объяснения. Повторение стандартных стимулов вызывает привыкание нейронов слуховой коры к одной и той же послышке, снижение их реактивности, тогда как «отклоняющийся стимул» задействует другие, «свежие», нейронные ансамбли слуховой коры (May, Tiitinen, 2010).

Считается, что изменение в физических характеристиках стимула обнаруживается мозгом на относительно ранних стадиях обработки, задолго (пару сотен миллисекунд) до тех этапов, когда происходит оценка новизны и значимости стимула, а тем более его сознательное восприятие. Детекция отклонения запускает процессы оценки стимула. В результате отклоняющийся стимул может привести к переключению внимания, если, как это происходит в активном варианте ПСМ, реакция на него соответствует целям субъекта. Поэтому, если бы у людей с РАС был нарушен базовый процесс детекции рассогласования, то это объясняло бы трудности переключения их внимания к новому стимулу.

Детекция различий у детей с РАС. Более сотни работ, посвященных ПСМ у людей с РАС, не дали однозначного ответа. Результаты менялись коренным образом от одного исследования к другому. Оказалось, что у людей с РАС негативность рассогласования может быть уменьшена, увеличена или не изменена по сравнению с обычными людьми (Andersson, Posserud, Lundervold, 2013; Kemner et al., 1995; Kujala et al., 2010; Lepisto et al., 2007). Традиционные причины расхождения результатов – неоднородность выборок людей с РАС по уровню интеллекта, возрасту, степени тяжести симптомов аутизма – в этом случае могут быть отвергнуты. Усиленная или сниженная детекция рассогласования были обнаружены у детей одного возраста, в выборках, одинаковых по степени задержки развития или по тяжести аутизма (Andersson, Posserud, Lundervold, 2013; Gomot et al., 2011; Kujala et al., 2010; Lepisto et al., 2007).

Можно предположить, что процесс детекции рассогласования у людей с РАС сильно зависит от контекста предъявления стандартных и девиантных стимулов. Обстановка, в которой оценивают MMN, обычно плохо контролируется в подобных исследованиях, поскольку она мало влияет на величину MMN у обычных людей.

Мы считаем, что таким обстановочным фактором может быть направленность или ненаправленность внимания на слуховой поток, в котором предъявляются стандартные и девиантные стимулы. Действительно, обычно, в пассивной парадигме, для того, чтобы отвлечь внимание от слухового потока, испытуемым показывают фильм. В разных исследованиях этот фильм мог быть «немым» или сопровождаться речью, быть фильмом, выбранным самим ребенком или экспериментатором. В зависимости от этих условий внимание ребенка могло быть больше или меньше отвлечено от слухового канала, в котором предъявлялись стандартные и девиантные звуки. Обычно считают, что поскольку MMN отражает автоматический мозговой процесс, который присутствует как в бодрствовании, так и во сне, то внимание к слуховому каналу мало влияет на его параметры. Однако даже у типичных детей это не так, внимание или невнимание к слуховому потоку модулирует амплитуду и латентность MMN. В еще большей степени контекст предъявления может сказываться на амплитуде и латентности MMN у детей с аутизмом, с их неподвижным фокусом внимания. Так, MMN может быть уменьшен у ребенка с аутизмом лишь в том случае, когда в фокусе его внимания оказался любимый мультфильм, вызывающий его устойчивый, «непод-

вижный» интерес, но не фильм, который выбран экспериментатором. К тем же последствиям может привести ситуация, когда «отвлекающий» фильм сопровождается звуком и может полностью завладеть вниманием ребенка.

Нужно подчеркнуть, что в тех немногих работах, где исследователи контролировали направленность внимания ребенка с РАС, результаты были однозначны. Так, в обоих исследованиях, где отвлекающий фильм сопровождался звуковым рядом и был выбран самим ребенком, амплитуда MMN была аномально снижена, а латентность увеличена (Dunn, Gomes, Gravel, 2008; Kuhl et al., 2005). Интересно, что в следующей работе Данн и др. в тех же «фоновых» условиях сравнили параметры MMN у детей в пассивной и активной ПСМ. Во втором случае они просили испытуемых обращать внимание на измененный стимул и нажимать при его появлении на кнопку. Оказалось, что сознательная концентрация внимания на слуховом канале, в котором подаются экспериментальные стимулы, полностью компенсирует изъян мозгового процесса детекции рассогласования у детей с РАС.

Похоже, что патологически узкий, неподвижный фокус внимания у детей с РАС служит серьезным препятствием для автоматической детекции изменений в том случае, когда эти изменения происходят за пределами фокуса. В то же время, процесс обнаружения изменений в сенсорном притоке как таковой не нарушен и вряд ли является первопричиной устойчивых нарушений переориентировки внимания при этом синдроме.

Оценка новизны у детей с РАС. Как уже говорилось, за детекцией изменений слухового стимула может следовать более сложный процесс оценки его новизны и значимости, сопровождающийся переориентировкой внимания к новому/значимому стимулу. В его основе лежит работа распределенной мозговой системы, включающей как слуховую кору, так и ассоциативные корковые зоны и лимбическую систему, а оценка новизны стимула, как считают, не требует участия сознания. Для того чтобы спровоцировать мозг на оценку новизны стимула используют так называемый трехстимульный вариант ПСМ. В поток стандартных и девиантных стимулов вводят так называемый новый или уникальный стимул, сильно отличающийся от них по своим перцептивным характеристикам и предъявляемый крайне редко. Например, стандарты и девианты могут быть тонами, различающимися только по частоте, а новый стимул представлять собой фонему. Отражением оценки новизны стимула в электромагнитном ответе мозга является разностная волна с латентностью 300 мс (P3a), которую получают вычитанием ответов на новый и стандартный стимул.

Судя по компоненту P3a электромагнитного ответа мозга, ориентировка внимания к новому стимулу у детей с аутизмом может быть уменьшена, увеличена или не изменена (Kemner et al., 1995). Значительные усилия были потрачены на то, чтобы доказать ключевую роль социальных/речевых характеристик стимула в неспособности мозга детей с РАС оценить его новизну. Авторы исходили из предположения, что поскольку основным симптомом при аутизме признан дефицит социальной мотивации, то особые сложности с оценкой новизны и перенаправлением внимания должны вызывать именно речевые стимулы. Отчасти это предположение подтвердилось, но совсем в другом ключе, чем предполагалось изначально. Действительно, в тех исследованиях, где применялись речевые стимулы, было показано, что P3a уменьшен при аутизме (Lepisto et al., 2007), а в тех, где использовали физические звуки – что P3a не изменен или увеличен (Gomot et al., 2011; Lepisto et al., 2007). Однако свидетельствуют ли эти данные об избирательном дефиците ориентировки к новому речевому стимулу?

Исследование А. Уайтхауз и Д. Бишоп позволяет ответить на этот вопрос отрицательно (Whitehouse, Bishop, 2008). Авторы показали, что у «высоко-функциональных» испы-



туемых с аутизмом нет базового нарушения ориентировки внимания на новый звук речи, и ответ мозга на новизну речевого звука зависит от контекста, в котором он появляется. Они предъявляли новые стимулы в двух контекстах. В первом стандартные и девиантные стимулы были тональными посылками, а речевой звук выступал в роли нового стимула. Во втором, напротив, звуки речи были стандартами и девиантами, а новым стимулом был сложный по своему спектральному составу, но неречевой звук. Оказалось, что новый речевой звук вызывает у детей с аутизмом увеличенный РЗа, если он встроен в последовательность физических звуков, а новый неречевой звук сопровождается сниженным РЗа в том случае, когда он предъявляется в потоке речевых стимулов.

Эти данные убедительно показывают, что дети с аутизмом игнорируют речевой поток, устойчивое внимание к нему у них снижено, скорее всего из-за общей тенденции к избеганию речевых средств коммуникации. Но способность их мозга оценивать новизну речевого стимула и кратковременно автоматически ориентировать к нему внимание у них не изменена.

В целом, нейрофизиологические исследования ответов мозга у людей с РАС свидетельствуют о том, что автоматические до-сознательные процессы обнаружения изменений в физических параметрах слухового стимула и оценки его новизны фундаментально не нарушены. Однако и тот и другой процесс у детей с аутизмом, в отличие от типично развивающихся сверстников, критически зависит от направленности внимания. Если изменения сенсорного притока происходят вне текущего фокуса их внимания, то как детекция изменений, так и оценки их новизны у детей с РАС затруднены. В принципе, данные парадигмы «странного мяча» хорошо согласуются с психологическими данными о чрезмерно узком, неподвижном внимании у людей с РАС (Строганова, Орехова, Галюта, 2014). Однако они мало что проясняют в нейронных основах такой организации внимания. В этом отношении более информативными оказались нейрофизиологические исследования ранних пусковых механизмов детекции неожиданного стимула в парадигме «сенсорной фильтрации».

2.2. Эраузал и парадигма фильтрации сенсорных стимулов (sensory gating)

В парадигме фильтрации сенсорных стимулов пары щелчков (обозначаемые как S1 и S2), разделенные коротким внутри-парным интервалом (1 с), предъявляются относительно редко, т. е. с длинными меж-стимульными интервалами (8–12 с). Второй щелчок в паре сопровождается снижением амплитуды так называемых «непременных» компонентов вызванного ответа мозга. У взрослых людей к ним относят компонент P1 с латентностью 50–80 мс и компонент N1 с латентностью примерно 100 мс. Высокая амплитуда ответа P1 на S1 щелчок отражает восходящий эраузал (Skinner, Nomma, Garcia-Rill, 2004) и/или первичный ориентировочный ответ, обусловленный редким и неожиданным звуком S1, т. е. усиленное вовлечение нейронных ресурсов в его обработку (gating in). С другой стороны, считается, что подавление компонентов мозгового ответа на второй, идентичный первому, стимул обусловлено торможением повторного входа того же стимула в обрабатывающие информацию нейронные сети коры. Работа механизмов торможения необходима для фильтрации ненужной /избыточной сенсорной информации (gating-out), которая не имеет отношения к стоящим перед субъектом целям.

Убедительно показано, что компонент P1 вызванного электромагнитного ответа на S1 в парадигме сенсорной фильтрации отражает неспецифическую активацию холинергической ветви системы эраузал (Skinner, Nomma, Garcia-Rill, 2004). Во-первых, компонент P1 присутствует в ответе мозга в двух фазах континуума сон–бодрствование, характеризую-

щихся высоким уровнем холинергического эраузала (бодрствование и парадоксальная фаза сна), но исчезает во время фазы ортодоксального сна, когда холинергические механизмы неспецифической активации подавлены. Во-вторых, генерация компонента P1 в ответ на S1 опосредуется, по крайней мере, частично, вовлечением никотиновых холинергических рецепторов и блокируется холинолитиками, т. е. препаратами, разрушающими никотин-зависимый холинергический эраузал. В-третьих, этот компонент демонстрирует быстрое привыкание к стимуляции, превышающей 2 Гц, т. е. P1 чувствителен к изменениям временного интервала между стимулами, или временной «новизне». Его генерация во вторичных слуховых областях, которые получают вход от неспецифических таламо-корковых путей, проходящих вне медиальной петли, также согласуется с тем, что P1 связан с вовлечением в обработку стимула процессов общей активации мозга (Skinner, Nomma, Garcia-Rill, 2004).

У детей в ответе мозга на щелчок за волной с латентностью 50 мс следует другая положительная волна с латентностью около 90–140 мс (P100). Присутствие «P1-комплекса», включающего две положительные волны (P50 и P100), отличает ответ у детей на слуховые щелчки от волновой формы P50–N100 у взрослых. В период позднего детства и отрочества «поздняя» часть P1-комплекса (компонент P100) постепенно маскируется поздно формирующимся компонентом N100 (Ponton et al., 2002). Однако даже у взрослых некоторые исследователи идентифицируют две последовательные позитивные волны, составляющие компонент P1, получившие названия P1a и P1b (Yvert et al., 2001). Предположительно, компоненты P1a и P1b у взрослых соответствуют компонентам P50 и P100 у детей. У детей позитивную волну с латентностью 100–140 мс часто ошибочно расценивают как онтогенетический аналог компонента P50 у взрослых. Однако различие компонентов P50 и P100 у детей является важным, поскольку они могут отражать разные процессы и, как мы обсудим ниже, по-разному нарушены при аутизме.

Сенсорная фильтрация у детей с РАС. Во всех опубликованных исследованиях «сенсорной фильтрации» у детей с РАС ребенка занимали просмотром немого кино, чтобы отвлечь его внимание и успокоить во время предъявления слуховых стимулов. Подаваемые стимулы, таким образом, оказывались вне фокуса внимания детей. В случае слухового компонента P50, амплитуда в ответ на S1 щелчок и отношение S2/S1, были нормальными у детей с РАС, не имеющих умственной отсталости (Orekhova et al., 2008). Уменьшение отношения S2/S1 для амплитуды компонента P50 было найдено только у детей с РАС с выраженной задержкой психического развития (Orekhova et al., 2008). Но даже и они имели нормальную амплитуду компонента P50 в ответ на S1. «Нормальное» поведение компонента P50 существенно отличает людей с аутизмом от пациентов с шизофренией. Вторые обычно демонстрируют нарушения компонента P50 в виде повышенного соотношения амплитуд на второй и первый щелчок (S2/S1), в первую очередь за счет плохого привыкания P50 в ответ на S2 щелчок (Chang et al., 2011). Эта особенность пациентов с шизофренией часто рассматривается как свидетельство нарушенных механизмов фильтрации внешней информации, приводящее к их перегруженности сенсорной средой и вызывающее тревогу и реакции избегания. Похоже, что этот вывод излишне поспешен, ведь схожее поведение характеризует и людей с РАС в отсутствие каких-либо изменений ответов мозга в окне компонента P50.

Аномалии P100, обнаруженные у «высоко-функциональных» детей с РАС, резко контрастируют с нормальной динамикой их P50. В серии исследований с использованием парадигмы «сенсорной фильтрации» Е.В. Ореховой и др. удалось показать, что у детей с РАС второй компонент P1 комплекса (P100) резко снижен в ответ на S1, и эта особенность ран-



него ответа мозга на новый стимул не зависит ни от их возраста, ни от степени задержки развития (Orekhova et al., 2012). Подавление P100 ответа на первый стимул наблюдали в трех разных выборках детей с РАС, в Швеции и России, применяя как разные способы подачи слухового сигнала – бинауральная и моноуральная подачи, так и разные методы регистрации ответа – ЭЭГ и МЭГ. Основные свойства P100 оставались неизменными: в ответ на S1 компонент P100 был аномально снижен в правом полушарии, оставаясь «нормальным» в левом. Если слуховые стимулы подавались в левое и правое ухо по отдельности, то нарушался лишь ответ на левый стимул, поступающий преимущественно в правое полушарие. Похоже, что на сегодняшний день сниженный правополушарный P100 компонент ответа на редко возникающий слуховой стимул – единственная устойчивая черта детей с РАС, явно связанная с особенностями их реакции на внешние сенсорные раздражители. В самом деле, и в дошкольном и в подростковом возрасте была обнаружена надежная обратная связь между амплитудой P100 на первый стимул и устойчивыми нарушениями сенсорной модуляции в повседневной жизни (Stroganova et al., 2013). Интересно, что, судя по отчетам родителей, искаженные реакции на сенсорные раздражители у их детей были еще более явными в младенчестве, постепенно нормализуясь с возрастом. Например, некоторые родители на первом году жизни своего ребенка подозревали, что он глухой. Ранние особенности слуховой чувствительности также коррелировали со снижением P100. Возможно, нарушения механизмов мозга, лежащие в основе изменений слухового поведения и аномального слухового вызванного ответа мозга на новый звук, возникают в развитии ребенка с аутизмом в раннем возрасте и сохраняются в течение последующего возрастного развития.

В совокупности исследования сенсорной фильтрации показали, что у детей РАС нарушены механизмы, усиливающие обработку (gating in) потенциально значимых, но находящихся вне фокуса внимания и плохо предсказываемых (предъявляемых с длительным и изменяющимся интервалом) слуховых стимулов. Это нарушение в эксперименте проявляется в недостаточной реактивности слуховой коры правого полушария через 100 мс после начала подачи стимула и отражает дефицит неспецифической модуляции корковых слуховых областей со стороны восходящих холинергических путей ретикулярной системы. Сбой в холинергической системе эраузал с неизбежностью должен приводить к нарушениям последующих этапов обработки «постороннего» стимула, т. е. детекции его измененных физических параметров, оценке его новизны и переориентировке к нему внимания. «Правополушарный» дефицит эраузал, таким образом, может быть тем же нейронным механизмом, который лежит в основе периодического отсутствия поведенческих реакций на сенсорные стимулы у людей с РАС и, в том числе, определяет их трудности с переориентировкой внимания на постороннее событие. Гипотеза предсказывает, что особые проблемы у людей с РАС должны возникать при необходимости перенаправить внимание справа налево, т. е. в том случае, если посторонний стимул возник слева от текущего фокуса их внимания.

3. Латерализованные аномалии переориентировки внимания при аутизме

Вентральная система мозга, ответственная за переориентировку внимания, в основном латерализована в правом полушарии. В результате, одностороннее повреждение правого полушария гораздо чаще, чем повреждение левого полушария, приводит к трудностям переориентировки внимания к контралатеральной левой части субъективного пространства (синдром одностороннего игнорирования – hemi-spatial neglect) и, в целом, к снижению уровня активного бодрствования (Corbetta, Shulman, 2011).

Синдром левостороннего игнорирования у пациентов с правополушарным инсультом возникает вследствие повреждения нейронных структур коры, входящих в вентральную систему переориентировки внимания (Corbetta, Shulman, 2011). Менее известно, что низкий уровень восходящего эраузал вносит свой вклад в возникновение синдрома игнорирования, и стимуляция системы эраузал может компенсировать симптомы игнорирования у пациента. Хотя основной корпус данных о синдроме игнорирования относится к зрительной модальности, убедительно показано, что аналогичные симптомы присутствуют и в других модальностях, в частности, слуховой. При этом электрофизиологический показатель эраузал – компонент P1 слухового потенциала у пациентов с синдромом левостороннего игнорирования снижен в ответ на левостороннюю, но не правостороннюю слуховую стимуляцию (Tarkka et al., 2011). Асимметричное ослабление P1 компонента слухового потенциала у пациентов с игнорированием левой части пространства поразительно схоже с аналогичной находкой у детей с РАС и предполагает схожесть дефицитов в двух клинических популяциях.

Два десятилетия назад С. Брайсон и др. (Bryson, Wainwright-Sharp, Smith, 1990) предположили, что аномалии внимания у людей с аутизмом могут представлять собой «онтогенетический синдром игнорирования». В подтверждение этой гипотезы Б. Кейси и др. (Casey et al., 1993) обнаружили, что люди с аутизмом демонстрировали выраженные трудности с извлечением и переносом зрительного внимания к левому полу полю зрения. Хотя данные о дефиците извлечения внимания при аутизме были впоследствии воспроизведены во многих исследованиях людей разного возраста (см. для обзора: Ames, Fletcher-Watson, 2010), пространственная асимметрия этого дефицита либо не изучалась, либо был показан его билатеральный характер.

Может показаться, что экспериментальные факты плохо согласуются с нашим прогнозом о том, что людям с РАС труднее переключать внимание к стимулу, возникшему в левой половине поля зрения. Однако даже у пациентов со структурным повреждением мозга и субклинической формой синдрома левостороннего игнорирования асимметрию в трудностях переключения зрительного внимания можно обнаружить только в специальных условиях, при глубокой концентрации на текущем фокусе внимания. Следовательно, и у людей с РАС пространственная асимметрия внимания может выявляться далеко не всегда и зависеть от специфики и сложности экспериментальной задачи. Так, было показано, что при выполнении сложной задачи на пространственную рабочую память трех- пятилетних детей с РАС часто ошибались, когда от них требовалось переключить внимание справа налево, но делали меньше ошибок в симметричной ситуации переключения внимания слева направо (Tsetlin et al., 2008). Этот правосторонний сдвиг внимания отсутствовал у их типично развивающихся сверстников.

Ю. Кавакубо и др. (Kawakubo et al., 2007) получили первые электрофизиологические доказательства дисфункции системы извлечения внимания при аутизме в парадигме «gap-overlap». В данной экспериментальной модели от испытуемого требуется перевести взгляд от центрального фиксационного стимула к вновь возникающему периферическому стимулу. При этом центральный стимул либо исчезает до появления целевого периферического стимула (gap), либо сохраняется на экране (overlap). Во втором, но не в первом случае для перевода взора по направлению к периферическому стимулу необходимо извлечь внимание из его предыдущего местоположения. Авторы обнаружили аномально увеличенный пре-саккадический потенциал у взрослых людей с аутизмом и высоким интеллектом толь-



ко в ситуации, когда периферический стимул предъявлялся одновременно с первоначальным центральным фиксационным стимулом (overlap). Как полагают авторы, увеличение пре-саккадического потенциала отражает дополнительные мозговые ресурсы, привлекаемые для извлечения внимания из текущего фокуса. Любопытно, что увеличенный потенциал у людей с РАС предшествовал переводу взгляда налево, но не направо. Эти данные позволяют предположить, что испытуемым с аутизмом труднее переключать внимание налево, хотя эти дополнительные усилия не всегда проявляются в изменении поведенческих параметров.

В совокупности результаты исследований демонстрируют некоторое сходство между людьми с РАС и пациентами с синдромом одностороннего игнорирования, имеющими повреждение правого полушария. Хотя и в разной степени, обе группы испытывают больше трудностей с переключением внимания к левой половине пространства. Асимметрия в переключении внимания становится очевидной, если внимание предварительно сильно привлечь к центру или к правой части пространства. Мы хотели бы подчеркнуть, что предполагаемая роль дисфункции правого полушария в трудностях с переориентировкой внимания при аутизме не означает, что расстройства аутистического спектра являются «расстройствами правого полушария». В действительности, структурные аномалии серого и белого вещества при аутизме обнаруживаются в обоих полушариях. Атипичный паттерн латерализации структур коры больших полушарий у детей с РАС также подразумевает искаженное развитие обоих полушарий, а не специфический односторонний дефицит. Аномальная латерализация речевых функций в правом полушарии часто наблюдается при аутизме и коррелирует с более серьезными нарушениями речи (Lindell, Hudry, 2013). Таким образом, существуют убедительные доказательства того, что аутизм связан с атипичной латерализацией и специализацией функций мозга, а не с дефектом одного из двух полушарий. Тем не менее, принимая во внимание нормальную «правополушарную» латерализацию функции переориентировки внимания, дисфункция правого полушария, по-видимому, имеет особое значение для возникновения проблем с вниманием при аутизме.

Люди с РАС, в отличие от пациентов с синдромом одностороннего игнорирования, не имеют явных структурных повреждений коры правого полушария мозга. Скорее можно ожидать, что асимметричные нарушения внимания при РАС имеют причиной дисфункции восходящей системы эраузал, которая особенно неблагоприятно влияет на нейронные сети внимания в правом полушарии. Мы предполагаем, что у людей с РАС дефицит холинергической ветви эраузал является одним из механизмов, способствующих как аномально латерализованным «непременным» слуховым ответам мозга на новый стимул, так и «низкоуровневым нарушениям», включающим трудности переключения внимания.

4. Аномалии холинергической системы эраузал и организация внимания при аутизме

Хорошо известно, что холинергическая система нейро-модуляции принципиально важна для переориентировки внимания и регуляции уровня общей активации неокортекса (Sarter et al., 2005). Таким образом, есть все основания полагать, что холинергический дефицит, выявляемый у части людей с аутизмом (Anand et al., 2011), должен вести к возникновению у них аномалий внимания.

Существует две основные группы холинергических нейронов. Первая группа расположена в базальных отделах переднего мозга и часто упоминается как магноцеллюлярная базальная холинергическая система переднего мозга (Mesulam, 1995). Базальное ядро



Мейнерта является основным ядром базальных отделов переднего мозга, которое дает проекции к коре больших полушарий и миндалине, в то время как ядро диагональной связки Брока является другим важным холинергическим ядром, которое иннервирует гиппокамп. Вторая группа холинергических ядер расположена в области среднего мозга на уровне моста и в сером веществе дорсолатеральной покрывки. Холинергические нейроны ствола мозга в основном иннервируют таламус.

Обнаружение стимула, усиленная обработка новых или значимых стимулов опосредуются восходящими норадренергическими проекциями, которые рекрутируют холинергические ядра базальных отделов переднего мозга. Холинергические проекции, в свою очередь, активируя нейронные сети коры, увеличивают соотношение сигнала к шуму в обрабатывающих информацию нейронных сетях. Таким образом, целостность холинергических проекций базальных ядер переднего мозга и их взаимодействие с норадренергической ветвью эраузала имеет важное значение для эффективной ориентировки внимания к новой и значимой стимуляции.

Отметим, что у детей с аутизмом были обнаружены морфологические аномалии как в сером веществе базальных отделов переднего мозга, так и в проекциях, связывающих базальные отделы с височной и орбитофронтальной корой, а также гиппокампом.

Интересные данные, поддерживающие идею дисфункции холинергической системы при аутизме, получены Е. Лемонье и др. (Lemonnier et al., 2013). Авторы показали в популяции детей с РАС аномально высокую распространенность «красного дермографизма» – местного резкого изменения окраски кожи при ее механическом раздражении, обусловленного дисфункцией холинергической системы. Об этой же дисфункции свидетельствует и значительное снижение доли сна с быстрыми движениями глаз (БДГ-сон) у детей с РАС по сравнению с типично развивающимися или умственно отсталыми детьми без аутизма (Buckley et al., 2010). Поскольку ацетилхолин является основой БДГ-сна, Бакли и др. (Buckley et al., 2010) предположили, что относительное укорочение БДГ-сна при аутизме может свидетельствовать о холинергическом дефиците.

В мозге ацетилхолин связывается с трансмембранными рецепторами двух основных типов – мускариновыми и никотиновыми. Снижение экспрессии генов, кодирующих холинергические рецепторы, было обнаружено в посмертных исследованиях тканей мозга людей с аутизмом (Martin-Ruiz et al., 2004) и в особенности затрагивало $\alpha 4$ и $\beta 2$ *никотиновые* ацетилхолиновые рецепторы (nACh) в «неспецифических» ядрах таламуса (Anand et al., 2011). Интересно, что значительное снижение концентрации $\alpha 4 \beta 2$ -nACh-рецепторов было также обнаружено у людей с РАС в зоне височно-теменного стыка (TPJ), т. е. в области коры, которая участвует в процессах переориентировки внимания (Martin-Ruiz et al., 2004). Локализованный дефицит nACh-рецепторов при аутизме, по всей видимости, является посттранскрипционным (Anand et al., 2011). Так, в посмертных исследованиях мозга людей с РАС выявлено значительное снижение продуктов экспрессии генов, кодирующих nACh-рецепторы, но не их мРНК (Anand et al., 2011). Аномалии нейрорексина-1 (neurorexin-1), обнаруженные у некоторых людей с аутизмом, также могут способствовать холинергической дисфункции, поскольку они приводят к неправильному позиционированию $\alpha 4 \beta 2$ -nACh-рецепторов в постсинаптической мембране.

Доказано, что nACh-рецепторы имеют особое значение для регуляции извлечения и переноса внимания у людей с типичным развитием нервной системы (Greenwood, Parasuraman, Espeseth, 2012; Witte, Davidson, Marrocco, 1997). Нормальная генетическая



изменчивость $\alpha 4$ -nACh-рецепторов играет существенную роль в способности человека к переориентировке (извлечению) внимания к левому полушарию зрения, так же как и присутствии различных аллелей, кодирующих $\alpha 4$ -nACh-рецепторы, влияет на активацию теменно-височной коры правого полушария мозга во время переориентировки внимания. Эти наблюдения не только подтверждают вовлеченность $\alpha 4$ -nACh-рецепторов в процессы переориентировки внимания у людей с типичным развитием нервной системы, но и проясняют связь между аномалиями nACh-рецепторов и трудностями переориентировки внимания при аутизме. Более того, дефицит именно этого типа рецепторов к ацетилхолину может приводить как к нарушениям внимания, так и к латерализованным изменениям слухового ответа мозга на «посторонние» новые события у людей с РАС.

Как уже говорилось, холинергические механизмы активации участвуют в генерации комплекса P1 слухового ответа как у людей, так и у животных (Skinner, Nomma, Garcia-Rill, 2004). Дисфункция $\alpha 4\beta 2$ -nACh-рецепторов у детей с РАС может быть одной из возможных причин, объясняющих подавление одного из компонентов этого комплекса (P1b или P100) при этом синдроме. Данное предположение основано, во-первых, на приведенных данных об избирательном снижении рецепторов именно этого типа в коре у людей с РАС (Martin-Ruiz et al., 2004), а, во-вторых, на вероятной роли $\alpha 4\beta 2$ -nACh-рецепторов в генерации компонента P100, показанной в экспериментах на животных. В-третьих, для гипотезы принципиально важны факты, показывающие, что влияние никотина на P1 компонент слухового ответа является асимметричным (Imrey et al., 2013). Так, однократное введение никотина у здоровых людей увеличивает амплитуду компонента P1 в ответ на зрительные периферические целевые стимулы только в правом полушарии. Таким образом, асимметричное снижение компонента P1 в правом полушарии у детей с РАС согласуется с гипотезой о дефиците никотин-зависимого холинергического эраузала при этом заболевании.

Столь же асимметрично никотиновая холинергическая активация влияет на нейронные сети переориентировки внимания и, соответственно, на эффективность переключения внимания субъекта к левой и правой части субъективного пространства. Е. Уэтт и др. (Witte, Davidson, Marzocco, 1997) обнаружили, что, как у человека, так и у обезьяны никотин улучшает извлечение внимания, в основном за счет сокращения времени реакции на целевые стимулы, предъявляемые в левое полушарие зрения и поступающие преимущественно в правое полушарие. К. Тиел и др. (Thiel, Fink, 2007) показали, что введение никотина во время привлечения внимания к зрительным и слуховым стимулам усиливало BOLD-сигнал во многих областях коры, распределение регионального кровотока зависело от сенсорной модальности стимула-мишени внимания, а единственной «над-модальной» зоной оказался височно-теменной стык в правом полушарии. С. Воссель и др. (Vossel et al., 2010) исследовали влияние никотина на внимание у пациентов с синдромом одностороннего игнорирования и показали, что препарат улучшает переориентировку внимания только у тех пациентов, у которых правая теменная и височная кора остались не поврежденными, и только в ситуациях переориентировки внимания к левому полушарию.

Подведем итог: в норме никотин-зависимый холинергический эраузала, опосредованный $\alpha 4\beta 2$ -nACh-рецепторами, в большей степени усиливает активацию вентральной системы переориентировки внимания правого полушария. Предполагаемая никотиновая холинергическая дисфункция способна объяснить асимметричные аномалии нейрофизиологи-



ческого индикатора холинергического эраузала – компонента Р100 слухового ответа мозга у детей с РАС. Более того, «холинергическая» гипотеза проливает свет на один из потенциальных механизмов, лежащих в основе трудностей с переключением внимания и игнорированием «посторонних» сенсорных событий, ярких поведенческих нарушений у части детей с аутизмом.

5. Заключение

Мы предполагаем, что недостаточность холинергического эраузала может являться ядром нейро-функционального дефицита, лежащего в основе медленной и неэффективной переориентировки внимания у людей с РАС на протяжении всей жизни. Этот дефицит возникает либо из-за изменений в нейронах холинергических ядер базальных отделов переднего мозга, чьи нейронные терминалы обеспечивают холинергический эраузал коры, либо, что более вероятно, из-за эпигенетических нарушений определенного типа никотин-зависимых трансмембранных рецепторов корковых нейронов, связывающих ацетилхолин. Похоже, что у детей с РАС надежным электрографическим маркером обсуждаемого дефицита может служить аномальная латерализация «детского» компонента Р100 слухового ответа на новый стимул в парадигме «сенсорной фильтрации».

Предлагаемая гипотеза может и должна быть проверена экспериментально в серии последующих исследований. Преимущества использования электрографического маркера определенных нейрхимических нарушений при аутизме достаточно велики. Во-первых, есть основания думать, что дефицит холинергического эраузала возникает у части детей с РАС уже на первом году жизни. Несложный в получении электрографический маркер при обследовании младенцев из группы высокого риска по аутизму может обнаружить этот дефицит задолго до того, как он проявится в видимых нарушениях поведения. Во-вторых, наличие такого промежуточного физиологического маркера в перспективе может способствовать выбору персонализированной фармакологической терапии у детей с РАС. Расстройства аутистического спектра представляют скорее группу разных нарушений, чем разные варианты одного и того же расстройства развития. Одни и те же фармако-препараты могут быть эффективны у одних и совершенно бесполезны у других детей с РАС. В недавнем исследовании было показано, что у животных экспериментальная блокада холинергических рецепторов в структурах мозга, входящих в вентральную систему внимания, вызывает сходные с аутизмом нарушения поведения, проявляющиеся в его ригидности, узком диапазоне интересов и избегании социальных контактов (Karvat, Kimchi, 2014). Направленное введение ацетилхолина полностью снимало симптомы «аутизма». В свете этих данных, возможность определения особой подгруппы детей с РАС, сходных по наличию холинергического дефицита, выглядит чрезвычайно привлекательно.

Финансирование

Работа поддержана грантом Российского научного фонда 14-35-00060.

Литература

1. Строганова Т.А., Орехова Е.В., Галюта И.А. Монотропизм внимания у детей с аутизмом // Экспериментальная психология. 2014. Т. 7. №4. С. 66–82.
2. Ames C., Fletcher-Watson S. A review of methods in the study of attention in autism // *Developmental Review*. 2010. Vol. 30. № 1. P. 52–73.
3. Anand R., Amici S.A., Ponath G., Robson J.I., Nasir M., McKay S.B. Nicotinic acetylcholine receptor



- alterations in autism spectrum disorders – biomarkers and therapeutic targets // *Autism – A Neurodevelopmental Journey from Genes to Behaviour* / In ed. V. Eapen. InTech. 2011. P. 123–146.
4. Andersson S., Posserud M.B., Lundervold A.J. Early and late auditory event-related potentials in cognitively high functioning male adolescents with autism spectrum disorder // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2013. Vol. 7. № 7. P. 815–823.
 5. Bryson S.E., Wainwright-Sharp J.A., Smith I.M. Autism: A developmental spatial neglect syndrome? // *Advances in Psychology* / In ed. T.E. James. North-Holland. 1990. Vol. 69, P. 405–427.
 6. Buckley A.W., Rodriguez A.J., Jennison K., Buckley J., Thurm A., Sato S., Swedo S. Rapid eye movement sleep percentage in children with autism compared with children with developmental delay and typical development // *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*. 2010. Vol. 164. № 11. P. 1032–1037. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.202
 7. Casey B.J., Gordon C.T., Mannheim G.B., Rumsey J.M. Dysfunctional attention in autistic savants // *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 1993. Vol. 15. № 6. P. 933–946. doi: 10.1080/01688639308402609
 8. Chang W.P., Arfken C.L., Sangal M.P., Boutros N.N. Probing the relative contribution of the first and second responses to sensory gating indices: a meta-analysis // *Psychophysiology*. 2011. Vol. 48. № 7. P. 980–992. doi: 10.1111/j.1469-8986.2010.01168.x
 9. Corbetta M., Shulman G.L. Spatial neglect and attention networks // *Annual Review of Neuroscience*. 2011. Vol. 34. P. 569–599. doi: 10.1146/annurev-neuro-061010-113731
 10. Dunn M.A., Gomes H., Gravel J. Mismatch negativity in children with autism and typical development // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2008. Vol. 38. № 1. P. 52–71. doi: 10.1007/s10803-007-0359-3
 11. Gomot M., Blanc R., Clery H., Roux S., Barthelemy C., Bruneau N. Candidate electrophysiological endophenotypes of hyper-reactivity to change in autism // *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2011. Vol. 41. № 6. P. 705–714. doi: 10.1007/s10803-010-1091-y
 12. Greenwood P.M., Parasuraman R., Espeseth T. A cognitive phenotype for a polymorphism in the nicotinic receptor gene *CHRNA4* // *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 2012. Vol. 36. № 4. P. 1331–1341. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.02.010
 13. Impey D., Chique-Alfonzo M., Shah D., Fisher D.J., Knott V.J. Effects of nicotine on visuospatial attentional orienting in non-smokers // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*. 2013. Vol. 106. P. 1–7. doi: 10.1016/j.pbb.2013.02.015
 14. Karvat G., Kimchi T. Acetylcholine elevation relieves cognitive rigidity and social deficiency in a mouse model of autism // *Neuropsychopharmacology*. 2014. Vol. 39. № 4. P. 831–840. doi: 10.1038/npp.2013.274
 15. Kawakubo Y., Kasai K., Okazaki S., Hosokawa-Kakurai M., Watanabe K., Kuwabara H., Ishijima M., Yamasue H., Iwanami A., Kato N., Maekawa H. Electrophysiological abnormalities of spatial attention in adults with autism during the gap overlap task // *Clinical Neurophysiology*. 2007. Vol. 118. № 7. P. 1464–1471. doi: 10.1016/j.clinph.2007.04.015
 16. Kemner C., Verbaten M.N., Cuperus J.M., Camfferman G., van Engeland H. Auditory event-related brain potentials in autistic children and three different control groups // *Biological Psychiatry*. 1995. Vol. 38. № 3. P. 150–165. doi: 10.1016/0006-3223(94)00247-z.
 17. Kuhl P.K., Coffey-Corina S., Padden D., Dawson G. Links between social and linguistic processing of speech in preschool children with autism: behavioral and electrophysiological measures // *Developmental Science*. 2005. Vol. 8. № 1. P. F1–F12. doi: 10.1111/j.1467-7687.2004.00384.x
 18. Kujala T., Kuuluvainen S., Saalasti S., Jansson-Verkasalo E., von Wendt L., Lepisto T. Speech-feature discrimination in children with Asperger syndrome as determined with the multi-feature mismatch negativity paradigm // *Clinical Neurophysiology*. 2010. Vol. 121. № 9. P. 1410–1419. doi: 10.1016/j.clinph.2010.03.017
 19. Lemonnier E., Grandgeorge M., Jacobzone-Leveque C., Bessaguet C., Peudenier S., Misery L. Red dermatographism in autism spectrum disorders: A clinical sign of cholinergic dysfunction? // *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2013. Vol. 7. № 5. P. 601–605.
 20. Lepisto T., Nieminen-von Wendt T., von Wendt L., Naatanen R., Kujala T. Auditory cortical change detection in adults with Asperger syndrome // *Neuroscience Letters*. 2007. Vol. 414. № 2. P. 136–140. doi: 10.1016/j.neulet.2006.12.009



21. Lindell A.K., Hudry K. Atypicalities in cortical structure, handedness, and functional lateralization for language in autism spectrum disorders // *Neuropsychology Review*. 2013. Vol. 23. № 3. P. 257–270. doi: 10.1007/s11065-013-9234-5
22. Martin-Ruiz C.M., Lee M., Perry R.H., Baumann M., Court J.A., Perry E.K. Molecular analysis of nicotinic receptor expression in autism // *Molecular Brain Research*. 2004. Vol. 123. № 1–2. P. 81–90. doi: 10.1016/j.molbrainres.2004.01.003
23. May P.J., Tiitinen H. Mismatch negativity (MMN), the deviance-elicited auditory deflection, explained // *Psychophysiology*. 2010. Vol. 47. № 1. P. 66–122. doi: 10.1111/j.1469-8986.2009.00856.x
24. Mesulam M.M. Cholinergic pathways and the ascending reticular activating system of the human brain // *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1995. Vol. 757. P. 169–179.
25. Naatanen R., Paavilainen P., Rinne T., Alho K. The mismatch negativity (MMN) in basic research of central auditory processing: a review // *Clinical Neurophysiology*. 2007. Vol. 118. № 12. P. 2544–2590. doi: 10.1016/j.clinph.2007.04.026
26. Orekhova E.V., Stroganova T.A., Prokofyev A.O., Nygren G., Gillberg C., Elam M. Sensory gating in young children with autism: relation to age, IQ, and EEG gamma oscillations // *Neuroscience Letters*. 2008. Vol. 434. № 2. P. 218–223. doi: 10.1016/j.neulet.2008.01.066
27. Orekhova E.V., Tsetlin M.M., Butorina A.V., Novikova S.I., Gratchev V.V., Sokolov P.A., Elam M., Stroganova T.A. Auditory cortex responses to clicks and sensory modulation difficulties in children with autism spectrum disorders (ASD) // *PLoS One*. 2012. Vol. 7. № 6. P. e39906. doi: 10.1371/journal.pone.0039906
28. Ponton C., Eggermont J.J., Khosla D., Kwong B., Don M. Maturation of human central auditory system activity: separating auditory evoked potentials by dipole source modeling // *Clinical Neurophysiology*. 2002. Vol. 113. № 3. P. 407–420.
29. Sarter M., Hasselmo M.E., Bruno J.P., Givens B. Unraveling the attentional functions of cortical cholinergic inputs: interactions between signal-driven and cognitive modulation of signal detection // *Brain Research Reviews*. 2005. Vol. 48. № 1. P. 98–111. doi: 10.1016/j.brainresrev.2004.08.006
30. Skinner R.D., Homma Y., Garcia-Rill E. Arousal mechanisms related to posture and locomotion: 2. Ascending modulation // *Progress in Brain Research*. 2004. Vol. 143. P. 291–298. doi: 10.1016/s0079-6123(03)43028-8
31. Stroganova T.A., Kozunov V.V., Posikera I.N., Galuta I.A., Gratchev V.V., Orekhova E.V. Abnormal pre-attentive arousal in young children with autism spectrum disorder contributes to their atypical auditory behavior: an ERP study // *PLoS One*. 2013. Vol. 8. № 7. P. e69100. doi: 10.1371/journal.pone.0069100
32. Tarkka I.M., Luukkainen-Markkula R., Pitkanen K., Hamalainen H. Alterations in visual and auditory processing in hemispatial neglect: an evoked potential follow-up study // *International Journal of Psychophysiology*. 2011. Vol. 79. № 2. P. 272–279. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2010.11.002
33. Thiel C.M., Fink G.R. Visual and auditory alertness: modality-specific and supramodal neural mechanisms and their modulation by nicotine // *Journal of Neurophysiology*. 2007. Vol. 97. № 4. P. 2758–2768. doi: 10.1152/jn.00017.2007
34. Tsetlin M.M., Pushina N.P., Galuta I.A., Stroganova T.A. Spatial asymmetry of frontal tasks performance in young boys with autism // *International Journal of Psychophysiology*. 2008. Vol. 69. P. 267–267. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2008.05.211
35. Vossel S., Kukolja J., Thimm M., Thiel C.M., Fink G.R. The effect of nicotine on visuospatial attention in chronic spatial neglect depends upon lesion location // *Journal of Psychopharmacology*. 2010. Vol. 24. № 9. P. 1357–1365. doi: 10.1177/0269881109105397
36. Whitehouse A.J., Bishop D.V. Do children with autism ‘switch off’ to speech sounds? An investigation using event-related potentials // *Developmental Science*. 2008. Vol. 11. № 4. P. 516–524. doi: 10.1111/j.1467-7687.2008.00697.x
37. Witte E.A., Davidson M.C., Marrocco R.T. Effects of altering brain cholinergic activity on covert orienting of attention: comparison of monkey and human performance // *Psychopharmacology (Berl)*. 1997. Vol. 132. № 4. P. 324–334.
38. Yvert B., Crouzeix A., Bertrand O., Seither-Preisler A., Pantev C. Multiple supratemporal sources of magnetic and electric auditory evoked middle latency components in humans // *Cerebral Cortex*. 2011. Vol. 21. № 5. P. 411–423.



NEURAL BASIS OF ATTENTION ORIENTING ABNORMALITIES IN CHILDREN WITH AUTISM

STROGANOVA T.A. *, Centre for Neurocognitive Research (MEG Centre), Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
e-mail: stroganova56@mail.ru

OREKHOVA E.V. **, Laboratory for Interdisciplinary Autism Research, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
e-mail: orekhova.elena.v@gmail.com

GALUTA I.A. ***, Laboratory for Interdisciplinary Autism Research, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia,
e-mail: iliagaluta@gmail.com

Detection of new events occurring outside the focus of attention is fundamental to adaptive functioning and is most critical when attention is focused elsewhere. The unattended novel sensory events may demand further analysis according to their task relevance and may appear important for survival. Behavioral and physiological findings reviewed in this article imply that brains of many people with autism spectrum disorders (ASD) are, to a certain extent, impenetrable to such unattended but potentially salient changes in the immediate sensory environment. Here we reviewed neurophysiological studies investigating neural processing of salient (rare, novel or deviant) auditory stimuli in ASD. We put forward a hypothesis that atypical processing of deviance and novelty in a proportion of individuals with ASD may be grounded in the failure of nicotinic cholinergic arousal pathways to engage cortical mechanisms involved in detection of changes in the environment and appraisal of their novelty, if these changes occur beyond the currently attended sensory stream. Further studies linking neurophysiological findings with attention behavior and those searching for their neurochemical and genetic bases will help to understand causes of attention problems and sensory modulation difficulties in children with ASD and may prove helpful to direct early intervention.

Keywords: autism spectrum disorder (ASD), attention re-orienting, sensory modulation, sensory gating, auditory event-related potentials, cholinergic pathways, nicotine.

Funding

The study was supported by the Russian Scientific Foundation (grant № 14-35-00060).

References

1. Stroganova T.A., Orekhova E.V., Galuta I.A. Monotropizm vnimaniya u detey s autizmom [Monotropism of attention in children with autism], *Ekspериментальная психология [Experimental Psychology (Russia)]*, 2014, vol. 7, no. 4, pp. 66–82 (In Russian; abstract in English).

For citation:

Stroganova T.A., Orekhova E.V., Galuta I.A. Neural basis of attention orienting abnormalities in children with autism. *Ekspериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 7–23 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080302

* *Stroganova T.A.* DSc (Biology), Professor, Head of Centre for Neurocognitive Research (MEG Centre), Moscow State University of Psychology and Education. Moscow, Russia. E-mail: stroganova56@mail.ru
** *Orekhova E.V.* PhD (Psychology), Leading Researcher, Laboratory for Interdisciplinary Autism Research, Moscow State University of Psychology and Education. Moscow, Russia. E-mail: orekhova.elena.v@gmail.com
*** *Galuta I.A.* Researcher, Laboratory for Interdisciplinary Autism Research, Moscow State University of Psychology and Education. Moscow, Russia. E-mail: iliagaluta@gmail.com



2. Ames C., Fletcher-Watson S. A review of methods in the study of attention in autism. *Developmental Review*, 2010, vol. 30, no. 1, pp. 52–73.
3. Anand R., Amici S.A., Ponath G., Robson J.I., Nasir M., McKay S.B. Nicotinic acetylcholine receptor alterations in autism spectrum disorders – biomarkers and therapeutic targets. In Eapen V. (ed.), *Autism - A Neurodevelopmental Journey from Genes to Behaviour*, InTech, 2011, pp. 123–146.
4. Andersson S., Posserud M.B., Lundervold A.J. Early and late auditory event-related potentials in cognitively high functioning male adolescents with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2013, vol. 7, no. 7, pp. 815–823.
5. Bryson S.E., Wainwright-Sharp J.A., Smith I.M. Autism: A developmental spatial neglect syndrome? In James T.E. (ed.), *Advances in Psychology*. North-Holland, 1990, pp. 405–427.
6. Buckley A.W., Rodriguez A.J., Jennison K., Buckley J., Thurm A., Sato S., Swedo S. Rapid eye movement sleep percentage in children with autism compared with children with developmental delay and typical development. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 2010, vol. 164, no. 11, pp. 1032–1037. doi: 10.1001/archpediatrics.2010.202.
7. Casey B.J., Gordon C.T., Mannheim G.B., Rumsey J.M. Dysfunctional attention in autistic savants. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 1993, vol. 15, no. 6, pp. 933–946. doi: 10.1080/01688639308402609
8. Chang W.P., Arfken C.L., Sangal M.P., Boutros N.N. Probing the relative contribution of the first and second responses to sensory gating indices: a meta-analysis. *Psychophysiology*, 2011, vol. 48, no. 7, pp. 980–992. doi: 10.1111/j.1469-8986.2010.01168.x
9. Corbetta M., Shulman G.L. Spatial neglect and attention networks. *Annual Review of Neuroscience*, 2011, vol. 34, pp. 569–599. doi: 10.1146/annurev-neuro-061010-113731
10. Dunn M.A., Gomes H., Gravel J. Mismatch negativity in children with autism and typical development. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2008, vol. 38, no. 1, pp. 52–71. doi: 10.1007/s10803-007-0359-3
11. Gomot M., Blanc R., Clery H., Roux S., Barthelemy C., Bruneau N. Candidate electrophysiological endophenotypes of hyper-reactivity to change in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 2011, vol. 41, no. 6, pp. 705–714. doi: 10.1007/s10803-010-1091-y
12. Greenwood P.M., Parasuraman R., Espeseth T. A cognitive phenotype for a polymorphism in the nicotinic receptor gene CHRNA4. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 2012, vol. 36, no. 4, pp. 1331–1341. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.02.010
13. Impey D., Chique-Alfonzo M., Shah D., Fisher D.J., Knott V.J. Effects of nicotine on visuospatial attentional orienting in non-smokers. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 2013, vol. 106, pp. 1–7. doi: 10.1016/j.pbb.2013.02.015
14. Karvat G., Kimchi T. Acetylcholine elevation relieves cognitive rigidity and social deficiency in a mouse model of autism. *Neuropsychopharmacology*, 2014, vol. 39, no. 4, pp. 831–840. doi: 10.1038/npp.2013.274
15. Kawakubo Y., Kasai K., Okazaki S., Hosokawa-Kakurai M., Watanabe K., Kuwabara H., Ishijima M., Yamasue H., Iwanami A., Kato N., Maekawa H. Electrophysiological abnormalities of spatial attention in adults with autism during the gap overlap task. *Clinical Neurophysiology*, 2007, vol. 118, no. 7, pp. 1464–1471. doi: 10.1016/j.clinph.2007.04.015
16. Kemner C., Verbaten M.N., Cuperus J.M., Camfferman G., van Engeland H. Auditory event-related brain potentials in autistic children and three different control groups. *Biological Psychiatry*, 1995, vol. 38, no. 3, pp. 150–165. doi: 10.1016/0006-3223(94)00247-z
17. Kuhl P.K., Coffey-Corina S., Padden D., Dawson G. Links between social and linguistic processing of speech in preschool children with autism: behavioral and electrophysiological measures. *Developmental Science*, 2005, vol. 8, no. 1, pp. F1–F12. doi: 10.1111/j.1467-7687.2004.00384.x
18. Kujala T., Kuuluvainen S., Saalasti S., Jansson-Verkasalo E., von Wendt L., Lepisto T. Speech-feature discrimination in children with Asperger syndrome as determined with the multi-feature mismatch negativity paradigm. *Clinical Neurophysiology*, 2010, vol. 121, no. 9, pp. 1410–1419. doi: 10.1016/j.clinph.2010.03.017
19. Lemonnier E., Grandgeorge M., Jacobzone-Leveque C., Bessaguet C., Peudener S., Misery L. Red dermographism in autism spectrum disorders: A clinical sign of cholinergic dysfunction? *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2013, vol. 7, no. 5, pp. 601–605.
20. Lepisto T., Nieminen-von Wendt T., von Wendt L., Naatanen R., Kujala T. Auditory cortical change detection in adults with Asperger syndrome. *Neuroscience Letters*, 2007, vol. 414, no. 2, pp. 136–140. doi:



10.1016/j.neulet.2006.12.009

21. Lindell A.K., Hudry K. Atypicalities in cortical structure, handedness, and functional lateralization for language in autism spectrum disorders. *Neuropsychology Review*, 2013, vol. 23, no. 3, pp. 257–270. doi: 10.1007/s11065-013-9234-5
22. Martin-Ruiz C.M., Lee M., Perry R.H., Baumann M., Court J.A., Perry E.K. Molecular analysis of nicotinic receptor expression in autism. *Molecular Brain Research*, 2004, vol. 123, no. 1–2, pp. 81–90. doi: 10.1016/j.molbrainres.2004.01.003
23. May P.J., Tiihinen H. Mismatch negativity (MMN), the deviance-elicited auditory deflection, explained. *Psychophysiology*, 2010, vol. 47, no. 1, pp. 66–122. doi: 10.1111/j.1469-8986.2009.00856.x
24. Mesulam M.M. Cholinergic pathways and the ascending reticular activating system of the human brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1995, vol. 757, pp. 169–179.
25. Naatanen R., Paavilainen P., Rinne T., Alho K. The mismatch negativity (MMN) in basic research of central auditory processing: a review. *Clinical Neurophysiology*, 2007, vol. 118, no. 12, pp. 2544–2590. doi: 10.1016/j.clinph.2007.04.026
26. Orekhova E.V., Stroganova T.A., Prokofyev A.O., Nygren G., Gillberg C., Elam M. Sensory gating in young children with autism: relation to age, IQ, and EEG gamma oscillations. *Neuroscience Letters*, 2008, vol. 434, no. 2, pp. 218–223. doi: 10.1016/j.neulet.2008.01.066
27. Orekhova E.V., Tsetlin M.M., Butorina A.V., Novikova S.I., Gratchev V.V., Sokolov P.A., Elam M., Stroganova T.A. Auditory cortex responses to clicks and sensory modulation difficulties in children with autism spectrum disorders (ASD). *PLoS One*, 2012, vol. 7, no. 6, pp. e39906. doi: 10.1371/journal.pone.0039906
28. Ponton C., Eggermont J.J., Khosla D., Kwong B., Don M. Maturation of human central auditory system activity: separating auditory evoked potentials by dipole source modeling. *Clinical Neurophysiology*, 2002, vol. 113, no. 3, pp. 407–420.
29. Sarter M., Hasselmo M.E., Bruno J.P., Givens B. Unraveling the attentional functions of cortical cholinergic inputs: interactions between signal-driven and cognitive modulation of signal detection. *Brain Research Reviews*, 2005, vol. 48, no. 1, pp. 98–111. doi: 10.1016/j.brainresrev.2004.08.006
30. Skinner R.D., Homma Y., Garcia-Rill E. Arousal mechanisms related to posture and locomotion: 2. Ascending modulation. *Progress in Brain Research*, 2004, vol. 143, pp. 291–298. doi: 10.1016/s0079-6123(03)43028-8
31. Stroganova T.A., Kozunov V.V., Posikera I.N., Galuta I.A., Gratchev V.V., Orekhova E.V. Abnormal pre-attentive arousal in young children with autism spectrum disorder contributes to their atypical auditory behavior: an ERP study. *PLoS One*, 2013, vol. 8, no. 7, pp. e69100. doi: 10.1371/journal.pone.0069100
32. Tarkka I.M., Luukkainen-Markkula R., Pitkanen K., Hamalainen H. Alterations in visual and auditory processing in hemispatial neglect: an evoked potential follow-up study. *International Journal of Psychophysiology*, 2011, vol. 79, no. 2, pp. 272–279. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2010.11.002
33. Thiel C.M., Fink G.R. Visual and auditory alertness: modality-specific and supramodal neural mechanisms and their modulation by nicotine. *Journal of Neurophysiology*, 2007, vol. 97, no. 4, pp. 2758–2768. doi: 10.1152/jn.00017.2007
34. Tsetlin M.M., Pushina N.P., Galuta I.A., Stroganova T.A. Spatial asymmetry of frontal tasks performance in young boys with autism. *International Journal of Psychophysiology*, 2008, vol. 69, pp. 267–267. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2008.05.211
35. Vossel S., Kukulja J., Thimm M., Thiel C.M., Fink G.R. The effect of nicotine on visuospatial attention in chronic spatial neglect depends upon lesion location. *Journal of Psychopharmacology*, 2010, vol. 24, no. 9, pp. 1357–1365. doi: 10.1177/0269881109105397
36. Whitehouse A.J., Bishop D.V. Do children with autism ‘switch off’ to speech sounds? An investigation using event-related potentials. *Developmental Science*, 2008, vol. 11, no. 4, pp. 516–524. doi: 10.1111/j.1467-7687.2008.00697.x
37. Witte E.A., Davidson M.C., Marrocco R.T. Effects of altering brain cholinergic activity on covert orienting of attention: comparison of monkey and human performance. *Psychopharmacology (Berl)*, 1997, vol. 132, no. 4, pp. 324–334.
38. Yvert B., Crouzeix A., Bertrand O., Seither-Preisler A., Pantev C. Multiple supratemporal sources of magnetic and electric auditory evoked middle latency components in humans. *Cerebral Cortex*, 2001, vol. 11, no. 5, pp. 411–423.



СОЦИОБИОЛОГИЯ И ПАТОПСИХОЛОГИЯ КЛЕПТОМАНИИ

ШЕВЧЕНКО Ю. С. *, Российская медицинская академия постдипломного образования, Москва, Россия,
e-mail: europsy@mail.ru

В статье, с позиций эволюционной и социобиологии, рассматривается феномен kleptomani. Обсуждаются различия между kleptomaniей и воровством. Рассматриваются основные эволюционно закрепленные «программы» присвоения/заполучения животными чужого «добра». Обсуждаются дискуссионные вопросы об инстинктивной природе kleptomанического поведения у человека (особенно, в детском возрасте).

Ключевые слова: эволюционная и социобиология, инстинктивное поведение, воровство, kleptomания, патопсихология, дети.

Клептомания (греч. *klepto* – красть, *mania* – страсть, безумие) – патологическое импульсивно возникающее влечение к воровству с непреодолимой потребностью удовлетворить это стремление. Характерны неожиданность появления влечения, чрезвычайная аффективная напряженность, отсутствие признаков нарушенного сознания, каких-либо психических задержек. Клептоманические импульсы возникают на фоне тяжелой дисфории; по выполнении желаемого действия больной испытывает чувство удовлетворения, облегчения (Блейхер, Крук, 1995). Данное определение касается ядерной, психопатологически дифференцированной и достаточно ограниченной группы специфических расстройств поведения без учета их природы и динамики.

Ц. Ломброзо (Ломброзо, 1982), проводя различие между kleptomаном и обыкновенным вором, подчеркивал, что первый крадет по инстинкту, в силу болезненной потребности, тогда как второй – по расчету, ради приобретения; первого прельщает всякая понравившаяся ему вещь, второго же – только вещь ценная. Согласно американской классификации DSM-IV-TR, kleптомания относится к *расстройствам контроля над импульсами*, для которых характерны такие особенности поведения, как: *повторяемость, неадаптивность, первичность* (невключенность в структуру более общего психопатологического синдрома – бредового, галлюцинаторного и проч.), периодическая *неспособность противостоять побуждению* к совершению кражи, *наличие «продрома»* с напряженностью перед совершением поступка, *облегчение* после него (Шостакович, Леонова, 2007). Патологическое воровство (kleптомания) в МКБ-10 помещено в рубрику F63 – «Расстройства *привычек и влечений*» наряду с патологической склонностью к азартным играм, пироманией, трихотилломанией (Международная классификация ..., 1994). Эта группа нуждается в уточнении, поскольку между привычкой (которая, как известно, может стать «второй натурой» даже если

Для цитаты:

Шевченко Ю. С. Социобиология и патопсихология kleптомании // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 24–38. doi:10.17759/exppsy.2015080303

* Шевченко Ю. С. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской и подростковой психиатрии и психотерапии, Российская медицинская академия постдипломного образования. Москва, Россия. E-mail: europsy@mail.ru



сформировалась из, казалось бы, абсолютно произвольного поведения) и влечением (которое изначально спаяно с биологической природой человека) при всей их близости существуют качественные различия, принципиально значимые как для общей психопатологии, так и для судебной психиатрии и психотерапии. На модели патологических привычных действий нами доказана возможность взаимных переходов между привычками и влечениями (Шевченко, 2007а). *Привычным воровством* «stealing» в англоязычной литературе называют кражи ради краж, когда субъект получает удовлетворение от самого факта правонарушения или процесса похищения. Истинная kleptomania наблюдается у лиц психопатического склада и при психопатоподобных состояниях, сопровождающихся расстройствами настроения и «жизни влечений» (Гиндикин, 1999). Здесь так же, как и в случаях аддиктивной мотивации употребления психоактивных веществ, по-видимому, можно выделить 2 группы пациентов: с мотивами коррекции эмоционально-негативного состояния и с мотивами стимуляции эмоционально-позитивного состояния (Гречаный, 2015). В то же время, в случаях спаянности kleptomania с личностными расстройствами, на что указывают многие авторы (Шостакович, Леонова, 2007), имеет место разный этолого-психодинамический смысл и патофизиологический механизм феноменологически идентичного поведения. Так, у истероидной личности kleptomanическое поведение носит во-многом инфантильно-игровой характер и отражает функциональную незрелость корковой регуляции, тогда как у эпилептоида оно служит способом разрядки напряженно-дисфорического аффекта (по типу переадресованной агрессии), обусловленного раздражением или патологической активностью подкорковых структур. У психастеника kleptomania – это смещенная активность, отражающая непрекращающуюся борьбу мотивов, обусловленных столкновением равносильных, но разнонаправленных подкорково-биологических и корково-личностных доминант. У шизоида воровство имеет скорее вторичный характер по отношению к сверхценному коллекционированию, спаянному с застойным очагом возбуждения в лобной коре, рационализирующей древний инстинкт собирательства.

Психический дизонтогенез (Ковалев, 1995) на уровне характера и личности (как правило сочетающийся с задержками или асинхронией развития других сфер) может быть обусловлен как наследственно-конституциональными и психогенно-воспитательными, так и церебрально-органическими (перинатальными) факторами, а также сочетанием указанных вредностей (Гинтер, 1976). Подтверждение мнения о наличии дизнейроонтогенетических механизмов в развитии kleptomania (о чем говорит ее чрезвычайно раннее начало, а также обнаружение «рассеянной резидуально-органической симптоматики» при неврологическом обследовании большинства kleptomанов) может поставить вопрос о включении в терапию и первичную профилактику данного расстройства методов нейропсихологической коррекции (Корнеева, 2002; Корнеева, Шевченко, 2010).

Здесь следует оговориться, что в данном контексте речь идет о первичной kleptomanии, не входящей в структуру депрессивного или шизоаффективного расстройства при которых kleptomania выступает в качестве психопатоподобного эквивалента (или маски) более общего (в частности, аффективного) нарушения. В то же время несомненный эмоциональный эффект воровства, как и любого рискованного поведения, очевиден. В этом смысле воровство, как этологический феномен, всегда изначально имеет адаптивный (защитно-приспособительный) смысл, поскольку реализация любой инстинктивной модели приятна сама по себе. Отсюда частота возникновения kleptomanического поведения на почве личностных (в том числе сексуально окрашенных) переживаний (дистимических, тревожно-

фобических, депрессивных, смешанных) как болезненного, так и доболезненного уровня. Современные данные социобиологии обосновывают отнесение kleptomании к одной из основных подгрупп инстинктов как животных, так и человека (Марков, 2011; Протопопов, Вязовский, 2011). Ворует не только то, что необходимо для выживания, но и то, что обеспечивает тиражирование собственных генов. Так, между самцами-шалашниками существует острая конкуренция, выражающаяся в том, что они то и дело воруют друг у друга особо ценные украшения для «любовных беседок» и пытаются разрушить шалашники соперников (Марков, 2011).

Человеческая честность не имеет аналогов в животном мире. Ею не отличаются даже шимпанзе. Более того, воровство – не единственный способ присвоения чужого, который был наработан в процессе эволюции живых существ и который в изначально инстинктивном или рационально закамуфлированном виде сохранился у человека. В.Р. Дольник (Дольник, 2004) указывает на то, что почти все виды общественных животных имеют шесть врожденных программ заполучения чужого добра.

Первая программа – **захват и удержание** самого источника благ (богатого кормом места, цветущего дерева, плодоносящего растения, стада малоподвижных животных, труппа, источника воды и т. п.). Захваченное добро удерживается силой, а все менее сильные претенденты прогоняются (в одиночку или с помощью группы «соратников»). У человека подобная программа проявляется еще в раннем детстве по типу «схватить и не отдавать». Ее демократизированная форма реализуется в «праве первого», поддерживаемом силой закона. Поскольку, как правило, удержать за собой источник благ способна сильная особь, постольку для посторонних сам факт обладания им (лимузином, особняком, самолетом, землей) – признак силы и власти. В этом смысле уместно вспомнить выражение: «Власть денег» или поэтическую характеристику: «Богат и славен Кочубей, его поля необозримы». Стремление демонстрировать богатство исправно работает в интересах сильных. Так, коршуны реже вторгаются во владения семей с богато (но не сверх меры, дабы привлекательность участка не пересилила страх сильного хозяина) украшенными гнездами, чем на участки «бедняков», что соответствующим образом отражается на выживаемости птенцов в «богатых» гнездах. Нувориши, а тем более обманщики, вызывающе демонстрирующие богатые украшения, рискуют подвергнуться ожесточенной агрессии соплеменников, обеспечивающей социальный контроль «честности сигнала» (Марков, 2011). Отсюда выражение «Не по Сеньке шапка».

Вторая программа – **огрбление**, т. е. отнятие чужой собственности силой, пользуясь своим физическим превосходством. Дети начинают грабить раньше, чем говорить. Отнятие у более слабых пищи, игрушек, денег, осуществляемое в одиночку либо в группе, может стать стилем жизни (клептопаразитизмом), присущим как некоторым видам животных, так и целым народам, известным в истории человечества. Подростковые группы, состоящие из лиц с несформированной или утраченной способностью испытывать сострадание к другим людям, легко становятся бандами, объединяющими «братьев-разбойников», грабящих и чужих и своих. При этом грабеж мотивируется не только инстинктом обогащения, но и врожденно-социальной потребностью в инициации, т. е. посвящении в ранг «взрослого». Притом не просто взрослого, а сразу (минуя промежуточные ступени) в представителя верхней части иерархической пирамиды – «разбойника», «воина», «пирата», «крутого», который живет согласно специфической морали сам по себе и для себя, не подчиняясь законам «толпы» и присваивает чужое «по праву сильного».



В процессе эволюции основной социальной потребностью человека становится потребность в *самоидентификации*. Кроме того, к социальным потребностям относятся потребность в *доминировании* (приоритетном доступе к витальным ресурсам, включая деньги), и в *лидерстве* (Жуков, 2014). Они проявляются в стремлении к богатству и славе. Самоидентификация, являясь врожденной потребностью, соединяет самосознание со сферой социальных связей и отношений. Все три социальные потребности могут реализоваться в таком антиобщественном феномене, как «вор в законе», делающем присвоение чужого обязательным условием их удовлетворения. У современных самоидентифицирующихся подростков возникла своеобразная мода на индивидуальный и групповой шоплифтинг (shoplifting) – тихий вынос товара из розничного магазина. Делается это не с целью обогащения и не столько из желания испытать «выброс адреналина». Основная цель подросткового шоплифтинга – фотографировать свои «трофеи» и выставить фото в интернете на специальном сайте, дабы самоутвердиться за счет проявленной ловкости и бесшабашности (мотив, характерный для поведения инициации любого социального вида животных) или же обозначить себя на сайте в роли Робин Гуда или наставника для начинающих.

Третья программа – *отбирание* добра и благ в виде «дани», «оброка» у стоящих ниже рангом, причем, как правило, без стычки, а «по праву» доминирования. Отнятие как один из способов утверждения иерархии происходит у общественных видов постоянно, хотя бы в символической форме. У обезьян подчиненные особи не только безропотно отдают все, что заинтересует доминанта, но и добровольно, упреждая его гнев, по принципу «каждый сам ему приносит и спасибо говорит». При этом не всегда ясно, дань это или подарок. Даритель, обозначая свое подчиненное положение, успокаивает доминанта на предмет стабильности иерархической лестницы, освобождая от необходимости иным способом демонстрировать собственное превосходство и, в то же время, запечатлевает в сознании «владыки» свой образ, спаянный с положительными эмоциями на случай, если будет нуждаться в его защите, покровительстве или снисходительности. Как говорится: «Не подмажешь – не поедешь». Передача добра снизу вверх по иерархической пирамиде для людей «естественна» в том смысле, что имеет хорошо отлаженную инстинктивную программу. Дарение подарков для установления и укрепления дружеских отношений – универсальная для всех народов форма поведения (Eibl-Eibesfeldt, 1985). В то же время дарение другу, а тем более доминанту подарка, превышающего по своей ценности возможности последнего для «встречного» дара, воспринимается как демонстрация превосходства (см. первую программу), что может вместо положительных эмоций вызвать отрицательные и спровоцировать агрессию. История знает случаи, когда вассалы впадали в немилость к владыкам после такой «бескорыстной» демонстрации своих богатств и даже погибали из-за неосознанного нарушения принципов социально-инстинктивного поведения. Рассматриваемая программа реализуется в разного рода традициях и ритуалах почитания: подношения деспоту, «подарки» начальнику, лакомый кусок «хозяину», масел «бугру», дарение уважаемому гостю вещи, которую тот похвалил, уступка при продаже («Почтенный покупатель дороже денег»).

Четвертая программа – *похищение* чужой собственности. Воровство принципиально отличается от грабежа тем, что его совершает особь, стоящая рангом ниже обворованной. Поэтому воруют животные тайно, применяя разного рода уловки, стаив, убегают и прячут или съедают незаметно, поскольку запущенная программа воровства сразу же предупреждает о запрете: попадешься – побьют. У обезьян из-за жестокой иерархии воровство процветает, одновременно совершенствуя поведение, позволяющее не попадаться (поскольку



всегда есть риск быть замеченным «ябедой», постоянно сканирующим пространство, на котором проживает семейство). Ведь даже менее грубое нарушение субординации грозит наказанием. Поэтому, надеясь втихомолку, животное постоянно тревожно оглядывается по сторонам. Это же инстинктивное поведение демонстрирует ребенок, жуя в одиночку бутерброд или пирожное, несмотря на то, что находится в объективно безопасной ситуации (Резникова, 2012).

Человеческая демократия сама по себе не нейтрализует этот «звериный инстинкт». В этом смысле принципиальный отказ от физического наказания за воровство работает против врожденного страха быть пойманным и побитым (и тем самым «опущенным» в глазах окружающих), что требует нахождения равнозначного альтернативного воздействия. Это же касается низкого шанса оказаться «пойманным за руку» в перенаселенном и мигрирующем обществе, а, как известно, «не пойман – не вор». Социальное подкрепление тормозящего сопровождения инстинктивной воровской программы в виде высокой вероятности быть уличенным и жестоко наказанным способно ее почти полностью нейтрализовать.

Пятая программа – **попрошайничество**, распространенное у всех видов животных, в чем можно легко убедиться, посетив зоопарк. Принимая позу, имитирующую позу детеныша, выпрашивающего корм, попрошайка воздействует на родительский инстинкт окружающих, вызывает у них чувство жалости, побуждая к альтруистическому поведению (подаванию, допуску к месту кормления). Попрошайничество всегда адресовано вверх: обращено к владельцу источника благ, либо к более сильной особи, либо к (до этого момента) равному по рангу. Естественно, что попрошайничают в основном обезьяны, находящиеся на низких этажах иерархии. Особенно выделяется попрошайничество детенышей, а также самок, если их подкармливают самцы. У человека попрошайничество развито еще сильнее, чем у обезьян: мы все время что-нибудь просим или вынуждены просить (реализуя транзакцию «дитя» – «родитель»). Нежелание даже из соображений материальных или иных выгод унижаться в глазах окружающих или в своих собственных («Мы бедные, но гордые») проявляется в том, что некоторым людям гораздо проще просить за других (общаясь в транзакции «взрослый» – «взрослый»), чем за самих себя. Напротив, произвольно утрированное инстинктивное поведение проявляется в двурушничестве, т. е. протягивании обеих просящих рук, вопреки неписанному правилу протягивать только одну.

Шестая программа заполучения чужого добра представляет собой **обмен**. Он развит у обезьян и некоторых врановых. Меняются животные одного ранга. При этом у них обмен всегда обманный, использующий очень хитрые программы, как обдурить партнера, подсунуть ему не то, захватить оба предмета, которыми начали меняться и т. п. У людей эта подсознательная сторона обмена – обязательная выгода также развита. Достаточно вспомнить известные выражения: «Не обманешь – не продашь», «На рынке два дурака...», «Они делают вид, что нам платят, мы – что работаем». При этом, поскольку иерархические позиции в ситуации обмена примерно равные (или независимые друг от друга), а оба его участника вступают в сделку добровольно, эмоциональная сторона реализации данной программы наиболее комфортна. Каждый в момент обмена считает, что его выгода больше, чем у другого. Порой бывает трудно определить, что руководит бесчестным продавцом, работодателем или бухгалтером – обдуманное экономическое соображение или архаический инстинкт присвоения чужого. Удовольствие от реализации врожденной программы обмена явно обнаруживается у восточных торговцев, заведомо завышающих цену на свой товар и с готовностью снижающих ее в несколько раз во время торга. Более того, богатый иностранец



нец, сразу заплативший первоначальную цену, воспринимается ими как «глупый». Азарт биржевого игрока имеет ту же природу. Честный взаимовыгодный обмен – позднее достижение разума, борющегося с мошенничеством инстинктивной программы (Дольник, 2004).

Амоц Захави (приведено по: Докинз, 2013) предполагает еще одну (седьмую) возможность заполучения того, что предназначено другим – *шантаж*, когда своим поведением или угрозой его осуществления – привлечь хищника громким писком, либо криком (превышающим по своей интенсивности истинное чувство голода или боли); уйти из дому; покончить с собой; пожаловаться в комиссию по правам ребенка; раскрыть семейную тайну; скомпрометировать кого-то из близких, разорить родителей, если те не согласятся на брак с их дочерью и т. п. – шантажист вымогает те или иные привилегии для себя. Эта безжалостная тактика кукушонка, подкинутого матерью в чужое гнездо и конкурирующего с «молочными братьями», в принципе аналогична тактике террориста, угрожающего взорвать самолет, на борту которого находятся пассажиры, если ему не предоставят выкуп. Исходя их концепции эгоистичного гена и имея в виду инстинктивное поведение, Р. Докинз (Докинз, 2013) подчеркивает, что по своей природе: «Ребенок не должен упускать ни одной возможности смошенничать, соврать, обмануть, используя все, что можно, в собственных целях» (с. 226).

Программа воровства есть у многих животных, как собирателей, присваивающих себе то, что «плохо лежит», так и хищников, отнимающих добычу у другого (Дольник, 2004). Этот инстинкт этологи называют «клептоманией», не вкладывая в данный термин никакого психопатологического смысла. В ряде случаев на основе врожденной воровской программы развивается особый образ жизни – клептопаразитизм, филогенетический прообраз рэкета. Так, некоторые виды поморников являются подлинными клептопаразитами.

В трудных условиях инстинктивная программа воровства помогает выжить, особенно если животное в своей группе оказалось на дне иерархической пирамиды, и его к пище не подпускают более сильные сородичи. У сытого же животного воровство проявляется в форме игры. Живущие в достатке вороны городских пригородов могут подолгу крутиться вокруг собаки, пока не украдут из-под ее носа припрятанную той кость. При этом воровской «азарт» оказывается сильнее реальной опасности пострадать от своих действий. Ручные вороны крадут и прячут буквально все у всех, реализуя свою врожденную программу, можно сказать, из чисто спортивного интереса (Дольник, 2004). Выражение «сорока-воровка» стало нарицательным. Поговорка «охоча сорока до находки» подчеркивает субъективно приятный эмоциональный компонент самого процесса воровства. Детское воровство, отмечающееся у совсем маленьких детей (в том числе и из абсолютно обеспеченных семей) также носит характер игры, реализующей инстинктивную программу, и не имеет, как правило, никакого отношения ни к истинному воровству в социально-юридическом смысле, ни к клептомании в смысле психопатологическом. Психически здоровые дети нередко крадут блестящие, красивые вещи, сладости, деньги для получения удовольствия, ради престижа, а также из зависти к их обладателям, либо из стремления отомстить обидчику. Подростковое воровство в виде набегов на чужой сад за яблоками или цветами имеет несколько иной смысл и практически аналогично воровским рейдам шимпанзе на фруктовые плантации. Цель его – похвастаться перед товарищами и предстать героем перед девочками, угостив понравившуюся похищенным плодом или преподнеся ей ворованный букет (на честно заработанные деньги он скорее приобретет что-нибудь самому себе). Здесь срабатывают сразу две инстинктивные программы: а) инициации («взрослое поведение») и

б) полового поведения. Последняя соответствует *репродуктивной* стратегии: «секс в обмен на пищу» (Марков, 2011).

Наслаждение, приносимое самим процессом присвоения с помощью похищения (*индивидуальное поведение*), а также сознанием того, что данное «плохое» поведение преодолевает установленные обществом единые для всех стандарты приспособительной адаптации (*социальное поведение*, уходит корнями к филогенетически обусловленной программе собирательства, с одной стороны, и агрессивно-иерархическому контексту – с другой, поскольку успешность социальной экспансии приводит к повышению социального статуса. Беря исключительное право вести себя не как все, субъект в собственных глазах превращается из «быка» в «Юпитера», согласно известному крылатому выражению: «quod licet Jovi, non licet bovi». Иными словами, воровство как этологический феномен замыкается и на биологической, и на социальной сущности человека. Двойственная филогенетическая природа kleptomанического поведения, возможно, объясняет современные гендерные различия его субъективного смысла и динамики. Женщины, оставшиеся в эволюции «собираательницами», в большей степени мотивируются самим процессом присвоения, тимолептически-транквилизирующий эмоциогенный компонент которого позволяет справиться с депрессией, тогда как переживания по поводу асоциальности воровства заставляют многих женщин самостоятельно обращаться за помощью к врачу. Безудержное и бессмысленное шопингование (как правило, за счет преданных мужчин), удовлетворяя собирательский инстинкт, служит для них альтернативой kleptomании.

Мужчины же, приобретшие в процессе эволюции статус «охотников» и использовавшие охотничьи навыки в борьбе за иерархический статус в традиционно-патриархальной организации человеческого общества, тяготеют к стимулирующе-атарактическому, экспансивно-агрессивному способу психической саморегуляции. Отсюда их меньшая, по сравнению с женщинами, социабельность (в смысле нормативной конформности) и редкость самостоятельного обращения за помощью. Мужское воровство больше напоминает экстремальные виды спорта и тяготеет к антисоциальному и агрессивно-деструктивному полюсу психопатологии, в частности, такой типично «мужской» девиации, как пиромания, тогда как фемининное воровство коморбидно тревожно-депрессивным нарушениям и аутоагрессивному поведению типа трихотилломании и нервной анорексии – преимущественно «женским» заболеваниям. Отмеченные клинико-этологические различия предполагают необходимость дифференцированного подхода к медикаментозному и психотерапевтическому лечению kleptomании у мужчин и женщин.

Даже противники инстинктивной природы воровства (Шостакович, Потапов, 1995) указывают на порой имеющий место сексуальный оттенок патологических краж, связывая их с подсознательным запечатлением первого яркого сексуального опыта по механизму импринтинга (т. е. по одному из известных этологических механизмов). Термин «клептолагния» (греч. *lagneia* – похоть, сладострастие) предложен (Kiernan G.C.; приведено по: Блейхер, Крук, 1995) для обозначения кражи, связанной с переживанием сексуальной неудовлетворенности. Достижение сексуального удовлетворения происходит за счет того, что чувство страха и тревоги, возникающее при совершении кражи, стимулирует недостающие импульсы. Можно предположить, что компенсаторный характер кражи на фоне депрессии заключается в саморегуляции психического тонуса на уровне «аффективной экспансии» (Лебединский и др., 1990; Никольская, 2000). В этих случаях больной испытывает страх и одновременно азарт его преодоления, тогда как при недепрессивной kleptomании – лишь



неодолимое влечение к совершению кражи. Здесь компенсаторный механизм иного рода – не повышение психического тонуса, а снятие напряжения. Депрессивное воровство можно заменить экспансивным поведением иного рода, тогда как первично инстинктивная kleптомания имеет более жесткие релизерные связи, обусловленные импринтингом ключевых стимулов. Впрочем, это касается крайних вариантов рассматриваемых расстройств и начальных форм их существования. Существуют переходные формы и универсально направленная динамика с постепенным приобретением kleптоманическим поведением качества импульсивного влечения. Между непатологическим и патологическим поведением возможно наличие переходных феноменов: ситуативно обусловленное, реактивно возникшее воровство – эпизоды воровства, повторяющиеся по все менее актуальным поводам – привычное (условно патологическое) воровство – воровство как патологическая привычка – психопатологический синдром kleптомании в форме навязчивого или неодолимого влечения. Таким образом, наложение изначально непатологического, осознанно-произвольного поведения в форме корыстного воровства на врожденно-инстинктивную, этологическую модель создает предпосылку к особенно легкому и быстрому формированию и фиксации kleптомании и приобретению ею качества аддиктивного расстройства, аналогично тому, как это происходит при некоторых вариантах трихотилломании, возникших на базе произвольных гигиенических или ритуальных актов (Шевченко, 2007б).

Как и при других формах аддикции, здесь прослеживается известная патопсихологическая динамика в виде последовательных сдвигов «мотива на цель», а «цели на условие», описанная Б.В. Зейгарник (Зейгарник, 1986), наиболее четко представленная в тех случаях, когда в качестве основного условия улучшения качества собственной жизни человек видит обогащение, а в качестве оптимального способа достижения этого избирает незаконное присвоение чужого добра. Предпочтение подобной краткосрочной программы получения удовольствия (в противовес долгосрочной программе упорного и добросовестного труда) указывает на «примитивность» рассматриваемых личностей (Протопопов, Вязовский, 2011), не обязательно зависящую от уровня формального интеллекта, но указывающую на конституциональный дисбаланс между инстинктивностью и разумностью. При этом каждый успешный акт воровства сопровождается положительными эмоциями по поводу того, что удалось обогатиться и избежать наказания. Будучи изначально ведущим, корыстный мотив в иерархии мотивов какое-то время конкурирует, а затем сменяется гедонистической или атарактической мотивацией (Шостакович, Леонова, 2007), что проявляется в замыкании психодинамической цепи инстинкт–привычка–лечение (Шевченко, 2007б, 2011).

Н. Плиский (Плиский, 1995) подчеркивал хронический характер kleптомании и выраженную предпочтительность ее возникновения в детском возрасте, характеризующимся как известно, актуальностью инстинктивных механизмов поведения и слабостью волевого контроля, особенно в случае наличия резидуально-органической церебральной недостаточности. В то же время, есть наблюдения о преходящей kleптомании у женщин на фоне беременности. В отличие от патологического насилия, kleптомания чаще встречается у представителей женского пола. Импульсивные кражи могут совершаться во время менструаций и носить черты сексуального фетишизма (Гиршфельд, 1924, приведено по: Шостакович, Потапов, 1995).

Психоаналитический взгляд на происхождение kleптомании декларирует, что ребенок чувствует себя ущемленным, нелюбимым, обделенным подарками и другими доказательствами принятия. Неудовлетворенность своего либидо он компенсирует тем, что похищает вещь обидчика, одновременно мстя ему (Шостакович, Потапов, 1995). При этом родители страдают



не столько в связи с материальным ущербом, сколько от сознания потери «хорошего ребенка». Возмущение конкретным поведением они распространяют на отношение к личности его носителя. Отторжение «плохого» ребенка, накладываясь на первичный дефицит эмоционального принятия, замыкает порочный круг детско-родительского непонимания.

По нашему мнению, инстинктивная поведенческая программа присвоения или отнимания чужой собственности может реализовываться ребенком в контексте различных сложных типов поведения. У детей с сильным инстинктом собственности она срабатывает по принципу «Все вокруг колхозное – все вокруг мое». Детство – естественный аналог эволюционно-филогенетического этапа общечеловеческого поведения в виде собирательства. Умея только ползать, ребенок уже все замечает на полу, подбирает и тянет в рот. Отучить его от этого занятия невозможно в силу того, что оно реализует инстинктивную программу. Патологическое усиление данной программы проявляется в виде синдрома *риса* – сороки. Став постарше, ребенок удовлетворяет свои инстинктивные позывы, собирая всюду всякую всячину и заполняя ею карманы и укромные уголки собственной территории. Социализированные формы инстинктивного собирательства выражаются во взрослом возрасте в виде коллекционирования книг (в том числе не отданных их бывшим владельцам и тех, которые никогда не будут прочитаны), марок, лоскутов материи, кулинарных рецептов и проч. Старческое расторможение и усиление собирательского инстинкта может принять характер «синдрома Плюшкина».

Редко найдется ребенок, не шаривший по карманам своих родителей в поисках мелочи, на которую он покупал сладости или безделушки. Нормальность для определенного возраста такого «воровства» заключается в том, что оно включается в опять-таки врожденную программу иерархического поведения, поскольку наличие собственных денег повышает статус ребенка в глазах его сверстников и своих собственных. Что касается кражи того, чего брать нельзя и там, где это грозит наказанием (по типу «запретный плод – сладок»), то этот тип kleptomанического (в этологическом смысле) поведения следует рассматривать как имеющий игровой характер. Его главный эффект – азарт экспансии. Групповой характер подобных «воровских» игр весьма напоминает такие виды спорта, как футбол, хоккей, регби и т. п., где основной смысл – отнять то, что тебе не принадлежит. В этом смысле kleptomан – это несостоявшийся футболист, кладоискатель, разведчик (ворующий чужие сведения), т. е. «пионер» (синоним – «скаут») не прошедший процедуры инициации.

Гайдаровский Тимур со своей командой пионеров также совершал тайные набеги на соседние огороды, как и шайка Мишки Квакина, стихийно-подсознательно реализовывая один из компонентов сложного социально-инстинктивного обряда инициации, существующего в любом традиционном обществе и имеющего филогенетические корни в животном мире (Клинков, 1995; Самохвалов, 1997). Необдуманное разрушение имевшихся социально направляемых институтов инициации в постсоветских странах без создания альтернативных фрустрирует инстинктивную потребность подрастающих членов общества в инициации и направляет реализацию последней по случайному, неконтролируемому пути, легко принимающему разнообразные криминальные и/или патологические формы (Клинков, 1995; Самохвалов, 1997; Шевченко, 2007б).

Связанная с детским воровством ложь нередко еще более, чем сами кражи расстраивающая родителей (добивающихся от ребенка чистосердечного признания) и удивляющая их не по-детски изощренной хитростью и находчивостью, также является продуктом инстинктивных механизмов, а именно – механизма «смещенной активности» или замеща-



ющего поведения. Боясь наказания за воровство, ребенок не решается признаться в нем, уклониться же от неприятного разговора он тоже не в состоянии, а объяснить мотивы своего поведения просто не в силах, поскольку оно носит инстинктивный, а стало быть, неосознаваемый характер. И тогда включается программа замещающего поведения в виде спасительной лжи, сбивающей с толку родителей, приводящей их в состояние растерянности. Последние теперь уже реагируют не на факт воровства сына или дочери, а на подброшенную им информацию. В итоге смещенная активность обвиняемого переключает внимание обвинителей. Возмущаясь «наглой ложью» ребенка, взрослые забывают про его воровство и не наказывают за него. В результате воровство процветает, а ложь становится все искуснее.

Исходя из этологического постулата, говорящего о том, что не существует абсолютного бессмысленного поведения, что любой поступок изначально имеет приспособительный или защитный характер, психотерапия kleptomании должна строиться в двух направлениях. Помимо цели прекратить воровство она должна включать задачу обеспечить пациента альтернативным, социально приемлемым источником реализации актуальных потребностей и получения положительных эмоций, в том числе за счет элевации, очеловечения инстинктивных моделей поведения (Байярд, Байярд, 1991; Бихевиорально-когнитивная психотерапия ..., 2003; Шевченко, Добридень, 2004).

Литература

1. Байярд Р., Байярд Дж. Ваш беспокойный подросток: Практическое руководство для отчаявшихся родителей: пер. с англ. М.: Просвещение, 1991. 224 с.
2. Бихевиорально-когнитивная психотерапия детей и подростков / Под общ. ред. проф. Ю.С. Шевченко. СПб.: Речь, 2003. 552 с.
3. Блейхер В.М., Крук И.В. Клептомания. Толковый словарь психиатрических терминов. Воронеж: Изд-во НПО «МОДЭК», 1995. С. 248.
4. Гиндикин В.Я. Клептомания. Справочник по психологии и психиатрии детского и подросткового возраста / Под ред. С.Ю. Циркина. СПб, «Питер», 1999. С. 314–315.
5. Гинтер Е.К. Врожденные болезни // БМЭ. Т. 4. 3-е изд. :Изд-во «Советская энциклопедия», М., 1976. С. 1352–1353.
6. Гречаный С.В. Расстройства поведения у подростков, сочетающиеся с употреблением психоактивных веществ (клинико-динамический и адаптационно-личностный аспекты: автореф. ... докт. мед. наук. СПб, 2015. 48 с.
7. Докинз Р. Эгоистичный ген: пер. с англ. М.: АСТ CORPUS, 2013. 512 с.
8. Дольник В.Р. Непослушное дитя биосферы. Беседы о поведении человека в компании птиц, зверей и детей. 4-е изд. СПб.: ЧеРо-на-Неве; Петроглиф, 2004. 352 с.
9. Жуков Д.А. Стой, кто ведет? Биология поведения человека и других зверей: в 2-х т. Т. 1. М.: Альпина нон-фикшн, 2014. 428 с.
10. Зейгарник Б.В. Патопсихология. 2-е изд. Изд-во Московского университета. М., 1986. 287 с.
11. Клинков В.Н. Обряды инициации и эволюция подростковой психопатологии // Acta Psychiatri, Psychother., et Ethologica Taurica. 1995. № 3. Р. 131–137.
12. Ковалев В.В. Психиатрия детского возраста: руководство для врачей. 2-е изд. М.: Медицина, 1995. 560 с.
13. Корнеева В.А. Сенсомоторная коррекция при нарушениях психического развития у детей младшего школьного возраста // Ю.Ф. Антропов, Ю.С. Шевченко. Лечение детей с психосоматическими расстройствами. СПб: Речь, 2002. С. 463–483.
14. Корнеева В.А., Шевченко Ю.С. Нейропсихологическая коррекция пограничных состояний у детей и подростков (теория и практика). М., ИП «ТАКТ», 2010. 154 с.
15. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М., Изд-во МГУ, 1990. 197 с.



16. Ломброзо Ц. Гениальность и помешательство: репринтное воспроизведение издания Ф.Павленкова. СПб., 1982. 253 с.
17. Марков А. Эволюция человека: в 2 кн. Кн. 1: Обезьяны, кости и гены. М.: Астрель CORPUS, 2011. 464 с.
18. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). ВОЗ СПб: АДИС, 1994. 303 с.
19. Никольская О.Н. Аффективная сфера человека. Взгляд сквозь призму детского аутизма. М.: Центр лечебной педагогики, 2000. 363 с.
20. Плиский Н. О kleptomании («врожденной» склонности к воровству). М.: РИО ГНЦ имени В.П.Сербского МЗ РФ, 1995. 61 с.
21. Протопопов А.И., Вязовский А.В. Инстинкты человека: (попытка описания и классификации). Якутск: Компания «Дани АлмаС», 2011. 144 с.
22. Резникова Ж.И. Телелекция на сайте [www.ethology.ru](http://ethology.ru). 2012 URL: <http://ethology.ru/persons/?id=66>
23. Самохвалов В.П. Этология человека: некоторые последствия объективных исследований поведения для медицины и антропологии (обзор) // Таврический журнал психиатрии. 1997. Т. 1. № 2. С. 50–80.
24. Шевченко Ю.С., Добридень В.П. Радостное взросление: развитие личности ребенка (методика ИНТЭКС). СПб.: Речь, 2004. 202 с.
25. Шевченко Ю.С. Инстинкт – привычка – влечение: патологические привычные действия как формы аддикции // Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. СПб: Речь, 2007а. С. 547–570.
26. Шевченко Ю.С. Kleptomания: этолого-психиатрический аспект. Амбулаторная и больничная психотерапия и медицинская психология. 2007б. № 5. С. 186–191.
27. Шевченко Ю.С. Принципы диагностики в детской и подростковой психиатрии // Детская и подростковая психиатрия: Клинические лекции для профессионалов / Под ред. Ю.С. Шевченко. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. С. 29–71.
28. Шостакович Б.В., Потанов С.А. Послесловие // Н. Плиский. О kleptomании («врожденной» склонности к воровству). М.: РИО ГНЦ имени В.П.Сербского МЗ РФ, 1995. С.51–59.
29. Шостакович Б.В., Леонова О.В. Зависимое воровство (kleptomания и делинквентные кражи) // Руководство по аддиктологии / Под ред. проф. В.Д. Менделевича. СПб.: Речь, 2007. С. 327–346.
30. Eibl-Eibesfeldt I. Humanethologie. Berlin; N.Y.: Plenuv Press, 1985. 875 p.

SOCIOBIOLOGY AND PATHOPSYCHOLOGY OF KLEPTOMANIA

SHEVCHENKO Yu. S. *, *Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow, Russia,*
e-mail: europsy@mail.ru

In this article we discuss the phenomenon of kleptomania from the standpoint of evolutionary and sociobiology. The differences between kleptomania and theft are shown. The basic evolutionary fixed «programs» of assignment / hold of other animals «goods» are revealed. We discuss the controversial issues of the instinctive nature kleptomaniac behavior in humans (especially in children).

Keywords: evolution and sociobiology, instinctive behavior, stealing, kleptomania, pathopsychology children.

For citation:

Shevchenko Yu.S. Sociobiology and pathopsychology of kleptomania. Eksperimental'naya Psikhologiya = Experimental Psychology (Russia), 2015, vol. 8, no. 3, pp. 24–36 (In Russ., Abstr. In Engl.). doi: 10.17759 / exppsy.2015080303

* *Shevchenko Yu.S. MD, Professor, Head of the Department of Child and Adolescent Psychiatry and Psychotherapy of the Russian Medical Academy of Postgraduate Education. Moscow, Russia. E-mail: europsy@mail.ru*



References

1. Bayard R., Bayard J. *Vash bespokoinyi podrostok: Prakticheskoe rukovodstvo dlia otchaitavshikhsia roditelei: per. s angl.* [Your troubled teen: A Practical Guide for desperate parents: Transl. from English]. Moscow: Prosveshchenie Publ., 1991. 224 pp.
2. Bikhevioral'no-kognitivnaia psikhoterapii detei i podrostkov [Behavioral-cognitive psychotherapy of children and adolescents] / Ed. Yu. S. Shevchenko. Saint Petersburg: Rech Publ., 2003. 552 pp.
3. Bleicher V.M., Crook I.V. *Kleptomaniia. Tolkovyi slovar' psikhiatricheskikh terminov* [Kleptomania. Explanatory Dictionary of psychiatric terms]. Voronezh: Publishing house of the NGO "MODEK", 1995. 248 pp.
4. Dawkins R. *Egoistichnyi gen: per. s angl.* [The Selfish Gene: transl. from English]. Moscow: AST CORPUS Publ., 2013. 512 pp.
5. Dol'nik V.R. *Neposlushnoe ditia biosfery. Besedy o povedenii cheloveka v kompanii ptits, zveri i detei.* [Naughty child of the biosphere. Conversations about the behavior of the person in the company of birds, animals and children]. 4th ed. Saint Petersburg: CheRo-on-Neva; Petroglyph, 2004. 352 pp.
6. Eibl-Eibesfeldt I. *Humanethologie*. Berlin; N.Y.: Plenum Press, 1985. 875 p.
7. Gindikin V.J. *Kleptomaniia. Spravochnik po psikhologii i psikhiatrii detskogo i podrostkovogo vozrasta* [Kleptomania. Handbook of psychology and psychiatry for children and adolescents] / Ed. S. Y. Tsirkin. St. Petersburg: "Piter", 1999, pp. 314–315.
8. Ginter E.K. *Vrozhdennye bolezni* [Congenital diseases]. *BME*. Vol. 4. 3rd. ed. Publishing house "Soviet Encyclopedia", Moscow, 1976, pp. 1352–1353.
9. Grechanyi S.V. *Rasstroistva povedeniia u podrostkov, sochetaiushchiesia s upotrebleniem psikhoaktivnykh veshchestv (kliniko-dinamicheskii i adaptatsionno-lichnostnyi aspekty: avtoref. ... dokt. med. nauk* [Conduct disorders in adolescents, combined with substance use (clinical and adaptive-dynamic aspects of personality: Dissertation abstract of Doctor. Med. Sciences]. St. Petersburg, 2015. 48 p.
10. International Classification of Diseases (10th revision). WHO. St. Petersburg: AFIS, 1994. 303 pp.
11. Klinkov V.N. *Obriady initsiatsii i evoliutsiia podrostkovoi psikhopatologii* [Rites of initiation and evolution of adolescent psychopathology]. *Acta Psychiatriy, Psychother., Et Ethologica Tacrica*, 1995, no. 3, pp. 131–137.
12. Korneeva V.A. *Sensomotornaia korrektsiia pri narusheniakh psikhicheskogo razvitiia u detei mladshogo shkol'nogo vozrasta* [Sensorimotor correction in the mental development of children of primary school age]. In Y.F. Antropov, Y.S. Shevchenko (eds.), *Lechenie detei s psichosomaticheskimi rasstroistvami* [Treatment of children with psychosomatic disorders]. St. Petersburg: Rech, 2002, pp 463–483.
13. Korneeva V.A., Shevchenko Yu.S. *Neiropsikhologicheskaiia korrektsiia pogranychnykh sostoianii u detei i podrostkov (teoriia i praktika).* [Neuropsychological correction boundary conditions in children and adolescents (theory and practice)]. Moscow: SP "TACT", 2010. 154 pp.
14. Kovalev V.V. *Psikhiatriia detskogo vozrasta: rukovodstvo dlia vrachei. 2-e izd.* [Psychiatry of Childhood: A Guide for Physicians. 2nd ed.]. Moscow: Medicine, 1995. 560 pp.
15. Lebedinskii V.V., Nikol'skaia O.S., Baenskaia E.R., Libling M.M. *Emotsional'nye narusheniia v detskom vozraste i ikh korrektsiia.* [Emotional disorders in children and their correction]. Acad. Moscow State University, 1990. 197 pp.
16. Lombroso C. *Genial'nost' i pomeshatel'stvo: reprintnoe vosproizvedenie izdaniia F. Pavlenkova* [Genius and insanity: reprint of F. Pavlenkov]. SPb., 1982. 253 pp.
17. Markov A. *Evoliutsiia cheloveka: v 2 kn. Kn. 1: Obez'iany, kosti i geny.* [Evolution of man: in 2 books. Bk. 1: Monkey bones and genes]. Moscow: Astrel CORPUS, 2011. 464 pp.
18. Nikol'skaia O.N. *Affektivnaia sfera cheloveka. Vzgljad skvoz' prizmu detskogo autizma.* [The affective sphere of human rights. Looking through the prism of childhood autism]. Moscow: Center for Curative Pedagogy, 2000. 363 pp.
19. Pliskii N. *O kleptomanii («vrozhdennoi» naklonnosti k vorovstvu).* [On kleptomania ("innate" tendency to theft)]. Moscow: RIO GNTs imeni V.P. Serbskogo Ministry of Health, 1995. 61 p.
20. Protopopov A.I., Viazovskii A.V. *Instinkty cheloveka: (popytka opisaniia i klassifikatsii)* [The instincts of man (an attempt to describe and classify)]. Yakutsk company "Dani Almas", 2011. 144 pp.
21. Reznikova Zh.I. *Telelecture online www.ethology.ru.* 2012 URL: <http://ethology.ru/persons/?id=66>
22. Samokhvalov V.P. *Etologiia cheloveka: nekotorye posledstviia ob"ektivnykh issledovaniy povedeniia*



- dliia meditsiny i antropologii (obzor) [Human Ethology: some implications for the conduct objective studies of medicine and anthropology (review)]. *Tavrisheskii zhurnal psikhiiatrii* [*Tauride Journal of Psychiatry*], 1997, vol. 1, no. 2, pp 50–80.
23. Shevchenko Yu.S. Instinkt – privychka – vlechenie: patologicheskie privychnye deistviia kak formy addiktzii [Instinct – habit – attraction: the pathological habitual actions as a form of addiction]. In V.D. Mendelevich (ed.), *Rukovodstvo po addiktologii* [*A guide to addictology*]. St. Petersburg: Rech, 2007a. Pp 547–570.
24. Shevchenko Yu.S. Kleptomaniia: etologo-psikhiiatricheskii aspekt [Kleptomania: ethologo psychiatric aspect]. *Ambulatornaia i bol'nichnaia psikhoterapiia i meditsinskaia psikhologiiia* [*Out-patient and hospital medical psychology and psychotherapy*], 2007b, no. 5, pp. 186–191.
25. Shevchenko Yu.S. Printsipy diagnostiki v detskoii i podrostkovoii psikhiiatrii [Principles of diagnostics in Child and Adolescent Psychiatry]. In Yu.S. Shevchenko (ed.), *Detskaia i podrostkovaia psikhiiatriia: Klinicheskie lektsii dlia professionalov* [*Child and Adolescent Psychiatry: Clinical lectures for professionals*]. Moscow: OOO "Medical News Agency", 2011, pp. 29–71.
26. Shevchenko Yu.S., Dobriden' V.P. *Radostnoe vzroslenie: razvitie lichnosti rebenka (metodika INTEKS)*. [*Joyful adulthood: the development of the child's personality (method INTEKS)*]. Saint Petersburg: Rech, 2004. 202 pp.
27. Shostakovich B. V., Leonova O. V. Zavisimoe vorovstvo (kleptomaniia i delinkventnye krazhi) [Dependent stealing (kleptomania and theft delinquent)]. In V.D. Mendelevich (ed.), *Rukovodstvo po addiktologii* [*A guide to addictology*]. St. Petersburg: Rech, 2007, pp. 327–346.
28. Shostakovich B.V., Potapov S.A. Posleslovie [Afterword]. In N. Pliskii, *O kleptomanii («vrozhdennoi» naklonnosti k vorovstvu)*. [*About kleptomania ("innate" tendency to theft)*]. Moscow: RIO GNTs imeni V.P. Serbskogo Ministry of Health, 1995, pp 51–59.
29. Zeigarnik B.V. *Patopsikhologiiia. 2-e izd* [*Pathopsychology. 2nd ed.*]. Publishing house of the Moscow University. Moscow, 1986. 287 pp.
30. Zhukov D. A. *Stoi, kto vedet? Biologiiia povedeniia cheloveka i drugikh zveri: v 2-kh t.* [*Wait, who is there? Biology of human behavior and other animals: in 2 vols.*] Vol. 1. Moscow: Aldini nonfiction, 2014. 428 pp.



МЕТОД ТРИАД ПРИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СЛОЖНЫХ ОБЪЕКТОВ

ХАРЛАМЕНКОВА Н.Е. *, ФГБУН Институт психологии РАН, Москва, Россия,
nataly.kharlamenkova@gmail.com

ТАРАБРИНА Н.В. **, ФГБУН Институт психологии РАН, Москва, Россия,
nvtarab@gmail.com

НИКИТИНА Д.А. ***, ФГБОУ ВПО Государственный академический университет гуманитарных наук,
Москва, Россия,
d.a.nikitina@yandex.ru

В работе рассматривается один из вариантов метода анализа единичных случаев – метод триад – перспективное средство изучения психологических последствий влияния стрессоров высокой интенсивности на человека. На примере сравнения трех случаев пациентов с диагнозом опухоль головного мозга определяется специфика метода и его прикладные характеристики. Результаты исследования свидетельствуют о том, что применение метода сравнения случаев позволяет дифференцировать и описать специфику индивидуальных различий в способах реагирования на стресс, определить направление анализа выборочных данных, а также средства оценки патогенных механизмов. Использование метода триад открывает возможность выявления механизмов развития патогенных процессов при минимальной потере информативности исследования.

Ключевые слова: метод триад, посттравматический стресс, менингиома, мотивация.

Одним из парадоксов психологической науки, наряду со множеством других антиномий, является противоречие между тенденцией к выявлению универсальных закономерностей протекания тех или иных психологических процессов и необходимостью учета индивидуально-психологических особенностей объекта исследования. Парадокс заключается в том, что установление обобщающих теоретических принципов и закономерностей, являющееся обязательным требованием утверждения психологического знания как научного, приводит к потере его специфики, а направленность на выявление уникальных особенностей объекта исследований подвергает сомнению законосообразность формулируемых научных постулатов.

В психологии личности и в клинической психологии этот парадокс становится еще более выраженным, поскольку личность представляет собой сложный и многоуровне-

Для цитаты:

Харламенкова Н.Е., Тарабрина Н.В., Никитина Д.А. Метод триад при психологическом исследовании сложных объектов // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 37–46. doi:10.17759/exppsy.2015080304

* Харламенкова Н.Е. Доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией психологии посттравматического стресса, ФГБУН Институт психологии РАН. Москва, Россия. E-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

** Тарабрина Н.В. Доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории психологии посттравматического стресса, ФГБУН Институт психологии РАН. Москва, Россия. E-mail: nvtarab@gmail.com

*** Никитина Д.А. Лаборант кафедры социальной психологии, Государственный академический университет гуманитарных наук. Москва, Россия. E-mail: d.a.nikitina@yandex.ru



вый объект, обладающий широким классом структурных и динамических особенностей. Однако построение общих закономерностей развития личности и выявление особенностей ее внутренней организации может быть затруднено вследствие необходимости проведения большого разнообразия случаев под общий знаменатель. Основной целью психологической науки является создание обобщенных теоретических концепций и изучение инвариантных характеристик психики и поведения человека, которые отличаются временной стабильностью и распространяются на различные виды его жизнедеятельности. Однако такую цель возможно осуществить лишь при учете ряда условий, которые позволяют сохранить в обобщенной схеме того или иного психического явления индивидуальные характеристики входящих в его структуру элементов. Одним из таких условий является преодоление привычной дихотомии между исследованием по принципу «от общего к частному» и исследованием по принципу «от частного к общему». Исследование по принципу от общего к частному, или применение *дедуктивного метода*, является одним из правил, нормативов научного исследования, которого необходимо придерживаться для получения достоверных результатов. Обратный путь – путь *индуктивного вывода* – представляет собой перенос данных, полученных на одном случае, на другие подобные случаи, трансформация единичного во всеобщее; однако как сам метод, так и полученные путем его применения данные подвергаются серьезной критике со стороны исследователей.

Тем не менее, отечественный философ В.Ф. Асмус, подробно проанализировавший труды английского философа-материалиста Фрэнсиса Бэкона, считал выдвинутую последней теорию индукции вполне плодотворной: критически относясь к так называемой вульгарной индукции и определяя ее как «метод чересчур торопливого восхождения или скачка от частных фактов, плохо изученных, ненадежно установленных, к положениям высшей степени общности», Бэкон представляет метод индукции как «метод постепенного, последовательного восхождения от частных фактов к хорошо обоснованным “средним аксиомам” и уже от этих последних к аксиомам высшим» (Асмус, 1969, с. 386).

Таким образом, метод индукции как метод получения обобщенного и достоверного научного знания имеет значительные ограничения, однако позволяет сохранить содержание изучаемой предметной области и выделить определенного рода закономерности.

Методология анализа проблемы всеобщего и единичного основывается на установлении равновесия между номотетическим (универсальным, законосообразным) и идиографическим (уникальным, единичным) подходами. Оба подхода имеют немаловажное значение для развития психологической науки и ее методов: номотетический – с точки зрения поиска общих законов психической деятельности; идиографический – с точки зрения описания индивидуального качественного своеобразия объекта исследования, формулировки эмпирических гипотез, а также с точки зрения поиска новых средств проведения анализа данных, которые могли бы быть верифицированы на выборке в целом.

Одним из принципов объединения общего и частного, одним из бэконовских «...методов постепенного, последовательного восхождения от частных фактов к хорошо обоснованным “средним аксиомам”» является, с нашей точки зрения, принцип триады как схема процесса развития – тезис, антитезис и синтез противоположностей в новом единстве. Вводя в анализ личности весь спектр ее индивидуальных характеристик, принцип триады позволяет рассматривать человека как субъекта, согласно К. Клакхон и Г. Мюррей, в чем-то похожего на всех людей, в чем-то похожего на некоторых людей и в чем-то не похожего ни



на кого другого (Бодалев, 2000, с. 26). И, следовательно, подход, объединяющий в себе как принцип сходства, так и принцип биполярности, противопоставления, предоставляет широкие возможности как для анализа структуры личности субъекта, так и для прогнозирования его поведения.

Конкретизация идеи триады нашла воплощение в теории личности Дж. Келли: одна из ведущих психических функций заключается в исследовании субъектом реальности, в прогнозировании будущего и контроле им дальнейшей деятельности. Келли выделяет такое понятие, как конструкт, объединяя в нем две функции сознания: обобщение и противопоставление. Принцип противопоставления является весьма информативным, помогая, с одной стороны, разглядеть нечто большее, чем просто данное, но, с другой стороны, позволяет игнорировать ненужную информацию. Так, личность может игнорировать универсальные конструкты, поскольку содержащийся в них опыт или информация противоречат ее собственным представлениям и опыту.

Все личностные конструкты биполярны и дихотомичны – конструкт представляет собой не просто дискретную оппозицию, а континуум некоторого свойства объекта; такое качество конструкта позволяет расположить классифицируемые объекты между полюсом сходства и полюсом различия (Тарарухина, Ионцева, 1997). Важно отметить, что конструкт формируется на базе как минимум трех элементов: два элемента должны восприниматься как сходные между собой, а третий – как отличный от первых двух. Признаки, по которым элементы принимаются как подобные, образуют полюс сходства, а признаки, по которым первые два объекта принимаются как различные по отношению к третьему элементу, образуют полюс контраста.

Принцип триады, или метод триады, может быть также использован при исследовании малой выборки, состоящей из индивидов, поведение которых можно отнести к сложным объектам исследования, а структурные и динамические характеристики психики которых могут меняться под влиянием целого комплекса факторов, вклад каждого из которых при изучении выборки в целом оценить практически невозможно. К такого рода факторам можно отнести, с нашей точки зрения, развитие опасного для жизни человека заболевания и его влияние на психологию человека и его личность. Применение метода триады при исследовании малых выборок пациентов, которым поставлен диагноз «онкологическое заболевание», и всех, сопутствующих ему последствий (локализации опухоли, проведения операционного и химиотерапевтического лечения, реабилитационных мероприятий и др.), позволяет провести анализ развития и функционирования патогенных механизмов, их дифференциацию и классификацию, выявить характер протекания посттравматических реакций, получить валидные и достоверные данные при минимальной потере информативности исследования, а в дальнейшем определить способы эффективной психотерапевтической работы с такого рода пациентами.

Именно с этой точки зрения нами был выбран метод анализа единичных случаев – метод триад – при исследовании посттравматического стресса как одного из психологических последствий, вызванных влиянием стрессоров высокой интенсивности. В качестве такого стрессора выступило онкологическое заболевание – опухоль головного мозга, менингиома.

Менингиомы образуются из клеток паутинной оболочки – тонкой, паутинообразной мембраны, которая окружает головной и спинной мозг. Опухоли менинго-сосудистого ряда являются наиболее распространенными, внечерепными, как правило, доброкачественными и медленно растущими объемными образованиями головного мозга. При подобном диагно-



зе оперативное вмешательство является обязательным методом лечения пациентов, однако различия в патогенезе и клинической картине данного заболевания определяют методы лечения данного заболевания. На менингиомы приходится около 27% всех первичных опухолей головного мозга, и 30,1% от всех первичных опухолей центральной нервной системы, т.е. менингиомы являются наиболее распространенным видом опухоли головного мозга и ЦНС и чаще встречаются у людей в возрасте от 40 до 70 лет. При дальнейшем росте опухоли всегда происходит общее повреждение мозга: развиваются общемозговые расстройства, приводящие и к психическим нарушениям (повреждающее действие опухолевого роста на соседние и отдаленные участки мозга; токсическое влияние некоторых опухолей на мозговую ткань; вызванные опухолью дисциркуляторные расстройства и нарушения ликворообращения; нарастающее повышение внутричерепного давления, а также развитие отека или набухания мозга).

Само по себе наличие опухоли может привести к психическим расстройствам. Однако наряду с такими расстройствами важнейшим фактором, влияющим на течение болезни и на процесс реабилитации, является степень переживания человеком этого события как стрессового (Ароян, Харламенкова, 2013).

На наш взгляд, переживание болезни, операции и последствий операции может привести к посттравматическому стрессу, который, в свою очередь, ведет к изменениям в такой базовой личностной сфере, как потребности и мотивация.

Настоящее исследование проводится на базе ФБГУ НИИ Нейрохирургии имени Н.Н. Бурденко РАМН.

Исследование начато в 2012 г. Всего на настоящее время обследовано 32 больных в возрасте от 35–65 лет, из которых 3 мужчин и 29 женщин. Все пациенты обратились к врачу после появления следующих симптомов: головные боли (у всех пациентов), ухудшение слуха, координации, зрения, вкусовых и обонятельных ощущений (у части пациентов).

В соответствии с целью исследования в настоящей работе было проанализировано 3 случая: а) пациентка в возрасте 54 лет с диагнозом парасагиттальная менингиома средней трети сагиттального синуса справа; б) пациентка в возрасте 52 лет с диагнозом большая менингиома поперечного синуса и намета мозжечка с супратенториальным ростом справа; в) пациентка в возрасте 47 лет с диагнозом менингиома средней трети верхнего сагиттального синуса и фалькса справа. Все три пациентки характеризовались минимальным неврологическим дефицитом.

В качестве основного метода исследования был использован *метод триад*, который позволяет обозначить наиболее значимые взаимосвязи между изучаемыми параметрами, а затем верифицировать или фальсифицировать их на выборке испытуемых. Результаты сравнивались по принципу «наибольшее сходство двух случаев – отличие от третьего». В настоящем исследовании сравнение проводилось поэтапно – путем сравнения данных, полученных с помощью каждой из использованных в исследовании методик.

Цель исследования заключалась в выявлении ключевых принципов анализа основных результатов малой выборки испытуемых на основании использования метода триад, а также в выделении факторов, определяющих индивидуальные реакции на событие стрессового характера.

Гипотеза: при сравнении случаев методом триад сходство двух случаев и их отличие от третьего устойчиво сохраняется при анализе всех полученных данных.



Методики: Фрайбургский личностный опросник (FPI); «Шкала оценки влияния травматического события» (ШОВТС); опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom CheckList-90-g-Revised, SCL-90-R); список личностных предпочтений Эдвардса (Edwards Personal Preference Schedule, EPPS). Методики подробно описаны в работах Н.В. Тарабриной и Т.В. Корниловой с соавторами (Тарабрина, 2007; Корнилова, Парамей, Ениколопов, 1995).

Для проверки гипотезы о сходстве/различии трех случаев сравнивались данные, полученные с помощью каждой методики – ШОВТС, FPI, SCL-90-R и EPPS.

1. «Шкала оценки влияния травматического события» (ШОВТС).

В табл. 1 представлены результаты диагностики признаков посттравматического стресса в трех анализируемых случаях.

Таблица 1

Признаки посттравматического стресса (ПТС) у трех пациентов

Признаки выраженности травматического стресса	Пациенты		
	1	2	3
Реакции вторжения	16	10	10
Реакции избегания	6	34	13
Состояние физиологической возбудимости	4	19	9
Интегральный показатель	26	63	32

В первом случае значительно выражена реакция вторжения, во втором – все признаки ПТС отличаются значительной выраженностью, в третьем – все признаки ПТС выражены умеренно. Наблюдается значительное сходство между первым и третьим случаями. Сравнение с нормативными данными показывает, что первый респондент относится к группе «отсутствие ПТС», второй – к группе «наличие ПТС», третий – «частичный ПТС». Результаты сравнения трех клинических случаев указывают на то, что наиболее оптимальным методом анализа выборочных данных является разделение респондентов по группам в зависимости от уровня выраженности (тяжести) ПТС, а также метод оценки результатов с учетом выраженности отдельного признака ПТС.

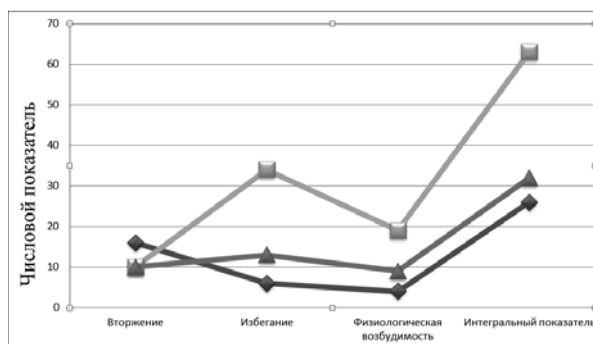


Рис. 1. Признаки посттравматического стресса и интегральный показатель у трех пациентов:

◆ первый пациент, ■ второй пациент, ▲ третий пациент



На рис. 1 представлены результаты анализа выраженности посттравматического стресса и тяжесть симптоматики (наиболее выраженной у второго пациента), а также степени выраженности отдельных его признаков – реакций вторжения и избегания как специфических реакций на стрессор, возможно связанных с устойчивыми особенностями личности. Далее необходимо обратиться к анализу данных опросника FPI.

2. Фрайбургский личностный опросник (FPI).

Результаты анализа данных Фрайбургского опросника (рис. 2) свидетельствуют о значительной схожести показателей второго и третьего пациентов: оба характеризуются умеренной раздражительностью (по 7 баллов), депрессивностью (6 и 4 балла), общительностью (7 и 6 баллов), средним уровнем реактивной агрессивности (по 7 баллов), застенчивостью (по 6 баллов), эмоциональной лабильностью (5 и 7 баллов), сбалансированностью показателей экстраверсии и интроверсии (по 7 баллов), аналогичными показателями маскулинности/фемининности (6 и 5 баллов). Первый случай отличается от двух других по показателям 2, 7, 10, 11, 12 шкал и характеризуется: низким уровнем реактивной и спонтанной агрессивности, высоким уровнем депрессии, эмоциональной лабильности; более высокими показателями фемининности и интроверсии.

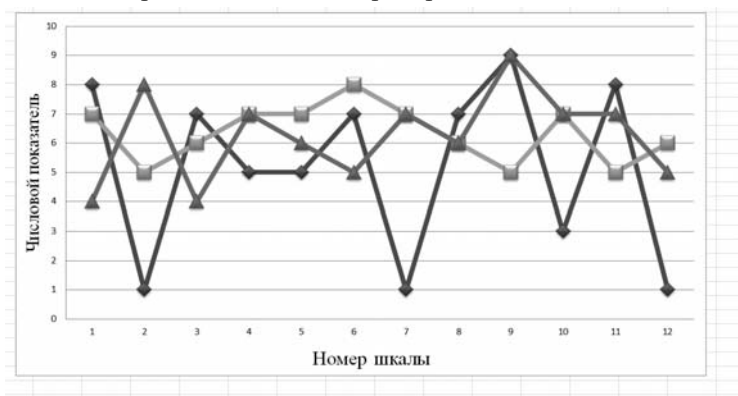


Рис. 2. Личностные профили по FPI у трех пациентов: первый пациент, второй пациент, третий пациент.

Примечание: шкала 1 – невротичность, 2 – спонтанная агрессивность, 3 – депрессивность, 4 – раздражительность, 5 – общительность, 6 – уравновешенность, 7 – реактивная агрессивность, 8 – застенчивость, 9 – открытость, 10 – экстраверсия/интроверсия, 11 – эмоциональная лабильность, 12 – маскулинность/фемининность

Интровертированность и фемининные черты у первой пациентки могут быть связаны с реакцией *вторжения* (ШОВТС). При этом наблюдается низкий уровень спонтанной и реактивной агрессивности и высокий уровень эмоциональной лабильности. По нашему мнению, высокий уровень эмоциональной лабильности, т.е. частые колебания настроения, повышенная возбудимость в сочетании с интровертированностью и низкой реактивной агрессивностью напрямую взаимосвязаны с преобладанием реакций вторжения как одного из признаков ПТС.

Симптомы *избегания* у второй и третьей пациенток предположительно сопряжены с экстравертированностью (шкала 10) по FPI. Вопрос о связи избегания с другими личностными особенностями – низкой эмоциональной лабильностью и высокой спонтанной и реактивной агрессивностью – требует специальной проверки и обсуждения.



Проведенный анализ данных ШОВТС и FPI показал, что личностный профиль по FPI неразумно соотносить с интенсивностью реакции человека на стресс, т. е. с интегральным показателем ШОВТС. Вероятнее всего, отдельные личностные черты могут определять специфику реакций на стресс и быть связанными с отдельными признаками ПТС. Этот вывод мы посчитали важным для проведения последующего анализа выборочных данных.

3. Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

Обычно, высокий уровень психопатологической симптоматики коррелирует с высокими показателями выраженности ПТС. В связи с этим было выдвинуто предположение о том, что у второй пациентки показатели по SCL-90-R будут самыми высокими, а у первой – самыми низкими. Однако результаты анализа свидетельствуют о том, что самыми высокими значениями по шкалам SCL-90-R характеризуется первая пациентка: ее показатели по профилю существенно выше аналогичных показателей второй респондентки ($U=8$, $p=0,004$) и отличаются от показателей третьей пациентки в тенденции ($U=21$, $p=0,08$). Показатели второй и третьей пациентки также различаются ($U=16,5$, $p=0,03$) по шкалам Соматизации, Интерперсональной чувствительности, Депрессии, Тревожности и Паранойальности, что частично совпадает с данными FPI, которые могут рассматриваться предикторами индивидуальных реакций на стресс. Кроме того, выявленные нами особенности можно трактовать как непрямой (косвенный) запрос о помощи, а также считать реакцией пациента на наличие внешних (парезы, контрактуры и др.) дефектов и рассматривать как дополнительную переменную. Низкие значения по шкалам Депрессии, Тревожности, Враждебности, Интерперсональной чувствительности у второй пациентки могут также служить подтверждением наличия контроля эмоциональных реакций (по FPI).

4. Методика EPPS.

Эта методика предлагалась респондентам дважды. В соответствии с первой инструкцией испытуемые оценивали предложенные на выбор утверждения с точки зрения их представлений о самих себе до болезни. Вторая инструкция предполагала выбор и оценку пациентами предложенных в опроснике утверждений в соответствии с их актуальным состоянием. Сопоставление результатов оценки пациентами своих предпочтений до болезни указало на схожесть выборов в первом и втором случаях ($r=0,8$, $p=0,004$). Результаты анализа данных спустя 3–6 мес. после операции также свидетельствуют о значимой их корреляции у первой и второй пациенток ($r=0,7$, $p=0,05$).

Кроме того, были рассчитаны коэффициенты корреляций показателей для каждой пациентки условно до болезни и спустя 3–6 месяцев после операции. Результаты анализа показывают, что мотивационный профиль в значительной степени устойчив у первой пациентки ($r=0,90$, $p=0,002$), что соответствует ее данным по ШОВТС: наблюдается повышение мотивации достижения, незначительное возрастание стремления к автономии, самопознанию, стойкости в достижении целей, агрессивности (в сумме повышение 4 балла). Наиболее выраженное повышение показателей по этим же шкалам наблюдается у второй пациентки – стремление к автономии, стойкость в достижении целей, агрессивность возрастают на 8 баллов, возрастают показатели мотивации достижения ($r=0,69$, $p=0,055$), однако на 2 балла снижается стремление к самопознанию. У третьей пациентки показатели стремления к автономии, самопознанию и стойкости в достижении целей снижаются на 5 баллов, в то время как значительно повышается мотивация достижения ($r=0,64$, $p=0,09$).



Для выявления общих тенденций усредненные данные трех пациенток сравнивались с показателями контрольной группы, т.е. с показателями группы здоровых женщин того же возраста. Результаты анализа свидетельствуют о значительно выраженном чувстве вины (11 баллов) у испытуемых экспериментальной группы по сравнению с испытуемыми контрольной группы (4 балла).

Вывод: гипотеза, согласно которой при сравнении случаев методом триад сходство двух случаев и их отличие от третьего устойчиво сохраняются при анализе всех полученных данных, не подтверждается.

Кратко обсудим полученные результаты. Основная гипотеза исследования об устойчивом сходстве двух случаев из трех была фальсифицирована при использовании метода триад. Неполная верификация этой гипотезы позволила обратить внимание на целый ряд дополнительных переменных, а также на возможности более детального анализа выборочных данных в целом. С нашей точки зрения, особое внимание необходимо уделить дальнейшему анализу результатов, полученных при заполнении респондентами опросника SCL-90-R, а также сопоставлению отдельных признаков ПТС личностным особенностям и профилям пациентов, полученным на основании данных FPI. Кроме того, важным аспектом оценки специфики посттравматических реакций является, на наш взгляд, оценка мотивационной сферы изучаемой выборки (методика EPPS). Прежде всего, важно отметить тенденции в динамике мотивационных предпочтений после операции, которые, как было замечено, связаны с повышением потребности в автономии и в достижении. Снижение этих показателей, возможно, обусловлено дополнительными факторами, которые также требуют отдельного исследования и анализа. И, наконец, специального внимания исследователей ПТСР и специалистов в области терапевтической работы заслуживает выявленная у данной группы пациентов тенденция к развитию и формированию чувства вины.

Выводы:

Анализ данных на отдельных случаях и на выборке в целом может далее проводиться по следующим направлениям:

1. Сопоставление показателей посттравматического стресса с психопатологической симптоматикой, а также личностным профилем в соответствии с *отдельными признаками посттравматического стресса* – вторжением, избеганием, физиологическим возбуждением, а также с чувством вины.

2. Анализ динамических и содержательных аспектов *мотивационной сферы личности*, а также ее мотивационных ресурсов, способствующих наиболее благополучному прохождению как лечебного, так и реабилитационного периодов.

3. Анализ *противоречивых и парадоксальных результатов*. Так, результаты проведенного нами исследования свидетельствуют о том, что наиболее «благополучная» (согласно показателям по всем опросникам) пациентка (3-й случай) продемонстрировала в постоперационном периоде значительное снижение стремления к автономии, самопознанию, стремления к порядку («женская шкала»), а самая «сложная» (согласно данным ШОВТС) пациентка (2-й случай) продемонстрировала, напротив, улучшение аналогичных показателей.

Финансирование

Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского фонда фундаментальных исследований (№ проекта 14-06-00236).



Литература

1. Асмус В.Ф. Избранные философские труды. Т. 1. М.: Изд-во Московского университета, 1969. 410 с.
2. Ароян Л.Х., Харламенкова Н.Е. Особенности и динамика мотивационной сферы личности (на примере больных, перенесших операцию по удалению опухоли головного мозга) // Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Сборник материалов Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф. Полякова), 14–15 февраля 2013 г. М., 2013. С. 181–182.
3. Бодаев А.А. Общая психодиагностика. СПб.: Изд-во «Речь», 2000. С. 26.
4. Корнилова Т.В., Парамей Г.В., Ениколопов С.Н. Данные применения «Списка личностных предпочтений» А. Эдвардса на отечественных выборках // Психологический журнал. 1995. № 2. С. 142–151.
5. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. Ч. 2. М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. 208 с.
6. Тарарухина М.И., Иошцева М.В. Техника репертуарных решеток Дж. Келли // Социология. 1997. № 8. С. 114–138.

TRIADS METHOD IN PSYCHOLOGICAL STUDIES OF COMPLEX OBJECTS

KHARLAMENKOVA N. E.*, *Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,*
e-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

TARABRINA N. V.***, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,*
e-mail: nvtarab@gmail.com

NIKITINA D. A.****, State Academic University for Humanities, Moscow, Russia,*
e-mail: d.a.nikitina@yandex.ru

The article deals with one of the variants of case study method – the method of triads for study of psychological consequences of the high intensity stressors influence on person. By comparing the three cases – these patients with brain tumor diagnose, the specificity of the method is determined. It is shown that with method of cases comparison it is possible to distinguish the individual reactions to stress, determine the direction of the analysis of sample data, identify the trends of development of pathogenic mechanisms. Using the method of triads make it possible to identify the developmental mechanisms of such processes, with minimum loss of informative studies.

Keywords: method of triads, post-traumatic stress, meningioma, motivation.

Funding

The study was supported by the Russian Foundation for Basic Research (project № 14-06-00236).

For citation:

Kharlamenkova N.E., Tarabrina N.V., Nikitina D.A. Triads method in psychological studies of complex objects. *Experimental'naya Psikhologiya = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 37–46 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080304

* *Kharlamenkova N.E.* Doctor of psychological sciences, professor, head of the laboratory of psychology of post-traumatic stress FGBUN Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences. Moscow, Russia. E-mail: nataly.kharlamenkova@gmail.com

** *Tarabrina N. V.* Doctor of psychological sciences, professor, chief researcher at the laboratory of psychology of post-traumatic stress FGBUN Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences. Moscow, Russia. E-mail: nvtarab@gmail.com

*** *Nikitina D. A.* Laboratory Assistant, Department of Social Psychology, State Academic University for Humanities, Moscow, Russia. E-mail: d.a.nikitina@yandex.ru



References

1. Asmus V.F. *Izbrannye filosofskie trudy [Selected philosophical writings]*, vol. 1. Moscow, Moscow University Publ., 1969. 410 p.
2. Arojan L.H., Harlamenkova N.E. Osobennosti i dinamika motivacionnoj sfery lichnosti (na primere bol'nyh, perenessih operaciju po udaleniju opuholi golovnog mozga) [Characteristics and dynamics of the motivational sphere in personality (on patients who underwent surgery to remove a brain tumor)]. In *Teoreticheskie i prikladnye problemy medicinskoj (klinicheskoy) psihologii. Nauchnoe izdanie. Sbornik materialov Vserossijskoj jubilejnoj nauchno-prakticheskoy konferencii «Teoreticheskie i prikladnye problemy medicinskoj (klinicheskoy) psihologii (k 85-letiju Ju.F. Poljakova)» [Theoretical and applied problems of medical (clinical) psychology. Scientific publication. All-Russian Collection of materials scientific and practical conference “Theoretical and applied problems of medical (clinical) psychology (to the 85th anniversary of the Y.F. Polyakov)”, 14–15 February. 2013. Moscow, 2013. P. 181–182.*
3. Bodalev A.A. *Obshhaja psihodiagnostika [General psychodiagnostics]*. Saint Petersburg, «Rech'» Publ., 2000. P. 26.
4. Kornilova T.V., Paramej G.V., Enikolopov S.N. Dannye primeneniya «Spiska lichnostnyh predpochtenij» A. Jedvardsa na otechestvennyh vyborkah [The results of application “Edwards Personal Preference Schedule” on Russian samples]. *Psichol. zhurn.*, 1995, no. 2, pp. 142–151.
5. Tarabrina N.V. *Prakticheskoe rukovodstvo po psihologii posttravmaticheskogo stressa [A practical guidance to psychology PTSD]*. Ch. 2. Moscow, «Kogito-Centr» Publ., 2007. 208 p.
6. Tararuhina M.I., Ionceva M.I. Tehnika repertuarnyh reshetok Dzh. Kelli [J. Kelly repertory grid technique]. *Sociologija*, 1997, no. 8, pp. 114–138.



ИНТЕР- И ИНТРАИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО И СОМАТИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ЧЕЛОВЕКА

РАССКАЗОВА Е.И. *, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, младший научный сотрудник отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья РАМН, Москва, Россия, e.i.rasskazova@gmail.com

Работа направлена на сопоставление возможностей интер- и интраиндивидуальных подходов к исследованию функциональных и соматических реакций человека на субъективный стресс в норме. В течение четырех дней по вечерам взрослые испытуемые (N=79) оценивали уровень стресса за день, выраженность соматических симптомов и заполняли тест дифференцированной оценки функционального состояния. Помимо этого оценивались показатели заболеваемости и качество жизни (опросник качества жизни и удовлетворенности). Согласно полученным данным, оценки субъективного уровня стресса, выраженности раздражительности, нарушений подвижности суставов, головных болей и некоторых относительно редких в норме симптомов не могут быть усреднены ввиду их изменчивости. Дополнение интериндивидуального подхода интраиндивидуальным позволяет выявить случаи индивидуальной резистентности человека (его функционального и соматического состояния) к стрессу и мобилизации, достаточно распространенные в норме. Выявлены различные паттерны эмпирических отношений с показателями заболеваемости и качества жизни в зависимости от того, исследуются ли средние показатели стресса и функционирования или индивидуальная чувствительность к стрессу.

Ключевые слова: интер- и интраиндивидуальные подходы в психологии, психология стресса, функциональное состояние, соматические симптомы, заболеваемость.

Несмотря на длительную историю развития в психологии, проблема стресса и его последствий остается одной из актуальных областей исследования как в общей (например: Абабков, Перре, 2004; Китаев-Смык, 2012; Бодров, 2000), так и в клинической психологии (Брайт-Джонс, 2003; Ковров, Вейн, 2004; Cathcart et al., 2010), где неоднократно демонстрировалась зависимость функционального, психического и соматического состояния человека от уровня психологического стресса. Согласно данным эмпирических исследований, больные соматическими заболеваниями считают стресс ключевой причиной своего состояния (Leventhal et al., 2003; Moss-Morris, Wrapson, 2003). Большой массив эмпирических исследований в данной области опирается на применение интериндивидуального подхода, подразумевающего межиндивидуальные сравнения испытуемых по некоторому фактору

Для цитаты:

Рассказова Е.И. Интер- и интраиндивидуальный подходы к исследованию функционального и соматического состояния человека // Экспериментальная психология. 2015 Т. 8. № 3. С. 47–61. doi:10.17759/exppsy.2015080305

* *Рассказова Е.И.* Кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, старший научный сотрудник отдела медицинской психологии Научного центра психического здоровья РАМН, Москва, Россия. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com



(в том числе, фактору наличия/отсутствия экспериментального воздействия). К преимуществам такого подхода относится возможность установления общих закономерностей, в том числе популяционного уровня, и выявления роли межиндивидуальных факторов (например, пола, возраста и т. п.). Ограничения его связаны с трудностями оценки индивидуальных паттернов в динамике показателей, в частности, индивидуальных особенностей чувствительности к изменению некоторых факторов. Особенно ярко проблема проявляется в областях, где переменные, определяющие различия в выраженности некоторого признака, не совпадают с переменными, влияющими на динамику этого признака. Характерным примером является психология здоровья, по данным которой социально-психологические факторы поведения и изменения этого поведения различны (Sniehotta, 2009). С целью преодоления этих ограничений применяется интраиндивидуальный подход (см.: Skar et al., 2008), основанный на оценке индивидуальных трендов показателей, в том числе их взаимной изменчивости, например, выявление связи изменений в намерениях человека и изменений в уровне физической активности. Переноса эти закономерности в психологию стресса, можно предполагать, что связь стресса с функциональным и соматическим состоянием и связь изменений в уровне стресса с изменениями в состоянии (индивидуальная чувствительность/резистентность человека к стрессу) может различаться.

Интраиндивидуальный подход получил широкое распространение в практической психологии, особенно в когнитивно-бихевиоральной терапии, в форме различного рода дневников, использующихся для оценки динамики эмоционального состояния, выраженности когнитивных убеждений, соматических симптомов (см.: Бек, 2006; Beck et al., 2005). В эмпирических исследованиях в общей психологии он успешно применялся в рамках так называемого метода выборки переживаний (Hecktner et al., 2006), а в клинической психологии и психологии здоровья – для выявления закономерностей изменений поведения, связанного со здоровьем (Skar et al., 2008), динамики состояния при психических заболеваниях (например: Bonsall et al., 2012), динамики сна (Morin, 1993), головной боли (Houle et al., 2005). Несмотря на то, что в большинстве случаев результаты свидетельствуют о важности дополнения интериндивидуальной оценки диагностикой динамики состояния (см.: Skar et al., 2008), до настоящего времени прямые сопоставления данных, полученных при помощи интра- и интериндивидуального подходов проводятся достаточно редко. Целью данной работы было сопоставление возможностей интер- и интраиндивидуального подходов в исследовании функциональных и соматических реакций человека на субъективный стресс в норме.

Процедура и методы исследования

Исследование состояло из двух частей. Первая часть включала сбор социодемографических данных (пол, возраст, образование), выявление частоты простудных заболеваний и наличия хронических соматических заболеваний, а также оценку качества жизни в разных сферах. Вторая часть представляла собой регистрацию функционального состояния и выраженности соматических симптомов в течение четырех дней. Испытуемых инструктировали о заполнении методик, направленных на оценку субъективного уровня стресса, функционального состояния и выраженности соматических симптомов за день в течение четырех дней подряд (для работающих испытуемых – только в будние дни) перед сном.



С целью лучшего учета возрастных особенностей чувствительности к стрессу в данном исследовании использовалась неоднородная по возрасту выборка испытуемых старше студенческого возраста. Критериями исключения были наличие диагностированных психических заболеваний, хронических заболеваний в стадии обострения на момент обследования, простудных заболеваний на начало обследования, беременности на момент обследования. Кроме того, экспертно анализировались качественные описания испытуемыми стрессогенных событий за четыре дня с целью исключения испытуемых, перенесших за время исследования психотравматическое событие (например, смерть близких). Всего в исследовании приняли участие 79 испытуемых (18 мужчин и 61 женщина), жителей Москвы и Московской области в возрасте от 21 до 76 лет (средний возраст $34,0 \pm 12,5$ лет).

Использовались следующие методики.

1. С целью оценки соматического состояния испытуемых их просили оценить по 5-балльной шкале Лайкерта частоту простудных заболеваний (от «не болел несколько лет» до «чаще шести раз в год»). Наличие и тип хронических соматических заболеваний оценивались при помощи открытого вопроса: «Если у Вас есть хронические заболевания, перечислите их, пожалуйста». Ответы кодировались по количеству и системе (табл. 1). Частота обострений хронических заболеваний измерялась на основе 5-балльной шкалы Лайкерта. Применение шкалы Лайкерта в данном случае является распространенной практикой клинико-психологических исследований (Rief, Hiller, 2003), позволяющей соотносить полученные результаты с клиническими критериями диагностики.

2. Опросник качества жизни и удовлетворенности, переработанная версия (Ritsner et al., 2005, Рассказова, 2012), позволяет оценить удовлетворенность и качество жизни в четырех сферах: здоровье, эмоции, активность в свободное время, социальная сфера.

3. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния (Доскин и соавт., 1973) основан на психосемантическом подходе и представляет собой скрининговую методику диагностики субъективных показателей самочувствия, активности и настроения. Испытуемые отвечали на вопросы методики в течение четырех дней по вечерам.

4. Субъективный уровень стресса и выраженность соматических симптомов оценивались по шкале Лайкерта от 0 до 10, где 0 – отсутствие данного признака, 10 – его максимальная выраженность. В основу списка симптомов был положен перечень, включенный в шкалу идентичности опросника репрезентации болезни (Moss-Morris et al., 2002). Выбор методики был обусловлен тем, что, будучи предложенной в русле теории саморегуляции в отношении здоровья и болезни (Leventhal et al., 2003), она опирается на генерализованные симптомы, не специфичные для конкретных заболеваний и достаточно распространенные в норме. Основные симптомы (табл. 2) использовались без изменений; пункт «потеря веса» был заменен на «потеря аппетита», поскольку в течение четырех дней трудно было ожидать проявления снижения веса; пункт «свистящее дыхание» не использовался как редкий в норме; пункт «чрезмерная усталость, утомление» был заменен на «отсутствие сил» для того, чтобы предотвратить интерференцию с пунктом «усталость». Полученный перечень симптомов был сопоставлен с данными популяционных исследований наиболее распространенных соматических жалоб и признан достаточным с добавлением пункта «слабость» (Rief et al., 2001; Utsin, 1997). Наконец, учитывая исследования (Ma-Kellams et al., 2012), демонстрирующие, что соматическое неблагополучие может проявляться также в форме жалоб на неблагополучие психическое, были добавлены пункты, характеризующие негативные эмоциональные проявления: «снижение настроения», «раздражительность», «тре-



вога». Замена типичной для оригинальной методики бинарной шкалы ответов на количественную оценку была обусловлена необходимостью учета выраженности симптомов, а не только их появления – выбор 11-балльной шкалы основывался на данных когнитивной терапии (Beck et al., 2005), в рамках которой эта шкала широко используется как относительно простая и понятная для испытуемых.

Описание выборки представлено в табл. 1.

Таблица 1

Показатели заболеваемости испытуемых

Показатели соматического состояния	Количество (процент от общей выборки)
Частота простудных заболеваний	Не болел несколько лет – 2 (2,5%) Не болел за последний год – 9 (11,4%) 1–2 раза в год – 49 (62,0%) 3–5 раз в год – 14 (17,7%) Чаще шести раз в год – 3 (3,8%) Не указано – 2 (2,5%)
Хронические соматические заболевания (количество)	Нет – 23 (29,1%) Одно – 19 (24,1%) Два – 8 (10,1%) Три – 6 (7,6%) Четыре – 1 (1,3%) Не указано – 22 (27,8%)
Хронические соматические заболевания (система организма)	Желудочно-кишечный тракт – 10 (12,7%) Дыхательная система – 3 (3,8%) Нервная система – 3 (3,8%) Мочеполовая система – 12 (15,2%) Кожа, аллергии – 5 (6,3%) Сенсорная система – 2 (2,5%) Сердечно-сосудистая система – 9 (11,4%) Опорно-двигательная система – 4 (5,1%)
Частота обострений хронических соматических заболеваний	Реже одного раза в год – 12 (15,2%) 1–2 раза в год – 13 (16,5%) Несколько раз в год – 9 (11,4%) Каждый месяц – 4 (5,1%) Чаще, чем раз в месяц – 2 (2,5%) Не указано – 16 (20,3%) Нет хронических заболеваний – 23 (29,1%)

Обработка данных проводилась при помощи SPSS 17.0.

Результаты

Интер- и интраиндивидуальные оценки чувствительности к субъективному уровню стресса.

Интраиндивидуальные оценки стресса и уровня функционирования за четыре дня рассчитывались как средние значения у каждого из испытуемых. Чувствительность соматического и функционального состояния к стрессу была операционализирована как корреляция между средним уровнем стресса и средней выраженностью симптомов и показателей функционирования.



Интраиндивидуальные оценки рассчитывались как индивидуальные для каждого испытуемого коэффициенты корреляции между его уровнем стресса за четыре дня и изменением показателей функционирования за тот же период времени. Таким образом, близкие к нулю значения корреляции у испытуемого означали, что его оценки своего состояния в каждый из дней не зависели от его оценок уровня стресса за этот день, положительные значения свидетельствовали о прямой, отрицательные – об обратной зависимости показателей от стресса. Поскольку полное отсутствие симптома за четыре дня трудно интерпретировать однозначно, при расчете интраиндивидуальных оценок по конкретным симптомам использовались данные только тех испытуемых, которые хотя бы раз за время исследования предъявляли жалобу на данный симптом (количество испытуемых, включенных в анализ для каждого симптома, указано в табл. 2).

Задачами данного раздела было выявление правомерности интериндивидуального подхода (усреднения показателей), а также сопоставление чувствительности функционального состояния к стрессу (полученное на основе интериндивидуальных оценок) и чувствительности функционального состояния к изменениям в уровне стресса (полученное на основе интраиндивидуальных оценок).

Согласно полученным данным, надежность-согласованность (альфа Кронбаха) показателей за четыре дня составляла 0,51 для уровня субъективного стресса, 0,64–0,76 – для баллов по шкалам самочувствия, активности и настроения и варьировала от 0 до 0,90 для разных соматических симптомов. Иными словами, прямое усреднение показателей за четыре дня, характерное для интересубъективного подхода, может рассматриваться как допустимое для субъективных оценок функционирования (хотя согласованность и невысока) и ряда соматических симптомов (усталость, слабость, потеря аппетита, кашель и боль в горле, боль и неприятные ощущения в глазах, затрудненное дыхание), тогда как усреднение субъективных оценок стресса и выраженности других соматических симптомов (раздражительность, нарушение подвижности суставов, головные боли, головокружения, расстройства желудка, тошнота) не представляется оправданным. При этом низкий уровень надежности-согласованности не зависит от средней частоты и интенсивности симптомов, т.е. рассогласованность в ответах за четыре дня нельзя объяснить только лишь редкостью тех или иных симптомов в выборке.

Интраиндивидуальные корреляции между уровнем стресса и функциональным состоянием в существенной степени варьируют (табл. 2). Тем не менее, одновыборочный *t*-критерий Стьюдента свидетельствует о неслучайности этих вариаций по ряду показателей. С повышением субъективного уровня стресса у людей снижаются оценки самочувствия, активности и настроения, нарастают субъективные жалобы на слабость, усталость, раздражительность, снижение настроения, тревогу и головные боли. Следует, однако, отметить, что даже при наличии значимого тренда наблюдаются выраженные индивидуальные различия. Например, у 22,7% испытуемых с нарастанием субъективного стресса отмечается нарастание активности, у 17,9% – снижение уровня тревоги, у 18,6% – снижение жалоб на слабость. В иллюстративных целях в табл. 2 указаны количество и процент испытуемых для трех равных интервалов диапазона корреляций (от -1 до 1), условно соответствующих средней и высокой положительной корреляции ($r = 0,34-1$), средней и высокой отрицательной корреляции ($r = -1 - -0,34$) и слабой связи или отсутствию связи ($-0,34-0,34$).



Таблица 2

Интраиндивидуальные вариации в чувствительности функционального состояния к стрессу: индивидуальные корреляции субъективного стресса и показателей функционирования за четыре дня

Корреляция субъективного уровня стресса с показателями функционирования и выраженности симптомов	№	Количество (процент) испытуемых			t-критерий Стьюдента
		Отрицательная корреляция ($r = -1 - -0,34$)	Слабые корреляции или отсутствие связи ($r = -0,34 - 0,34$)	Положительная корреляция ($r = 0,34 - 1$)	
САН – самочувствие	75	47 (62,7%)	17 (22,7%)	11 (14,7%)	-5,63**
САН – активность	75	42 (56,0%)	16 (21,3%)	17 (22,7%)	-3,84**
САН – настроение	75	51 (68,0%)	18 (24,0%)	6 (8,0%)	-9,05**
Слабость	59	11 (18,6%)	17 (28,8%)	31 (52,5%)	3,99**
Усталость	67	8 (11,9%)	16 (23,9%)	43 (64,2%)	5,94**
Раздражительность	58	9 (15,5%)	18 (31,0%)	31 (53,4%)	4,15**
Снижение настроения	59	4 (6,8%)	17 (28,8%)	38 (64,4%)	6,97**
Отсутствие сил	58	15 (25,9%)	16 (27,6%)	27 (46,6%)	1,35
Тревога	56	10 (17,9%)	15 (26,8%)	31 (55,4%)	4,54**
Нарушения подвижности суставов	21	7 (33,3%)	9 (42,9%)	5 (23,8%)	-0,65
Нарушения сна	35	8 (22,9%)	13 (37,1%)	14 (40,0%)	1,17
Боль	30	15 (50,0%)	6 (20,0%)	9 (30,0%)	-1,42
Тошнота	13	0 (0,0%)	7 (53,8%)	6 (46,2%)	1,67
Затрудненное дыхание	18	4 (22,2%)	7 (38,9%)	7 (38,9%)	0,69
Потеря аппетита	9	3 (33,3%)	0 (0,0%)	6 (66,7%)	1,16
Кашель и боль в горле	24	7 (29,2%)	8 (33,3%)	9 (37,5%)	-0,05
Боль или неприятные ощущения в глазах	27	8 (29,6%)	7 (25,9%)	12 (44,4%)	0,47
Головные боли	33	6 (18,2%)	9 (27,3%)	18 (54,5%)	2,66*
Расстройства желудка	14	2 (14,3%)	5 (35,7%)	7 (50,0%)	1,72
Головокружения	19	5 (26,3%)	6 (31,6%)	8 (42,1%)	0,54

Примечание: «*» – число испытуемых, предъявивших жалобы на данный симптом хотя бы один раз за четыре дня и включенных в дальнейший анализ по соответствующему показателю; «**» – $p < 0,05$; «***» – $p < 0,01$.

На следующем этапе сравнивались корреляции субъективного уровня стресса с показателями функционирования, полученными в рамках интер- и интраиндивидуальных подходов (табл. 3). В случае, если оба подхода дают близкие результаты, полученные на их основе коэффициенты корреляции также будут близки. В соответствии с обоими подходами, с нарастанием уровня стресса отмечается ухудшение самочувствия и настроения, более выраженные слабость, усталость, раздражительность, снижение настроения, тревога, головные боли. Однако можно отметить и некоторые различия по результатам интер- и интраиндивидуальных сравнений. Во-первых, по результатам интраиндивидуальных сравнений с нарастанием



танием уровня стресса отмечается снижение уровня активности и усиление тошноты, чего не отмечается при использовании усредненных показателей. Теоретически можно предположить, что это ограничение интериндивидуального подхода удастся преодолеть, если дополнительно к средним значениям учитывать неоднородность показателей. Однако, как показано в табл. 3, дисперсия оценок стресса за четыре дня значимо коррелировала лишь с раздражительностью и дисперсией показателей самочувствия и настроения. Во-вторых, по результатам интериндивидуальных сравнений, средний уровень стресса связан с переживанием отсутствия сил, выраженностью симптома затрудненного дыхания, а также (на уровне тенденции) кашля и боли в горле, чего не отмечается на интраиндивидуальном уровне.

Таблица 3

Связь субъективного уровня стресса с показателями функционирования и выраженности симптомов по результатам интериндивидуальных и интраиндивидуальных сравнений

Корреляция субъективного уровня стресса с показателями функционирования и выраженности симптомов	Интериндивидуальные сравнения		Интраиндивидуальные сравнения	
	Корреляция со средним уровнем стресса	Корреляция с дисперсией по стрессу	Средняя корреляция со стрессом	Стандартное отклонение от средней корреляции
САН – самочувствие	-0,29*	-0,14	-0,37**	0,58
САН – активность	-0,02	-0,12	-0,27**	0,62
САН – настроение	-0,45**	-0,20	-0,50**	0,48
САН – дисперсия по самочувствию	0,04	0,40**	Не применимо	
САН – дисперсия по активности	0,03	0,20		
САН – дисперсия по настроению	0,31**	0,55**		
Слабость	0,37**	0,21	0,29**	0,55
Усталость	0,39**	0,13	0,40**	0,55
Раздражительность	0,43**	0,24*	0,31**	0,57
Снижение настроения	0,46**	0,13	0,41**	0,46
Отсутствие сил	0,38**	0,21	0,11	0,60
Тревога	0,35**	0,03	0,35**	0,57
Нарушения подвижности суставов	-0,14	-0,09	-0,07	0,48
Нарушения сна	0,20	-0,02	0,12	0,61
Боль	0,02	-0,06	-0,15	0,56
Тошнота	0,04	-0,10	0,24	0,52
Затрудненное дыхание	0,29**	-0,01	0,09	0,56
Потеря аппетита	0,28*	-0,01	0,29	0,74
Кашель и боль в горле	0,22	0,17	-0,01	0,62
Боль или неприятные ощущения в глазах	0,01	-0,06	0,06	0,65
Головные боли	0,37**	0,16	0,29*	0,62
Расстройства желудка	0,30**	0,00	0,25	0,55
Головокружения	-0,03	-0,13	0,07	0,55

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$.



Возрастные особенности субъективной оценки стресса, функционирования и соматических симптомов.

С целью дальнейшего сопоставления возможностей интер- и интраиндивидуальных подходов проводился анализ эмпирических отношений показателей субъективного стресса и функционирования (средних значений и интраиндивидуальных корреляций) с возрастом испытуемых², а также показателями заболеваемости и качества жизни. Предполагалось, что различия двух подходов будут проявляться, в частности, в различных паттернах эмпирических отношений в зависимости от того, исследуются ли средние показатели функционирования или их индивидуальная чувствительность к стрессу.

С возрастом испытуемых отмечалось снижение среднего уровня субъективного стресса ($r=-0,28$, $p<0,05$), дисперсии в отношении оценок своего настроения ($r=-0,28$, $p<0,05$), а также ослабевание связи стресса и выраженности головных болей ($r=-0,45$, $p<0,01$), но не выраженности самих головных болей.

Связь субъективной оценки стресса, функционирования и соматических симптомов с показателями заболеваемости и качества жизни.

Более низкий уровень самочувствия, активности, настроения и выраженные симптомы общего недомогания (слабость, усталость, раздражительность, снижение настроения, отсутствие сил, потеря аппетита) отмечаются у чаще болеющих простудными заболеваниями и связаны с низким качеством жизни в сфере здоровья (табл. 4). Помимо этого, снижение настроения связано с частотой обострений хронических заболеваний, снижение самочувствия и настроения, нарастание усталости, потеря аппетита, головокружения сопряжены со снижением качества жизни в эмоциональной сфере, снижение активности и настроения, усталость, потеря аппетита, боль и неприятные ощущения в глазах, головокружения – со снижением качества жизни в социальной сфере. Наконец, выраженность тошноты коррелировала с качеством жизни в сфере активности в свободное время, однако, учитывая редкость этих жалоб в выборке и отсутствие других связей, эту корреляцию следует считать случайной.

Иная картина – на уровне интраиндивидуальных сравнений. Чем выше резистентные возможности организма в отношении самочувствия и активности и чем реже отмечаются нарушения сна при субъективном переживании стресса, тем выше качество в сфере активности в свободное время; помимо этого, резистентные возможности в отношении самочувствия связаны с улучшением качества жизни в сферах здоровья и общения. Склонность реагировать на стресс слабостью и отсутствием сил связана с более частыми обострениями хронических заболеваний. При большем количестве хронических заболеваний человек на уровне тенденции реже реагирует на стресс усилением боли, кашля и боли в горле и чаще – затруднением дыхания. Интересно, что реагирование на стресс раздражительностью связано с улучшением качества жизни в сфере общения.

²Сравнение по полу не проводилось в связи с неравномерной представленностью мужчин и женщин в выборке.



Таблица 4

Корреляции оценок стресса, функционирования и соматических симптомов с показателями заболеваемости и качества жизни

Показатели функционирования и выраженности симптомов	Частота простудных заболеваний	Количество хронических заболеваний	Частота обострений хронических заболеваний	Качество жизни в сфере здоровья	Качество жизни в эмоциональной сфере	Качество жизни в сфере активности в свободное время	Качество жизни в социальной сфере
<i>Интериндивидуальные сравнения</i>							
Средний уровень стресса	0,29*	-0,15	0,04	-0,15	-0,12	0,14	0,02
САН – самочувствие	-0,39**	-0,03	-0,15	0,36**	0,27*	0,03	0,21
САН – активность	-0,35**	-0,11	-0,27	0,43**	0,18	0,14	0,25*
САН – настроение	-0,43**	-0,05	-0,43**	0,35**	0,41**	0,03	0,35**
Слабость	0,33**	-0,05	0,17	-0,39**	-0,22	-0,12	-0,10
Усталость	0,33**	-0,07	0,20	-0,38**	-0,26*	-0,14	-0,23*
Раздражительность	0,23*	-0,17	0,09	-0,33**	-0,13	-0,09	-0,17
Снижение настроения	0,42**	-0,06	0,16	-0,43**	-0,20	-0,06	-0,11
Отсутствие сил	0,31**	0,03	0,21	-0,35**	-0,21	-0,07	-0,17
Тревога	0,12	-0,11	0,13	-0,29*	-0,19	-0,10	-0,11
Тошнота	-0,01	0,04	-0,17	-0,18	-0,18	-0,33**	-0,08
Затрудненное дыхание	0,34**	-0,10	0,23	-0,22	-0,21	0,13	-0,18
Потеря аппетита	0,02	-0,11	0,06	-0,23*	-0,45**	-0,06	-0,27*
Кашель и боль в горле	0,28*	0,07	0,24	-0,06	0,01	0,20	0,03
Боль или неприятные ощущения в глазах	0,07	0,12	0,10	-0,10	-0,12	-0,21	-0,23*
Головокружения	0,09	-0,11	0,26	-0,16	-0,31**	-0,13	-0,24*
<i>Интраиндивидуальные сравнения: корреляция стресса с показателями</i>							
Корреляция стресса с самочувствием	-0,16	-0,15	0,08	0,24*	0,19	0,28*	0,24*
Корреляция стресса с активностью	0,22	0,02	0,22	0,07	0,15	0,28*	0,22
Корреляция стресса со слабостью	0,05	-0,18	-0,51**	0,03	0,03	-0,10	0,12



Корреляция стресса с раздражительностью	0,03	-0,02	-0,11	-0,10	0,24	-0,10	0,37**
Корреляция стресса с отсутствием сил	-0,07	0,08	-0,50**	0,00	-0,06	-0,24	0,00
Корреляция стресса с нарушениями сна	-0,29	0,11	-0,44	-0,08	0,07	-0,37*	0,21
Корреляция стресса с болью	0,09	0,41	-0,44	-0,06	0,13	0,04	-0,04
Корреляция стресса с затрудненным дыханием	-0,09	-0,41	0,15	-0,01	0,01	-0,07	-0,05
Корреляция стресса с кашлем и болью в горле	0,27	0,30	-0,48	0,03	0,16	-0,13	0,07

Примечание: «*» – $p < 0,05$; «**» – $p < 0,01$. Коэффициенты корреляции указаны только для показателей стресса и функционирования, по которым уровень значимости достигает 0,05 или хотя бы одна из корреляций с заболеваемостью и качеством жизни превышает по модулю 0,40. Также исключены переменные, по которым количество испытуемых менее 15 (тошнота, расстройства желудка, потеря аппетита).

Обсуждение результатов

Как правило, при интериндивидуальных сравнениях либо используется однократная оценка, либо динамические показатели усредняются, либо проводится общая интегральная оценка испытуемым своего состояния за период времени (например: «Оцените в целом уровень стресса за последние две недели»). Полученные в данном исследовании показатели надежности–согласованности оценок стресса и функционального состояния за четыре дня ставят под вопрос правомерность использования однократных оценок и усреднений, как минимум, в ряде случаев. В частности, они могут быть оправданны при оценках функционального состояния, уровня усталости, слабости и т. д., но становятся ненадежными при измерении субъективного уровня стресса, выраженности раздражительности, нарушений подвижности суставов, головных болей. Полностью невозможной следует признать оценку при помощи усреднений или однократных измерений в отношении редких в данной выборке проявлений. Таким образом, использование однократных и усредненных оценок во всех случаях требует предварительного исследования стабильности этих оценок. Следует отметить, что альтернативный способ получения интериндивидуальных показателей – на основе интегральной оценки самим испытуемым – требует еще более детального анализа, поскольку неясно, на какие внутренние критерии опирается в своих оценках испытуемый.

Другой аргумент в пользу учета интраиндивидуальных различий связан с тем, что, по нашим данным, интраиндивидуальные корреляции у разных людей могут отличаться друг от друга. Например, у 55,4% испытуемых повышение уровня стресса было сопряжено с нарастанием субъективной тревоги, тогда как у 17,9% – с ее снижением. С нашей точки зрения, относительно высокий процент испытуемых с «парадоксальной» реакцией на стресс имеет четкое психологическое содержание и объясняется мобилизацией ресурсов, описан-



ной при эустрессе (см.: Китаев-Смык, 2012). Интраиндивидуальный подход позволяет, таким образом, выявить возможности компенсации и мобилизации в условиях стресса.

По нашим данным, использование интер- и интраиндивидуальных подходов в исследовании дает близкие, но не совпадающие результаты. С одной стороны, ухудшение самочувствия и настроения, более выраженные слабость, усталость, раздражительность, снижение настроения, тревога, головные боли характерны как для испытуемых с высокими субъективными оценками стресса за четыре дня (интериндивидуальный подход), так и для самих испытуемых с повышением уровня стресса в их жизни (интраиндивидуальный подход). С другой стороны, если на интраиндивидуальном уровне изменения в уровне активности и выраженности тошноты за четыре дня согласовались с динамикой субъективного стресса, то при сравнении средней выраженности стресса и симптомов у разных испытуемых такой связи не отмечалось. Наоборот, показатели отсутствия сил, затрудненного дыхания, кашля и боли в горле коррелировали со средним уровнем стресса, но не зависели от его динамики у конкретных испытуемых. Согласно полученным нами результатам, можно предполагать, что рассогласование, при котором интраиндивидуальные сравнения указывают на закономерности, которые не заметны при интериндивидуальных сравнениях, свидетельствует о значительных индивидуальных вариациях в среднем уровне измеряемого признака (стресса, показателей состояния, выраженности симптомов), тогда как закономерности, выявляемые только при интериндивидуальных сравнениях, могут свидетельствовать о нечувствительности показателей к ситуативным колебаниям и их зависимости от продолжительно действующих факторов.

Важнейший вопрос, возникающий при сопоставлении интер- и интраиндивидуального подходов, касается того, насколько различия между ними будут сказываться на эмпирических отношениях показателей с другими переменными. С целью ответа на данный вопрос рассматривались связь функционального и соматического состояния с возрастом, качеством жизни и заболеваемостью. Согласно полученным результатам, отмечается выраженное расхождение в результатах при использовании средних значений и дисперсий, с одной стороны, и показателей индивидуальной чувствительности состояния к субъективному стрессу (корреляции) – с другой. В частности, снижение среднего уровня стресса и дисперсии оценок своего настроения, которое отмечается с возрастом, не приводит к изменениям в чувствительности функционального и соматического состояния к стрессу. При этом, хотя средняя выраженность головных болей с возрастом не меняется, снижается ее зависимость от субъективного стресса, что согласуется с данными о частном «переходе» с возрастом и продолжительностью симптомов головной боли в хроническую форму (например, Buse et al., 2012).

Средний уровень функционального состояния за четыре дня (самочувствия, активности, настроения) и большинство симптомов общего недомогания связаны, в первую очередь, с качеством жизни в сфере здоровья и простудными заболеваниями, тогда как резистентные возможности организма в отношении самочувствия и активности сопряжены с качеством жизни в сферах активности и общения. Можно предположить, что общее функциональное и соматическое состояние сказывается на оценке своего здоровья, тогда как его колебания – на повседневной деятельности человека и в зависимости от нее – на активности и общении. Частота обострений хронических заболеваний и качество жизни в эмоциональной и социальной сферах зависят от настроения – но только от средних его показателей, а не от чувствительности к субъективному стрессу, т. е. ситуативные колебания настро-



ения практически не сказываются на заболеваемости и качестве жизни, и важны хронические изменения. Что касается соматических симптомов, многие из них (хроническое переживание усталости, потеря аппетита, головокружение) связаны со снижением качества жизни в эмоциональной и социальной сферах, что можно объяснить как негативными эмоциональными переживаниями вследствие недомогания, так и соматизацией (Brown, 2004), поскольку перечисленные симптомы нередко связывают с соматической реакцией на хронические эмоциональные переживания. При этом выделяется круг симптомов, на связь которых с заболеваемостью и качеством жизни влияет не их средний уровень, а уязвимость к стрессу; это относится к нарушениям сна, слабости и отсутствию сил.

Заключение

В целом, согласно полученным данным, интер- и интраиндивидуальные подходы к анализу чувствительности функционального и соматического состояния к субъективному стрессу в норме дают несовпадающие результаты. Несмотря на то, что в отношении ряда показателей усреднение можно считать достаточно надежной оценкой, оценки субъективного уровня стресса, выраженности раздражительности, нарушений подвижности суставов, головных болей и некоторых относительно редких в норме симптомов следует признать слишком изменчивыми для такой процедуры. Неизбежная «потеря» индивидуальных изменений приводит к недоучету случаев отклонения от общих закономерностей: в частности, резистентности функционального и соматического состояния к стрессу и даже мобилизации, отмечающейся примерно в трети случаев. Как оценка чувствительности к стрессу, так и связи показателей с качеством жизни и заболеваемостью, позволяют выявить различные взаимодополняющие закономерности, что делает важным дополнение интериндивидуальных сравнений интраиндивидуальными.

Финансирование

Работа поддержана грантом РФФИ № 12-06-31165.

Литература

1. Абабков В.А., Перре М. Адаптация к стрессу. М.: Речь, 2004. 166 с.
2. Бек Дж. Когнитивная терапия. Полное руководство. М.: Вильямс, 2006. 400 с.
3. Бодров В.А. Информационный стресс. М.: PerSe, 2000. 351 с.
4. Брайт Д., Джонс Ф. Стресс: теории, исследования, мифы. СПб, М.: Прайм-Еврознак; Олма-Пресс, 2003. 352 с.
5. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. 1973. № 6. С.141–145.
6. Китаев-Смык Л.А. Организм и стресс: стресс жизни и стресс смерти. М.: Смысл, 2012. 464 с.
7. Ковров Г.В., Вейн А.М. Стресс и сон у человека. М.: Нейро-медиа, 2004. 96 с.
8. Рассказова Е.И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. Т. 9. № 4. С. 81–90.
9. Beck J. Cognitive therapy for challenging problems. N.Y.: the Guilford Press, 2005. 324 p.
10. Bonsall M.B., Geddes J.R., Goodwin J.M., Holmes E.A. Nonlinear time-series approaches in characterizing mood stability and mood instability in bipolar disorder // Proceedings. Biological Sciences. 2012. 279 (1730). P. 916–924. doi:10.1098/rspb.2011.1246
11. Brown R.J. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model // Psychological Bulletin. 2004. 130(5). P. 793–812. doi:10.1037/0033-2909.130.5.793
12. Buse D., Manack A., Serrano D., Reed M., Varon S., Turkel C., Lipton R. Headache impact of chronic and episodic migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study // Headache.



2012. 52. P. 3-17. doi:10.1111/j.1526-4610.2011.02046.x

13. Cathcart S., Weinfield A.H., Lushington K., Rolan P. Stress and tension-type headache mechanisms // Cephalalgia: An International Journal of Headache. 2010. 30(10). P. 1250–1267. doi:10.1177/0333102410362927

14. Hektner J.M., Schmidt J.A., Csikszentmihalyi M. (Eds.). Experience Sampling Method: Measuring the Quality of Everyday Life. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. 2006. 353 p.

15. Houle T.T., Penzien D.B., Rains J.C. Time-series features of headache: individual distributions, patterns and predictability of pain // Headache. 2005. 45. P. 445–458. doi:10.1111/j.1526-4610.2005.05096.x

16. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness // In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds). The self-regulation of health and illness behavior. N. Y.: Routledge, 2003. P. 42–65.

17. Ma-Kellams C., Blascovich J., McCall C. Culture and the body: East-West differences in visceral perception // Journal of Personality and Social Psychology. 2012. 102(4). P. 718–728. doi:10.1037/a0027010

18. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. The Illness-Revised Perception Questionnaire (IPQ-R) // Psychology and Health. 2002. 17(1). P. 1–16. doi:10.1080/08870440290001494

19. Moss-Morris R., Wrapson W. Representational beliefs about functional somatic syndroms // In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds). The self-regulation of health and illness behavior. N. Y.: Routledge, 2003. P. 119–137.

20. Morin C.M. Insomnia: psychological assessment and management. N.Y.: Guilford Press, 1993. 238 p.

21. Rief W., Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders // Psychosomatics. 2003. 44. P. 492–498. doi:10.1176/appi.psy.44.6.492

22. Rief W., Hessel A., Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population // Psychosomatics Medicine. 2001. 63. P. 595–602. doi:10.1097/00006842-200107000-00012

23. Ritsner M., Kurs R., Gibel A., Ratner Y., Endicott J. Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients // Quality of Life Research. 2005. 14. P. 1693–1703. doi:10.1007/s11136-005-2816-9

24. Scar S., Sniehotta F.F., Araujo-Soares V., Molloy G.J. Prediction of behaviour versus prediction of behaviour change: The role of motivational moderators in the theory of planned behaviour // Applied Psychology. 2008. 57(4). P. 609–627. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00346.x

25. Sniehotta F. F. Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning and self-regulation // British Journal of Health Psychology. 2009. 14. P. 261–273. doi:10.1348/135910708X389042

26. Ursin H. Sensitization, somatization and subjective health complaints // International Journal of Behavioral Medicine. 1997. 4(2). P. 105–116. doi:10.1207/s15327558ijbm0402_1

INTER- AND INTRAINDIVIDUAL APPROACHES TO STUDY FUNCTIONAL AND SOMATIC REACTIONS OF INDIVIDUALS

RASSKAZOVA E.I. *, Department of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Research Center of Mental Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia,
e-mail: e.i.rasskazova@gmail.com

For citation:

Rasskazova E.I. Inter- and intraindividual approaches to study functional and somatic reactions of individuals. *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 47–61 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/expsy.2015080305

* Rasskazova E.I. Ph.D. (Psychology), Associate Professor, Chair of Neuro- and Pathopsychology, Department of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Junior Research Associate, Research Center of Mental Health, Russian Academy of Medical Sciences. Moscow, Russia. E-mail: e.i.rasskazova@gmail.com



Paper is devoted to comparisons of inter- and intra-individual approaches to study functional and somatic reactions of individuals to subjective stress in the normative sample. Adult participants (N=79) appraised stress level, experienced somatic symptoms and filled the test of the differentiated assessment of a functional condition within four days in the evenings. In addition, illness frequency and quality of life were estimated. According to the results, appraisals of subjective stress levels, irritability, joints movements' difficulties, headaches and symptoms that are rare in normative sample should not be averaged due to high variability. Application of the intra-individual approach in addition to the inter-individual one allows revealing cases of individual resistance and mobilization of a functional and somatic condition under the stress. Different patterns of the empirical relationships with illness frequency and quality of life are revealed depending on whether the average estimates of a stress and functioning, or individual sensitivity to a stress are measured.

Keywords: inter- and intra-individual approaches in psychology, psychology of stress, functional condition, somatic symptoms, illness frequency.

Funding

The study was supported by the RFBR, grant № 12-06-31165.

References

1. Ababkov V.A., Perre M. *Adaptatsiya k stressu*. [Adaptation to stress]. Moscow: Publ. Rech', 2004. 166 p. (In Russ.).
2. Beck J. *Kognitivnaya terapiya. Polnoe rukovodstvo*. [Cognitive therapy]. Moscow: Publ. Vil'yams, 2006. 400 p. (In Russ.).
3. Bodrov V.A. *Informatsionnyi stress*. [Informational stress]. Moscow: Publ. PerSe, 2000. 351 p. (In Russ.).
4. Brite D., Johns F. *Stress: teorii, issledovaniya, mify*. [Stress: theories, research, myths]. Sankt-Petersburg, Moscow: Publ. Praim-Evroznak, Olma-Press, 2003. 352 p. (In Russ.).
5. Doskin V.A., Lavrent'eva N.A., Miroshnikov M.P., Sharai V.B. Test differentsirovannoi samoosnki funktsional'nogo sostoyaniya [Test of differentiated self-appraisal of functional state]. *Voprosy psikhologii*. [Issues of Psychology], 1973, no. 6, pp.141–145 (In Russ.).
6. Kitaev-Smyk L.A. Organizm i stress: stress zhizni i stress smerti. [Organism and stress: stress of life and stress of death]. M.: Publ. Smysl, 2012. 464 p. (In Russ.).
7. Kovrov G.V., Vein A.M. *Stress i son u cheloveka*. [Stress and sleep in person]. M.: Publ. Neuro-media, 2004. 96 p. (In Russ.).
8. Rasskazova E.I. Metodika otsenki kachestva zhizni i udovletvorennosti: psikhometricheskie kharakteristiki russkoyazychnoi versii [Quality of life enjoyment and satisfaction questionnaire: psychometric characteristics of the Russian version]. *Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki*. [Psychology. Journal of Higher School of Economics], 2012, vol. 9, no. 4, pp. 81–90 (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Beck J. *Cognitive therapy for challenging problems*. New-York: the Guilford Press, 2005. 324 p.
10. Bonsall M.B., Geddes J.R., Goodwin J.M., Holmes E.A. Nonlinear time-series approaches in characterizing mood stability and mood instability in bipolar disorder. *Proceedings. Biological Sciences*, 2012, vol. 279, no. 1730, pp. 916–924. doi:10.1098/rspb.2011.1246
11. Brown R.J. Psychological mechanisms of medically unexplained symptoms: an integrative conceptual model. *Psychological Bulletin*, 2004, vol. 130, no. 5, pp. 793–812. doi:10.1037/0033-2909.130.5.793
12. Buse D., Manack A., Serrano D., Reed M., Varon S., Turkel C., Lipton R. Headache impact of chronic and episodic migraine: results from the American Migraine Prevalence and Prevention Study. *Headache*, 2012, no. 52, pp. 3–17. doi:10.1111/j.1526-4610.2011.02046.x
13. Cathcart S., Weinfield A.H., Lushington K., Rolan P. Stress and tension-type headache mechanisms. *Cephalalgia: An International Journal Of Headache*, 2010, vol. 30, no. 10, pp. 1250–1267. doi:10.1177/0333102410362927
14. Hektner J.M., Schmidt J.A., Csikszentmihalyi M. (Eds.). *Experience Sampling Method: Measuring the Quality of Everyday Life*. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. 2006. 353 p.
15. Houle T.T., Penzien D.B., Rains J.C. Time-series features of headache: individual distributions, patterns



- and predictability of pain. *Headache*, 2005, no. 45, pp. 445–458. doi:10.1111/j.1526-4610.2005.05096.x
16. Leventhal H., Brissette I., Leventhal E. The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior*. New York: Routledge, 2003, pp. 42–65.
17. Ma-Kellams C., Blascovich J., McCall C. Culture and the body: East-West differences in visceral perception. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2012, vol. 102, no. 4, pp. 718–728. doi:10.1037/a0027010
18. Moss-Morris R., Weinman J., Petrie K., Horne R., Cameron L., Buick D. The Illness-Revised Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 2002, vol. 17, no. 1, pp. 1–16. doi:10.1080/08870440290001494
19. Moss-Morris R., Wrapson W. Representational beliefs about functional somatic syndromes. In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior*. New York: Routledge, 2003, pp. 119–137.
20. Morin C.M. *Insomnia: psychological assessment and management*. N.Y.: Guilford Press, 1993. 238 p.
21. Rief W., Hiller W. A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 2003, no. 44, pp. 492–498. doi:10.1176/appi.psy.44.6.492
22. Rief W., Hessel A., Braehler E. Somatization symptoms and hypochondriacal features in the general population. *Psychosomatics Medicine*, 2001, no. 63, pp. 595–602. doi:10.1097/00006842-200107000-00012
23. Ritsner M., Kurs R., Gibel A., Ratner Y., Endicott J. Validity of an abbreviated Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire (Q-LES-Q-18) for schizophrenia, schizoaffective, and mood disorder patients. *Quality of Life Research*, 2005, no. 14, pp. 1693–1703. doi:10.1007/s11136-005-2816-9
24. Scar S., Sniehotta F.F., Araujo-Soares V., Molloy G.J. Prediction of behaviour versus prediction of behaviour change: The role of motivational moderators in the theory of planned behavior. *Applied Psychology*, 2008, vol. 57, no. 4, pp. 609–627. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00346.x
25. Sniehotta F.F. Towards a theory of intentional behavior change: plans, planning and self-regulation. *British Journal of Health Psychology*, 2009, no. 14, pp. 261–273. doi:10.1348/135910708X389042
26. Ursin H. Sensitization, somatization and subjective health complaints. *International Journal of Behavioral Medicine*, 1997, vol. 4, no. 2, pp. 105–116. doi:10.1207/s15327558ijbm0402_1



ОЦЕНКА ЛАТЕРАЛИЗАЦИИ ЦЕРЕБРАЛЬНОЙ ГЕМОДИНАМИКИ ПРИ ВЫПОЛНЕНИИ ВЕРБАЛЬНЫХ МНЕСТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ МЕТОДОМ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ТРАНСКРАНИАЛЬНОЙ ДОПЛЕРОГРАФИИ

МИКАДЗЕ Ю.В.*, доктор психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова; ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: umikadze@yandex.ru

БОГДАНОВА М.Д.**, медицинский психолог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр патологии речи и нейрореабилитации» (ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ), Москва, Россия, e-mail: marya.bogdanova@gmail.com

ЛЫСЕНКО Е.С.***, аспирант кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия, e-mail: lysenkoe2007@yandex.ru

ШАХНОВИЧ А.Р.****, профессор, доктор медицинских наук, руководитель группы клинической патологии мозгового кровообращения, НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко, Москва, Россия, e-mail: ashaknovich@nsi.ru

АБУЗАЙД С.М.*****, Врач-нейрохирург, кандидат медицинских наук, ООО «Клиника Атолл», Москва, Россия, e-mail: sabuzaid@mail.ru

Для цитаты:

Микадзе Ю.В., Богданова М.Д., Лысенко Е.С., Шахнович А.Р., Абузайд С.М. Оценка латерализации церебральной гемодинамики при выполнении вербальных мнестических заданий методом функциональной транскраниальной доплерографии // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 62–73. doi:10.17759/exppsy.2015080306

* Микадзе Ю.В. Доктор психологических наук, профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова; ГБОУ ВПО РНИМУ имени Н.И. Пирогова Минздрава России, Москва, Россия. E-mail: umikadze@yandex.ru

** Богданова М.Д. Медицинский психолог, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Центр патологии речи и нейрореабилитации» (ГБУЗ ЦПРиН ДЗМ), Москва, Россия. E-mail: marya.bogdanova@gmail.com

*** Лысенко Е.С. Аспирант кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии, МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, Россия. E-mail: lysenkoe2007@yandex.ru

**** Шахнович А.Р. Профессор, доктор медицинских наук, руководитель группы клинической патологии мозгового кровообращения, НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко, Москва, Россия. E-mail: ashaknovich@nsi.ru

***** Абузайд С.М. Врач-нейрохирург, кандидат медицинских наук, ООО «Клиника Атолл», Москва, Россия. E-mail: sabuzaid@mail.ru



Представлены предварительные результаты исследования межполушарной асимметрии церебральной гемодинамики при выполнении заданий на слухоречевую и зрительную память методом функциональной транскраниальной ультразвуковой доплерографии (ФТКУЗДГ). Использование ФТКУЗДГ рассматривается в рамках разработки неинвазивного и объективного нейрокognитивного метода оценки доминантности полушарий по вербальным функциям. В двух экспериментах, направленных на анализ влияния: а) разных видов вербального и невербального материала и б) условий выполнения мнестической деятельности (запоминание, узнавание) на изменение скорости кровотока в левом и правом полушариях, – приняло участие 62 здоровых испытуемых. Получены предварительные данные о возможности использования для определения доминантности по речи определенных видов когнитивной вербальной нагрузки и условий ее предъявления.

Ключевые слова: функциональная асимметрия, доминантность полушарий, доплерография, скорость кровотока, мозговые артерии, когнитивные нагрузки, вербальный стимульный материал.

Введение

Проблема межполушарной асимметрии мозга широко обсуждается в нейроанатомии, нейрофизиологии, нейропсихологии и других нейронауках. Особое значение в решении проблемы функциональной неравнозначности двух полушарий приобретает нейрокognитивный подход, в котором реализуются представления о связи активности разных отделов мозга, нейронных сетей с выполнением тех или иных когнитивных операций. (Солсо, 2006; Bracco et al., 2011; Bulla-Hellwig et al., 1996; Dorst et al., 2008; Duschek, Schandry, 2003; Hartje et al., 2000; Knecht S., 1994; Knake et al., 2003; Markus, Boland, 1992; Pelletier et al., 2007; Rihs et al., 1995; Silvestrini et al., 1994; Stroobant et al., 2000; 2009; Szaflarski, 2002; Tieks et al., 1998; Vingerhoets, Stroobant, 1999; Washburn et al., 2012; Whitehouse et al., 2009).

Нейрофизиологические методы исследования работы мозга, такие как электроэнцефалография (ЭЭГ), потенциалы, связанные с событием (ПСС), позитронно-эмиссионная томография (ПЭТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), диффузионная тензорная визуализация (ДТВ), транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС), транскраниальная ультразвуковая доплерография (ФТКУЗДГ) позволили значительно расширить представления о физиологической основе психических процессов, установить корреляции между паттернами активности мозговых зон и определенными когнитивными навыками. С другой стороны, в нейропсихологических исследованиях накоплен богатый материал о структуре психических функций, получаемый на основе анализа их нарушений при разных по локализации поражениях мозга.

Каждый из этих методов имеет определенные ограничения и недостатки, которые следует учитывать в исследованиях, и для установления сущности обнаруживаемых взаимосвязей между работой мозга и поведением необходимо сопоставлять данные разных исследований, реализующих нейрокognитивный подход, в частности, нейровизуализационных и нейропсихологических (Washburn et al., 2012).

В последние десятилетия значительно увеличилось количество работ, в которых для определения функциональной асимметрии полушарий методом ФТКУЗДГ используются разные виды заданий (когнитивных нагрузок), в ходе выполнения которых измеряется изменение скорости кровотока в разных сосудистых системах левого и правого полушарий. Так, по данным Washburn D.A. et al., (Washburn et al., 2012), количество ссылок на соответствующие статьи выросло с 1980 по 2011 г. с 15 до 274.

Привлекательность этого метода связана со сравнительно недорогим, неинвазивным и безболезненным способом непрерывного измерения изменений в скорости кровотока в режиме текущего времени, которые рассматриваются как следствие нейронной активности и могут



служить мерой когнитивной обработки. Отсутствие ряда ограничений в процедуре проведения транскраниальной доплерографии, имеющих место при использовании других методов, делают ее удобной в использовании, что играет важную роль при ее применении в клинических условиях (Duschek et al., 2003; Knake et al., 2003; Pelletier et al., 2007; Washburn et al., 2012).

К недостаткам ФТКУЗДГ относится низкое пространственное разрешение, которое ограничивает круг задач, решаемых с его использованием. В то же время отмечается, что метод ФТКУЗДГ может оказаться полезным и иметь определенные преимущества в исследованиях, связанных с изучением роли левого и правого полушарий в обеспечении разных психических функций; с выявлением индивидуальных и групповых различий при выполнении когнитивных заданий (женщины/мужчины, дети/взрослые, люди позднего возраста/молодые, клинические/контрольные группы и т. д.); с определением наличия ментальных усилий при отсутствии внешних поведенческих проявлений (Washburn et al., 2012).

Известна ведущая роль структур левого полушария в переработке вербального материала для большей части популяции (Лурия, 2000; Цветкова, 2001). В то же время наличие вариативности в доминировании полушарий мозга по речи ставит вопрос о создании надежных и достаточно простых методов для определения доминантного полушария. Одним из возможных путей решения этого вопроса может стать разработка процедуры, при которой данные ФТКУЗДГ об изменении скорости кровотока в левом и правом полушариях сопоставляются с результатами нейропсихологических исследований, получаемых, например, с помощью методики дихотического прослушивания или методик, связанных с использованием разных видов вербальных когнитивных заданий (Bulla-Hellwig et al., 1996; Duschek, Schandry, 2003; Hartje et al., 1994; Knake et al., 2003; Knecht et al., 2000; Lohmann et al., 2005; Pelletier et al., 2007; Stroobant et al., 2000, 2009). В такой процедуре могут сочетаться объективность показателей измерения (как, например, в широко используемой в клинике пробе Вада) и наличие определенного типа когнитивных нагрузок (как, например, в пробе на дихотическое прослушивание).

В зарубежных исследованиях доминантности полушарий по речи с помощью ФТКУЗДГ использовались задания, включающие разные варианты вербальных стимулов и процедур. Когнитивные нагрузки в виде чтения вслух, чтения про себя, заданий на словесные ассоциации, генерирование слов, построение предложений, категоризацию слов, вербальное описание окружающих предметов приводили к большему увеличению скорости кровотока в сосудах левого полушария по сравнению с правым. Противоположные результаты, указывающие на преобладание увеличения скорости кровотока в правом полушарии, были получены при выполнении невербальных, например, зрительно-пространственных заданий, восприятия лиц, цвета, музыки и др. (Markus et al., 1992; Njemanze et al., 1992; Tiecks et al., 1998; Hartje et al., 1994; Silvestrini et al., 1994; Rihs et al., 1995; Bulla-Hellwig et al., 1996; Vingerhoets et al., 1999; Njemanze, 2007; Dorst et al., 2008; Stroobant et al., 2009; Whitehouse et al., 2009; Bracco et al., 2011; Boban et al., 2014).

Сопоставительные исследования показали наличие корреляции между результатами, полученными с помощью транскраниальной доплерографии и с помощью других методов определения доминантности полушарий, таких как Wada-тест, фМРТ, а также устойчивость получаемых результатов во времени (Knake et al., 2003; Lohmann et al., 2005; Szaflarski et al., 2002; Whitehouse et al., 2009).

Диагностика функциональной специализации и доминантности полушарий по вербальным функциям представляет не только теоретический, но и выраженный практиче-



ский интерес. В значительной степени она востребована в нейрохирургической практике и это формирует запрос на разработку неинвазивного и объективного метода оценки межполушарной организации мозга. Изучение возможностей ФТКУЗДГ для проведения такой диагностики стало одной из задач данной работы.

Исследование проводилось *с целью* выявления функциональной асимметрии полушарий при выполнении разных видов заданий вербального и невербального типа на основе анализа изменения скорости кровотока в средних и задних мозговых артериях (СМА и ЗМА) левого и правого полушарий головного мозга. Предполагалось, что вербальные стимулы и когнитивные операции, при которых наблюдается максимально высокое изменение скорости кровотока в левом полушарии, могут рассматриваться как оптимальные для определения доминантности полушария по речи. В качестве дополнительного факта в пользу этого предположения можно рассматривать данные о том, что большая активация каждого из полушарий при переработке вербальных и невербальных стимулов носит противоположный характер.

Для измерения изменений скорости кровотока использовалась процедура исследования слухоречевой памяти и зрительной памяти (запоминание и узнавание разных вариантов предъявляемых на слух или зрительно стимулов). Выбор мнестической деятельности в качестве процедуры исследования определялся ее высокой чувствительностью к изменениям в работе мозга, а также наличием данных о ведущей роли левого полушария в узнавании вербального материала (Лурия, 1974; 2000; Корсакова, Московичюте, 2003; Микадзе, Андреева, 2013; Симерницкая, 1978).

Гипотезами исследования выступили следующие предположения.

1. Использование в качестве вербальной когнитивной нагрузки запоминания и узнавания лексических единиц разных видов (с разной степенью грамматической и предметной отнесенности – конкретных, абстрактных слов и слов-глаголов) будет приводить к неодинаковому (внутриполушарному и межполушарному) увеличению скорости кровотока в средних мозговых артериях (СМА) и задних мозговых артериях (ЗМА).

2. Выполнение разных видов когнитивных операций со стимульным материалом (запоминание, узнавание) в ходе мнестической деятельности будет приводить к неодинаковому (внутриполушарному и межполушарному) изменению скорости кровотока в СМА и ЗМА.

3. Максимальное увеличение скорости кровотока в левом и правом полушариях будет проявляться для вербальных и невербальных (зрительных) стимулов противоположным образом.

Для решения поставленных задач было проведено исследование, состоящее из двух экспериментов, предварительные результаты которого представлены в предлагаемой статье.

Метод, методики и процедура исследования

1. Обследование методом транскраниальной доплерографии проводилось при помощи аппарата «Ангиодин» фирмы «БИОСС» в лаборатории патологии мозгового кровообращения НИИ НХ имени Н.Н. Бурденко (зав. лабораторией – доктор медицинских наук профессор А.Р. Шахнович). Экспериментатор закрепляет на голове испытуемого шлем для интраоперационного мониторинга. На датчик (ультразвуковой зонд) наносится звукопроводящий гель, который обеспечивает плотное соприкосновение рабочей поверхности датчика с кожей. Скорость кровотока (СК) измеряется последовательно в каждой из двух исследуемых артерий – сначала в СМА и затем в ЗМА. Следует отметить, что в большинстве случаев в литературе приводятся данные по влиянию когнитивной нагрузки на изменение



скорости кровотока в средней мозговой артерии, что связывается с большими площадями, на которых происходит перфузия этой артерии в каждом полушарии.

Процедура замеров в каждой артерии проводилась следующим образом. Сначала скорость кровотока замерялась в СМА справа и слева одновременно в состоянии покоя (данные фиксировались в см/сек) – фоновое значение. После этого испытуемому предъявлялся набор стимулов, входящих в задание с интервалом 1 стимул в 1 секунду в слуховой модальности или 1 стимул в 5 секунд в зрительной модальности. Во время выполнения задания фиксировались данные о скорости кровотока – значение под действием когнитивной нагрузки. Далее, после выполнения задания и перед переходом к следующей фазе выполнения эксперимента, следовал перерыв длительностью 1 минута, которого было достаточно для возвращения скорости кровотока в состояние покоя. Измерение скорости кровотока в ЗМА осуществлялось по тому же алгоритму. Все данные заносились в протокол исследования.

В первом эксперименте проводилась проверка гипотез 1 и 3. Для этого использовался подбор разных видов стимульного материала. Вербальный стимульный материал включал запоминание и узнавание абстрактных слов, конкретных слов, глаголов; невербальный – запоминание и узнавание фотографий лиц, трудновербализуемых рисунков, матриц. Измерение скорости кровотока проводилось в целом по двум этапам мнестической деятельности, т. е. на основе усреднения показателей скорости кровотока на этапе запоминания и узнавания. По результатам этого эксперимента максимальное усиление СК при выполнении вербальных заданий отмечалось в СМА и ЗМА левого полушария при запоминании и узнавании конкретных слов. Этот вариант стимульного материала был отобран как основной для дальнейшего проведения исследования.

Во втором эксперименте проводилась проверка гипотезы 2, т. е. акцентировалось внимание на видах когнитивных операций, которые используются при оперировании с вербальным стимульным материалом на разных этапах мнестической деятельности – запоминания и узнавания. Для этого измерение скорости кровотока проводилось отдельно на этапе запоминания и на этапе узнавания.

2. При проведении экспериментов использовались методики исследования слухоречевой и зрительной памяти:

- запоминание и узнавание слов: конкретных, абстрактных слов и глаголов, предъявляемых в слуховой модальности. Для запоминания предлагалось 8 слов (целевые), а в процедуре узнавания использовались 8 слов-дистракторов, среди которых находилось от 3 до 5 целевых слов. Все слова были уравнены по средним показателям количества букв, а также по частотности (чередовались низкочастотные с высокочастотными). Узнавание слов фиксировалось в отчете испытуемого после завершения выполнения задания.

- запоминание и узнавание невербальных стимулов: фотографий лиц, трудновербализуемых рисунков и матриц, предъявляемых в зрительной модальности. В задании для запоминания было одно изображение (целевое), 10 дистракторов, среди которых мог быть или не быть целевой стимул.

3. Методика дихотического прослушивания (предъявлялось по 16 проб, каждая из которых содержала по 4 пары вербальных стимулов) использовалась в эксперименте для подтверждения доминантности левого полушария по речи у испытуемых в ходе их отбора для участия в экспериментах.

Испытуемые. Исследование проводилось с участием 62 здоровых испытуемых (табл. 1 и табл. 2).



Таблица 1

Средние демографические показатели испытуемых (эксперимент 1)

Параметры оценки	Запоминание и узнавание вербального материала	Запоминание и узнавание невербального материала
1. Выборка	14	28
2. Пол (мужчины /женщины)	3/11	10/18
3. Средний возраст	21	23
4. Возрастные границы	18–25	18–58
5. Уровень образования	Неполное высшее, высшее	Неполное высшее, высшее

Таблица 2

Средние демографические показатели испытуемых (эксперимент 2)

Параметры оценки	Здоровые испытуемые
1. Выборка	20
3. Пол (мужчины /женщины)	6/14
4. Средний возраст	23
5. Возрастные границы	19–34
6. Уровень образования	Незаконченное высшее, высшее

Результаты и их интерпретация

Межполушарные различия усиления скорости кровотока при выполнении вербальных и невербальных когнитивных заданий.

Задача первого эксперимента была связана с подбором того варианта вербальных стимулов, включение которого в мнестическую деятельность в наибольшей степени сопровождается активацией левого полушария. Другая задача касалась подтверждения того факта, что большая активация левого полушария специфична по отношению к вербальным стимулам, а для невербальных стимулов специфичной является большая активация правого полушария.

При выполнении вербальных когнитивных заданий достоверные межполушарные различия¹, связанные с большим усилением скорости кровотока в левом полушарии были получены в СМА и ЗМА при выполнении задания на запоминание и узнавание абстрактных, конкретных слов и глаголов ($p < 0,01$). Максимальное среднее значение изменения СК наблюдалось при запоминании и узнавании конкретных слов как в ЗМА, так и в СМА левого полушария (табл. 3).

¹Для выявления внутриполушарных (между СМА и ЗМА одного полушария) и межполушарных (между СМА и ЗМА разных полушарий) различий в усилении скорости кровотока использовался критерий Вилкоксона.



Таблица 3

Эксперимент 1. Средние значения усиления скорости кровотока при выполнении вербальных когнитивных заданий по сравнению с состоянием покоя (N=14)

	Абстрактные слова				Конкретные слова				Глаголы			
	СМА		ЗМА		СМА		ЗМА		СМА		ЗМА	
	ЛП	ПП	ЛП	ПП	ЛП	ПП	ЛП	ПП	ЛП	ПП	ЛП	ПП
Скорость кровотока	15,84	8,16	20,29	12,66	16,25	7,71	21,14	12,71	14,39	7,18	20,86	12

Условные обозначения: СМА – средняя мозговая артерия; ЗМА – задняя мозговая артерия; ЛП – левое полушарие; ПП – правое полушарие.

При выполнении невербальных когнитивных заданий достоверные межполушарные различия с большим усилением скорости кровотока в правом полушарии были получены в СМА и ЗМА при выполнении задания на запоминание и узнавание фотографий лиц, трудновербализуемых рисунков и матриц ($p < 0,01$). Инвертированная доминантность усиления СК при выполнении невербальных заданий по сравнению с вербальными указывает на специфичность усиления СК по отношению к стимульному материалу (табл. 4).

Таблица 4

Эксперимент 2. Средние значения усиления скорости кровотока при выполнении невербальных когнитивных заданий по сравнению с состоянием покоя (N=28)

	Фотографии лиц				Трудновербализуемые рисунки				Трудновербализуемые матрицы			
	СМА		ЗМА		СМА		ЗМА		СМА		ЗМА	
	ЛП	ПП	ЛП	ПП	ЛП	ПП	ЛП	ПП	ЛП	ПП	ЛП	ПП
Скорость кровотока	10,36	14	18,18	27,68	10	13,21	17,93	29,07	10,29	13,14	17,32	26,14

Условные обозначения: СМА – средняя мозговая артерия; ЗМА – задняя мозговая артерия; ЛП – левое полушарие; ПП – правое полушарие.

Межполушарные различия усиления скорости кровотока при выполнении вербальных когнитивных заданий.

Для эксперимента 2 были использованы в качестве стимульного материала конкретные слова, поскольку запоминание и узнавание этого варианта вербального материала сопровождалось максимальными изменениями СК в ЗМА и СМА левого полушария в эксперименте 1. Задачей эксперимента было исследование зависимости изменения СК от типа когнитивных процедур, входящих в мнестическую деятельность: запоминания и узнавания.

При выполнении вербальной мнестической деятельности достоверные межполушарные различия с большим усилением скорости кровотока в левом полушарии были получены в СМА и ЗМА как на этапе запоминания, так и на этапе узнавания ($p < 0,01$). Максимальное изменение СК наблюдалось на этапах слухоречевого запоминания и узнавания в ЗМА левого полушария. Средние значения изменения скорости кровотока в артериях каждого из полушарий были более высокими на этапе запоминания по сравнению с этапом узнавания (табл. 5).



Таблица 5

Средние значения усиления скорости кровотока при выполнении вербальных когнитивных заданий на запоминание и узнавание по сравнению с состоянием покоя (N=20)

Вид мнестических заданий	СМА		ЗМА	
	ЛП	ПП	ЛП	ПП
Слухоречевое запоминание	15	9	22	15
Слухоречевое узнавание	11	7	17	11

Выводы

1. Выполнение когнитивных заданий вербального и невербального типов сопровождается изменением скорости кровотока одновременно в сосудах как левого, так и правого полушарий мозга, что свидетельствует о совместной работе двух гемисфер в обеспечении психических функций.

2. Максимальные изменения скорости кровотока в сосудах правого полушария при выполнении невербальных заданий, а левого полушария при выполнении вербальных заданий свидетельствуют о специфичном характере влияния вида стимульного материала при выполнении мнестической деятельности на проявление функциональной асимметрии полушарий

3. Достоверные межполушарные различия, при максимальном усилении скорости кровотока в левом полушарии, получены при выполнении всех видов использованных в исследовании вербальных когнитивных заданий на этапах как запоминания, так и узнавания стимульного материала. Максимальные изменения скорости кровотока в левом полушарии выявляются при запоминании и узнавании конкретных слов.

4. Наличие избирательности в максимальном увеличении скорости кровотока в левом полушарии для разных видов вербального стимульного материала и для разных мнестических операций может свидетельствовать о перспективности разработки процедуры запоминания определенного типа вербального материала в сочетании с методом транскраниальной доплерографии для диагностики доминантного полушария по речи.

Финансирование

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект № 15-06-10636 «Исследование функциональной специализации полушарий мозга нейropsихологическими и ультразвуковыми методами в норме и патологии»).

Литература

1. Корсакова, Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейropsихология: учеб. пособие для студ. вузов. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 144 с.
2. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во МГУ, 2000. 504 с.
3. Лурия А.Р. Нейropsихология памяти. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. Т. 1. М.: Педагогика, 1974. 312 с.
4. Микадзе Ю.В., Андреева Е.В. Влияние латерализации мозгового поражения на состояние межфункциональных и межсистемных взаимодействий [Электронный ресурс] // Психологические исследования (электронный журнал). Т. 6. № 28. С. 12
5. Симерницкая Э.Г. Доминантность полушарий. М.: Изд-во МГУ, 1978. 47 с.
6. Солсо Р.Л. Когнитивная психология. 6-е изд. СПб.: Питер, 2006. 600 с.
7. Хомская Е.Д. Нейropsихология. СПб.: Питер, 2007. 496 с.



8. *Цветкова Л.С.* Нейропсихология и афазия: новый подход. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК», 2001. 592 с.
9. *Boban M., Črnac P., Junaković A., Malojčić B.* Hemodynamic monitoring of middle cerebral arteries during cognitive tasks performance // *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. 2014. № 68. P. 795–803.
10. *Bracco L.* Cerebral hemodynamic lateralization during memory tasks as assessed by functional transcranial Doppler (fTCD) sonography: Effects of gender and healthy aging // *Cortex*. 2011. № 47. P. 750–758.
11. *Bulla-Hellwig M., Vollmer J., Gotzen A., Skreczek W. & Hartje W.* Hemispheric asymmetry of arterial blood flow velocity changes during verbal and visuospatial tasks // *Neuropsychologia*. 1996. № 34. 987–991.
12. *Dorst J., Haag A., Knake S., Oertel W., Hamer H., Rosenow F.* Functional transcranial Doppler sonography and spatial orientation paradigm identify the non-dominant hemisphere // *Brain and Cognition*. 2008. № 68, P. 53–58.
13. *Duscheck S., Schandry R.* Functional transcranial Doppler sonography as a tool in psychophysiological research // *Psychophysiology*. 2003. № 40. P. 436–454.
14. *Hartje W., Ringelstein E.B., Kistingner B., Fabianek D., & Willmes K.* Transcranial Doppler ultrasonic assessment of middle cerebral artery blood flow velocity changes during verbal and visuospatial cognitive tasks // *Neuropsychologia*. 1994. № 32. P. 1443–1452.
15. *Knake S., Haag A., Hamer H.M., Dittmer C., Bien S., Oertel W.H.F.* Rosenow Language lateralization in patients with temporal lobe epilepsy: a comparison of functional transcranial Doppler sonography and the Wada test // *Neuroimage*. 2003. № 19. P. 1228–1232.
16. *Knecht S., Drager B., Deppe M, et al.* Handedness and hemispheric language dominance in healthy humans // *Brain*. 2000. № 123. P. 2512–2518.
17. *Lohmann H., Drager B., Muller-Ehrenberg S., Deppe M. & Knecht S.* Language lateralization in young children assessed by functional transcranial Doppler sonography // *Neuroimage*. 2005. № 24. P. 780–790.
18. *Markus H.S., Boland M.* “Cognitive activity” monitored by non-invasive measurement of cerebral blood flow velocity and its application to the investigation of cerebral dominance // *Cortex*. 1992. № 28. P. 575–581.
19. *Njemanze P.C., Gomez, C.R., Horenstein S.* Cerebral lateralisation and color perception: A transcranial Doppler study // *Cortex*. 1992. № 28. P. 69–75.
20. *Njemanze P.C.* Cerebral lateralisation for facial processing: Gender-related cognitive styles determined using Fourier analysis of mean cerebral blood flow velocity in the middle cerebral arteries // *Laterality*. 2007. № 12 (1). P. 31–49.
21. *Pelletier I., Sauerwein H., Lepore F., Saint-Amour D., Lassonde M.* Non-invasive alternatives to the Wada test in the presurgical evaluation of language and memory functions in epilepsy patients // *Epileptic Disorders*. 2007. Vol. 9. № 2. P. 111–126.
22. *Rihs F., Gutbrod K., Gutbrod B., Steiger H.J., Sturzenegger M., & Mattle H.P.* Determination of cognitive hemispheric dominance by “stereo” transcranial Doppler sonography // *Stroke*. 1995. № 26. P. 70–73.
23. *Silvestrini M., Cupini L.M., Matteis M., Troisi E. & Caltagirone C.* Bilateral simultaneous assessment of cerebral flow velocity during mental activity // *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism*. 1994. № 14. P. 643–648.
24. *Strooban, N.; Vingerhoets G.* Transcranial Doppler ultrasonography monitoring of cerebral hemodynamics during performance of cognitive tasks: A review // *Neuropsychology review*. 2000. № 10 (4). P. 213–231.
25. *Stroobant N., Buijs D., Vingerhoets G.* Variation in brain lateralization during various language tasks: a functional transcranial Doppler study // *Behavioural brain research*. 2009. № 199. P. 190–196.
26. *Szaflarski J.P., Binder J.R., Possing E.T., McKiernan K.A., Ward B.D., Hammeke T.A.* Language lateralization in left-handed and ambidextrous people fMRI data // *Neurology*. 2002. № 59. P. 238–244.
27. *Tiecks F.P., Haberl R.L., Newell D.W.* Temporal patterns of evoked cerebral blood flow during reading // *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism*. 1998. № 18. P. 735–741.
28. *Vingerhoets G., Stroobant N.* Lateralization of cerebral blood flow velocity changes during cognitive tasks. A simultaneous bilateral transcranial Doppler study // *Stroke*. 1999. № 30. P. 2152–2158.
29. *Washburn D.A., Schultz N.B., Phillips H.A.* Transcranial Doppler Sonography in Studies of Mental Effort // *Sonography*. Edited by Dr. K.Thoirs. 2012. P. 227–248.
30. *Whitehouse A., Badcock N., Groen M., Bishop D.V.M.* Reliability of a novel paradigm for determining hemispheric lateralization of visuospatial function // *J. Int Neuropsychol Soc*. 2009. November. № 15 (6). P. 1028–1032.



ASSESSMENT OF HEMODYNAMIC CEREBRAL LATERALIZATION DURING THE PERFORMANCE OF VERBAL MNESTIC TASKS WITH THE USE OF FUNCTIONAL TRANSCRANIAL DOPPLER ULTRASOUND

MIKADZE Yu. V.*, Department of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Ministry of Health, Moscow, Russia,
e-mail: ymikadze@yandex.ru

BOGDANOVA M.D.**, State Budget Institution of Health «Center of Speech Pathology and Neurological Rehabilitation» (GBUZ TsPRiN), Moscow, Russia,
e-mail: marya.bogdanova@gmail.com

LYSENKO E.S.***, Department of Psychology, Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
e-mail: lysenkoe2007@yandex.ru

SHAKHNOVICH A.R.****, Burdenko Neurosurgery Institute, Moscow, Russia,
e-mail: ashaknovich@nsi.ru

ABUZAIID S.M.*****, LLC «Clinic Atoll», Moscow, Russia,
e-mail: sabuzaid@mail.ru

There are the preliminary results of the research of interhemispheric asymmetry of cerebral hemodynamics during the performance of auditory-verbal and visual memory tasks with the use of functional transcranial doppler ultrasound (fTCD). The fTCD is considered as a non-invasive and objective method for assessment the dominant hemisphere for verbal functions. The aim of two experiments was to analyze the effect of a) different types of verbal and nonverbal tasks and b) the conditions of the mnemonic activity performance (memorize and recognize) on the changes of blood flow velocity in left and right hemispheres in 62 healthy subjects. There are preliminary results of possible application fTCD to identify the dominant hemisphere for speech functions with combination of concrete verbal cognitive tasks and condition of its presentation.

Keywords: functional asymmetry of the dominant hemisphere, Doppler, blood flow, cerebral arteries, cognitive load, the verbal stimulus material.

For citation:

Mikadze Yu.V., Bogdanova M.D., Lysenko E.S., Shakhnovich A.R., Abuzaid S.M. Assessment of hemodynamic cerebral lateralization during the performance of verbal mnemonic tasks with the use of functional transcranial doppler ultrasound. *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 62–73 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080306

*Mikadze Yu. V. D.Sc., Professor, Chair of neuropsychology and abnormal psychology, Department of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Pirogov Russian National Research Medical University, Russian Ministry of Health. Moscow, Russia. E-mail: ymikadze@yandex.ru

**Bogdanova M.D. Clinical psychologist, State Budget Institution of Health «Center of Speech Pathology and Neurological Rehabilitation» (GBUZ TsPRiN). Moscow, Russia. E-mail: marya.bogdanova@gmail.com

*** Lysenko E.S. PhD Student, Chair of neuropsychology and abnormal psychology, Department of Psychology, Lomonosov Moscow State University. Moscow, Russia. E-mail: lysenkoe2007@yandex.ru

**** Shakhnovich A.R. Professor, MD, Head of Clinical Pathology of cerebral circulation, Burdenko Neurosurgery Institute. Moscow, Russia. E-mail: ashaknovich@nsi.ru

***** Abuzaid S.M. Neurosurgeon, MD, LLC «Atoll Clinic». Moscow, Russia. E-mail: sabuzaid@mail.ru



References

1. Korsakova N.K., Moskovichiute L.I. *Klinicheskaja neiropsikhologija: ucheb. posobie dlja stud. vuzov* [Clinical neuropsychology: Handbook for students]. Moscow: publishing center "Academy", 2003. 144 pp.
2. Luria A.R. *Vysshie korkovye funktsii cheloveka i ikh narusheniia pri lokal'nykh porazheniakh mozga* [Higher cortical functions of man and their disturbances in local brain lesions]. Moscow: MGU, 2000. 504 pp.
3. Luria A.R. *Neiropsikhologija pamiaty. Narusheniia pamiaty pri lokal'nykh porazheniakh mozga* [Neuropsychology of memory. Memory disorders with local brain lesions]. Vol. 1. Moscow: Education, 1974. 312 pp.
4. Mikadze Yu.V., Andreeva E.V. Vliianie lateralizatsii mozgovogo porazheniia na sostoianie mezhfunktional'nykh i mezhsistemnykh vzaimodeistvii [Influence of lateralization of brain injury on the state of cross-functional and inter-system interactions]. *Psikhologicheskie issledovaniia (elektronnyi zhurnal)* [Psychological Research (electronic resource)], vol. 6, no. 28, pp. 12.
5. Simernitskaia E.G. Dominantnost' polusharii [Dominant hemisphere]. Moscow: MGU, 1978. 47 p.
6. Solso R.L. *Kognitivnaia psikhologija. 6-e izd.* [Cognitive psychology. 6th ed]. Saint Petersburg: Piter, 2006. 600 pp.
7. Khomskaia E.D. *Neiropsikhologija* [Neuropsychology]. Saint Petersburg: Piter, 2007. 496 pp.
8. Tsvetkova L.S. *Neiropsikhologija i afaziia: novyi podkhod. M.: Izdatel'stvo Moskovskogo psikhologosotsial'nogo instituta* [Neuropsychology and aphasia: a new approach]. Moscow: Publishing House of Moscow psycho-social institution; Voronezh NGO "MODEK" Publ., 2001. 592 pp.
9. Boban M., Črnac P., Junaković A., Malojčić B. Hemodynamic monitoring of middle cerebral arteries during cognitive tasks performance. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 2014, no. 68, pp. 795–803.
10. Bracco L. Cerebral hemodynamic lateralization during memory tasks as assessed by functional transcranial Doppler (fTCD) sonography: Effects of gender and healthy aging. *Cortex*, 2011, no. 47, pp. 750–758.
11. Bulla-Hellwig M., Vollmer J., Gotzen A., Skreczek W., Hartje W. Hemispheric asymmetry of arterial blood flow velocity changes during verbal and visuospatial tasks. *Neuropsychologia*, 1996, no. 34, pp. 987–991.
12. Dorst J., Haag A., Knake S., Oertel W., Hamer H., Rosenow F. Functional transcranial Doppler sonography and spatial orientation paradigm identify the non-dominant hemisphere. *Brain and Cognition*, 2008, no. 68, pp. 53–58.
13. Duschek S., Schandry R. Functional transcranial Doppler sonography as a tool in psychophysiological research. *Psychophysiology*, 2003, no. 40, pp. 436–454.
14. Hartje W., Ringelstein E.B., Kisting B., Fabianek D., Willmes K. Transcranial Doppler ultrasonic assessment of middle cerebral artery blood flow velocity changes during verbal and visuospatial cognitive tasks. *Neuropsychologia*, 1994, no. 32, pp. 1443–1452.
15. Knake S., Haag A., Hamer HM, Dittmer C., Bien S., Oertel WH, Rosenow F. Language lateralization in patients with temporal lobe epilepsy: a comparison of functional transcranial Doppler sonography and the Wada test. *Neuroimage*, 2003, no. 19, pp. 1228–1232.
16. Knecht S., Drager B., Deppe M. et al. Handedness and hemispheric language dominance in healthy humans. *Brain. R.*, 2000, no. 123, pp. 2512–2518.
17. Lohmann H., Drager B., Muller-Ehrenberg S, Deppe M., Knecht S. Language lateralization in young children assessed by functional transcranial Doppler sonography. *Neuroimage*, 2005, no. 24, pp. 780–790.
18. Markus HS, Boland M. "Cognitive activity" monitored by non-invasive measurement of cerebral blood flow velocity and its application to the investigation of cerebral dominance. *Cortex*, 1992, no. 28, pp. 575–581.
19. Njemanze PC, Gomez CR, Horenstein S. Cerebral lateralisation and color perception: A transcranial Doppler study. *Cortex*, 1992, no. 28, pp. 69–75.
20. Njemanze P.C. Cerebral lateralisation for facial processing: Gender-related cognitive styles determined using Fourier analysis of mean cerebral blood flow velocity in the middle cerebral arteries. *Laterality*, 2007, vol. 12, no. 1, pp. 31–49.
21. Pelletier I., Sauerwein H., Lepore F., Saint-Amour D., Lassonde M. Non-invasive alternatives to the Wada test in the presurgical evaluation of language and memory functions in epilepsy patients. *Epileptic Disorders*, 2007, vol. 9, no. 2, pp. 111–126.
22. Rihs F., Gutbrod K., Gutbrod B., Steiger HJ, Sturzenegger M., Mattle HP. Determination of cognitive hemispheric dominance by "stereo" transcranial Doppler sonography. *Stroke*, 1995, no. 26, pp. 70–73.
23. Silvestrini M., Cupini LM, Matteis M., Troisi E., Caltagirone C. Bilateral simultaneous assessment of



- cerebral flow velocity during mental activity. *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, 1994, no. 14, pp. 643–648.
24. Strooban, N.; Vingerhoets G. Transcranial Doppler ultrasonography monitoring of cerebral hemodynamics during performance of cognitive tasks: A review. *Neuropsychology review*, 2000, vol. 10, no. 4, pp. 213–231.
25. Stroobant N., Buijs D., Vingerhoets G. Variation in brain lateralization during various language tasks: a functional transcranial Doppler study. *Behavioural brain research*, 2009, no. 199, pp. 190–196.
26. Szaflarski J.P., Binder J.R., Possing E.T., McKiernan K.A., Ward B.D., Hammeke T.A. Language lateralization in left-handed and ambidextrous people fMRI data. *Neurology*, 2002, no. 59, pp. 238–244.
27. Tiecks F.P., Haberl R.L., Newell D.W. Temporal patterns of evoked cerebral blood flow during reading. *Journal of Cerebral Blood Flow and Metabolism*, 1998, no. 18, pp. 735–741.
28. Vingerhoets G., Stroobant N. Lateralization of cerebral blood flow velocity changes during cognitive tasks. A simultaneous bilateral transcranial Doppler study. *Stroke*, 1999, no. 30, pp. 2152–2158.
29. Washburn D.A., Schultz N.B., Phillips H.A. Transcranial Doppler Sonography in Studies of Mental Effort. In Dr. K. Thoirs (ed.), *Sonography*. 2012, pp. 227–248.
30. Whitehouse A., Badcock N., Groen M., Bishop D.V.M. Reliability of a novel paradigm for determining hemispheric lateralization of visuospatial function. *J. Int Neuropsychol Soc.*, 2009, vol. 15, no. 6, pp. 1028–1032.



ПРЕДСТАВЛЕНИЯ О ПСИХИЧЕСКОЙ НОРМЕ И ПАТОЛОГИИ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ

БЕЛОПОЛЬСКАЯ Н.Л.*, Московский институт психоанализа, Москва, Россия,
natalybelopolsky@mail.ru

Ранее нами были разработаны критерии разграничения психической нормы и патологии, которые затем подвергались многократному анализу и оценке в процессе исследовательской и практической работы (Белопольская, 1998). В результате был выработан комбинированный критерий, включающий в себя три частных критерия. В статье содержатся примеры проявления частных критериев и их возможных комбинаций. Обсуждается проблема относительности понятия «психическая норма», связанная с особенностями проявления комбинированного критерия.

Ключевые слова: психическая норма, психическая патология, единичный критерий, комбинированный критерий.

Проблема нормативности психического здоровья

При оценке психического развития и здоровья ребенка и взрослого человека перед специалистами всегда встает вопрос о нормативности индивидуума. При этом нормативность, конечно же, оценивается как с клинической, так и с социальной, и с психологической точек зрения. Увы, все реже нормативность личности оценивается с точки зрения морально-нравственных норм. Современные представления об успешности, так называемая «нацеленность на результат» постепенно меняют современные представления о нормативной личности.

В последнее время, когда происходит много изменений в образе жизни людей, а информационная и эмоциональная нагрузка все возрастает, понятие психической нормы, представления о границах психической нормы и патологии становятся все актуальней для специалистов в области клинической психологии и психиатрии. С одной стороны, современный человек не может отказаться от достижений современных технологий, но, с другой стороны, появляются все новые виды аддикций у людей самых разных возрастов, а у детей все чаще диагностируются расстройства аутистического спектра и синдром дефицита внимания.

Критерии нормативности

Еще в 1998 г. во введении к хрестоматии по патопсихологии нами были сформулированы критерии, помогающие клиническому психологу диагностировать психическую норму и патологию (Белопольская, 1998). Также во введении обсуждался вопрос об относительности понятия «психическая норма». Предложенные критерии были выделены нами эмпирически на основе большого количества патопсихологических исследований и консультирования детей, подростков и взрослых с различными проблемами психического развития и здоровья. Также важные наблюдения были сделаны в ходе лонгитюдных наблюдений за развитием детей и подростков с проблемами психического развития и здоровья в течение 10–12 лет. В итоге мы предложили *три* критерия, позволяющие нам различать нормальное и аномальное психическое состояние: адекватность, критичность и продуктивность.

Для цитаты:

Белопольская Н.Л. Представления о психической норме и патологии: психологические критерии // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 74–81. doi:10.17759/exppsy.2015080307

*Белопольская Н.Л. Доктор психологических наук, заведующая кафедрой клинической психологии, Московский институт психоанализа, Москва, Россия. E-mail: natalybelopolsky@mail.ru



Мы указывали на то, что, опираясь на эти критерии, конечно, нельзя поставить диагноз и сделать вывод о наличии конкретного заболевания, однако можно говорить об отклонении в психическом состоянии человека.

В течение последующих лет мы пользовались этими критериями в диагностической практике и собрали большое количество примеров, ярко демонстрирующих их пригодность для общей ориентировки в вопросе нормы–психопатологии.

В прошлом году практически одновременно появились две монографии – психолога С.А. Капустина (Капустин, 2014) и психиатра П.Р. Румянцева (Румянцев, 2014), посвященные критериям психической нормы и патологии и относительности понятия психическая норма. Написанные абсолютно в разном жанре, эти работы показывают, что проблема отграничения психической нормы и патологии весьма актуальна в стремительно меняющемся мире.

Как известно, в психологии принято достаточно строго разграничивать психическую нормальность и аномальность. Например, разграничение нормы и патологии производится по критерию наличия или отсутствия психического заболевания или по критерию соответствия или несоответствия поведения человека общепринятым нормам и правилам.

С.А. Капустин (2014) предлагает новый критерий нормальной и аномальной личности, а именно, экзистенциальный критерий. По мнению С.А. Капустина, этот критерий содержится в неявном виде в работах Э. Фромма, З. Фрейда, А. Адлера, К. Юнга, К. Роджерса и В. Франкла.

Анализируя экзистенциальный критерий нормальной и аномальной личности по работам Э. Фромма, С.А. Капустин пишет о том, что Э. Фромм считает нормальной личностью продуктивную личность, а аномальной личностью – личность непродуктивную.

При этом понимание Э. Фроммом продуктивной личности абсолютно отличается от традиционно принятого представления в психиатрии, где нормальный, т. е. психически здоровый человек, – это человек, работающий, социально адаптированный и способный создать свою семью (Фромм, 1990а).

Таким образом, можно говорить о том, что при разграничении нормы и патологии психологи, в основном, используют какой-либо *один* критерий.

На рис. 1 изображен способ оценки психической нормы–патологии *по любому единичному* критерию: статистическому, клиническому, экзистенциальному, культурологическому и т. д. Линия в центре обозначает *единичный критерий*, разделяющий психическую патологию и психическую норму.

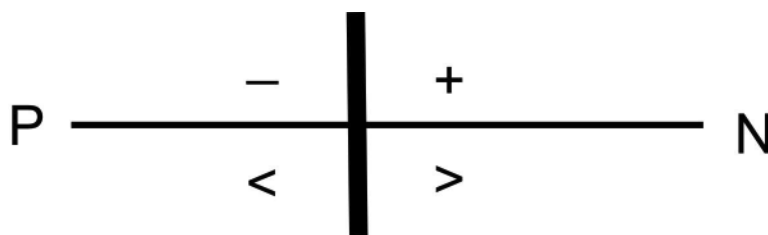


Рис. 1. Оценка нормы и патологии по единичному критерию:

P – психическая патология; *N* – нормативное состояние психического здоровья. Вверху: использование знака критерия: «+» – положительные значения критерия; «-» – отрицательные значения критерия. Внизу: статистическая величина критерия: «>» – больше среднего значения критерия, «<» – меньше среднего значения критерия



Критерий Э. Фромма для разграничения нормальной и патологической личности как личности продуктивной и непродуктивной, имея принципиально другую основу, практически совпадает с одним из критериев различения нормы и патологии, разработанных нами. Однако мы рассматриваем это различие не только как разграничение невротического и нормативного развития личности, а как диагностирование наличия или отсутствия врожденных и приобретенных нарушений психического развития и здоровья на протяжении всего жизненного пути человека.

Комбинированный критерий

В связи с этим мы предлагаем для разграничения психической нормы и патологии *комбинированный критерий*, содержащий в себе три частных критерия, содержание которых и степень их выраженности помогают психологу оценить вероятность и степень тяжести психического заболевания. Рассмотрим эти критерии подробнее.

Первый критерий характеризует популяционную согласованность относительно адекватности–неадекватности субъекта. Неадекватность может проявляться в мимике, жестах, высказываниях, поступках, поведении человека в целом и иметь разную степень выраженности. Проявления неадекватности оцениваются нами с точки зрения социально принятых норм поведения, общения и форм эмоционального реагирования в конкретных географических и исторических условиях.

Приведем пример ярко выраженного случая проявления неадекватности:

Молодой человек выгнал из дома свою мать за то, что она купила макароны «не той длины». Молодой человек утверждал, что вкус макарон зависит от их длины, а мать виновата в своем непонимании этого факта, поэтому ей необходимо подумать на воздухе о своем проступке.

Второй критерий выделен на основании оценки субъекта относительно собственной критичности–некритичности. Критичность у психически больных людей может быть снижена или вовсе отсутствовать по отношению к своим поступкам, высказываниям, внешности, поведению и др.

Пример:

Описанный выше, молодой человек, который выгнал мать из дома из-за макарон, в беседе с психологом утверждал, что вкус макарон зависит от их длины. Он рассказал, как нужно измерять макароны и чем лучше пользоваться для их измерения, отвергнув все возражения психолога по этому вопросу.

Иногда мы можем видеть у человека проявление неадекватности, однако он способен воспринимать другую точку зрения и может дать объяснение своему неадекватному поведению или поступку.

В других случаях мы видим сочетание неадекватности и некритичности. При патологических состояниях они могут проявляться очень остро.

Пример:

Молодой муж разложил в квартире костер и сжег всю одежду своей жены, чтобы «она не гуляла, не изменяла ему». На вопрос психолога: почему он устроил костер в квартире на полу, мужчина ответил, что лес находится далеко от дома, а у жены много одежды и сразу всю одежду ему было бы не унести».

Третий критерий определяет качество деятельности, ее продуктивность–непродуктивность. В некоторых случаях неадекватность и некритичность могут быть замаскированы различными, на первый взгляд, убедительными объяснениями человека. Люди могут



рассказывать о поиске себя, своего творческого пути. Конкретная деятельность подменяется разговорами, бесконечным планированием, обещаниями начать работать или учиться в ближайшее время.

Приведем пример:

Девушка – студентка-первокурсница объявила матери о том, что недовольна своим выбором вуза и будущей профессией и хочет прекратить обучение для поиска более интересного профиля обучения. Мать, согласившись, ждала решения дочери около года. Не дождавись, она предложила дочери устроить ее к себе на работу курьером. В назначенный день девушка не приехала в отдел кадров, где ее ждали мать и сотрудник отдела персонала. Когда мать позвонила домой, дочь оказалась дома и объяснила матери, что не может приехать устраиваться на работу, так как «по телевизору показывают ее любимый фильм «Приключения Буратино». Из последующей беседы с матерью девушки удалось выяснить, что в последнее время она, сидя дома, ничем не занималась, ни с кем не общалась и была, по сути, совершенно бездеятельна. Ее непродуктивность мать не замечала, пока не проявились другие критерии: неадекватность и некритичность.

В таблице суммированы частные критерии, образующие комбинированный критерий.

Таблица

Комбинированный критерий для определения принадлежности субъекта к психической норме или патологии

Частные критерии	Норма (N)	Патология (P)
По популяционной согласованности	Адекватность (A+)	Неадекватность (A-)
По самооценке	Критичность (K+)	Некритичность (K-)
По качеству деятельности	Продуктивность (П+)	Непродуктивность (П-)

По результатам наших исследований, наличие одного из перечисленных критериев может служить основой для профессионального психологического наблюдения за человеком и возможного предупреждения развития психического заболевания. Наличие двух (любых) критериев характерно, как правило, для пограничного состояния психического здоровья.

Выявление трех частных критериев отграничения психической нормы от патологии свойственно преимущественно людям, имеющим психические заболевания.

Считаем необходимым заметить, что неадекватность и некритичность чаще встречаются порознь или вместе при наличии у человека продуктивной деятельности. Так, одаренный или даже талантливый человек, безусловно, продуктивная личность, может проявлять неадекватность и даже некритичность. Хотя, в соответствии с нашим способом анализа, он имеет нарушение психического здоровья в области пограничной патологии. С другой стороны, мы не встречали людей непродуктивных, но при этом адекватных и критичных.

Наши представления о комбинированном критерии оценки психической нормы и патологии представлены на рис. 2.

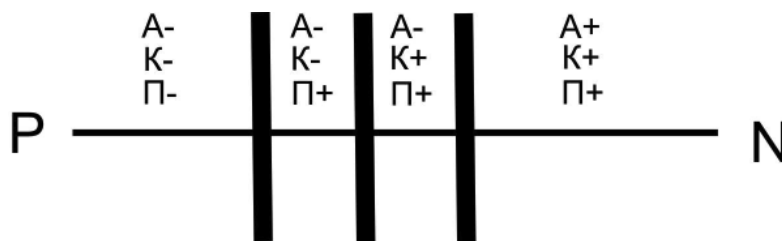


Рис. 2. Оценка нормы и патологии по комбинированному критерию. Выраженность частных критериев разграничения нормы и патологии, включая пограничные нарушения и временное психическое неблагополучие:

«А+» – адекватность; «А-» – неадекватность; «К+» – критичность; «К-» – некритичность; «П+» – продуктивность; «П-» – непродуктивность

Выраженная психопатология демонстрирует наличие всех трех критериев: неадекватность, некритичность, непродуктивность. Нормативное состояние психического здоровья соответствует всем тем же критериям, только со знаком «+», а именно: адекватность, критичность, продуктивность.

В центре изображена переходная область, внутри которой мы имеем два варианта пограничных психических нарушений. Ближе к норме вариант неадекватности при сохранной критичности и продуктивности. Ближе к патологии – вариант неадекватности в сочетании с некритичностью, но при сохранной продуктивности.

Относительность понятия «психическая норма»

Специалистам в области клинической психологии и психиатрии понятно, что представление о психической норме является понятием относительным. Эта относительность обусловлена множеством факторов как культурно-исторических, так и географических, а также большим разбросом индивидуально-личностных характеристик как ребенка и подростка, так и взрослого человека. Однако нам приходилось сталкиваться с взрослыми людьми, которые объявляли себя «абсолютной психической нормой», в связи с чем сразу ставили под сомнение состояние своего психического здоровья. Конечно, понятно, что у человека бывают состояния абсолютного счастья, здоровья, удовлетворения. Однако, заявляя о своей абсолютной нормативности, человек претендует на некую эталонность, что, скорее всего, свидетельствует о его некритичности.

Мы вовсе не склонны считать, что психической нормы, нормативного психического развития и здоровья не существует. Если попытаться изобразить «психическую норму» графически, то это, скорее всего, будет некая область, содержащая внутри себя большое количество индивидуальных различий, которые не мешают ей продуктивно функционировать.

В нашем представлении на периферии графического изображения области «психической нормы» располагаются акцентуации и аддикции, далее к ним примыкают пограничные нарушения психического развития и здоровья, затем психические заболевания и легкая умственная отсталость, и уже затем тяжелые состояния, характеризующиеся деменцией, а также глубокие степени врожденной умственной отсталости.

Рассматривая вопрос о *границе* психической нормы и патологии, мы склонны считать ее не только нечеткой или размытой, а скорее даже не границей, а скорее областью, переходной между психическим здоровьем и психической болезнью.



Наши исследования самооценки у здоровых взрослых людей с высоким профессиональным статусом (72 человека от 30 до 42 лет) показали, что самооценка может быть достаточно высокой по отдельным параметрам, т. е. гораздо выше середины, но при психической норме никогда не достигает максимального значения (в нашем исследовании в 100% случаев). В то же время никто из этих испытуемых не оценил себя как абсолютного специалиста в своей профессии, а также абсолютно умного, здорового или красивого человека.

Проведя небольшое клиничко-психологическое исследование выборки из 7 человек (4 женщины и 3 мужчин от 30 до 42 лет), заявивших о том, что они являются абсолютной психической нормой, мы легко убедились не только в отсутствии у них «абсолютной психической нормы», но также в отсутствии относительно нормативного психического здоровья.

Признавая факт относительности понятия психической нормы, с помощью выделенных нами критериев все же возможно произвести разделение психической нормы и не нормы. Кроме того, представляется возможным на протяжении жизненного пути индивида некоторое его движение от нормативной области к области переходной и дальше – к области психической патологии, а иногда и обратное движение от патологии к норме.

Возникает вопрос о возможности сохранения нормативного психического здоровья на протяжении жизненного пути индивида. Ребенок может начинать свой жизненный путь как будучи психически здоровым, так и имея некоторые отклонения психического развития разной степени тяжести. На протяжении жизненного пути, взрослея, дети могут как компенсировать некоторые отклонения своего развития, так и приобретать психические заболевания или травмы.

Проведенные нами исследования половозрастной идентификации показали, что весь жизненный путь человека (ребенка) направлен на подготовку к продуктивной жизненной фазе и затем – на удержание своей позиции в продуктивной жизненной фазе (Белопольская, 2011).

Предпочтительными возрастными образами для детей и подростков при нормативном психическом развитии являются либо актуальные возрастные образы, либо образы следующей возрастной позиции. Достигнув стадий юности и зрелости, люди начинают как бы балансировать между ними в зависимости от своих предпочтений, а также от своего пола и хронологического возраста. Однако, войдя в продуктивную жизненную фазу при нормативном психическом здоровье, никто из них не обнаруживает ни регрессивных возрастных тенденций, ни прогрессивных и тем более сверхпрогрессивных. Далее люди обоих полов стремятся как можно дольше сохранить себя в продуктивной жизненной фазе.

При различных видах психических заболеваний взрослых людей, находящихся по их хронологическому (паспортному) возрасту в продуктивной жизненной фазе, мы видим среди предпочитаемых ими возрастных образов регрессивные образы дошкольного детства, младенчества и даже образ внутриутробного плода, а также прогрессивные и сверхпрогрессивные образы старости и смерти.

Проведение лонгитюдных наблюдений длительностью от 5 до 30 лет за прохождением жизненного пути детьми и подростками с нормальным психическим развитием и различными видами нарушений развития позволили нам увидеть условность границ нормативного психического здоровья. Так, часть детей, имеющих хорошую наследственность и



анамнез, воспитывающихся пусть не в идеальных семьях, но получивших любовь и заботу, на определенных возрастных стадиях обнаруживали различные психические отклонения: неврозы, нарушения поведения, эпизиндром, а также дебюты различных вариантов шизофренического спектра. Кроме этого, некоторые из них пережили жизненные кризисы: разводы и даже смерть одного или обоих родителей, неудачную первую любовь, внеплановую беременность, совершение правонарушения и т. д. Все это весьма затруднило выход этих детей в продуктивную жизненную фазу на том уровне, на который они могли бы претендовать изначально.

В то же время часть детей с задержками психического развития, синдромом дефицита внимания с гиперактивностью, остаточными явлениями детского церебрального паралича и другими видами пограничной психопатологии скомпенсировали дефекты своего развития и вышли в вариант психического норматива.

Таким образом, на протяжении жизненного пути психическое здоровье человека может подвергаться различным колебаниям в некотором балансировании между нормативным и ненормативным состояниями. Эти состояния могут носить как кратковременный характер, так и более или менее затяжной. Могут возникать состояния ремиссии, когда больной человек становится продуктивным на какое-то время. В связи с этим обнаружилась, например, проблема в проведении экспериментальных исследований, когда нам потребовалась нормативная выборка взрослых людей от 30 до 70 лет. Какой критерий должен был быть выбран за основу?

Сбор анамнеза и беседа с нашими испытуемыми показали, что подавляющее большинство людей перенесли как различные заболевания, так и различного рода травмы, многие из них пережили жизненные кризисы, повлекшие за собой эмоциональные расстройства. Критерий «никогда не обращался к психиатру или психологу» тоже не может быть достоверен, так как мы практически всегда получаем информацию лишь со слов самих пациентов или клиентов.

Заключение

Признавая относительность понятия «психическая норма», представляется довольно грубым разделение психической нормы и патологии по какому-либо единичному критерию.

Применение комбинированного критерия, позволяющего различать состояние психического здоровья человека по популяционной согласованности (адекватность), по самооценке (критичность) и по качеству деятельности (продуктивность) позволяет диагностировать более широкий диапазон нарушений психического здоровья человека на протяжении его жизненного пути.

Литература

1. Белопольская Н.Л. Предисловие // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. – М.: Изд-во УРАО, 1998. С. 3–8.
2. Белопольская Н.Л. Половозрастная идентификация. Методика исследования самосознания подростков и взрослых (ПВИ-ПВ). М.: Когито-Центр, 2011. 51 с.
3. Капустин С.А. Критерии нормальной и аномальной личности в психотерапии и психологическом консультировании. М.: Когито-Центр, 2014. 239 с.
4. Румянцев П.Р. В поисках нормы. Размышления психиатра. М.: Генезис, 2014. 240 с.
5. Фромм Э. Бегство от свободы. М.: Прогресс, 1990. 288 с.



CONCEPTS OF MENTAL HEALTH AND PATHOLOGY: PSYCHOLOGICAL CRITERIA

BELOPOLSKAYA N.L. *, Moscow Institute of Psychoanalysis, Moscow, Russia,
e-mail: natalybelopolsky@mail.ru

Earlier we have developed criterion for delimitation of psychic norm and pathology, which are then subjected to repeated analysis and evaluation in the process of our researches and practices (Belopolskaya, 1998). As a result, the combined test was developed, which includes three partial criteria. This article contains examples of usage of the criteria and their possible combinations. The problem of relativity of the concept of «mental norm» is under discussion.

Keywords: *psychic norm, mental pathology, a single criterion, the combined test*

References

1. Belopol'skaya N.L. Predislovie. [Preface]. In N.L. Belopol'skaya (ed.), *Patopsikhologiya: Khrestomatiya* [Pathopsychology: Reader]. Moscow: Publ. URAO, 1998, pp. 3–8 (In Russ.).
2. Belopol'skaya N.L. *Polovozrastnaya identifikatsiya. Metodika issledovaniya samosoznaniya podrostkov i vzroslykh (PVI-PV)* [Gender and age identification. Technique of research of self-consciousness of teenagers and adults (GAI-TA)]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2011. 51 p. (In Russ.).
3. Kapustin S.A. *Kriterii normal'noi i anomal'noi lichnosti v psikhoterapii i psikhologicheskoy konsul'tirovani* [Criteria for normal and abnormal personality in psychotherapy and psychological counseling]. Moscow: Kogito-Tsentr, 2014. 239 p. (In Russ.).
4. Rumyantsev P.R. *V poiskakh normy. Razmyshleniya psikhiatra* [In search of the norm. Reflections of a psychiatrist]. Moscow: Genezis, 2014. 240 p. (In Russ.).
5. Fromm E. *Begstvo ot svobody* [Escape from Freedom]. Moscow: Progress, 1990. 288 p. (In Russ.).

For citation:

Belopolskaya N.L. Concepts of mental health and pathology: psychological criteria. *Ekspperimental'naya Psikhologiya = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 74–81 (In Russ., abstr. in Engl.).
doi:10.17759/exppsy.2015080307

* *Belopolskaya N.L.* DSc (Psychology), Head of Chair of Clinical Psychology, Moscow Institute of Psychoanalysis. Moscow, Russia. E-mail: natalybelopolsky@mail.ru



ПРОБЛЕМА ДИАГНОСТИКИ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ЭПОХУ ПОСТМОДЕРНИЗМА

МЕНДЕЛЕВИЧ В. Д. *, Казанский государственный медицинский университет, кафедра медицинской и общей психологии, Казань, Россия,
e-mail: mend@tbit.ru

В статье анализируются теоретико-методологические и практические проблемы диагностики психических и поведенческих расстройств в эпоху постмодернизма. Оценивается роль феноменологических и психометрических подходов. Делается вывод о том, что действующая классификация психических и поведенческих расстройств приводит к размыванию границ между психической и поведенческой нормой и патологией и «медикализует» обыденную жизнь.

Ключевые слова: психиатрическая диагностика.

Вопрос корректности дифференциации психической нормы (здоровья) и патологии при психиатрической диагностике пациента носит многоаспектный характер и является определяющим в выборе стратегии оказания дальнейшей терапевтической помощи (Выгонский, 2001; Меззич, Салоум, 2007; Коцюбинский, Шейнина, Мельникова и др., 2012; Бобров, 2014; Соловьева, 2014; Anckarsäter, 2010; Frances, 2013). Кроме того, вероятность стигматизации пациента и изменения его социального статуса, возникающих вследствие постановки диагноза, ставит перед психиатрами и клиническими психологами задачу повышения точности диагностического анализа. Основной проблемой в данном случае является, с нашей точки зрения, недостаточная изученность нейробиологических основ психических заболеваний и невозможность верифицировать наличие симптома с помощью инструментально-лабораторных методов (нейровизуализации, нейрохимии) (Лебедева, Ахадов, Семенова и др., 2013; Fava, Guidi, Grandi et al., 2014). Кроме того, ведется широкая дискуссия относительно правомерности проведения психиатрической диагностики в целом и постановки собственно диагноза – в частности. Сформировалось международное концептуальное движение – антипсихиатрия, – направленное либо на радикальное уничтожение клинической психиатрии, либо на ее реформирование; сторонники данного движения ставят под сомнение не только основные принципы постановки психиатрического диагноза, но и методы лечения пациентов, считая, что все они носят произвольный и субъективный характер (Власова, 2014), а сами «...психические расстройства “изобрели” те, кто желал вмешиваться в жизнь отдельных индивидов» (Szasz, 1960). Психология, открыто не декларируя свою позицию, также оппонирует психиатрической диагностике, критикуя клинический метод за биологизаторство и «медикализацию жизни» (Михель, 2011).

Для цитаты:

Менделевич В. Д. Проблема диагностики психических и поведенческих расстройств в эпоху постмодернизма // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 82–90. doi:10.17759/exppsy.2015080308

*Менделевич В. Д. Заведующий кафедрой медицинской психологии, Казанский государственный медицинский университет, Казань, Россия. E-mail: mend@tbit.ru



Утверждается, что клинический подход не может быть признан объективным и что психометрические методы предпочтительнее (Новохацки, 2010). С этим не согласны психиатры (Полищук, Летникова, 2013), настаивающие на том, что «...широкая экспансия так называемых объективных психометрических методик, вытесняющих эмпатический подход к больному, определяет... тенденцию к десубъективизации психически больных и... дегуманизации психиатрической помощи».

Однако (Трущелев, 2014; Курсаков, 2013; Vech, 1993, 2012; Kagee, Tsai, Lund et al., 2013) *современную психиатрию уже невозможно представить без психометрии* – науки о способах измерения феноменов психической деятельности. При этом считается, что психометрические методики не могут подменять клиническую диагностику и подходят больше для оценки эффективности терапии и для уточнения диагноза психических расстройств (Мосолов, 2001). Л.Н. Собчик в связи с этим справедливо говорила (Собчик, 2007) о недопустимости формирования диагноза психического расстройства только на основе психодиагностических данных. В связи с тем, что «...чувствительность психометрических должна базироваться на данных о распространенности отдельных симптомов в популяции соответствующих больных и ценности этих симптомов при оценке тяжести расстройства»; было предложено использовать *метод клиниметрии*, описывающий количественные изменения в процессе сбора и анализа сопоставимых клинических данных с помощью... измерения... клинических и личностных феноменов в медицинской практике» (Психиатрия, 2012).

Традиционно в диагностическом процессе выделяют три аспекта распознавания болезни (Кутько, Панченко, Линева и др., 2013): логический – отражающий философско-методологические взгляды, доминирующие в конкретной отрасли медицины; технический – включающий технологические приемы и методы исследования; семиотический – изучающий взаимосвязь симптомов с биологическими механизмами этиопатогенеза, закономерностями клинической динамики и действующей таксономией патологических состояний. До настоящего времени предположения о наличии связи между клинической картиной известных заболеваний (расстройств) и механизмами этиопатогенеза носят гипотетический характер. Таким образом, основополагающим методом диагностики психических расстройств по-прежнему остается клиничко-психопатологический метод, основанный на выявлении в процессе интервью клинических феноменов с дальнейшей их дифференциацией и разделением психопатологических симптомов и психологических феноменов (Международная классификация болезней, 1994; Bouras, Ikkos., 2013).

Следует иметь в виду, что *психиатрия занимается изучением, коррекцией и лечением не только психических заболеваний (расстройств), но и расстройств поведения*. И если диагностика первых строится на обнаружении психопатологических симптомов, то в случае вторых она ориентирована на поиск неадаптивных паттернов поведения, которые нельзя с полным основанием причислить к психопатологическим симптомам (Менделевич, 2010). Кроме того, дискуссионным остается вопрос о причинах возникновения поведенческих расстройств – являются ли они результатом нарушений нейробиологических или личностных (Полунина, Брюн, 2013).

С нашей точки зрения, психиатрическая диагностика в отличие от диагностики соматических заболеваний не всегда может апеллировать к нейробиологическим фактам и часто исходит из принятых в обществе устойчивых представлений о нормативном психологическом функционировании и адекватном поведении индивида. Внешние социально-психологические факторы способны кардинально изменять представления ученых о границах девиантных и па-



тологических форм поведения человека и осуществлять венаучное «давление» на выработку диагностических критериев психических и поведенческих расстройств.

Кроме того, анализ тех или иных психических и поведенческих расстройств в рамках диагностических классификаций (МКБ, DSM) также находится под влиянием складывающихся в обществе устойчивых представлений о «норме» и «не норме». Динамику научных представлений о том или ином расстройстве можно проследить на примере диагностики гомосексуализма. В середине прошлого века данный феномен в обществе однозначно расценивался как извращение. Психиатрами он был включен в перечень психической патологии, предписывавший принудительную госпитализацию в психиатрические стационары с применением разнообразных методов лечения (от кастрации и электросудорожной терапии до психофармакотерапии и лоботомии) (Christmas, 2015). При этом у врачей не имелось никаких научных доказательств того, что нетрадиционная сексуальная ориентация является результатом действия патологических церебральных или гормональных механизмов. Диагностика строилась исключительно на факте «неадекватного поведения» гомосексуалиста. Изменение общественного мнения о гомосексуализме переориентировало и психиатрический взгляд на проблему – в середине 70-х гг. XX в. такой диагноз был изъят из классификаций.

За последние годы отмечается тенденция учащения диагностики многих расстройств, например, синдрома дефицита внимания с гиперактивностью (в три раза), биполярного аффективного расстройства (в два раза), расстройств аутистического спектра (более чем в два раза) (Batstra, Hadders-Algra, Nieweg et al., 2012). В первой классификации психических расстройств (DSM-I), вышедшей в 1952 г., существовало всего 106 диагнозов. В новых классификациях (DSM-IV и DSM-V) – соответственно 297 и 282 (Christmas, 2015). Отчетливо прослеживается тенденция расширения числа «нозологических единиц». *Увеличение числа диагнозов происходит в основном за счет выделения новых поведенческих расстройств.* Так, в МКБ-11 предлагается включить диагноз «хординга» (патологического накопительства), который до того признавался лишь поведенческим отклонением (Fontenelle, Grant, 2014). Сходный процесс «медикализации» поведенческой патологии проходили и такие патологические зависимости, как гемблинг и Интернет-аддикции. В связи с тенденцией к расширению числа допустимой к диагностике психопатологии многие ученые задаются вопросом: *следует ли признавать МКБ или DSM классификациями психических расстройств или систематикой девиантных форм поведения?* Подвергаются критике представленные в МКБ критерии диагностики многих патологий (гемблинга, расстройств зрелой личности) (Менделевич, Садыкова, 2003). Сексологи выступают за исключение парафилий из классификаций болезней (Langstrom, Zucker, 2005; Moser, Kleinplatz, Peggy, 2006). Основным же ограничением разработанных классификаций психических и поведенческих расстройств является отсутствие у психиатров различных школ и направлений единых диагностических критериев их оценки (Freeman, Lewis, Michels et al., 2013).

Катчинг (Katschnig, 2010) в статье «Являются ли психиатры вымирающим видом?» описал кардинальные проблемы современной психиатрии: дискуссионность диагностических критериев; необоснованные психиатрические диагнозы для обычных человеческих реакций на сложные жизненные ситуации; нехватка психиатров во многих странах; разочарований в эффективности психофармакотерапии; «экспансия» неврологов в область психиатрии. С точки зрения автора, психиатрия в ближайшем будущем рискует быть поглощенной другой медицинской специальностью либо лишиться статуса медицинской науки.



Современная психиатрия декларирует, что основополагающим диагностическим принципом (по МКБ-10) является феноменологический подход (Попов, Вид, 1997), который рассматривается психиатрическим сообществом как альтернативный нозологическому; распространение данного подхода привело к необходимости изъятия из психиатрического лексикона термина «заболевание» и заменой его термином «расстройство». На несовершенство действующей МКБ и невозможности ее использования в процессе обучения психиатрии указывают многие отечественные авторы (Цыганков, Овсянников, 2011).

Отталкиваясь от заложенных в МКБ-10 диагностических принципов, которые можно считать отражающими современные тенденции психиатрической науки в сфере диагностики, следует признать, что они ни по своей сути, ни по форме не могут быть признаны феноменологическими в том смысле, который вкладывал в это понятие Карл Ясперс. По Ясперсу, феноменологический подход – это «способ представлять, разграничивать и определять психические события и состояния, позволяющий быть уверенными в том, что один и тот же термин всегда обозначает одно и то же» (Ясперс, 1997). В этом отношении психиатрия до сих пор не пришла к согласию – ни терминологическому, ни теоретическому. Фактически для диагностики психических и поведенческих расстройств не требуется «вчувствования», «понимания», и лишь «объяснение» (оценка) является обязательным. *До настоящего времени психиатрия остается наукой о патологии психической деятельности человека, изучающей в большей степени дифференциальную диагностику, чем собственно феноменологическую диагностику.* Текст МКБ-10 изобилует оценочными критериями типа: «неадекватный», «необычный», «странный», «чрезмерный», «частый», «значительный» и т. п. Прослеживается также тенденция психопатологизировать явления обыденной жизни (Шнайдер, 1999; Менделевич, 2010).

Как справедливо пишут Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева (Короленко, Дмитриева, 2009), *в постмодернистском обществе, в противоположность предшествующим ему традиционному и современному, наблюдается отчетливая тенденция к учащению ранее редко встречавшихся нарушений, наряду с появлением новых, не выделявшихся в прошлом форм.* Серьезным вызовом проблеме психического здоровья в постсовременном обществе является увеличение количества лиц, индивидуально-психологические особенности которых хотя и не настолько выражены, чтобы формально определяться термином «психическое расстройство», но, тем не менее, предрасполагают к возникновению межличностных конфликтов, кризисов и адаптационных затруднений. Этот вид нарушений называют «теньвыми синдромами», или «повреждающими психическими дисфункциями».

Главный парадокс современной психиатрии заключается в противопоставлении нозологической диагностики и симптоматической терапии. До настоящего времени терапия различных психопатологических синдромов проводится вне зависимости от их этиопатогенеза. При этом отмечается (Insel, 2011), что за последние 10 лет в США число выписанных рецептов на психотропные препараты увеличилось почти вдвое. В то время как в терапии поведенческих расстройств стал доминировать подход, ориентированный на приоритетное использование не средств психофармакотерапии, а психотерапии и психокоррекции, основным принципом которого, как сформулировал Ингенховен (Ingenhoven, 2010), является следующий: «Психотерапия – где возможно, фармакотерапия – где необходимо».

Далее, перед современной психиатрией встает и другой актуальный вопрос – вопрос о том, что делать с пациентами, у которых наблюдаются стойкие, терапевтически резистентные психопатологические расстройства, существенно не влияющие на их психосоциальную адаптацию (Petho, 2008; Whitley, 2008). Ответом на это стали добровольные сообщества па-



циентов, например, «сеть слышащих голоса». Необходимость подобных организаций Бакер (Baker, 1989) обосновал тем, что «...психиатры в настоящее время ведут себя как родители. Моя цель – не изменить психиатрию, не изменить родителей, а предложить слышащим голоса организацию, посредством которой они могут освободить себя». Сходные сообщества пациентов («анонимные наркоманы, алкоголики, гемблеры») долгие годы успешно работают в сфере наркологии (Humphreys, Blodgett, Wagner, 2014), что следует признать ответом на новые постмодернистские психиатрические реалии.

Можно сделать вывод о том, что *психиатрия постмодерна находится в поисках новой идентичности и что «...постсовременная культура – это время для рождения новой психиатрии – «постпсихиатрии», основывающейся на идеях гуманизма и социальных наук»* (Bradley, 2006). Можно согласиться с точкой зрения Брэкена и Томаса (Bracken, Thomas, 2001) о том, что современная психиатрия должна адаптироваться к «среде постмодерна», предлагающей «удивительно интересные и сложные задачи врачам и предоставляющей возможность пересмотреть свою роль и свои обязанности».

Литература

1. Бобров А.Е. Методологические вопросы диагностики психических расстройств и современные программы подготовки специалистов в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. № 2. С. 50–54.
2. Власова О. Антипсихиатрия. Социальная теория и социальная практика. М.: Высшая Школа Экономики (Государственный Университет), 2014. 432 с.
3. Выгонский С. Психиатрический диагноз как феномен культуры // Медицина Юга России. 2001. № 12 (73). С. 12.
4. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Номо Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире. Новосибирск: Изд-во НГПУ, 2009. 248 с.
5. Коцобинский А.П., Шейнина Н.С., Мельникова Ю.В. и др. Проблемы современной диагностики психических расстройств // Обзорение психиатрии и медицинской психологии. 2012. № 4. С. 7–11.
6. Курсаков А.А. К вопросу об эволюции и перспективах развития психометрического метода: опыт применения клинического интервью для оценки депрессии и смежных синдромов // Психиатрия и психофармакотер. 2013. № 3. С. 78–81.
7. Кутько И.И., Панченко О.А., Линева А.Н. и др. Клинический метод диагностики на современном этапе развития психиатрии // Новости медицины и фармации. 2013. № 10 (461).
8. Лебедева И.С., Ахадов Т.А., Семенова Н.А. и др. На пути к мультидисциплинарному синтезу в психиатрии: методы нейровизуализации / Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы (К 85-летию Юрия Федоровича Полякова): сб. научных статей. М.: МГППУ, 2013. С. 229–235.
9. Международная классификация болезней: 10-й пересмотр. Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике / Под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина. ВОЗ. СПб.: Оверлайд, 1994. 300 с.
10. Меззич Х., Салоум И. К вопросу об усовершенствованных классификационных и диагностических системах: МКБ-11 и личностно-ориентированный интегративный диагноз // Независимый психиатрический журнал. 2007. № 3. С. 15–19.
11. Менделевич В.Д. Психопатологизация наркологических расстройств как доминирующая парадигма отечественной наркологии // Независимый психиатрический журнал. 2010. № 3. С. 21–27.
12. Менделевич В.Д., Садыкова Р.А. Зависимость как психологический и психопатологический феномен (проблемы диагностики и дифференциации) // Вестник клинической психологии. 2003. № 2. С. 153–158.
13. Михель Д.В. Медикализация как социальный феномен // Вестник СГТУ. 2011. № 4 (60). Вып. 2. С. 256–263.
14. Мосолов С.Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М.: Новый цвет, 2001. 238 с.
15. Новохацки А.В. Принципы доказательной медицины в клинической психологии: современный подход к принятию объективных клинических решений // Вестник ЮУрГУ. 2010. № 17. С. 85–88.



16. *Полищук Ю.И., Летникова З.В.* Диагностическое и терапевтическое значение врачебной эмпатии в психиатрии // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 3. С. 99–103.
17. *Полунина А.Г., Брюн Е.А.* Антисоциальное поведение: нейропсихологические корреляты и роль нейробиологических факторов // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. № 4. С. 83–90.
18. *Попов Ю.В., Вид В.Д.* Современная клиническая психиатрия. М.: Экспертное бюро, 1997. 496 с.
19. Психиатрия: национальное руководство / Под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М. ГЭОТАР-Медиа, 2012. 622 с.
20. *Собчик Л.Н.* Психодиагностика в медицине: практическое руководство. М.: БОРГЕС, 2007. 416 с.
21. *Соловьева С.Л.* Критерии нормы в клинической психологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2014. № 3 (26). URL: <http://mpgj.ru> (дата обращения: 20.07.2015).
22. *Трущелёв С.А.* Условия применения диагностических тестов в психиатрии (аналитический обзор) // Российский психиатрический журнал. 2014. № 5. С. 81–91.
23. *Цыганков Б.Д., Овсянников С.А.* О целесообразности перехода к национальной классификации психических заболеваний для использования в педагогической работе и при проведении научных исследований (проект) // Психиатрия и психофармакотерапия. 2011. № 2. С.8–9.
24. *Шнайдер К.* Клиническая психопатология. Киев: Сфера, 1999. 215 с.
25. *Ясперс К.* Общая психопатология. М.: Практика, 1997. 1056 с.
26. *Anckarsäter H.* Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications // Int J Law Psychiatry. 2010. Vol. 33. № 2. P. 59–65. doi: 10.1016/j.ijlp.2009.12.001
27. *Baker P.* Hearing Voices: Open mind. 1989. Vol. 40. P. 16–17.
28. *Batstra L., Hadders-Algra M., Nieuweg E. et al.* Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment // Developmental Medicine, Child Neurology. 2012. Vol. 54. P. 492–494. doi:10.1111/j.1469-8749.2011.04176.x
29. *Bech P.* Rating scales for psychopathology, health status and quality of life. Berlin: Springer, 1993. 520 p.
30. *Bech P.* Clinical psychometrics. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. 200 p. doi: 10.3109/08039488.2012.701665
31. *Bouras N, Ikkos G.* Ideology, psychiatric practice and professionalism // Psychiatriki. 2013. Vol. 24. № 1. P. 17–26.
32. *Bracken P., Thomas Ph.* Postpsychiatry: a new direction for mental health // The British Medical Journal. 2001. Vol. 322. P. 724–727. doi: 10.1136/bmj.322.7288.724
33. *Bradley L.* A spirited critique of the practice of psychiatry in the United States that argues for the democratization of psychiatric knowledge / Moving Beyond Prozac, DSM, and the New Psychiatry. The Birth of Postpsychiatry. Michigan Press, 2006. 216 p.
34. *Christmas D.* DSM-5: Fictions, Fallacies, and the Future of Classification [Электронный ресурс]. URL: http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas_DSM-5FFFC.pdf (access date: 15.08.2015).
35. *Fava G.A., Guidi J., Grandi S. et al.* The Missing Link between Clinical States and Biomarkers in Mental Disorders // Psychother Psychosom. 2014. Vol. 83. P. 136–141. doi:10.1159/000360348
36. *Fontenelle L.F., Grant J.E.* Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11? [Electronic edition] // Revista Brasileira de Psiquiatria. 2014. Vol. 36. P. 28–39. URL: <http://dx.doi.org/10.1590/1516-4446-2013-1269> (access date: 15.08.2015).
37. *Frances A.* The past, present and future of psychiatric diagnosis // World Psychiatry. 2013. Vol. 12. P. 111–112. doi: 10.1002/wps.20027
38. *Freeman R., Lewis D., Michels R. et al.* The initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns // Am.J.Psychiatry. 2013. Vol. 170. P. 1–5.
39. *Ingenhoven T., Lafay P., Rinne T. et al.* Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials // J Clin Psychiatry. 2010. Vol. 71. № 1. P. 14–25. doi:10.4088/JCP.14m09228/
40. *Insel T.* Director's Blog: Treatment Development: The Past 50 Years [Электронный ресурс]. URL: <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2011/treatment-development-the-past-50-years.shtml>(access date: 15.08.2015).
41. *Humphreys K., Blodgett J.C., Wagner T.H.* Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials // Alcohol Clin Exp Res. 2014. Vol. 38. № 11. P. 2688–2694. doi: 10.1111/acer.12557
42. *Kagee A., Tsai A.C., Lund C. et al.* Screening for common mental disorders in low resource settings: Reasons



- for caution and a way forward // *Int. Health*. 2013. Vol. 5. № 1. P. 11–14. doi: 10.1093/inthealth/iht001
43. *Katschnig H.* Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession // *World Psychiatry*. 2010. Vol. 9. P. 21–28. doi: 10.1002/j.2051-5545.2010.tb00257.x
44. *Långström N., Zucker K.J.* Transvestic fetishism in the general population // *Journ. of Sex and Marital Therapy*. 2005. Vol. 31. Issue. 2. P. 87–95.
45. *Moser C., Kleinplatz, Peggy J.* DSM-IV-TR and the paraphilias // *Journ. of Psychology and Human Sexuality*. 2006. Vol. 17. Issue 3. P. 91–109.
46. *Petho B.* Recent crisis of psychiatry in the context of modern and postmodern science // *Psychiatr Hung.* 2008. Vol. 3. № 6. P. 396–419.
47. *Szasz T.S.* The Myth of Mental Illness // *American Psychologist*. 1960. Vol. 15. P. 113–118.
48. *Whitley R.* Postmodernity and mental health // *Harv Rev Psychiatry*. 2008. Vol. 16. № 6. P. 352–364. doi:10.1080/10673220802564186

PROBLEM OF DIAGNOSTICS OF MENTAL AND BEHAVIOURAL DISORDERS DURING THE POSTMODERNISM ERA

MENDELEVICH V.D. *, *Kazan State Medical University, Department of Medical and General Psychology, Kazan, Russia,*
e-mail: mend@tbit.ru

Paper. In article theoretical, methodological and practical problems of diagnostics of mental and behavioural disorders during a postmodernism era are analyzed. The role of phenomenological and psychometric approaches is estimated. The conclusion that classification of mental and behavioral disorders (ICD and DSM) leads to washing out of borders between mental and behavioral norm and pathology is drawn.

Keywords: psychiatric diagnostics.

References:

1. Anckarsäter H. Beyond categorical diagnostics in psychiatry: Scientific and medicolegal implications. *Int J Law Psychiatry*. 2010, vol. 33, no. 2, pp. 59–65.
2. Baker P. *Hearing Voices: Open mind*, 1989, vol. 40, pp. 16–17.
3. Batstra L., Hadders-Algra M., Nieweg E. et al. Childhood emotional and behavioral problems: reducing overdiagnosis without risking undertreatment. *Developmental Medicine, Child Neurology*, 2012, vol. 54, pp. 492–494.
4. Bech P. *Clinical psychometrics*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012. 200 p.
5. Bech P. *Rating scales for psychopathology, health status and quality of life*. Berlin: Springer, 1993. 520 p.
6. Bobrov A.E. Metodologicheskie voprosy diagnostiki psihicheskikh rasstrojstv i sovremennye programmy podgotovki specialistov v psihiatrii. [Methodological issues of diagnosis of mental disorders, and modern training programs in psychiatry] *Social'naya i klinicheskaya psichiatriya* [Social and clinical psychiatry], 2014, no. 2, pp. 50–54 (In Russ.; abstr. in Engl.).
7. Bouras N, Ikkos G. Ideology, psychiatric practice and professionalism. *Psychiatriki*, 2013, vol. 24, no. 1, pp. 17–26.
8. Bracken P., Thomas Ph. Postpsychiatry: a new direction for mental health. *The British Medical Journal*, 2001, vol. 322, pp. 724–727.

For citation:

Mendelevich V.D. Problem of diagnostics of mental and behavioural disorders during the postmodernism era. *Ekspierimental'naya Psikhologiya = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 82–90 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/expsy.2015080308

* *Mendelevich V.D.* Head of Chair of Medical Psychology, Kazan State Medical University, Department of Medical and General Psychology. Kazan, Russia. E-mail: mend@tbit.ru



9. Bradley L. A spirited critique of the practice of psychiatry in the United States that argues for the democratization of psychiatric knowledge. In *Moving Beyond Prozac, DSM, and the New Psychiatry. The Birth of Postpsychiatry*. Michigan Press, 2006. 216 p.
10. Christmas D. *DSM-5: Fictions, Fallacies, and the Future of Classification*. http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/DChristmas_DSM-5FFFC.pdf
11. Cygankov B.D., Ovsyannikov S.A. O celesoobraznosti perekhoda k nacional'noj klassifikacii psicheskikh zabolevanij dlya ispol'zovaniya v pedagogicheskoy rabote i pri provedenii nauchnyh issledovanij (proekt). [About the feasibility of the transition to the national classification of mental disorders for use in educational work and scientific research (project)]. *Psihiatriya i psihofarmakoterapiya [Psychiatry and pharmacotherapy]*, 2011, no. 2, pp. 8–9 (In Russ.; abstr. in Engl.).
12. Fava G.A., Guidi J., Grandi S. et al. The Missing Link between Clinical States and Biomarkers in Mental Disorders. *Psychother Psychosom*. 2014, vol. 83, pp. 136–141.
13. Fontenelle L.F., Grant J.E. Hoarding disorder: a new diagnostic category in ICD-11? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 2014, vol. 36, pp. 28–39.
14. Frances A. The past, present and future of psychiatric diagnosis. *World Psychiatry*, 2013, vol. 12, pp. 111–112.
15. Freeman R., Lewis D., Michels R. et al. The initial Field Trials of DSM-5: New Blooms and Old Thorns. *Am.J. Psychiatry*, 2013, vol. 170, pp. 1–5.
16. Humphreys K., Blodgett J.C., Wagner T.H. Estimating the efficacy of Alcoholics Anonymous without self-selection bias: an instrumental variables re-analysis of randomized clinical trials. *Alcohol Clin Exp Res.*, 2014, vol. 38, no. 11, pp. 2688–2694.
17. Ingenhoven T., Lafay P., Rinne T. et al. Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. *J Clin Psychiatry*, 2010, vol. 71, no. 1, pp. 14–25.
18. Insel T. *Director's Blog: Treatment Development: The Past 50 Years*. <http://www.nimh.nih.gov/about/director/2011/treatment-development-the-past-50-years.shtml>
19. Jaspers K. *Obshchaya psihopatologiya [General Psychopathology]*. Moscow: Praktika, 1997. 1056 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).
20. Kagee A., Tsai A.C., Lund C. et al. Screening for common mental disorders in low resource settings: Reasons for caution and a way forward. *Int. Health*, 2013, vol. 5, no. 1, pp. 11–14.
21. Katschnig H. Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. *World Psychiatry*, 2010, vol. 9, pp. 21–28.
22. Korolenko C.P., Dmitrieva N.V. Nomo Postmodernus. *Psihologicheskie i psichicheskie narusheniya v postmodernistskom mire. [Nomo Postmodernus. Psychological and psychiatric disorders in the postmodern world]*. Novosibirsk: Izd. NGPU, 2009. 248 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).
23. Kotsyubinsky A.P., Shejnina N.S., Mel'nikova Yu.V. et al. Problemy sovremennoj diagnostiki psicheskikh rasstrojstvyu. [Issues of modern diagnostics of mental disorders]. *Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii [Review of Psychiatry and Medical Psychology]*, 2012, no. 4, pp. 7–11 (In Russ.; abstr. in Engl.).
24. Kursakov A.A. K voprosu ob ehvolyucii i perspektivah razvitiya psihometricheskogo metoda: opyt primeneniya klinicheskogo interv'yua dlya ocenki depressii i smezhnyh sindromov [On the evolution and prospects of the psychometric method: the experience of the clinical interview to assess depression and related syndromes]. *Psihiatriya i psihofarmakoter [Psychiatry and psihofarmakoter]*, 2013, no. 3, pp. 78–81 (In Russ.; abstr. in Engl.).
25. Kut'ko I.I., Panchenko O.A., Linev A.N. i dr. Klinicheskij metod diagnostiki na sovremennom ehstape razvitiya psihiatrii [Clinical diagnostic method at the present stage of development of psychiatry]. *Novosti mediciny i farmacii [News of medicine and pharmacy]*, 2013, no. 10 (461) (In Russ.; abstr. in Engl.).
26. Långström N., Zucker K.J. Transvestic fetishism in the general population. *Journ. of Sex and Marital Therapy*, 2005, vol. 31, no. 2, pp. 87–95.
27. Lebedeva I.S., Ahadov T.A., Semenova N.A. i dr. Na puti k mul'tidisciplinarnomu sintezu v psihiatrii: metody nejrovizualizacii [On the way to the multidisciplinary synthesis in psychiatry neuroimaging]. In *Medicinskaya (klinicheskaya) psihologiya: tradicii i perspektivy (K 85-letiyu Yuriya Fedorovicha Polyakova): sbornik nauchnyh statej [Medical (clinical) psychology: traditions and perspectives (the 85th anniversary of Yuri Fedorovich Polyakov): volume of research papers]*. Moscow: MGPPU, 2013. pp. 229–235 (In Russ.; abstr. in Engl.).
28. Mendelevich V.D. Psihopatologizaciya narkologicheskikh rasstrojstv kak dominirushchaya paradigma otechestvennoj narkologii. [Psihopatologizatsiya substance abuse disorders as the dominant paradigm of



- the national narcology]. *Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal [Independent Journal of Psychiatry]*, 2010, no. 3, pp. 21–27 (In Russ.; abstr. in Engl.).
29. Mendeleevich V.D., Sadykova R.A. Zavisimost' kak psihologicheskij i psihopatologicheskij fenomen (problemy diagnostiki i differenciacii). [The dependence of both the psychological and psychopathological phenomenon (problem diagnosis and differentiation)]. *Vestnik klinicheskoy psihologii [Journal of Clinical Psychology]*, 2003, no. 2, pp. 153–158 (In Russ.; abstr. in Engl.).
30. *Mezhdunarodnaya klassifikaciya boleznej: 10-j peresmotr. Klassifikaciya psihicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike. [International Classification of Diseases: 10th revision. Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and guidelines for the diagnosis]*. Eds. Yu. L. Nuller, S. Yu. Cirkin. VOZ. SPb.: Overlajd, 1994 (In Russ.; abstr. in Engl.).
31. Mezzich H., Saloum I. K voprosu ob usovershenstvovannyh klassifikacionnyh i diagnosticheskikh sistemah: MKB-11 i lichnostno-orientirovannyj integrativnyj diafnnoz. [On the question of improved diagnostic and classification systems: ICD-11 and a student-centered integrative diagnosis]. *Nezavisimyj psihiatricheskij zhurnal [Independent Journal of Psychiatry]*, 2007, no. 3, pp. 15–19 (In Russ.; abstr. in Engl.).
32. Mihel' D.V. Medikalizaciya kak social'nyj fenomen [Medicalization as a social phenomenon]. *Vestnik SGTU*, 2011, no. 4 (60). Vypusk 2. pp. 256–263 (In Russ.; abstr. in Engl.).
33. Moser C., Kleinplatz, Peggy J. DSM-IV-TR and the paraphilias. *Journ. of Psychology and Human Sexuality*, 2006, vol. 17, no. 3, pp. 91–109.
34. Mosolov S.N. *Shkaly psihometricheskoy ocenki simptomatiki shizofrenii i koncepciya pozitivnyh i negativnyh rasstrojstv [Scale of psychometric evaluation of symptoms of schizophrenia and the concept of positive and negative disorders]*. Moscow: Novyj cvet, 2001. 238 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).
35. Novohacki A.V. Principy dokazatel'noj mediciny v klinicheskoy psihologii: sovremennyj podhod k prinyatiyu ob'ektivnyh klinicheskikh reshenij. [Principles of evidence-based medicine in clinical psychology: a modern approach to the adoption of objective clinical solutions]. *Vestnik YUUrGU*, 2010, no. 17. pp. 85–88 (In Russ.; abstr. in Engl.).
36. Petho B. Recent crisis of psychiatry in the context of modern and postmodern science. *Psychiatr Hung*, 2008, vol. 3, no. 6, pp. 396–419.
37. Polishchuk YU.I., Letnikova Z.V. Diagnosticheskoe i terapevticheskoe znachenie vrachebnoj ehmpatii v psihiatrii. [Letnikova Diagnostic and therapeutic value of empathy in medical psychiatry]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2013, no. 3, pp. 99–103 (In Russ.; abstr. in Engl.).
38. Polunina A.G., Bryun E.A. Antisocial'noe povedenie: nejropsihologicheskie korrelyaty i rol' nejrobiologicheskikh faktorov [Antisocial behavior: neuropsychological correlates of the role of neurobiological factors]. *Social'naya i klinicheskaya psihiatriya [Social and clinical psychiatry]*, 2013, no. 4, pp. 83–90 (In Russ.; abstr. in Engl.).
39. Popov Yu.V., Vid V.D. *Sovremennaya klinicheskaya psihiatriya [Modern clinical psychiatry]*. Moscow: Ekspertnoe byuro, 1997 (In Russ.; abstr. in Engl.).
40. *Psihiatriya: nacional'noe rukovodstvo. [Psychiatry: national handbook]* Eds. T.B. Dmitrieva, V.N. Krasnov, N.G. Neznanova, V.Ya. Semke, A.S. Tiganova. Moscow: GEHOTAR-Media, 2012. 622 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).
41. Schneider K. *Klinicheskaya psihopatologiya. [Clinical Psychopathology]*. Kiev, 1999. 215 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).
42. Sobchik L.N. *Psihodiagnostika v medicine: prakticheskoe rukovodstvo [Psychodiagnostics in medicine: a practical guide]*. Moscow: BORGES, 2007. 416 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).
43. Solov'eva S.L. Kriterii normy v klinicheskoy psihologii. [Criteria of norm in clinical psychology]. *Medicinskaya psihologiya v Rossii: ehlektron. nauch. zhurn. [Medical psychology in Russia: the electronic scientific journal]*, 2014, no. 3 (26). URL: <http://mprj.ru> (access date: 20.07.2015) (In Russ.; abstr. in Engl.).
44. Szasz T.S. The Myth of Mental Illness. *American Psychologist*, 1960, vol. 15, pp. 113–118.
45. Trushchelyov S.A. Usloviya primeneniya diagnosticheskikh testov v psihiatrii (analiticheskij obzor). [Terms of use of diagnostic tests in psychiatry (analytical review)]. *Rossijskij psihiatricheskij zhurnal [Russian Journal of Psychiatry]*, 2014, no. 5, pp. 81–91 (In Russ.; abstr. in Engl.).
46. Vlasova O. *Antipsihiatriya. Social'naya teoriya i social'naya praktika. [Antipsychiatry. Social Theory and Social Practice]*. Moscow: Vysshaya Shkola Ekonomiki (Gosudarstvennyj Universitet), 2014. 432 p. (In Russ.; abstr. in Engl.).
47. Vygonskij S. Psihiatricheskij diafnnoz kak fenomen kul'tury [Psychiatric diagnosis as a phenomenon of culture]. *Medicina Yuga Rossii [Medicine of Southern Russia]*, 2001, no. 12 (73), pp. 12 (In Russ.; abstr. in Engl.).
48. Whitley R. Postmodernity and mental health. *Harv Rev Psychiatry*, 2008, vol. 16, no. 6, pp. 352–364.



ПСИХОЛОГИЯ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ОШИБКИ

ЛАУРА ЗВААН*, Медицинский центр Университета Эразмус, Роттердам (Нидерланды),
e-mail: l.zwaan@erasmusmc.nl

Диагностические ошибки в медицине случаются довольно часто и могут привести к очень серьезным последствиям для здоровья пациента. Диагностические ошибки могут возникнуть в результате как когнитивных, так и организационных ошибок. В целом, общепризнано, что когнитивные ошибки являются основной причиной диагностических ошибок. Процесс диагностического мышления в медицине является недостаточно изученной областью. Основной причиной тому является сложность самого процесса постановки диагноза и, следовательно, трудность измерения диагностических ошибок и причин, вызвавших эти ошибки. В статье рассмотрены основные свойства диагностического мыслительного процесса. Описана теория двух процессов, согласно которой существует два типа мышления – быстрое, автоматическое и бессознательное (первая система), и медленное, аналитическое, мышление (вторая система). Проанализированы основные когнитивные причины диагностических ошибок.

Ключевые слова: диагностическая ошибка, безопасность пациента, когнитивные искажения, клиническое мышление, психология.

Когда пациент поступает в больницу с симптомами и жалобами, задача врача состоит в том, чтобы как можно скорее назначить правильное лечение. В большинстве случаев первым шагом для определения правильного курса лечения является установление правильного диагноза.

Несмотря на то, что иногда диагноз может быть очевиден, процесс его постановки врачом включает в себя ряд определенных выборов и решений. К счастью для подавляющего большинства пациентов, диагноз устанавливается врачом правильно. Но в некоторых случаях все же возникают диагностические ошибки. Диагностической ошибкой считается тот диагноз, который был непреднамеренно поставлен с задержкой (достаточная информация уже имела в распоряжении), неправильный диагноз (изначально был поставлен неправильный диагноз, а затем – правильный) или пропущенный диагноз (диагноз вообще не был поставлен, что было установлено в процессе анализа последующей информации) (Graber, Franklin, & Gordon, 2005).

Все эти виды диагностической ошибки могут серьезно повлиять на ход болезни и даже привести к смерти пациента (Baker, et al., 2004; Leape, et al., 1991; Zwaan, et al., 2010). Международные исследования показали, что примерно 15% всех диагнозов были поставлены с ошибками. (Elstein, 1995) В посмертных исследованиях этот процент еще выше – 30%. (Berner, Graber, 2008; Shojania, et al., 2003) Различные исследования диагностического процесса показывают, что диагностические ошибки часто являются сочетанием организационных и когнитивных факторов, хотя когнитивные ошибки лежат в основе большинства диагностических ошибок (Graber, et al., 2005; Zwaan, et al., 2010).

Для цитаты:

Лаура Зваан. Психология диагностической ошибки // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 91–98. doi:10.17759/exppsy.2015080309

*Лаура Зваан. Научный сотрудник Медицинского центра Университета Эразмус, Роттердам (Нидерланды). E-mail: l.zwaan@erasmusmc.nl



Несмотря на то, что диагностические ошибки встречаются часто и могут иметь серьезные последствия для пациента, на данный момент существует относительно мало исследований диагностической ошибки. Основной причиной этого явления является сложность изучения диагностического мышления и диагностических ошибок (Zwaan, Singh, 2015) Процесс диагностического мышления протекает скрыто, что затрудняет ретроспективную оценку правильности принятого решения. Помимо изучения диагностических ошибок и нанесенного пациенту вреда, представляется особенно важным изучать само диагностическое мышление. Каким образом протекает процесс диагностического мышления? Каковы наиболее распространенные типы ошибок в рассуждении врача? И главное, что должно быть сделано, чтобы предотвратить диагностические ошибки?

Сложности диагностического процесса

Процесс решения диагностической задачи, как правило, начинается с анализа жалоб пациента, поступившего в больницу с определенными симптомами. Жалобы и симптомы должны быть изучены с учетом истории болезни, результатов медицинского осмотра и ряда анализов и снимков. После того, как сбор информации завершен и составлена общая картина болезни, могут быть рассмотрены несколько возможных диагнозов. Эти возможные диагнозы представляют собой набор гипотез, которые должны быть проверены до тех пор, пока не сформулирован наиболее вероятный диагноз. Затем врач должен рассмотреть вопрос о возможном наличии сопутствующих заболеваний. В итоге определяется соответствующий план лечения, и лечение может быть начато. На практике оказывается, что диагностический процесс более сложен, чем изложено в формальном его описании, представленном выше.

В процессе постановки диагноза врачу часто приходится принимать сложные решения. В клинической практике пациенты часто предъявляют большое количество разнообразных жалоб, а лабораторные анализы и снимки содержат дополнительную информацию. При этом не все симптомы и аномалии являются релевантными для постановки основного диагноза. Тем не менее, всегда следует отделить важную диагностическую информацию от дополнительной избыточной информации, что может быть не так просто. Затрудняет процесс постановки диагноза еще и тот факт, что врач получает информацию о пациенте в несколько этапов. В течение этого времени врач рассматривает несколько дифференциальных диагнозов, один из которых может оказаться правильным конечным диагнозом. Однако может сложиться и так, что в начале процесса постановки диагноза все имеющиеся данные указывают на один (неправильный) диагноз, а дополнительная информация, необходимая для постановки правильного диагноза, возникает гораздо позже.

Еще одним важным решением, которое должен принять врач, является решение о том, какая именно информация должна быть собрана. Иногда врач может принять решение не собирать дополнительную информацию для диагностики пациента. Это может произойти в том случае, когда диагностические тесты, необходимые для определения окончательного диагноза, слишком инвазивны и врач отдает предпочтение бдительному наблюдению за состоянием пациента. В других случаях окончательный диагноз не изменит назначенное лечение и, следовательно, врач решает воздержаться от дополнительного тестирования.

Решение собирать или не собирать дополнительную диагностическую информацию также следует рассматривать в свете сверхдиагностики. Диагностической ошибкой принято считать недостаточную диагностику, т. е. случаи, когда диагноз был пропущен, за-



держан или поставлен неправильно. Однако следует учитывать, что в современной медицине новые типы диагностических тестов способны обнаруживать определенные отклонения в состоянии здоровья прежде, чем у пациента возникают те или иные симптомы. Это увеличивает риск сверхдиагностики, когда людям без симптомов ставится диагноз и назначается лечение, хотя, возможно, у них никогда не возникнет симптомов данной болезни (Welch, Schwartz, Woloshin, 2011) Таким образом, сверхдиагностика также является видом диагностической ошибки и врачам необходимо найти правильный баланс между рисками, связанными с недостаточной диагностикой и сверхдиагностикой. Иными словами, при получении информации для постановки правильного диагноза они должны стремиться к минимизации диагностического тестирования, насколько это представляется возможным.

Теория двух процессов

Так каким же образом врачи ставят диагноз? Какие мыслительные стратегии они используют?

В последнее время много внимания в этих вопросах уделяется теории двух процессов. Эта теория выделяет два типа мышления – быстрое, автоматическое и бессознательное (*первая система*), и медленное, аналитическое, мышление (*вторая система*) (Evans, 2008; Kahneman, 2011) Мышление, относящееся к первой системе, требует сравнительно немного внимания и усилий, потому что оно использует эвристические алгоритмы, т. е. правила, помогающие упростить сложную проблему (например, с помощью распознавания определенных паттернов). Такой вид мышления, в целом, очень эффективен, но сильно зависит от опыта и знаний врача. Он развивается с опытом распознавания патологии и поэтому используется в основном более опытными врачами, способными быстро распознать паттерны, характерные для возможных заболеваний. Тем не менее, слишком сильно полагаться на первую систему не стоит, так как это может привести к возникновению когнитивных искажений, которые, в свою очередь, могут привести к возникновению диагностических ошибок (Croskerry, 2003).

Мышление, относящееся ко второй системе, требует как внимания, так и времени для того, чтобы решить диагностическую задачу аналитическим путем. Этот вид мышления мы используем сознательно, когда приходится делать выбор из нескольких альтернатив (Eva & Norman, 2005; Evans, 2008). Мышление, относящееся ко второй системе, использует статистические данные и учитывает распространенность заболевания в той или иной ситуации (*base rate*) и поэтому зависит от качества имеющейся информации (Evans, 2003).

Главным различием между видами мышления, принадлежащими к первой и второй системам, является то, что во второй системе вывод (диагноз) строится на основе соображений и аргументов, в то время как в первой системе сначала ставится диагноз, а потом уже подбираются аргументы (Norman, 2009). Новички более склонны использовать вторую систему, потому что их недавно приобретенные знания по-прежнему легко доступны для систематического анализа. Основным недостатком второй системы является то, что мыслительный процесс занимает много времени и требует много усилий. Следует отметить, что вторая система тоже не работает безошибочно.

Первая и вторая системы, важны каждая по-своему и дополняют друг друга в процессе диагностики (Evans, 2003). Эти две системы находятся на одном континууме, и на практике врач должен уметь как распознавать паттерны симптомов, характерных для того или



иного заболевания, так и мыслить аналитически, систематически проверяя сформулированную гипотезу (Evans, 2008). С одной стороны, чрезмерное использование второй системы может привести к промедлению в постановке диагноза без особой на то необходимости, что может быть опасным в неотложных ситуациях. С другой стороны, слишком сильно полагаться на первую систему также нежелательно, так как это может привести к формированию когнитивных искажений. Поэтому важно использовать обе системы соответствующим образом и согласно ситуации (Evans, 2003, 2008).

Причины диагностических ошибок

Диагностические ошибки в медицине случаются довольно часто и могут привести к очень серьезным последствиям для пациентов. В связи с этим снижение количества диагностических ошибок является важной задачей. Для того чтобы разработать эффективные методы, направленные на снижение количества диагностических ошибок, необходимо прежде всего установить их причины. Диагностические ошибки могут возникнуть как в результате когнитивных ошибок, так и в результате организационных ошибок. В целом, общепризнано, что когнитивные ошибки являются основной причиной диагностических ошибок. Когнитивные ошибки делятся на ошибки в знаниях и на ошибки в рассуждениях, и оба типа ошибок возникают на этапах сбора и интерпретации информации (Zwaan et al., 2013; Zwaan et al., 2012). Сбор информации и ее интерпретация тесно между собой связаны, так как изначальная информация и ее интерпретация определяют дальнейший сбор информации врачом. Ошибки на стадии сбора информации происходят тогда, когда собранная информация является неполной или содержит не относящиеся к делу данные. Основные когнитивные причины диагностических ошибок, описанные на данный момент в литературе, приведены ниже.

Ошибки в знаниях

Запас знаний, которым располагает врач, оказывает влияние как на первую, так и на вторую мыслительную систему, и ошибки в знаниях могут возникнуть как на этапе сбора информации, так и на этапе ее интерпретации. Ошибки в знаниях происходят, когда врачу не хватает профессиональных знаний для того, чтобы поставить правильный диагноз, например, когда врач не знает, что определенный лабораторный анализ может помочь ему в правильной диагностике заболевания и поэтому его не проводит, а если проводит, то неправильно интерпретирует его результат.

Существуют различные мнения по поводу того, как часто происходят ошибки в знаниях. В одних исследованиях врачебным знаниям отводится важная роль (Zwaan, et al., 2010; Zwaan, et al., 2012), в то время как в других исследованиях их роль довольно ограничена (Graber, et al., 2005).

Когнитивные искажения

Многие исследования показали, что чрезмерное доверие к первой мыслительной системе может привести к формированию когнитивных искажений, которые являются важной причиной диагностических ошибок (Croskerry, 2003; Graber, et al., 2005). В процессе постановки диагноза врачи часто используют эвристические алгоритмы (первая система). Когнитивное искажение – это ошибка в рассуждении, возникающая из-за когнитивных факторов, таких как память, а также из-за особенностей процесса переработки информации



(Croskerry, 2003; Kahneman, Slovic, Tversky, 1982) Одним из примеров когнитивных искажений является склонность к подтверждению. Склонность к подтверждению возникает, когда врач собирает в основном только ту информацию, которая подтверждает его гипотезу, и игнорирует информацию, не соответствующую его гипотезе. Из-за этого важная информация может быть пропущена, что может стать причиной неправильного толкования симптомов, что в итоге может привести к диагностической ошибке. Когнитивные искажения, часто встречающиеся в процессе постановки диагноза, это эффект фрейминга (framing), выбор в пользу наиболее вероятного решения, неучет априорной вероятности и искажение, связанное с эвристикой доступности (см. табл. 1).

Эти искажения влияют на процесс сбора информации о симптомах и на процесс ее интерпретации. Например, склонность к подтверждению может привести к тому, что врач найдет больше симптомов, которые подтверждают его изначальный диагноз и меньше симптомов, которые подтверждают альтернативный диагноз. Таким образом, изначальный диагноз кажется врачу более вероятным, чем есть на самом деле. Искажение, связанное с эвристикой доступности, происходит в тех случаях, когда врач оценивает диагноз как более вероятный лишь потому, что он еще свеж в его памяти. Этот вид когнитивного искажения склоняет выбор врача в пользу более ярких, необычных или же недавно увиденных заболеваний. Таким образом, существует много различных когнитивных искажений, которые могут повлиять на диагностический процесс.

Кроме когнитивных искажений, личные и ситуационные факторы также оказывают влияние на процесс постановки диагноза.

Таблица 1

Когнитивные искажения, часто встречающиеся в процессе постановки диагноза

Виды когнитивных искажений
Искажение, связанное с эвристикой доступности: оценка как более вероятного того диагноза, который еще свеж (доступен) в памяти, т. е. отклонение в сторону более яркого, необычного или эмоционально заряженного диагноза
Неучет априорной вероятности: склонность игнорировать подлинную вероятность того или иного заболевания в конкретной ситуации
Склонность к подтверждению: склонность искать или интерпретировать информацию, подтверждающую определенный диагноз, вместо того чтобы искать информацию дискредитирующую определенный диагноз, хотя последний способ и является наиболее убедительны
Эффект фрейминга: На врачебное видение проблемы может сильно повлиять способ преподнесения проблемы. Например, на восприятие уровня риска определенной терапии для пациента может сильно повлиять вероятность пациента выжить или умереть
Эффект самоуверенности: тенденция переоценивать свои способности. Самоуверенность проявляется в тенденции действовать, основываясь на недостаточной информации, интуиции или предчувствии, доверять больше собственному мнению, чем тщательно собранной информации
Преждевременное завершение: стремление принять определенный диагноз еще до того, как он был полностью проверен
Выбор в пользу наиболее вероятного решения: когда врач рассматривает лишь стандартные проявления болезни и игнорирует нетипичные проявления



Личные и ситуационные факторы

Личные и ситуационные факторы также играют важную роль в процессе диагностики. Ситуационные факторы, такие как уровень нагрузки, нехватка времени или высокий уровень риска, оказывают влияние на решения, принимаемые врачом (Wickens, Hollands, 2000). Нахождение в ситуациях с высокой нагрузкой, нехваткой времени и необходимостью принимать решения, связанные с риском для пациента, оказывает влияние на процесс обработки информации. Известно, что когда люди вынуждены работать быстрее (в результате повышенной нагрузки или нехватки времени), они делают больше ошибок (так называемый компромисс между скоростью и точностью выполнения задачи) (Wickens, Hollands, 2000).

Врачи, занимающиеся диагностикой заболеваний, имеют разный опыт работы, наблюдали в своей практике разных пациентов и имели разных наставников, следовательно, диагностическую информацию они могут интерпретировать тоже по-разному. Личный опыт и личностные качества также могут способствовать возникновению ранее описанных когнитивных искажений. Например, врач, который ранее работал в больнице с определенным уклоном, перейдя на работу в больницу общего профиля, может переоценить (или недооценить) вероятность определенных заболеваний.

Заключение

Диагностические ошибки в медицине происходят довольно часто и могут привести к серьезным последствиям. Основные причины диагностических ошибок носят когнитивный характер и включают в себя ошибки в знаниях и когнитивные искажения. Изучение процесса постановки правильного диагноза является важной задачей медицинской психологии.

Учитывая когнитивный характер диагностических ошибок необходимо проводить психологические исследования, направленные на получение более полного представления о диагностическом процессе в клинике. Для разработки мер по снижению количества диагностических ошибок необходимо более глубокое понимание причин их возникновения, таких как ошибочные знания и когнитивные искажения.

В перспективе дальнейших исследований внимание психологов должно быть направлено на изучение личных и ситуационных факторов, также влияющих на диагностический процесс.

Литература

1. Baker G.R., Norton P.G., Flintoft V., Blais R., Brown A., Cox J. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada // CMAJ. 2004. Vol. 170(11). P. 1678–1686. doi:10.1503/cmaj.1040498
2. Berner E.S. & Graber, M.L. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine // Am.J.Med. Vol. 121(5 Suppl). P. 2–23. doi:10.1016/j.amjmed.2008.01.001
3. Croskerry P. 2003The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them // Acad.Med. 2008. Vol. 78(8). P. 775–780.
4. Elstein A. Clinical reasoning in medicine. In H. J. & J. MA (Eds.), *Clinical Reasoning in the Health Professions* (1st ed., pp. 49–59). Woburn: Butterworth-Heinemann, 1995.
5. Eva K. & Norman G. Heuristics and Biases- a biased perspective on clinical reasoning // Med. Educ. 2005. Vol. 39 P. 870–872. doi:10.1111/j.1365-2929.2005.02258.x
6. Evans J. In two minds: dual-process accounts of reasoning // Trends in Cognitive Sciences. 2003. Vol. 7(10). P. 454–459. doi:10.1016/j.tics.2003.08.012
7. Evans J. Dual-processing accounts of reasoning, judgment and social cognition // Annu. Rev. Psychol. 2008. Vol.59. P. 255–278. doi:10.1146/annurev.psych.59.103006.093629
8. Graber M. L., Franklin N. & Gordon R. (2005). Diagnostic error in internal medicine. *Arch.Intern.Med.*, 165(13), 1493–1499. doi:10.1001/archinte.165.13.1493



9. Kahneman D. (2011). *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux.
10. Kahneman D., Slovic P. & Tversky A. (1982). *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (24 ed.). New York: Cambridge University Press.
11. Leape L.L., Brennan T.A., Laird N., Lathwers A. G., Localio A. R., Barnes B.A. et al. (1991). The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N.Engl.J.Med.*, 324, 377–384. doi:10.1056/NEJM199102073240605
12. Norman G. (2009). Dual processing and diagnostic errors. *Adv in Health Sci Educ*, 14, 37–49. doi:10.1007/s10459-009-9179-x
13. Shojania K. G., Burton E. C., McDonald K. M. & Goldman L. (2003). Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA*, 289(21), 2849–2856. doi:10.1001/jama.289.21.2849
14. Welch G., Schwartz L., & Woloshin S. (2011). *Overdiagnosed: making people sick in pursuit of health*. Beacon Press.
15. Wickens C. D. & Hollands J. G. (2000). *Engineering Psychology and Human Performance* (3th edition ed.). Saddle River, New Jersey: Prentice Hall.
16. Zwaan L., De Bruijne M. C., Wagner C., Thijs A., Smits M., Van der Wal G. et al. (2010). Patient record review of the incidence, consequences, and causes of diagnostic adverse events. *Arch. Intern. Med.*, 170(12), 1015–1021. doi:10.1001/archinternmed.2010.146
17. Zwaan L. & Singh H. (2015). The challenges in defining and measuring diagnostic error. *Diagnosis*, 2(2), 97–103. doi:10.1515/dx-2014-0069
18. Zwaan L., Thijs A., Wagner C. & Timmermans D. (2013). Does inappropriate selectivity in information use relate to diagnostic errors and patient harm? The diagnosis of patients with dyspnea. *Soc.Sci.Med*, 91, 32–38. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.001
19. Zwaan L., Thijs A., Wagner C., Van der Wal G. & Timmermans D. (2012). Relating faults in diagnostic reasoning with diagnostic errors and patient harm. *Acad.Med*, 87(2), 149–156. doi:10.1097/ACM.0b013e31823f71e6

THE PSYCHOLOGY OF DIAGNOSTIC ERROR

ZWAAN L.*, Erasmus University Medical Center, Institute for Medical Education Research, Rotterdam, The Netherlands,
e-mail: l.zwaan@erasmusmc.nl

Diagnostic errors in medicine occur frequently and the consequences for the patient can be severe. Cognitive errors as well as system related errors contribute to the occurrence of diagnostic error, but it is generally accepted that cognitive errors are the main contributor. The diagnostic reasoning process in medicine, is an understudied area of research. One reason is because of the complexity of the diagnostic process and therefore the difficulty to measure diagnostic errors and the causes of diagnostic error. In this paper, I discuss some of the complexities of the diagnostic process. I describe the dual-process theory, which defines two reasoning modes, i.e. a fast, automatic and unconscious reasoning mode called system 1, and a slow and analytic reasoning mode called system 2. Furthermore, the main cognitive causes of diagnostic error are described.

Keywords: diagnostic error, patient safety, cognitive biases, clinical reasoning, psychology.

For citation:

Zwaan L. The psychology of diagnostic error. *Ekspierimental'naya Psikhologiya = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 91–98 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080309

*Zwaan L. Research scientist, Erasmus University Medical Center, Institute for Medical Education Research. Rotterdam, The Netherlands. E-mail: laura_zwaan@hotmail.com



References

1. Baker G. R., Norton P. G., Flintoft V., Blais R., Brown A., Cox J. et al. The Canadian Adverse Events Study: the incidence of adverse events among hospital patients in Canada. *CMAJ*, 2004, vol. 170, no. 11, pp. 1678–1686. doi:10.1503/cmaj.1040498
2. Berner E. S., Graber M. L. Overconfidence as a cause of diagnostic error in medicine. *Am. J. Med.*, 2008, vol. 121, no. 5 (Suppl), pp. S2–23. doi:10.1016/j.amjmed.2008.01.001
3. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad. Med.*, 2003, vol. 78, no. 8, pp. 775–780.
4. Elstein A. Clinical reasoning in medicine. In H. J. & J. MA (eds.), *Clinical Reasoning in the Health Professions* (1st ed., pp. 49–59). Woburn: Butterworth-Heinemann, 1995.
5. Eva K., Norman G. Heuristics and Biases- a biased perspective on clinical reasoning. *Med. Educ.*, 2005, vol. 39, pp. 870–872. doi:10.1111/j.1365–2929.2005.02258.x
6. Evans J. In two minds: dual-process accounts of reasoning. *Trends in Cognitive Sciences*, 2003, vol. 7, no. 10, pp. 454–459. doi:10.1016/j.tics.2003.08.012
7. Evans J. Dual-processing accounts of reasoning, judgment and social cognition. *Annu. Rev. Psychol.*, 2008, vol. 59, pp. 255–278. doi:10.1146/annurev.psych.59.103006.093629
8. Graber M. L., Franklin N., Gordon R. Diagnostic error in internal medicine. *Arch. Intern. Med.*, 2005, vol. 165, no. 13, pp. 1493–1499. doi:10.1001/archinte.165.13.1493
9. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Straus and Giroux, 2011.
10. Kahneman D., Slovic P., Tversky A. *Judgment under uncertainty: Heuristics and biases* (24 ed.). New York: Cambridge University Press, 1982.
11. Leape L. L., Brennan T. A., Laird N., Lawthers A. G., Localio A. R., Barnes B. A., et al. The nature of adverse events in hospitalized patients. Results of the Harvard Medical Practice Study II. *N. Engl. J. Med.*, 1991, vol. 324, pp. 377–384. doi:10.1056/NEJM199102073240605
12. Norman G. Dual processing and diagnostic errors. *Adv. in Health. Sci. Educ.*, 2009, vol. 14, pp. 37–49. doi:10.1007/s10459-009-9179-x
13. Shojania K. G., Burton E. C., McDonald K. M., Goldman L. Changes in rates of autopsy-detected diagnostic errors over time: a systematic review. *JAMA.*, 2003, vol. 289, no. 21, pp. 2849–2856. doi:10.1001/jama.289.21.2849
14. Welch G., Schwartz L., Woloshin S. *Overdiagnosed: making people sick in pursuit of health*. Beacon Press, 2011.
15. Wickens C. D., Hollands J. G. *Engineering Psychology and Human Performance* (3th edition ed.). Saddle River, New Jersey: Prentice Hall, 2000.
16. Zwaan L., De Bruijne M. C., Wagner C., Thijs A., Smits M., Van der Wal G., et al. Patient record review of the incidence, consequences, and causes of diagnostic adverse events. *Arch. Intern. Med.*, 2010, vol. 170, no. 12, pp. 1015–1021. doi:10.1001/archinternmed.2010.146
17. Zwaan L., Singh H. The challenges in defining and measuring diagnostic error. *Diagnosis.*, 2015, vol. 2, no. 2, pp. 97–103. doi:10.1515/dx-2014–0069
18. Zwaan L., Thijs A., Wagner C., Timmermans D. Does inappropriate selectivity in information use relate to diagnostic errors and patient harm? The diagnosis of patients with dyspnea. *Soc. Sci. Med.*, 2013, vol. 91, pp. 32–38. doi:10.1016/j.socscimed.2013.05.001
19. Zwaan L., Thijs A., Wagner C., Van der Wal G., Timmermans D. Relating faults in diagnostic reasoning with diagnostic errors and patient harm. *Acad. Med.*, 2012, vol. 87, no. 2, pp. 149–156. doi:10.1097/ACM.0b013e31823f71e6



СРАВНЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К МЕНТАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ ПСИХОЗОМ НА ОСНОВЕ МЕТОДИКИ «ПОНИМАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПО ГЛАЗАМ»¹

ХОЛМОГОРОВА А.Б.*, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: kholmogorova@yandex.ru

МОСКАЧЕВА М.А.**, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: moskacheva.m@gmail.com

РЫЧКОВА О.В.***, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: rychkovao@bk.ru

ПУГОВКИНА О.Д.****, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: olgarugovkina@yandex.ru

КРАСНОВА-ГОЛЬЕВА В.В.*****, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: v.krasnova@inbox.ru

Для цитаты:

Холмоторова А.Б., Москачева М.А., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Краснова-Гольева В.В., Долныкова А.А., Царенко Д.М., Румянцева Ю.М. Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 99–117. doi:10.17759/exppsy.2015080310

* Холмоторова А.Б. Доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, декан факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО МГППУ. Москва, Россия. E-mail: kholmogorova@yandex.ru

** Москачева М.А. Младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Москва, Россия. E-mail: moskacheva.m@gmail.com

*** Рычкова О.В. Доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО МГППУ. Москва, Россия. E-mail: rychkovao@bk.ru

**** Пуговкина О.Д. Кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО МГППУ. Москва, Россия. E-mail: olgarugovkina@yandex.ru

***** Краснова-Гольева В.В. Кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия. E-mail: v.krasnova@inbox.ru

¹ Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (грант № 14-18-03461).



ДОЛНЫКОВА А.А. ***** , МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: dolnyko@gmail.com

ЦАРЕНКО Д.М. ***** , МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: dropship@rambler.ru

РУМЯНЦЕВА Ю.М. ***** , ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия,
e-mail: jacky-j@mail.ru

Приводятся данные обследования больных шизофренией, шизоаффективным психозом и группы психически здоровых испытуемых тестом «Понимание психического состояния по глазам» (тест «Глаза») Барона-Козана, направленного на оценку способности к ментализации. Описывается процедура отбора наиболее валидных карточек теста для русскоязычной выборки испытуемых. Показано, что по результатам выполнения теста «Глаза» больные шизоаффективным расстройством занимают промежуточное положение между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми, т. е. способность к ментализации у них более сохранна по сравнению с больными шизофренией. Полученные данные обсуждаются в контексте теоретических моделей спектра психической патологии. Приводятся данные обследования пациентов и здоровых испытуемых дополнительными методиками, направленными на выявление связи способности к ментализации с выраженностью психопатологической симптоматики (Госпитальная шкала, Опросник SCL-90-R) и социальной мотивации в форме направленности на контакты с другими людьми и способности получать удовольствие от них (Шкала социальной избегания и дистресса, Краткая шкала страха негативной оценки, Шкала социальной ангедонии), а также направленности на психическую жизнь и эмоциональную сферу (Торонтская шкала алекситимии). На основании корреляционного анализа данных делается вывод о наличии статистически значимых обратных связей между способностью к ментализации, с одной стороны, и тяжестью психопатологической симптоматики и снижением социальной направленности – с другой.

Ключевые слова: ментализация, шизофрения, шизоаффективный психоз, шизофренический спектр, модели спектра, определение психического состояния по глазам, социальная мотивация, социальная ангедония, социальная тревожность.

В последние два десятилетия особый интерес клинических психологов вызывают нарушения социального познания. Начиная с нашумевшей статьи Л. Бразерс (Brothers, 1990), выдвинувшей гипотезу о существовании особого биологического субстрата – «социального мозга», процессы социального познания стали одним из главных фокусов внимания среди психиатров и клинических психологов (Burns, 2006; Рычкова, Холмогорова, 2012).

***** Долныкова А.А. Научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Москва, Россия. E-mail: dolnyko@gmail.com

***** Царенко Д.М. Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Москва, Россия. E-mail: dropship@rambler.ru

***** Румянцева Ю.М. Медицинский психолог, ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы. Москва, Россия. E-mail: jacky-j@mail.ru



Разработка адекватных методов для оценки уровня развития социального познания и механизмов его нарушений представляет собой отдельную проблему, тесно связанную с теоретическими представлениями о процессах социального познания.

Сейчас уже не вызывает сомнения, что наибольшее признание и распространение в исследованиях получила модель «теория психического» – «theory of mind» (сокращенно ToM). Под теорией психического понимается способность атрибутировать себе и Другому определенное психическое состояние, лежащее в основе поведения (Premack, Woodruff, 1978). Эта способность проверялась в многочисленных экспериментах у человекообразных обезьян и маленьких детей (Сергиенко, Лебедева, Прусакова, 2009), и также стала предметом многочисленных исследований в клинической психологии, начиная со ставшими классическими работ британского исследователя С. Барон-Козана с коллегами (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985). Синонимичными модели психического являются понятия *ментализации* (Morton, Frith, Leslie, 1991; Fonagy et al., 2002), *mind reading* – «считывание» психического состояния (Whiten, 1991), *social understanding* – социальное понимание (Fernyhough, 2009; Carpendale, Lewis, 2006). Широко принятым в исследованиях психической патологии и психотерапевтических разработках является понятие ментализации (Bateman, Fonagy, 2003), которое используется в данной статье.

В последние десятилетия нарушения способности к ментализации вызвали повышенный интерес специалистов как один из возможных ключей к пониманию универсальных механизмов разных форм психической патологии. Предположение о наличии таких универсальных механизмов тесно связано не только с возникновением гипотезы о социальном мозге, но и с новыми революционными данными относительно общей генетической природы основных психических расстройств, полученными на большой выборке пациентов разных диагностических категорий (Smoller et al., 2013). Эти данные привели к обострению интереса к моделям спектра, которые известны давно, но стали предметом особенно активного обсуждения в последнее десятилетие (Marneros, Akiskal, 2009). Для современных исследователей становится все более очевидным, что не существует психических расстройств как отдельных дискретных единиц, и, скорее всего, их следует представлять как континуум различных по тяжести состояний, которые имеют общие и специфические механизмы возникновения и течения. Такой взгляд имеет важные последствия в виде происходящего в настоящее время пересмотра оснований классификации психических расстройств и повышенного интереса к сравнительному анализу расстройств, помещенных в рамки одного спектра (Холмогорова, 2014).

Особое внимание исследователей привлекают диагностические единицы, лежащие на пересечении двух главных спектров психической патологии (аффективного и шизофренического): биполярного аффективного расстройства (БАР) и шизоаффективного психоза. Эта зона пересечения двух основных спектров психической патологии до сих оставалась мало изученной. Новые упования исследователей на открытие общего для всех расстройств субстрата – социального мозга – инициировали поток сравнительных исследований социального познания и его нейробиологических коррелятов при разных расстройствах – от тревожных расстройств и разных видов униполярной депрессии до биполярного расстройства, и далее – шизоаффективной патологии и шизофрении. При этом возможным психологическим факторам, в частности, социальной мотивации, в исследованиях нарушений социального познания уделяется недостаточно внимания (Bohl, 2014; Рычкова, Холмогорова, 2012, 2013; Холмогорова, 2014).



Предметом данного исследования является сравнение процессов социального познания в форме способности к ментализации как важной основы социальной адаптации и взаимодействия с другими людьми у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством. В рамках модели спектра, где шизоаффективное расстройство локализовано на границе между двумя спектрами – шизофреническим, наиболее тяжелым, и аффективным, более благоприятным, логично предположить, что способность к ментализации, хотя и будет снижена по сравнению с нормой в обеих группах, окажется наиболее значительно нарушенной при шизофрении как крайнем полюсе тяжести шизофренического спектра.

Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом до настоящего времени проводилось только за рубежом и подтвердило меньшую сохранность этой способности у больных шизофренией (Chen, 2011). Однако при этом не оценивалась связь способности к ментализации с выраженностью психопатологической симптоматики и особенностями социальной мотивации у больных с расстройствами шизофренического спектра, что стало дополнительными задачами данного исследования.

Задачи, гипотезы и методы исследования

Основной задачей исследования является оценка способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом, который, как упоминалось выше, лежит на границе с аффективным спектром психической патологии. Обычно шизоаффективные психозы характеризуются более благоприятным течением и менее грубыми нарушениями социальной адаптации у больных по сравнению последствиями шизофренического процесса (Magneros, Akiskal, 2009). В связи с этим была выдвинута *основная гипотеза* о большей сохранности у больных шизоаффективным психозом способности к ментализации – пониманию психического состояния людей.

Со времен Е. Блейлера известно, что больных шизофренией характеризует уход от социальных контактов и доминирование аутистического, оторванного от реальности мышления. Из этого вытекает другое важное предположение о роли психологических переменных в нарушениях способности к ментализации у больных с расстройствами шизофренического спектра и, прежде всего, различных нарушений социальной мотивации.

Поэтому мы выдвинули *дополнительные гипотезы* о связи способности к ментализации с социальной мотивацией в форме направленности на контакты с другими людьми и интереса к их психической жизни. Кроме того, мы предположили, что трудности ментализации у больных шизофренического спектра будут тесно связаны с тяжестью психопатологической симптоматики. Для проверки этих гипотез в качестве дополнительных были поставлены задачи выявления связи способности к ментализации со следующими переменными:

- 1) выраженностью психопатологических симптомов;
- 2) нарушениями социальной мотивации в виде снижения социальной направленности личности – ориентации на общение с другими людьми и способности получать удовольствие от него;
- 3) снижением общей ориентации на психическую и эмоциональную сферу жизни.

В качестве основного метода для оценки способности к ментализации был использован широко известный тест «Понимание психического состояния по глазам» (Reading the



mind in the Eyes), или сокращенно – тест «Глаза» (Eyes test), разработанный британским исследователем С. Барон-Козаном с коллегами для изучения способности к ментализации у страдающих расстройствами аутистического спектра (Baron-Cohen et al., 2001). Так как данный тест не прошел проверку на валидность в российской выборке, то такая задача стояла в качестве одной из дополнительных в нашем исследовании.

Известно, что одним из базовых навыков ментализации является способность к распознаванию эмоций по лицевой экспрессии. Было проведено большое количество российских и зарубежных исследований, направленных на проверку этой способности в норме и патологии, в том числе у больных шизофренией, с помощью наборов фотографий с изображениями разных эмоциональных состояний (Chen, 2011; Курек, 1985). Тест «Глаза» был разработан с целью некоторого усложнения задачи и придания тесту большей дифференцирующей силы, позволяющей выявлять достаточно широкий спектр нарушений способности к ментализации – от тонких до самых выраженных. Для этого задача усложнялась – на фотографии были изображены только глаза и небольшое пространство вокруг них. Для каждой карточки предлагается 4 варианта ответов. Только один вариант ответа является правильным, или «целевым». Остальные ответы можно назвать «фоновыми». «Фоновые» ответы не являются противоположными по смыслу «целевому» ответу, более того, они имеют схожую эмоциональную окраску с «целевым» ответом, что придает тесту дополнительную сложность.

Разработка оригинальной версии теста складывалась из нескольких этапов (Baron-Cohen et al., 2001). На первом этапе создания теста профессиональным актерам мужского и женского пола было предложено изобразить соответствующее психическое состояние, из полученных фотографий были выделены только области глаз для создания карточек с их изображением. Затем экспертам (всего 8 человек) было предложено идентифицировать состояния по карточкам, выбрав одно из четырех слов, описывающих разные психические состояния. После этого были отобраны те карточки, которые правильно определили большинство экспертов (5 из 8, т. е. 62%). Карточки, которые не были опознаны правильно большинством экспертов, а также те, в которых хотя бы один из неправильных ответов выбрали более двух экспертов, были удалены.

На основе отобранных таким образом карточек было проведено исследование в популяционной выборке. По результатам популяционного исследования были опять удалены некоторые карточки: те, которые не опознали правильно большинство испытуемых (более 50%), а также те, где какой-то из неправильных ответов выбрали более четверти (более 25%) испытуемых. После этого из первоначального набора осталось 36 карточек, которые и составили основу методики. На рис.1 приведен пример одной из карточек набора с четырьмя вариантами слов, описывающих психическое состояние человека по выражению его глаз.

В российской популяционной выборке и выборке подростков, больных шизофренией, тест был апробирован Е.Е. Румянцевой в ее диссертационном исследовании (Румянцева, 2013). Популяционная группа была небольшой по численности (30 человек) и набиралась из студентов и людей, имеющих высшее образование, чтобы избежать включения испытуемых со сниженным интеллектом. Средний возраст испытуемых составил 21 год, т. е. в группе преобладала молодежь. По выводу автора, ряд карточек нуждался в замене: в них процент людей, давших ответ, совпадающий с целевым, оказался меньше 50%, что было критерием исключения карточек из окончательного набора самими авторами методики.



Неполное совпадение результатов, полученных Е.Е. Румянцевой, с данными оригинального исследования разработчиков методики может объясняться культуральными особенностями, которые оказывают сильное влияние на восприятие и распознавание эмоций, что требует строгого отбора карточек для исследований в иной культурной среде. Помимо этого, перевод слов, обозначающих оттенки эмоциональных и психических состояний с одного языка на другой представляет большую трудность, так как нередко встает проблема наличия точных аналогов. Поэтому мы сочли необходимым дополнительную проверку валидности карточек с участием российских экспертов и популяционной выборки, отобранной по критериям отсутствия симптомов психической патологии и более широкого возрастного диапазона.



- 1) игривый;
- 2) расслабленный;
- 3) раздраженный;
- 4) скучающий.

Рис. 1. Пример карточки из набора к тесту «Глаза»

Для решения дополнительных задач исследования, сформулированных выше, использовались еще два блока методик.

Для оценки выраженности психопатологической симптоматики использовались две симптоматические шкалы.

- Опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom check list-90-Revised – SCL-90-R (Derogatis, Rickels, Rock, 1976; адаптация Н.В. Тарабриной, 2001), состоящий из 90 вопросов, каждый из которых относится к одной из девяти шкал: соматизация, обсессивно-компульсивное расстройство, интерперсональная чувствительность, депрессия, тревога, враждебность, фобическая тревога, параноидное мышление, психотизм. При обработке подсчитываются дополнительно три интегративных показателя: общий индекс тяжести (GSI), общее число утвердительных ответов (PST), индекс симптоматического дистресса (PSDI).

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии – The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (Zigmond, Snaith, 1983; адаптация М.Ю. Дробижева, 1993), предназначенная для первичного выявления симптомов тревоги и депрессии, состоит из 14 утверждений: 7 относятся к подшкале тревоги и 7 – к подшкале депрессии.

Для оценки социальной мотивации – направленности на общение с людьми и способности получать удовольствие от него, а также общей ориентации на психическую и эмоциональную сферу использовались четыре методики.



- Краткая шкала страха негативной оценки – Brief Fear of Negative Evaluation Scale – BFNE (Leary, 1983; в процессе апробации в русскоязычной выборке), предназначенная для измерения уровня тревоги в ситуациях оценивания, состоит из 12 пунктов.

- Шкала социального избегания и дистресса – Social Avoidance and Distress Scale – SADS (Watson, Friend, 1969; адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011), предназначенная для измерения склонности избегать социальных ситуаций и испытывать в них дискомфорт, состоит из 28 пунктов.

- Шкала социальной ангедонии – Revised Social Anhedonia Scale – RSAS (Eckblad et al., 1982; адаптация О.В. Рычковой, А.Б. Холмогоровой, 2013), предназначенная для оценки степени снижения потребности в получении удовольствия от общения с другими людьми, от эмоционального контакта, выполнения совместной деятельности, состоит из 40 пунктов.

- Торонтская шкала алекситимии – Toronto Alexithimia Scale – TAS-20-R (Taylor, Bagby, Parker, 2003; адаптация Е.Г. Старостиной, Г.Д. Тейлор, Л.К. Квилти, А.Е. Боброва и др., 2010), предназначенная для диагностики основных компонентов алекситимии: трудностей идентификации чувств (ТИЧ), трудностей с описанием чувств другим людям (ТОЧ), внешне-ориентированного (экстернального) типа мышления (ВОМ), состоит из 20 пунктов.

Проверка валидности карточек теста «Глаза» для российской выборки испытуемых

Для исследования способности к ментализации у больных с расстройствами шизофренического спектра нами была проведена процедура отбора карточек оригинального теста «Глаза», описанная ниже.

Карточки с переводом английских слов, обозначающих различные оттенки эмоциональных и нейтральных психических состояний (русскоязычный вариант теста), были заимствованы на сайте Кембриджского центра исследований аутизма (http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests). На первом этапе процедура отбора совершалась на основании экспертных выборов. Экспертами были русскоязычные психотерапевты с большим профессиональным опытом, а также имеющие опыт исследовательской работы по изучению эмоциональной сферы человека (всего пять человек). На этапе экспертной оценки нами были отобраны только те карточки, в которых правильный ответ выбрали четыре эксперта из пяти (т. е. 80% экспертов); таким образом, отбор происходил по более строгим критериям, чем в оригинальной версии теста с порогом 60% совпадений экспертных оценок. Выборы четырех экспертов совпали только для 21 карточки из 36, причем для двух из отобранных 21 карточки выборы четырех экспертов не совпали с ключом оригинального теста. Эти карточки были удалены из окончательного набора, таким образом, осталось всего 19 карточек из 36.

После этого из 150 испытуемых разного пола и возраста, обследованных двумя клиническими симптоматическими опросниковыми методиками (SCL-90-R и госпитальной шкалой), нами была отобрана группа испытуемых, которые вошли в коридор нормы по всем показателям симптоматических шкал – всего 41 человек (21 мужчина и 20 женщин). Такой отбор позволил нам считать, что с большой вероятностью отобраны психически здоровые испытуемые и в дальнейшем мы можем ориентироваться на их ответы. Этой группе из 41 испытуемого было предложено выбрать правильный ответ для 19 карточек, которые были отобраны на основании результатов опроса экспертов (табл.1, в таблице сохранена нумерация карточек оригинального варианта методики).



Таблица 1
Процент здоровых испытуемых (N = 41), выбравших каждый из четырех возможных вариантов ответа в тесте «Глаза»

Номер изображения	Правильный ответ (экспертный ключ)	Неправильный ответ № 1	Неправильный ответ № 2	Неправильный ответ № 3
1	90,2	7,3	2,4	0,0
2	97,6	0,0	0,0	2,4
6	68,3	2,4	0,0	29,3
9	82,9	2,4	4,9	9,8
10	63,4	0,0	31,7	4,9
12	90,2	7,3	2,4	0,0
13	80,5	12,2	7,3	0,0
14	58,5	36,6	4,9	0,0
15	82,9	2,4	4,9	9,8
22	82,9	4,9	2,4	9,8
23	65,9	2,4	12,2	19,5
28	73,2	0,0	4,9	22,0
29	70,7	9,8	2,4	17,1
30	97,6	0,0	0,0	2,4
31	78,0	7,3	12,2	2,4
32	73,2	19,5	4,9	2,4
33	61,0	14,6	17,1	7,3
34	73,2	0,0	22,0	4,9
36	75,6	0,0	22,0	2,4

Как видно из таблицы, в трех карточках (6, 10, 14) выборы какого-то одного неправильного ответа осуществили более 25% испытуемых, что также стало основанием для их удаления из набора. Таким образом, в результате процесса отбора наиболее валидных карточек у нас осталось 16 карточек из 36. На основе биномиального теста была установлена граница, после которой выборы правильного ответа не являются случайными. В наборе из 16 карточек такой границей является показатель 7 правильных ответов. При всех показателях теста больше 7 баллов, т. е. начиная с 8 баллов, выбор правильных ответов не является случайными.

Далее была проведена процедура оценки влияния пола и возраста на ответы здоровых испытуемых по этим карточкам.

Как уже говорилось, в группу нормы был включен 41 человек – 21 мужчина и 20 женщин в возрасте от 19 до 40 лет, средний возраст по всей группе составил 31,7 (данные представлены в табл. 2).



Таблица 2

Половозрастные характеристики здоровых испытуемых

Пол	N	Возраст (лет)	
		Среднее	Стандартное отклонение
Мужской	21	29,6	4,6
Женский	20	34,0	5,7
Итого	41	31,7	5,5

Примечание: N – количество испытуемых.

На основе метода двухфакторного анализа ANOVA 2x3 была проведена оценка влияния факторов пола (2 градации) и возраста (3 градации) на число правильных ответов по тесту «Глаза». Было установлено, что такое влияние отсутствует как для факторов пола ($p = 0,269$) и возраста ($p = 0,726$) по отдельности, так и для их совокупности ($p = 0,564$), что позволило нам не учитывать эти параметры в дальнейшем.

Результаты исследования клинических групп

Отобранные 16 карточек вместе с рядом других методик были предъявлены здоровым испытуемым, а также группе больных шизофренией и больных шизоаффективным расстройством.

В группу больных шизофренией вошли 39 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0) – 24 мужчины и 15 женщин в возрасте от 20 до 65 лет, средний возраст – $35,7 \pm 10,0$ лет. Средняя длительность заболевания составила $11,6 \pm 9,0$ лет. Клиническая картина у больных в психотический период отличалась развитием галлюцинаторно-параноидного синдрома без выраженных аффективных расстройств. На этапе становления ремиссии состояние пациентов характеризовалось редукцией острой психопатологической симптоматики. При этом присутствовали остаточные позитивные и негативные симптомы.

Группу больных шизоаффективным расстройством сформировали 25 пациентов – 10 мужчин и 15 женщин в возрасте от 18 до 48 лет с диагнозами шизоаффективное расстройство: маниакальный тип (F25.0) – 10 человек, депрессивный тип (F25.1) – 11 человек и смешанный тип шизоаффективного психоза (F25.2) – 4 человека. Средний возраст по всей группе – $30,2 \pm 8,5$ лет. Средняя длительность заболевания составила $7,0 \pm 6,0$ лет. Во время психотического эпизода состояние больных в группе характеризовалось проявлениями депрессивной, маниакальной или смешанной аффективной патологии одновременно с симптомами шизофрении и преобладанием аффективно-бредовой симптоматики. В период становления ремиссии отмечались остаточные расстройства настроения при значительной редукции параноидных симптомов.

Сравнительный анализ групп при помощи клинических шкал также выявил преобладание в группе шизоаффективных расстройств выраженности аффективной патологии. Яркость аффекта, чувственный характер бредовой симптоматики обуславливали большую остроту и интенсивность психопатологического состояния у этих больных. Средний индекс общей тяжести по SCL-90-R в группе больных с шизофренией составил – $0,99 \pm 0,76$; в груп-



пе шизоаффективных расстройств – $1,30 \pm 0,84$ ($p=0,045$). По этой же причине больные шизоаффективным психозом отличались повышенной раздражительностью, гневливостью и враждебностью. Средний показатель по подшкале враждебности (HOS) SCL-90-R в группе больных с шизофренией составил – $0,52 \pm 0,61$; в группе с шизоаффективными расстройствами – $1,17 \pm 1,04$ ($p=0,020$).

В табл. 3 представлены результаты сравнения показателей успешности выполнения теста «Глаза» в группе здоровых испытуемых и двух клинических группах по критерию Манна–Уитни.

Таблица 3

Средние значения и стандартные отклонения показателя правильных выборов в тесте «Глаза» в трех группах испытуемых (здоровые, больные шизофренией, больные шизоаффективным расстройством)

Группа испытуемых	N	Суммарный балл по тесту «Глаза»	
		Среднее	Стандартное отклонение
Больные шизофренией	39	9,6a,b	2,30
Больные шизоаффективным расстройством	25	11,3a,c	1,9
Здоровые	41	12,8b,c	1,8
Итого	105	11,2	2,5

Примечание: N – количество испытуемых; a – различия между группами больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на уровне 0,01; b – различия между группами больных шизофренией и здоровыми испытуемыми на уровне 0,000; c – различия между группами больных шизоаффективным расстройством и здоровыми испытуемыми на уровне 0,01.

Как видно из таблицы, хуже всего с задачей распознавания справились больные шизофренией, в среднем они смогли правильно определить психическое состояние по глазам менее чем в 10 карточках из 16. Далее следуют больные шизоаффективным расстройством – они в среднем правильно определили психическое состояние более чем в 11 случаях из 16 возможных. Наконец, здоровые испытуемые в среднем давали около 13 правильных ответов из 16 возможных. В целом, у больных обеих групп шизофренического спектра способность к ментализации в форме распознавания психического состояния по глазам оказалась сниженной по сравнению с нормой. Ниже приводится гистограмма (рис. 2), из которой видно, как распределялось количество правильных ответов (в %) в объединенной группе больных шизофренией и больных шизоаффективным расстройством по сравнению с группой здоровых.

Из рис. 2 видно, что наибольший процент (20 %) больных правильно определили психическое состояние в 10 случаях из 16, а среди здоровых 30% испытуемых выбрали правильный ответ в 13 случаях и более 20% – в 14 карточках из 16.

Ниже приводится гистограмма (рис. 3), демонстрирующая распределение процента правильных ответов в обеих группах больных в сравнении со здоровыми.

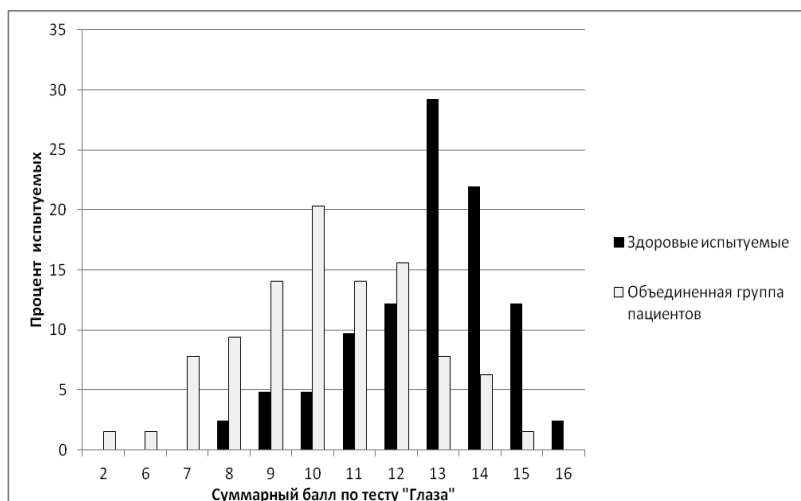


Рис. 2. Процент испытуемых из группы здоровых (N=41) и объединенной группы пациентов с расстройствами шизофренического спектра (N=64), набравших разное количество баллов по тесту «Глаза»

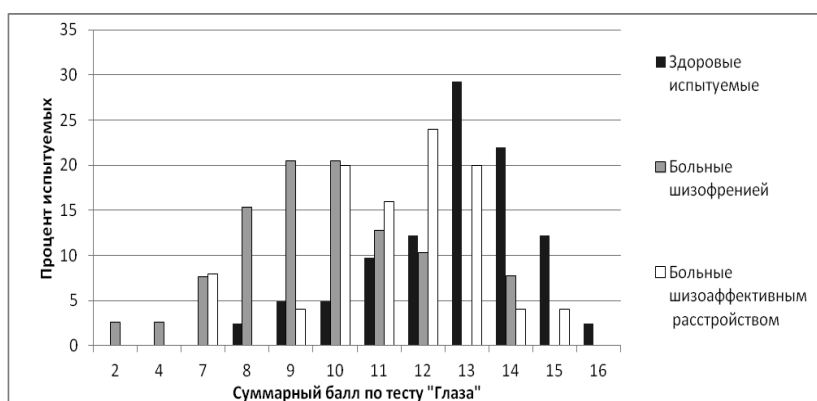


Рис. 3. Процент испытуемых из группы здоровых (N=41), группы больных шизофренией (N=39) и группы больных шизоаффективным психозом (N=25), набравших разное количество баллов по тесту «Глаза»

Как видно из гистограммы, большинство больных шизофренией (около 60%) выбрали правильный ответ не более чем в 10 случаях, в то время как около половины больных шизоаффективным психозом смогли правильно определить психическое состояние по глазам не менее чем в 12 карточках. Из рисунка видно, что больные шизоаффективным расстройством по результатам выполнения теста «Глаза» занимают промежуточное положение между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми, что подтверждает нашу основную гипотезу. Также следует отметить, что, согласно указанному ранее биномиальному критерию, никто из испытуемых группы нормы не попал в зону случайного выбора правильных ответов (меньше восьми). В то время среди испытуемых обеих групп пациентов такие случаи имели место. В группе больных шизофренией их число оказалось наибольшим – более 10 %.

Полученные данные свидетельствуют о том, что социальное познание в форме способности к ментализации у больных шизоаффективным расстройством более сохранно по



сравнению с больными шизофренией. Это, в свою очередь, служит косвенным доказательством модели спектра, в которой шизоаффективное расстройство примыкает к аффективному спектру и характеризуется большей сохранностью психических процессов, лежащих в основе социальной адаптации.

Корреляция между результатами выполнения теста «Глаза» и показателями других методик в объединенной выборке

Помимо теста «Глаза» здоровые испытуемые и больные расстройствами шизофренического спектра заполнили целый ряд других методик с целью проверки возможных связей успешности выполнения этого теста с уровнем психопатологической симптоматики, а также с уровнем социальной тревожности, социальной ангедонии и алекситимии как факторов, отражающих социальную мотивацию и направленность личности на психологическое содержание и эмоциональную сферу жизни.

Психопатологические шкалы были заполнены всеми испытуемыми без исключения и была поставлена задача выяснить, существуют ли корреляционные связи между выраженностью психопатологической симптоматики по двум симптоматическим шкалам (SCL-90-R и Госпитальной шкалой) и уровнем выполнения теста «Глаза» на всей выборке испытуемых, включая больных и здоровых – всего 104 человека. Результаты корреляционного анализа представлены ниже в табл. 4. Так как распределение изучаемых показателей отличалось от нормального, корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Спирмана.

Таблица 4

Корреляция между показателем выполнения теста «Глаза» и показателями психопатологической симптоматики Госпитальной шкалы и опросника SCL-90-R в объединенной выборке больных и здоровых (N=105)

Показатели	Суммарный балл по тесту «Глаза»	
	Коэффициент корреляции Спирмана	Значения (2-сторонняя)
Тревога (Госпитальная шкала)	-,292**	0,003
Депрессия (Госпитальная шкала)	-,382***	0,000
GSI (общий индекс тяжести SCL-90)	-,365***	0,000
PST (общее число утвердительных ответов)	-,364***	0,000
PSDI (индекс симптоматического дистресса)	-,266**	0,006
SOM (соматизация)	-,311***	0,001
OC (обсессивно-компульсивные расстройства)	-,334***	0,001
INT (интерперсональная чувствительность)	-,349***	0,000
DEP (депрессия)	-,381***	0,000
ANX (тревога)	-,372***	0,000
HOS (враждебность)	-0,149	0,132
PHOB (фобическая тревога)	-,319***	0,001
PAR (параноидное мышление)	-,310***	0,001
PSY (психотизм)	-,367***	0,000

Примечание: «***» – корреляция значима на уровне 0,001 (2-сторонняя); «**» – корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).



Как видно из табл. 4, получены значимые обратные корреляционные связи со всеми шкалами опросника SCL-90-R кроме шкалы враждебности (HOS), а также с обеими подшкалами Госпитальной шкалы. Наиболее высокие и значимые корреляции получены для шкал депрессии в обоих клинических опросниках, для шкал тревоги и психотизма, а также общего индекса психопатологической симптоматики (GSI) и показателя общего числа утвердительных ответов (PST) шкалы SCL-90-R.

Если психопатологические шкалы были заполнены всеми испытуемыми без исключения, то шкалы, тестирующие социальную направленность (Шкала социальной ангедонии и два опросника социальной тревожности), а также направленность на психическую жизнь и эмоциональную сферу (Торонтская шкала алекситимии) заполнили только часть испытуемых. Тем не менее, при проверке связей между успешностью выполнения теста «Глаза» и показателями методик, тестирующих социальную направленность, на объединенной выборке были получены некоторые значимые корреляции, которые представлены в табл. 5.

Таблица 5

Корреляция между показателем выполнения теста «Глаза» и показателями методик, тестирующих социальную мотивацию (Шкала социальной ангедонии, Шкала социального избегания и дистресса, Краткая шкала страха негативной оценки) и направленность на психологическую сферу жизни (Торонтская шкала алекситимии) в объединенной выборке больных и здоровых (число испытуемых по каждой методике указано в таблице)

Показатели	Суммарный балл по тесту «Глаза»		
	N	Коэффициент корреляции Спирмана	Значение (2-сторонняя)
Общий показатель SADS, в том числе:	61	-,259*	0,044
социальный дистресс	61	-0,135	0,298
социальное избегание	61	-,357**	0,005
Страх негативной оценки	52	-,242t	0,084
Социальная ангедония	87	-,242*	0,024
Общий показатель TAS, в том числе:	77	-,223t	0,052
трудности идентификации чувств	77	-0,148	0,198
трудности осознания чувств	77	-0,18	0,117
внешне-ориентированное мышление	77	-0,173	0,133

Примечание: «**» – корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя); «*» – корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя); t – корреляция на уровне тенденции; N – количество испытуемых.



Из таблицы видно, что значимые обратные корреляции получены для подшкалы «социальное избегание» опросника SADS, а также для общего показателя этого опросника и для шкалы «социальная ангедония». Наиболее высокий уровень значимости ($p < 0.01$) у подшкалы «социальное избегание», которая отражает выраженность мотивации ухода от контактов, направленность от людей. Вопреки ожиданиям, значимых корреляций с Краткой шкалой страха негативной оценки и Торонтской шкалой алекситимии не получены, хотя коэффициенты корреляции говорят о наличии связи на уровне статистической тенденции для обеих шкал. Данные корреляционного анализа свидетельствуют о наличии связи негативной социальной мотивации в виде избегания социальных контактов и отсутствия удовольствия от них со снижением способности к ментализации.

Обсуждение результатов

Результаты сравнительного исследования способности к ментализации у больных шизофренией и больных шизоаффективным психозом подтвердили гипотезу о более выраженных трудностях в определении психического состояния других людей по выражению их глаз у больных шизофренией. Это подтверждает большую сохранность процессов социального познания у больных с шизоаффективным расстройством. В дальнейшем необходимо сравнительное исследование процессов ментализации у больных с расстройствами аффективного спектра, включая биполярное аффективное расстройство и монополярную депрессию, с целью проверки предположения о наличии континуума нарушений социального познания и промежуточного положения шизоаффективного психоза и биполярного расстройства в этом континууме.

Были также выявлены многочисленные корреляционные связи показателей успешности выполнения теста «Глаза» с подшкалами опросника SCL-90-R и шкалами тревоги и депрессии Госпитальной шкалы. Наиболее значимые корреляции получены для общего индекса психопатологической симптоматики и показателя общего числа положительных ответов по шкалам опросника, что говорит о связи общего психического неблагополучия со снижением способности к ментализации. Особенно высокие значимые связи с показателями шкал депрессии, тревоги и психотизма свидетельствуют о роли тревожного и тоскливого аффектов, чувства опасности, снижения интереса к жизни и тенденции к избегающему, шизоидному жизненному стилю в трудностях ментализации у больных с расстройствами шизофренического спектра.

Согласно полученным данным, страх негативной оценки со стороны окружающих и уровень дистресса от социальных контактов не оказывают существенного влияния на определение психического состояния по глазам. Отсутствие значимых корреляций со шкалой страха негативной оценки может быть, однако, связано с тем, что ее заполнила только половина всех испытуемых. Учитывая, что тенденция к корреляции все же имеет место, можно предположить, что при увеличении выборки эта связь может стать значимой.

Также не получилось значимых корреляций ни с одной из подшкал опросника алекситимии, а именно – трудностями идентификации и осознания чувств, а также внешне ориентированным мышлением. Одним из объяснений такого рода данных может быть, с одной стороны, специфика теста «Глаза» – наличие готового набора слов, из которых надо было только выбрать подходящее, что позволило исключить один из важных дефицитов, стоящих за алекситимным радикалом, а именно, бедность эмоционального словаря. С другой стороны, анализ средних значений показателей алекситимии по группам свидетельствует о том, что даже в группе больных средний балл относительно невысок (51 б.), а в группе здоровых испытуемых и вовсе достаточно низкий (41 б.). Вместе с тем, полученные дан-



ные требуют дальнейшего уточнения, так как не все испытуемые заполнили эти методики. Учитывая тот факт, что общий показатель шкалы алекситимии коррелирует с числом правильных ответов в тесте «Глаза» на уровне статистической тенденции, можно предположить, что при увеличении выборки корреляция может стать значимой.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие **выводы**.

1. Способность к ментализации (в виде способности к определению психического состояния другого человека по выражению его глаз) у больных с расстройствами шизофренического спектра снижена по сравнению со здоровыми испытуемыми.

2. Способность к ментализации у больных шизофренией ниже по сравнению с больными шизоаффективным психозом. Больные шизоаффективным психозом по степени успешности распознавания психического состояния по глазам занимают промежуточное место между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми.

3. Способность к ментализации связана с общей тяжестью психопатологической симптоматики обратными корреляционными связями, наиболее значимые обратные связи отмечаются с симптомами депрессии, тревоги и психотизма.

4. Способность к ментализации связана с социальной мотивацией: чем выше мотивация социального избегания и ниже удовольствие от социальных контактов, тем хуже способность к распознаванию психического состояния другого человека по выражению его глаз.

Литература

1. *Дробижев М.Ю.* Нейрональная пластичность – новая мишень в терапии депрессии. М.: НЦПЗ РАМН, 1993. 24 с.
2. *Краснова В.В., Холмогорова А.Б.* Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии. 2011. № 3. С. 49–58.
3. *Курек Н.С.* Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией (на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии) // Журнал Невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1985. № 2. С. 70–75.
4. *Румянцева Е.Е.* Модель психического и когнитивное функционирование у больных молодого возраста после перенесенного эндогенного приступа: дисс. ... канд. психол. наук. М.: НЦПЗ РАМН, 2014. 196 с.
5. *Рычкова О.В.* Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией: дисс. ... докт. психол. наук. СПб.: СПбГУ, 2011. 475 с.
6. *Рычкова О.В., Холмогорова А.Б.* О мозговых основах социального познания, поведения и психической патологии: концепция «социальный мозг» – «за» и «против» // Вопросы психологии. 2012. № 5. С. 1–16.
7. *Рычкова О.В., Холмогорова А.Б.* Социальная ангедония и нарушения социальной направленности при шизофрении // Сб. материалов науч. конф. «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии» / ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, МГППУ. М., 2013. С. 92–93.
8. *Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А.* Модель психического в онтогенезе человека. М.: Институт психологии РАН, 2009. 412 с.
9. *Старостина Е.Г., Тейлор Г.Д., Квилти Л.К., Бобров А.Е. и др.* Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 4. С. 31–38.
10. *Тарабрина Н.В.* Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
11. *Холмогорова А.Б.* Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 8–29.
12. *Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U.* Does the autistic child have a ‘theory of mind’ // Cognition. 1985. Vol. 21. P. 37–46.
13. *Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y., Plumb I.* The “Reading the Mind in the Eyes” Test



- Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001. Vol. 42 (2). P. 241–251.
14. *Bateman A., Fonagy P.* Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment. Oxford: Oxford university press, 2003. 478 p.
 15. *Bohl V.* We read minds to shape relationships // *Philosophical Psychology*. 2014. Vol. 28(5). P. 674–694.
 16. *Brothers L.* The social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain // *Concepts Neuroscience*. 1990. Vol. 1. P. 227–251.
 17. *Burns J.* The social brain hypothesis of schizophrenia // *World psychiatry*. 2006. Vol. 5(2). P. 77–81.
 18. *Carpendale J., Lewis C.* How children develop social understanding. Oxford: Blackwell, 2006. 323 p.
 19. *Chen Y.* Face Perception in Schizophrenia Spectrum Disorders: Interface Between Cognitive and Social Cognitive Functioning // In: Michael Ritsner (ed.) *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders, Volume II Phenotypic and Endophenotypic Presentations*. Springer Science, Business Media, 2011. P. 111–121.
 20. *Fernyhough C.* Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue, and the development of social understanding // *Developmental Review*. 2009. Vol. 28. P. 225–262.
 21. *Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M.* Affect regulation, mentalization, and the development of self. N. Y.: Other Press, 2002. 592 p.
 22. *Frith U., Morton J., Leslie A.M.* The cognitive basis of a biological disorder: autism // *Trends in Neurosciences*. 1991. Vol. 14. P. 433–438.
 23. *Marneros A., Akiskal H.S.* The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra. Cambridge Academ., 2009. 312 p.
 24. *Premack D., Woodruff G.* Does the chimpanzee have a theory of mind? // *Behavioural and Brain Sciences*. 1978. Vol. 1. P. 515–526.
 25. *Smoller J.W., Craddock N., Kendler K.* Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // *The Lancet*. 2013. Vol. 381. № 1. P. 1371–1379.
 26. *Whiten A.* (ed.) *Natural theories of mind*. Oxford: Basil, 1991. 31 p.

COMPARISON OF THE ABILITY TO MENTALIZATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOAFFECTIVE PSYCHOSIS BASED ON THE METHODOLOGY «UNDERSTANDING THE MENTAL STATE OF THE EYES»

KHOLMOGOROVA A.B. *, *Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: kholmogorova@yandex.ru*

MOSKACHEVA M.A. **, *Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: moskacheva.m@gmail.com*

For citation:

Kholmogorova A.B., Moskacheva M.A., Rychkova O.V., Pugovkina O.D., Krasnova V.V., Dolnykova A.A., Tsarenko D.M., Rumyantseva Yu.M. Comparison of the ability to mentalization in patients with schizophrenia and schizoaffective psychosis based on the methodology «Understanding the mental state of the eyes». *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 99–116 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080310

* *Kholmogorova A.B.* Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia; Dean of the Faculty Advisory and Clinical Psychology, MSUPE. Moscow, Russia. E-mail: kholmogorova@yandex.ru

** *Moskacheva M.A.* Junior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia. Moscow, Russia. E-mail: moskacheva.m@gmail.com



RYCHKOVA O.V. ***, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: rychkovao@bk.ru

PUGOVKINA O.D. ****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

KRASNOVA V.V. *****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: v.krasnova@inbox.ru

DOLNYKOVA A.A. *****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: dolnyko@gmail.com

TSARENKO D.M. *****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: dropship@rambler.ru

RUMYANTSEVA YU.M. *****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: jacky-j@mail.ru

Funding

The study was supported by the Russian Science Foundation (project № 14-18-03461) based in State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Russian Ministry of Health.

We present the data of the survey of patients with schizophrenia, schizoaffective psychosis and a group of mentally healthy people using the test «Understanding the mental state of the eyes» («Eyes test») by Baron-Cohen, aimed at assessing the capacity for mentalization. We describe the procedure for selecting the most valid test cards for Russian sample of subjects. It is shown that the results of the test «Eyes» of schizoaffective disorder patients are intermediate between patients with schizophrenia and healthy subjects, i.e. ability for mentalization they save more than patients with schizophrenia. The findings are discussed in the context of theoretical models of the spectrum of mental pathology. The data of the survey of patients and healthy subjects, additional procedures aimed at identifying the communication capacity for mentalization with the severity of psychopathology (Hospital scale questionnaire SCL-90-R) and social motivation in the

*** *Rychkova O.V.* Doctor of Psychology, a leading researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia; Professor of Clinical Psychology and Psychotherapy of the Faculty of counseling and clinical psychology, MSUPE. Moscow, Russia. E-mail: rychkovao@bk.ru

**** *Pugovkina O.D.* Ph.D., associate professor, senior researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia; assistant professor of clinical psychology and psychotherapy Faculty Advisory and Clinical Psychology, MSUPE. Moscow, Russia. E-mail: olgapugovkina@yandex.ru

***** *Krasnova V.V.* Ph.D., researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia. Moscow, Russia. E-mail: v.krasnova@inbox.ru

***** *Dolnykova A.A.* Researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia. Moscow, Russia. E-mail: dolnyko@gmail.com

***** *Tsarenko D.M.* PhD, senior researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia. Moscow, Russia. E-mail: dropship@rambler.ru

***** *Rumyantseva Yu.M.* Clinical psychologist, Psychiatric Hospital named after P.B. Gannushkin. Moscow, Russia. E-mail: jacky-j@mail.ru



form of focus on the contact with others and the ability to enjoy them (The scale of social avoidance and distress scale Brief fear of negative evaluation, social anhedonia scale), as well as focus on the mental and emotional sphere of life (Toronto alexithymia scale). Based on the correlation analysis of the data concludes that there is a statistically significant inverse association between the ability to mentalization, on the one hand, and the severity of psychopathology and the reduction of social orientation – on the other.

Keywords: mentalization, schizophrenia, schizoaffective psychosis, schizophrenia spectrum, the spectrum model, the definition of the mental state of the eyes, social motivation, social anhedonia, social anxiety.

References

1. Drobizhev M.Iu. *Neironal'naia plastichnost' – novaia misha' v terapii depressii*. [Neuronal plasticity – a new target in the treatment of depression]. Moscow: NTSPZ Medical Sciences, 1993. 24 p. (In Russ.).
2. Krasnova V.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naia trevozhnost' i ee sviaz' s emotsional'noi dezadaptatsiei, urovnem stressa i kachestvom interpersonal'nykh otnoshenii u studentov [Social anxiety and its relation to emotional maladjustment, stress levels and quality of interpersonal relationships among students]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology], 2011, no. 3, pp. 49–58 (In Russ.).
3. Kurek N.S. Issledovanie emotsional'noi sfery bol'nykh shizofreniei (na modeli raspoznavaniia emotsii po neverbal'noi ekspressii) [The study of the emotional sphere of schizophrenic patients (on the model of recognition of non-verbal expression of emotions)]. *Zhurnal Nevropatologii i psikhiiatrii imeni S.S. Korsakova* [Journal of Neuropathology and Psychiatry named after S.S. Korsakov], 1985, no. 2., pp. 70–75 (In Russ.).
4. Rumiantseva E.E. *Model' psikhicheskogo i kognitivnoe funktsionirovanie u bol'nykh molodogo vozrasta posle perenesennogo endogennoogo pristupa: diss. ... kand. psikh. nauk* [Model mental and cognitive functioning in young patients after myocardial endogenous attack: diss. ... cand. psychol. sciences]. Moscow: NTSPZ RAMS, 2014. 196 pp. (In Russ.).
5. Rychkova O.V. *Narusheniia sotsial'nogo intellekta u bol'nykh shizofreniei: diss. ... dokt. psikh. nauk* [Violations of social intelligence in patients with schizophrenia: diss. ... doctor. psychol. sciences]. St. Petersburg: St. Petersburg State University, 2011. 475 p. (In Russ.).
6. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. O mozgovykh osnovakh sotsial'nogo poznaniia, povedeniia i psikhicheskoi patologii: kontseptsiiia «sotsial'nyi mozg» – «za» i «protiv» [About the brain bases of social cognition, behavior, and mental disorders: the concept of the “social brain” - “for” and “against”]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology], 2012, no. 5, pp. 1–16 (In Russ.).
7. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naia angedoniia i narusheniia sotsial'noi napravlenosti pri shizofrenii. [Social anhedonia and violations of social orientation in schizophrenia]. In *Sb. materialov nauch. konf. «Teoreticheskie i prikladnye problemy meditsinskoi (klinicheskoi) psikhologii»* [Coll. scientific materials. Conf. “Theoretical and applied problems of medical (clinical) psychology”]. Moscow: FGBI “Mental Health Research Center” RAMS, MGPPU. 2013. S. 92–93 (In Russ.).
8. Sergienko E.A., Lebedeva E.I., Prusakova O.A. *Model' psikhicheskogo v ontogeneze cheloveka* [Mental model in human ontogeny]. Moscow: Institute of Psychology RAS, 2009. 412 pp. (In Russ.).
9. Starostina E.G., Teilor G.D., Kvilti L.K., Bobrov A.E. et al. Torontskaia shkala aleksitimii (20 punktov): validizatsiia russkoiazychnoi versii na vyborke terapevticheskikh bol'nykh [Toronto alexithymia scale (20 points): validation of the Russian version of a sample of medical patients]. *Sotsial'naia i klinicheskaia psikhiiatriia* [Social and clinical psychiatry], 2010, vol. 20, no. 4, pp. 31–38 (In Russ.).
10. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa* [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg: Piter, 2001. 272 pp. (In Russ.).
11. Kholmogorova A.B. Priroda narushenii sotsial'nogo poznaniia pri psikhicheskoi patologii: kak primirit' «bio» i «sotsio»? [The nature of social cognition disorders in the mental disorders: how to reconcile the “bio” and “socio”?]. *Konsul'tativnaia psikhologiiia i psikhoterapiia* [Counseling Psychology and psychotherapy], 2014, no. 4, pp. 8–29 (In Russ.).
12. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a ‘theory of mind’. *Cognition*, 1985, vol. 21, pp. 37–46.
13. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y., Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, vol. 42, no. 2, pp. 241–251.



14. Bateman A., Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford university press, 2003. 478 p.
15. Bohl V. We read minds to shape relationships. *Philosophical Psychology*, 2014, vol. 28, no. 5, pp. 674–694.
16. Brothers L. The social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neuroscience*, 1990, vol. 1, pp. 227–251.
17. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia. *World psychiatry*, 2006, vol. 5, no. 2, pp. 77–81.
18. Carpendale J., Lewis C. How children develop social understanding. Oxford: Blackwell, 2006. 323 p.
19. Chen Y. Face Perception in Schizophrenia Spectrum Disorders: Interface Between Cognitive and Social Cognitive Functioning. In M. Ritsner (ed.), *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders, Volume II Phenotypic and Endophenotypic Presentations*. Springer Science, Business Media, 2011, pp. 111–121.
20. Fernyhough C. Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue, and the development of social understanding. *Developmental Review*, 2009, vol. 28, pp. 225–262.
21. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of self*. N. Y.: Other Press, 2002. 592 p.
22. Frith U., Morton J., Leslie A.M. The cognitive basis of a biological disorder: autism. *Trends in Neurosciences*, 1991, vol. 14, pp. 433–438.
23. Marneros A., Akiskal H.S. *The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra*. Cambridge Academ., 2009. 312 p.
24. Premack D., Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind?. Behavioural and *Brain Sciences*, 1978, vol. 1, pp. 515–526.
25. Smoller J.W., Craddock N., Kendler K. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet*, 2013, vol. 381, no. 1, pp. 1371–1379.
26. Whiten A. (ed.) *Natural theories of mind*. Oxford: Basil, 1991. 31 p.

РЕПРЕЗЕНТАЦИЯ ТЕЛЕСНОГО Я И ЗАЩИТА ЭГО ПРИ НАРУШЕНИИ ПИЩЕВОГО ПОВЕДЕНИЯ¹

КАМЕНЕЦКАЯ Е.В. *, *Высшая школа психологии, Москва, Россия,*

e-mail: snuff@rambler.ru

РЕБЕКО Т.А. **, *Институт психологии РАН, ФГБУН, Москва, Россия,*

e-mail: rebekota@yandex.ru

В статье исследуется взаимосвязь между нарушением пищевого поведения по типу переедания (НПП) и когнитивно-личностными переменными. Приводятся результаты исследования женщин с помощью методик, позволяющих оценить взаимосвязь между нарушением пищевого поведения (по типу переедание), когнитивными стилями (ПЗ/ПНЗ), отношением к своему телу и агрессивностью.

Ключевые слова: полезависимость/полнезависимость (ПЗ/ПНЗ), фиксированность/мобильность, нарушение пищевого поведения (НПП), конструктивная и дефицитарная агрессия, образ тела.

Введение

В наше время борьба с лишним весом превратилась в индустрию, направленную как на формирование интереса к собственному телу и к проблемам питания, так и на борьбу за идеальное тело и здоровое питание.

Хотя потребность в пище является одной из первичных, биологических потребностей, ежедневный рацион человека, как правило, не ограничивается лишь жизненно необходимыми калориями и питательными веществами (Малкина-Пых, 2007). Потребление пищи определяется пищевыми привычками – сформированными в процессе онтогенеза стереотипными действиями. Необходимо также отметить социальное значение еды. Питание человека с самого рождения связано с межличностным взаимодействием. Впоследствии еда становится неотъемлемой составляющей процесса общения, социализации. Кроме того, стиль питания отражает эмоциональные потребности и душевное состояние человека. Ребенок впервые испытывает избавление от телесного дискомфорта во время грудного кормления; таким образом, удовлетворение голода обретает крепкую связь с ощущением комфорта и защищенности. Для ребенка ситуация насыщения эквивалентна ситуации «меня любят»; фактически чувство защищенности, связанное с насыщением, основано на этом тождестве (оральная чувствительность) (Александр, 2002).

Под пищевым поведением понимается ценностное отношение человека к пище и к ее приему, стереотип питания в различных условиях, поведение, ориентированное на образ собственного тела, деятельность по формированию этого образа. При анализе психосоциальных аспектов ожирения выделяют следующие функции пищевого поведения: поддержание гомеостаза, релаксация, получение удовольствия, коммуникация, самоутверждение,

Для цитаты:

Каменецкая Е.В., Ребеко Т.А. Репрезентация телесного Я при нарушении пищевого поведения // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 118–128. doi:10.17759/exppsy.2015080311

* *Каменецкая Е.В.* Аспирант, Высшая школа психологии. Москва, Россия. E-mail: snuff@rambler.ru

** *Ребеко Т.А.* Кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, Институт психологии РАН, ФГБУН. Москва, Россия. E-mail: rebekota@yandex.ru



поддержание ритуала или привычки, компенсация, награда, защита и удовлетворение эстетической потребности (Креславский, 1981).

Таким образом, пищевое поведение человека направлено на удовлетворение не только биологических и физиологических, но также психологических и социальных потребностей, таких как разрядка психоэмоционального напряжения; чувственное наслаждение, выступающее как самоцель; общение, когда еда связана с пребыванием в коллективе; поддержание определенных ритуалов или привычек (религиозные, национальные, семейные традиции); компенсация неудовлетворенных потребностей (потребность в общении, родительской заботе и т. д.); награда или поощрение за счет вкусовых качеств пищи; удовлетворение эстетической потребности (Малкина-Пых, 2007).

Расстройства пищевого поведения – это комплексы симптомов, которые возникают из-за длительного воздействия поведенческих, эмоциональных, психологических, межличностных и социальных факторов (Вахмистров, Вознесенская, Посохов, 2001; Гаврилов, 1998). В научной литературе обсуждаются разные гипотезы, объясняющие НПП. Например, имеются неоспоримые данные о том, что люди с нарушением пищевого поведения часто используют еду и контроль над едой как попытку компенсировать неосознаваемые негативные чувства и эмоции, как способ восстановить контакт со своей самостью. В некотором роде, диеты, переедание и очищение могут использоваться либо как способ справиться с тяжелыми чувствами, либо как способ чувствовать контроль над собственной жизнью.

В настоящей статье мы пытаемся связать этиогенез НПП с проявлением защитной функции Эго. Проблемная зона в истории развития людей с НПП – это сепарационный конфликт, возникающий в процессе развития. Таким образом, можно допустить, что две тенденции – к интеграции и к дифференциации, отражающие суть сепарационного конфликта, получают свое продолжение во взрослой жизни. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что лица с НПП не могут регулировать удовлетворительным образом свои отношения, так что они смещают конфликты во взаимоотношениях на пищу.

П. Фонеге с соавторами (Fonagy et al., 2002) предлагает ввести разделение предотражающей и психологической самости. Если самовыражение маленького ребенка постоянно пресекается или неверно интерпретируется как агрессия, тогда его самовыражение становится сплавленным с агрессией, что приводит к патологическому удовольствию от деструктивности. Если попытка ребенка защитить свою психологическую самость терпит неудачу, то проявляется патологическое слияние структуры самости и защиты (агрессии). Таким образом, нормальная эмоция гнева превращается в ненависть к себе и в самообвинение.

Дж. Винер (Wiener, 1998) различает гнев и ярость. Гнев возникает, если фрустрированы желаемые цели (связанные с Эго). Ярость, в отличие от гнева, отщеплена от Эго и его защит. По словам автора, «ярость обходит Эго и идет прямо из Самости» (там же, стр. 49). Ярость угрожает самой сущности наших представлений о самих себе и связана с опытом аннигиляции.

Мы полагаем, что подавленная ярость (агрессия), т. е. неспособность защитить свою самость и простроить границы Эго, может являться одной из причин нарушений пищевого поведения. Пациенты с НПП не в состоянии контролировать и регулировать свои взаимоотношения с окружающими людьми, и они удерживают контроль над своими агрессивными чувствами путем переедания (Малкина-Пых, 2007).

Согласно теории Г. Аммона (Аммон, 1995), агрессия понимается как активный подход к вещам и к людям, как принцип первичной направленности человека на окружающий мир и его открытости окружающему миру. Автор выделяет три вида агрессии: конструктивную, деструктивную и дефицитарную.

Конструктивная агрессия означает способность вступать в отношения с другими людьми, сохранять и поддерживать с ними контакты продолжительное время и вопреки трудностям. При **деструктивной агрессии** потенциал активности разрегулирован. При внешнем проявлении это выражается в вербальном проявлении злобы, угрозах вплоть до насилия. **Дефицитарная агрессия** определяется через отсутствие контактов, потребностей, целей, помыслов. Она выражается в отстраненности, чувстве внутренней пустоты, приступах скуки, неспособности выразить свои чувства и потребности.

Изучение агрессивности в контексте телесных переживаний раскрывает тесную связь проявлений агрессивности и переживаний границы Эго. Агрессивность играет важную роль в формировании образа телесной границы, а переживания телесной границы, в свою очередь, детерминируют специфику агрессивных проявлений. Совокупный анализ переживаний телесной границы и проявлений агрессивности может рассматриваться в качестве основы целостной структурно-динамической оценки личности (Мельникова, 2009).

Согласно ранее проведенным нами исследованиям (Каменецкая, Ребеко, 2014), лица с НПП (по типу переедания) характеризуются несформированностью внешних границ и нарушением целостности образа собственного тела.

Чем менее дифференцированным является восприятие своего тела и чем сильнее негативное отношение к нему, тем больше связь с другими людьми осуществляется именно через индивидуально сконструированные стереотипы, искажающие восприятие себя и окружающего мира. Люди с устойчивым отношением к своему телу и ясным чувством своих собственных границ в состоянии осознавать свое физическое пространство, свою идентичность и принимать собственные чувства, а также принимать решения по поводу своих потребностей, оставаясь отзывчивыми к потребностям других людей (Лоуэн, 2015).

В то же время, если зависимость от мнения других людей чрезвычайно мала, это может говорить о некоторой фиксированности, застенчивости в отношениях с другими людьми или о возможном наличии очень сильных защит, которые заменяют зрелую адаптивность на стереотипные формы поведения.

Описанные феноменологические характеристики разных видов агрессии, как разных способов взаимоотношения с внешним миром, позволяют провести параллель с такой генеральной характеристикой человека, как когнитивный стиль. Основоположники стилевого подхода связывали когнитивный стиль с психодинамической структурой личности.

Когнитивный стиль «полезависимость/полнезависимость» (ПЗ/ПНЗ) в широком значении слова — это показатель уровня психологической дифференциации (и соответственно, характера познавательной направленности субъекта).

В области исследований контроля и защит получены данные о том, что ПЗ-люди в неопределенной или угрожающей ситуации демонстрируют более простые формы защит. Напротив, у ПНЗ-людей в подобных ситуациях начинают работать более сложные, специализированные формы защит (Савчикова, 2005).

Наиболее обширные данные были получены в результате изучения соотношения показателей ПЗ/ПНЗ с особенностями межличностных отношений.

Мы полагаем, что правомерно рассматривать когнитивно-стилевые характеристики



в связи со способностью человека дифференцировать собственные потребности, с умением отделять их от потребностей других, со сформированностью представлений о собственных границах и границах других людей. Тогда можно интерпретировать компульсивную привычку передать не как проявление заботы о себе, а как самодеструктивное действие.

В результате многочисленных исследований было получено доказательство расщепления каждого из полюсов когнитивного стиля ПЗ/ПНЗ на два субполюса и выделено четыре когнитивных стиля: мобильные ПНЗ (ПНЗм) и фиксированные ПНЗ (ПНЗф), мобильные ПЗ (ПЗм) и фиксированные ПЗ (ПЗф) (Холодная, 2004).

Если границы Эго остаются ригидными и непроницаемыми или, наоборот, диффузными и не выполняющими защитную функцию, то взаимодействие с окружающим миром приводит к хаосу, удержаться в котором помогает переедание. Потребление пищи только на время ослабляет напряжение, связанное со страхом одиночества и аннигиляции, а затем приходят вина и отчаяние.

Наша **теоретическая гипотеза** состоит в предположении о сопряженности между патогенезом НПП и недифференцированностью границ Эго, что проявляется в когнитивных и личностных особенностях совладания с базовыми тревогами.

Эмпирическая гипотеза исследования: хронически переедающие женщины не имеют дифференцированной репрезентации своего телесного Я, не могут конструктивно выражать свою агрессию и имеют неадаптивный когнитивный стиль (ПЗф).

Целью исследования является изучение ПЗ/ПНЗ, агрессии и отношения к собственному телу у женщин с проблемами НПП (по типу переедания). **Объектом исследования** являются женщины с избыточным весом, не страдающие органическими заболеваниями (не имеющие диагнозы, связанные с НПП), а также женщины с нормальной массой тела, но обеспокоенные по поводу лишних килограммов.

Предметом исследования являются взаимосвязи между личностными и когнитивными особенностями, сопряженные с проблемами переедания.

Методы и процедуры исследования

В соответствии с высказанной гипотезой о связи НПП (по типу переедания) с когнитивным стилем ПЗ/ПНЗ, выражением агрессии и отношением к своему телу, в исследовании использовались следующие методики:

1. Опросник: «Мысли и паттерны поведения» для лиц, страдающих лишним весом (Аныкина, Ребеко, 2009);
2. Методика «Включенные фигуры» (Холодная, 2004);
3. Опросник «Диагностика телесного Я» (Лыбко, 2008);
4. Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA) (Аммон, 1995).

В соответствии с целью исследования мы использовали только некоторые из шкал опросников.

В опроснике «Мысли и паттерны поведения» использовалась только шкала «Переедание» для ранжирования испытуемых с НПП.

Методика «Включенные фигуры» использовалась в соответствии со стандартами, разработанными М.А. Холодной (Холодная, 2004). Все испытуемые были разделены на 4 субгруппы: (ПНЗм), (ПНЗф), (ПЗм) и (ПЗф).

Опросник «Диагностика телесного Я» позволяет выделить два фактора, которые можно кратко охарактеризовать как «Самопринятие своего телесного Я» («Я-Сам») и «Влияние



Другого на отношение к своему телу» («Я-Другой»). В основе фактора «Я-Сам» лежит чувство симпатии к себе, принятия себя таким, какой я есть. Второй фактор – «Я-Другой» – описывает влияние Другого на отношение к своему телу.

Я-структурный тест Г. Аммона (ISTA). В настоящем исследовании мы использовали данные по шкале «Агрессия»: Конструктивная агрессия (А1), Деструктивная агрессия (А2) и Дефицитарная агрессия (А3).

Выборку испытуемых составили 75 женщин (в возрасте от 26 до 52 лет, имеющие высшее образование), которые по результатам предварительного опроса высказывали недовольство по поводу собственного веса и систематически занимались его коррекцией. Исследования проводились индивидуально. Полученные данные обрабатывались с помощью программы Statistica, версия 8.0.

Результаты исследования

Переменная «Переедание» была переведена в ранговую переменную (по критерию квантилей). С помощью данной шкалы испытуемые были разделены на три группы по критерию «Переедание»: 1 – «норма» (женщины, которые испытывают минимум проблем с удержанием устраивающего их веса, 18 человек), 2 – промежуточная группа (37 человек) и 3 – «переедание» (женщины, которые максимально недовольны своим телом, – 20 человек).

Переменная «Переедание» рассматривалась в качестве независимой, зависимыми переменными выступали личностные (виды агрессии, репрезентация тела) и когнитивно-стилевые (ПЗ/ПНЗ, фиксированность/мобильность) характеристики.

При обработке данных использовались как непараметрические критерии оценки, так и параметрический дисперсионный анализ. Правомерность его применения обусловлена тем фактом, что изучаемые переменные имеют распределение, близкое к нормальному.

Была получена надежная корреляционная связь между параметрами, отвечающими за репрезентацию тела, и двумя видами агрессии (конструктивной и дефицитарной) и параметрами когнитивных стилей (ПЗ/ПНЗ и Ф/М). Так как А2 (деструктивная) имеет только связь с А3 (дефицитарной) ($r=0,312$), в последующих расчетах данный вид агрессии не рассматривался (табл.1).

Таблица 1

Значения ранговой корреляции (по Спирмену)

	Пере- едание	Я-Сам	Я-Другой	Фиксированность/ мобильность	ПЗ/ ПНЗ	А1	А3
Переедание	1,0000	-0,4949	0,3244	-0,1536	-0,1560	-0,3218	0,4525
Я-Сам	-0,4949	1,0000	-0,4918	0,37715	0,3123	0,4237	-0,4863
Я-Другой	0,3244	-0,4918	1,0000	-0,4719	-0,3539	-0,2833	0,3726
Фиксированность/ мобильность	-0,1536	0,3771	-0,4719	1,0000	0,0957	0,1377	-0,1568
ПЗ/ПНЗ	-0,1560	0,3123	-0,3539	0,0957	1,0000	0,0257	-0,0985
А1	-0,3218	0,4237	-0,2833	0,1377	0,0257	1,0000	-0,3075
А3	0,4525	-0,4863	0,3726	-0,1568	-0,0985	-0,3075	1,0000

Примечание: Я-Сам – «Самопринятие своего телесного Я»; Я-Другой – «Влияние Другого на отношение к своему телу»; фиксированность/мобильность – параметры когнитивного стиля; ПЗ/ПНЗ – полезависимость/полнезависимость; А1 – конструктивная агрессия; А3 – дефицитарная агрессия. Все значения, выделенные подчеркиванием, имеют $p<0.05$.



Анализ корреляционных данных свидетельствует о том, что конструктивная и дефицитарная агрессия, а также репрезентация модулей телесности («Я-Сам» и «Я-Другой») имеют надежные связи с переменной «Переедание».

По критерию Краскела–Уоллеса получена надежная связь между независимой переменной «Переедание» и зависимыми переменными А1 ($\chi^2=6,995025$; $p\leq 0,0082$) и А3 ($\chi^2=16,91212$; $p\leq 0,000$). При возрастании значений переменной «Переедание» значения А1 снижаются, а значения А3 возрастают.

Переменная «Переедание» сопряжена с репрезентацией разных модулей телесности. По критерию Краскела–Уоллеса получена достоверная связь между уровнями независимой переменной «Переедание» и репрезентацией «Я-Сам» ($\chi^2=18,39808$; $df=1$; $p\leq 0,000$), а также между независимой переменной «Переедание» и репрезентацией «Я-Другой» ($\chi^2=5,982738$; $df=1$; $p\leq 0,0144$).

По непараметрическим критериям не были получены надежные зависимости между переменной «Переедание» и параметрами когнитивных стилей (ПЗ/ПНЗ, фиксированность/мобильность). Также не выявлено надежных зависимостей между видами агрессии и когнитивными стилевыми характеристиками. Однако учет результатов корреляционного анализа позволяет допустить существование сложных связей между всеми параметрами, используемыми в исследовании.

Данные однофакторного дисперсионного анализа свидетельствуют о том, что у ПЗ два модуля репрезентации телесности сливаются, у ПНЗ – различаются ($F(2,70)=13,608$, $p\leq 0,000$). При этом значения модуля «Я-Сам» достоверно выше у ПНЗ ($\chi^2=4,500276$; $df=1$; $p\leq 0,0339$), а значения модуля «Я-Другой» достоверно ниже у ПНЗ по сравнению с ПЗ ($\chi^2=6,368701$; $df=1$; $p\leq 0,01$).

В отношении параметра фиксированности выявлены различия в репрезентации модулей «Я-Сам» и «Я-Другой»: у фиксированных испытуемых репрезентация «Я-Сам» принимает меньшие значения ($\chi^2=7,440049$; $df=1$; $p\leq 0,006$), а репрезентация «Я-Другой» – большие значения ($\chi^2=24,48980$; $df=1$; $p\leq 0,000$) по сравнению с группой мобильных испытуемых.

Сложный характер зависимости между ПЗ/ПНЗ и фиксированностью/мобильностью побудил нас провести расчет взаимодействия этих двух параметров в качестве независимых переменных. Зависимой переменной выступала репрезентация телесности.

По результатам MANOVA, выявлено значимое взаимодействие переменных «Переедание» x «ПНЗ/ПЗ» x «фиксированность/мобильность» с двумя видами агрессии ($F(2,70)=4,4962$, $p\leq 0,014$). У ПЗ при переходе от полюса мобильности к полюсу фиксированности А1 снижается, а у ПНЗ наблюдается противоположная тенденция ($F(2,29)=3,428$, $p\leq 0,044$). Результаты post hoc-анализа позволяют выделить детали связей разных видов агрессии с когнитивными стилевыми особенностями. Для А1 получены значимые различия по тесту LSD Фишера для следующих контрастов: ПНЗм/ПЗф ($p\leq 0,027$) и ПНЗм/ПНЗф ($p\leq 0,018$). Это означает, что ПНЗм значимо различаются по конструктивной агрессии от ПЗф и от ПНЗф. У ПНЗм конструктивная агрессия принимает максимальные значения.

Что касается динамики А3, то на полюсе мобильности различий по выраженности А3 у полезависимых и полнезависимых не выявлено. Зато получено надежное различие для А3 на полюсе фиксированности для ПЗ и ПНЗ: у полезависимых фиксированных испытуемых дефицитарная агрессия (А3) выше по сравнению с полнезависимыми фиксированными испытуемыми. Для А3 получено значимое различие по тесту LSD Фишера только для одного контраста ПНЗф/ПЗф ($p\leq 0,048$).

При расчете MANOVA были получены связи между когнитивно-стилевыми характеристиками и репрезентацией тела. При расчетах использовались данные всех испытуемых, принимавших участие в исследовании.

Получены следующие результаты: Взаимодействие двух параметров (фиксированности/мобильности и ПНЗ/ПЗ) надежно дискриминирует репрезентацию телесности ($F(2,70)=13,410$, $p \leq 0,00001$). У ПЗ фактор фиксированности/мобильности оказывает противоположное влияние на репрезентацию переменных «Я-Сам» и «Я-Другой» ($F(2,12)=52,111$, $p=0,000$). У ПЗ при переходе от полюса фиксированности к полюсу мобильности возрастает значение переменной «Я-Сам» и падает значение переменной «Я-Другой». У ПНЗ параметр фиксированности/мобильности влияет только на репрезентацию «Я-Другой», а значения параметра «Я-Сам» остаются неизменными. У ПНЗ при переходе от полюса фиксированности к полюсу мобильности возрастает только значение переменной «Я-Другой»: у фиксированных ПНЗ репрезентация Я-Другой принимает минимальные значения, а у мобильных ПНЗ – максимальные. У ПНЗм доминирует параметр «Я-Сам», у ПЗм доминирует параметр «Я-Другой» ($F(2,16)=25,987$, $p=0,00001$).

Также получены данные о связи фиксированности, мобильности с переменной «Переедание» и репрезентацией тела. Так, у фиксированных испытуемых (вне зависимости от ПНЗ и ПЗ) репрезентации тела («Я-Сам» и «Я-Другой») отчетливо различаются при низких значениях по переменной «Переедание», но сливаются при высоких значениях по переменной «Переедание» ($F(2,12)=52,111$, $p=0,000$). Максимальная недифференцированность репрезентации тела присуща ПЗ-стилю ($F(6,58)=12,037$, $p=0,000$). У мобильных испытуемых наблюдается отчасти обратная картина – у них при низких значениях по переменной «Переедание» два модуля телесности («Я-Сам» и «Я-Другой») не дифференцируются, но наблюдается дифференциация этих модулей при переедании ($F(2,33)=2,4040$, $p \leq 0,01$). Особенно явно данная тенденция выражена у ПНЗм – при высоких значениях по фактору «Переедание» у них достоверно различаются репрезентации «Я-Сам» и «Я-Другой».

Анализ и интерпретация результатов исследования

Мы выявили закономерности связей между когнитивно-стилевыми характеристиками, разными видами агрессии и репрезентацией тела в зависимости от параметра «Переедание».

Так, переменная «Переедание» отрицательно связана с «Я-Сам» и с А1, но имеет положительную связь с «Я-другой» и с А3. Получена положительная корреляция между А1 и репрезентацией «Я-Сам», а также между А3 и репрезентацией «Я-Другой». Между А1 и «Я-Другой», а также между А3 и «Я-Сам» получена отрицательная связь. Параметры, отвечающие за когнитивно-стилевые особенности, имеют корреляционную связь только с «Я-сам» и с «Я-Другой», при этом направление связи с «Я-Сам» – положительное, а с «Я-Другой» – отрицательное.

Результаты однофакторного дисперсионного анализа свидетельствуют о том, что при максимальных значениях фактора «Переедание» два вида агрессии надежно сближаются ($F(2, 35)=18,333$; $p=0.000$). Также по результатам ANOVA можно сделать вывод о том, что при высоких значениях переменной «Переедание» происходит сближение двух переменных, отвечающих за репрезентацию тела: значения «Я-Сам» снижаются, а значения «Я-Другой» возрастают.



Данные однофакторного дисперсионного анализа свидетельствуют о том, что два модуля репрезентации телесности по-разному представлены у ПЗ- и ПНЗ-испытуемых: у ПЗ они сливаются, у ПНЗ – различаются. При этом у ПНЗ-испытуемых значения переменной «Я-Сам» достоверно выше, а значения переменной «Я-Другой» достоверно ниже по сравнению с ПЗ-испытуемыми. Этот вывод согласуется с теоретическим представлением о когнитивном стиле полезависимости/полenezависимости. По результатам MANOVA мы вправе заключить, что при переедании как ПНЗф, так и ПЗф перестают различать «Я-Сам» и «Я-Другой». Причем это происходит в большей мере за счет изменения репрезентации «Я-Другой». По результатам расчетов ($F(2,16)=25,987$, $p=0,00001$) можно сделать вывод о том, что у ПНЗм доминирует параметр «Я-Сам», у ПЗм – параметр «Я-Другой».

Результаты многофакторного дисперсионного анализа позволили уточнить сложные взаимосвязи между видами агрессии и когнитивно-стилевыми параметрами. Было показано, что фактором, определяющим конструктивную агрессию, является такой параметр когнитивного стиля, как фиксированность/мобильность (вне зависимости от ПЗ или ПНЗ), а существенным фактором, определяющим дефицитарную агрессию (АЗ), является такой параметр когнитивного стиля, как полезависимость/полenezависимость.

Причем существенным для реализации конструктивной агрессии является полюс «мобильности». У фиксированных испытуемых (вне зависимости от ПНЗ и ПЗ) два модуля репрезентации тела («Я-Сам» и «Я-Другой») отчетливо различаются при низких значениях по переменной «Переедание», но сливаются при высоких значениях по переменной «Переедание». У мобильных испытуемых наблюдается отчасти обратная картина – у них при низких значениях по переменной «Переедание» два модуля телесности («Я-Сам» и «Я-Другой») не дифференцируются, но наблюдается дифференциация этих модулей при переедании. Максимальная недифференцированность репрезентации тела присуща ПЗф-стилю. Противоположная закономерность получена в отношении ПЗм – при переедании происходит достоверное различие в репрезентации «Я-Сам» и «Я-Другой».

Заключение

Ранее мы высказали предположение о связи НПП с проблемами сепарации. Результаты корреляционного анализа подтверждают данное предположение, так как увеличение значений параметра «Переедание» отрицательно связано с репрезентацией себя («Я-Сам»), но положительно связано с мнением других в отношении собственного тела («Я-Другой»).

Подтверждение получает и предположение о связи агрессии с защитой Эго: при переедании конструктивная агрессия уменьшается, а дефицитарная агрессия возрастает. По результатам однофакторного дисперсионного анализа можно сделать вывод о том, что при больших значениях по переменной «Переедание» два вида агрессии надежно сближаются и, следовательно, можно говорить о том, что переедание сопряжено с недифференцированной агрессией. Подобная недифференцированность наблюдается и в отношении репрезентации собственного тела.

Этот факт позволяет рассматривать переедание как личностную защиту, при которой происходит регресс в ранее инфантильное состояние. Тогда утрачивается различие между Я и Другой, между конструктивным способом преодоления фрустраций и яростью.

Мы показали, что при высоких значениях по переменной «Переедание» происходит сближение двух видов телесной репрезентации, и прежде всего за счет усиления вклада па-

раметра «Я-Другой». Данный результат подтверждает предположение, выдвинутое в теоретической гипотезе о связи между НПП и недифференцированностью границ Эго.

Нами были получены новые факты, которые позволяют внести дополнительное уточнение в нашу эмпирическую гипотезу и предположить, что при НПП неспособность конструктивно выражать агрессию связана с разными модальностями когнитивного стиля.

Было показано, что существенным фактором, определяющим конструктивную агрессию, является такой параметр когнитивного стиля, как фиксированность/мобильность, а такой параметр когнитивного стиля, как полезависимость/полнезависимость, является определяющим для дефицитарной агрессии (АЗ).

Фактор «Переедание» по-разному проявляется в репрезентации тела: максимальная недифференцированность в репрезентации тела присуща только ПЗф-стилю, а достоверное различие в репрезентации «Я-Сам» и «Я-Другой» получено в отношении ПЗм. Однако при низких значениях по фактору «Переедание» именно у ПНЗ-испытуемых доминирует параметр «Я-Сам» («Самопринятие своего телесного Я») в репрезентации своего тела. Полученные результаты согласуются с выводом М.А.Холодной о том, что ПНЗ-фиксированные лица имеют страх инкорпорации (объединения): они борются за сохранение дистанции между собой и группой, поскольку участие в работе группы, как им кажется, угрожает их самооценке. Напротив, ПЗ-фиксированные лица имеют страх одиночества, поскольку они считают, что именно изоляция угрожает их самооценке.

Результаты проведенных исследований позволяют утверждать, что нарушение пищевого поведения необходимо сопряжено с неумением конструктивно выражать свою агрессию и дифференцировать себя от других.

Выводы

1. Переменная «Переедание» отрицательно связана с «Я-Сам» и с конструктивной агрессией, но имеет положительную связь с «Я-Другой» и с дефицитарной агрессией.
2. При высоких значениях переменной «Переедание» происходит сближение двух переменных, отвечающих за репрезентацию тела: значения переменной «Я-Сам» снижаются, а значения переменной «Я-Другой» возрастают. Максимальная недифференцированность репрезентации тела присуща испытуемым с ПЗф-стилем.
3. При максимальных значениях фактора «Переедание» два вида агрессий надежно сближаются. При возрастании значений переменной «Переедание» значения А1 снижаются, а значения АЗ возрастают.
4. Существенным фактором, определяющим конструктивную агрессию, является такой параметр когнитивного стиля как фиксированность/мобильность, а фактором, определяющим дефицитарную агрессию (АЗ), является параметр когнитивного стиля ПЗ/ПНЗ.
5. У фиксированных испытуемых дифференциация репрезентации тела различается при низких значениях по переменной «Переедание», а у мобильных испытуемых при низких значениях по переменной «Переедание» два модуля телесности не дифференцируются, но наблюдается дифференциация этих модулей при переедании.
6. У ПЗ при переходе от полюса фиксированности к полюсу мобильности возрастает значение переменной «Я-Сам» и падает значение переменной «Я-Другой».

Финансирование

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект №14-28-00087), Институт психологии РАН.



Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
2. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб.: Петербургский научно-исследовательский психоневрологический институт имени В.М.Бехтерева, 1995. 200 с.
3. Аныкина А.В., Ребеко Т.А. Адаптация на русскоязычной выборке опросника «Мысли и паттерны поведения» М.Купер, Г.Тодда, Р.Вулрича // Психологический журнал. 2009. Т. 30. №1. С. 106–118. doi: 10.1167/10.14.33
4. Вахмистров А.В., Вознесенская Т.Г., Посохов С.И. Клинико-психологический анализ нарушений пищевого поведения при ожирении // Журн. Неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2001. №12. С. 19–24.
5. Гаврилов М.А. Взаимосвязь психологических и физиологических особенностей при нормализации массы тела у женщин, имеющих избыточный вес: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Томск, 1998. 23 с.
6. Каменецкая Е.В., Ребеко Т.А. Телесный образ Я у лиц с нарушением пищевого поведения // Вестник Костромского государственного университета имени Н.А.Некрасова. 2014. № 4. С. 58–64.
7. Креславский Е.С. Психосоциальные аспекты ожирения. Л.:ЛОГМИ, 1981. 117 с.
8. Лоуэн А. Предагельство тела: пер. с англ. М.: Корвет, 2015. 240 с.
9. Лыбко И.В. Методика «Диагностика телесного Я» // Психологическая диагностика: Научно-методический и практический журнал. 2008. № 3 май–июнь. 2008. С. 5–21.
10. Малкина-Пых И.Г. Терапия пищевого поведения. Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2007. 1040 с.
11. Мельникова М.Л. Телесная граница и агрессивность: клинико-психологическое исследование. Ижевск: ERGO, 2009. 180 с.
12. Савчикова Ю.Л. Психологические особенности женщин с проблемами веса: дис. канд. ... психол. наук. СПб, 2005. 208 с.
13. Холодная М.А. Когнитивные стили: О природе индивидуального ума: учеб. пособие. М.; СПб.: Питер, 2004. 304 с.
14. Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target M. Affect regulation, Mentalization, and the Development of the Self. N. Y.: Other Press, 2002. 236 p.
15. Wiener J. Under the volcano: varieties of anger and their transformation // Journal of analytical psychology. 1998. Vol. 43. P. 481–502.

REPRESENTATION OF PHYSICAL SELF AND PROTECTION OF EGO IN WOMEN WITH EATING DISORDERS

KAMENETSKAYA E. V. *, *High School of Psychology, Moscow, Russia*,
e-mail: sunff@rambler.ru

REBEKO T. A. **, *Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia*,
e-mail: rebekota@yandex.ru

In the article we studied the relationship between eating disorders, and cognitive and personality variables. We present the results of the study of women using techniques to assess the relationship between

For citation:

Kamenetskaya E. V., Rebeke T. A. Representation of physical self and protection of ego in women with eating disorders. *Ekspiermental'naya Psikhologiya = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 118–129 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080311

* Kamenetskaya E. V. PhD Student, High School of Psychology. Moscow, Russia. E-mail: sunff@rambler.ru

** Rebeke T. A. PhD (Psychology), Leading Researcher, Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences. Moscow, Russia. E-mail: rebekota@yandex.ru



eating disorders (like overeating), cognitive style (field dependence / field independence), with their bodies and aggression.

Keywords: field dependence / field independence, fixity / mobility violation of eating behavior, deficit and constructive aggression, body image.

Funding

The study was supported by the Russian Scientific Foundation (project № 14-28-00087), Institute of Psychology RAS.

References

1. Aleksander F. *Psichosomaticheskaya meditsina. Printsipy i prakticheskoe primeneniye* [Psychosomatic medicine. Principles and practical application]. Moscow: EKSMO-Press Publ., 2002, 352 p. (in Russian).
2. Ammon G. *Dinamicheskaya psixhiatriya* [Dynamic psychiatry]. Saint-Petersburg: S-Peterburgskii nauchno-issledovatel'skii psikhonevrologicheskii institut imeni V.M. Bekhtereva Publ. [The S-Petersburg Research Psycho-Neurological Institute of V. M. Bekhterev], 1995. 200 p. (in Russian).
3. Anykina A.V., Rebeко T.A., Adaptatsiya na russkoyazychnoi vyborke oprosnika «Mysli i patterny povedeniya» M. Kuper, G. Todda, R. Vulricha [Adaptation of the questionnaire "Thoughts and patterns of behavior" by Cooper M., Todd G., Woolrich R. for Russian-speaking people]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 2009, vol. 30, no. 1, pp. 106–118. doi:10.1167/10.14.33
4. Vakhmistrov A.V., Voznesenskaya T.G., Posokhov S.I. Kliniko-psikhologicheskii analiz narusheniya pishchevogo povedeniya pri ozhireнии [The Clinic-psychological analysis of violations of food behavior at obesity]. *Zhurn. Nevrologii i psixhiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry in name of S. S. Korsakov], 2001, no. 12, pp. 19–24.
5. Gavrilov M.A. Vzaimosvyaz' psikhologicheskikh i fiziologicheskikh osobennostei pri normalizatsii massy tela u zhenshchin, imeyushchikh izbytochnyi ves: Avtoref. dis. kand.med. nauk [Interrelation of psychological and physiological features at normalization of body weight in the women having excess weight. Ph. D. (Med) Thesis]. Tomsk, 1998. 23 p.
6. Kamenetskaya E.V., Rebeко T.A. Telesnyi obraz Ya u lits s narusheniem pishchevogo povedeniya [Corporal image of Me in people with disorders of food behavior]. *Vestnik Kostromskogo universiteta* [Bulletin of the Nekrasov Kostroma state university], 2014, no. 4, pp. 58–64.
7. Kreslavskii E.S. *Psikhosotsial'nye aspekty ozhireniya* [Psychosocial aspects of obesity]. Leningrad: Publ. LOGMI, 1981. 117 p.
8. Louen A. *Predatel'stvo tela* [Treachery of the body]. Moscow: Publ. Korvet, 2015. 240 p. (In Russ.).
9. Lybko I.V. Metodika «Diagnostika telesnogo Ya» [Technique of "Diagnostics for bodily Self"]. In Akimova M.K., Kolesnikov V.G. (Eds.), *Psikhologicheskaya diagnostika: Nauchno-metodicheskii i prakticheskii zhurnal* [Psychological diagnostics: Scientific and methodical and practical journal], 2008, no. 3, pp. 5–21.
10. Malkina-Pykh I.G. *Terapiya pishchevogo povedeniya. Spravochnik prakticheskogo psikhologa*. [Therapy of eating behavior. Reference book of the practical psychologist]. Moscow: Publ. Eksmo, 2007. 1040 p. doi:10.1080/08870446.2012.751106
11. Mel'nikova M.L. *Telesnaya granitsa i agressivnost': kliniko-psikhologicheskoe issledovanie* [Corporal border and aggression: clinic-psychological research]. Izhevsk: Publ. ERGO, 2009. 180 p.
12. Savchikova Yu.L. *Psikhologicheskie osobennosti zhenshchin s problemami vesa: dis. kand. ps. Nauk* [Psychological features of women with weight problems: Ph. D. (Psychology) Thesis]. Sankt-Peterburg. 2005. 208 p.
13. Kholodnaya M.A. *Kognitivnye stili: O prirode individual'nogo uma. Uchebnoe posobie* [Cognitive styles: About the nature of individual mind. Manual]. Moscow; Saint-Petersburg: Publ. Piter, 2004. 304 p.
14. Fonagy P., Gergely G., Jurist E., Target M. *Affect regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press. 2002. 236 p.
15. Wiener J. Under the volcano: varieties of anger and their transformation. *Journal of analytical psychology*, 1998, vol. 43, pp. 481–502.



АКТЫ САМОПОВРЕЖДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ПОГРАНИЧНЫМИ ПСИХИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ

ПОЛЬСКАЯ Н.А. *, НОУ ВПО «Московский институт психоанализа», Москва, Россия,
polskayana@yandex.ru

Представлены результаты эмпирического исследования связи факторов регуляции эмоций с особенностями самоповреждающего поведения в клинической и неклинической группах. В исследовании приняли участие 68 респондентов: пациенты с пограничными психическими расстройствами ($N=33$; Мвозр. = 44,9, $SD=10,8$) и респонденты без расстройств психического здоровья ($N=35$; Мвозр. = 39,3, $SD=11,2$). Методики: шкала причин самоповреждающего поведения (Н.А. Польская, 2014); опросник когнитивной регуляции эмоций (Garnefski et al., 2002; Е.И. Рассказова, А.Б. Леонова, И.В. Плужников, 2011); тест «Способы совладающего поведения» (R. Lazarus, S Folkman, 1988; Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляева, 2004) и опросник на эмоциональный интеллект ЭМИн (Д.К. Люсин, 2009). Выводы: 1) акты самоповреждения наблюдаются как в клинических, так и неклинических группах; у пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждения в большей мере связаны с определенным внутренним состоянием и/или желанием его изменить, тогда как в группе сравнения самоповреждения носят преимущественно реактивный характер; 2) такие когнитивные стратегии регуляции эмоций, как снижение способности к планированию, руминация и катастрофизация, могут выступать в качестве маркеров самоповреждающего поведения; 3) у пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждение связано со снижением понимания эмоций, а в группе сравнения – с управлением эмоциями и их выражением; 4) акт самоповреждения может выполнять антисуицидальную функцию и поддерживаться конструктивными стратегиями регуляции эмоций в структуре копинг-поведения или защитных механизмов личности.

Ключевые слова: самоповреждающее поведение, пограничные психические расстройства, эмоциональный интеллект, когнитивная регуляция эмоций, копинг-стратегии.

Самоповреждающее поведение (СП) традиционно определяется как повреждение тканей собственного тела без суицидальных намерений (Favazza, 1996; Nock, 2010; Польская, 2011, 2014, 2015). В клинической практике самоповреждение рассматривается как симптом различных патологических состояний и расстройств психики и поведения (Gratz., Gunderson, 2006; Nock, 2010; Gratz, Roemer, 2013). СП присутствует в клинической картине генетических синдромов с сопутствующими нарушениями психического развития, наблюдается при аутизме, шизофрении, расстройствах пищевого поведения (Deb, 1998; Польская, 2011; Чухутова, 2013; Glenn C.R., Klonsky, 2013). Наиболее часто данное поведение отмечается у пациентов с пограничными психическими расстройствами, у которых оно может носить как эпизодический, так и регулярный характер (Horsfall, 1999; Ласовская, 2011; Короленко, Шпикс, 2012). Более того, склонность к самоповреждению наблюдается

Для цитаты:

Польская Н.А. Акты самоповреждения у пациентов с пограничными психическими расстройствами // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 129–144. doi:10.17759/exppsy.2015080312

* Польская Н.А. Кандидат философских наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Институт психологии им. Л.С. Выготского Российского государственного гуманитарного университет Е-mail: polskayana@yandex.ru



при нормативном развитии, особенно в подростковом возрасте, а также на начальных этапах онтогенеза (Шевченко, 1992; Польская, 2014а, 2014б, 2015).

Несмотря на длительную историю клинических исследований данной темы (примерно с 1930-х гг. прошлого века), изучение феномена СП в неклинической популяции началось относительно недавно, что привело к усилению интереса к причинам данного поведения, а также к отрыву от суицидологического контекста, в котором ранее рассматривалось СП. В последней классификации психических болезней Американской психиатрической ассоциации DSM-5 несуйцидальное самоповреждающее поведение проблематизируется как тема, требующая дальнейших наблюдений, систематизации и изучения (DSM-5).

Самоповреждение является одним из диагностических критериев пограничного личностного расстройства (Бек, Фримен, 2002; МКБ-10; DSM-5). К наиболее частым самоповреждениям пограничных личностей относят самопорезы (как правило, в области кистей рук, груди и половых органов), удары по собственному телу и по голове, глубокое расчесывание кожи, выдергивание волос, втыкание в кожу игл, обкусывание ногтей, прижигание сигаретами, обжигание ладоней (Horsfall, 1999; Ласовская, 2011; Короленко, Шпикс, 2012).

В последние годы исследования СП обращены на изучение различных аспектов саморегуляции и, в большей степени, особенностей регуляции эмоций при различных типах и способах самоповреждения (Gratz, Gunderson, 2006; Gratz, Roemer, 2008). Нарушения регуляции эмоций при СП у пациентов с пограничными расстройствами объясняются когнитивными проблемами (в частности, полярностью в оценивании людей и событий), проблемами в осознании целостности своего я, непрерывности и преемственности своей личности, чувством отчуждения и изоляции (Linehan, 1993).

Основой для формирования готовности к акту самоповреждения служат, с одной стороны, высокая интенсивность и длительность эмоциональных реакций, с другой стороны, нарушение интеграции отдельных сторон и функций личности, связанных с распознаванием и пониманием эмоций, управлением ими и контролем над собственным поведением.

В данной статье будут представлены результаты эмпирического исследования когнитивно-личностных факторов эмоциональной регуляции, к которым мы относим эмоциональный интеллект как способность личности к релевантной обработке эмоциональной информации, и стратегии саморегуляции в стрессогенных ситуациях (когнитивные стратегии регуляции эмоций и копинги). Оценка этих факторов будет проведена в их связи с проявлениями СП (факторами, временем, частотой самоповреждения) в группе пациентов с пограничными психическими нарушениями и в нормативной выборке.

Будут рассмотрены две **гипотезы**. Первая касается выявления и оценки межгрупповых различий по частоте и факторам СП в клинической и неклинической группах, в связи с разным психологическим значением данных действий для представителей этих двух групп. Согласно второй гипотезе, у пациентов с пограничными психическими расстройствами возможно выделить специфические связи между актами самоповреждения и факторами эмоциональной регуляции.

Характеристика выборки

В исследовании приняли участие 68 респондентов (52 – женского пола, 16 – мужского пола), из них:

- 33 (48,5%) – пациенты с пограничными психическими расстройствами (22 женщины, 11 мужчин, в возрасте от 27 до 63 лет, $M_{возр.} = 44,9$, $SD=10,8$);



- 35 (51,5%) респондентов – группа сравнения (30 женщин, 5 мужчин, в возрасте от 27 до 66 лет, $M_{возр.} = 39,3$, $SD=11,2$), не имеющих расстройств психического здоровья.

В соответствии с диагностическими рубриками (МКБ-10), у 6 пациентов были диагностированы аффективные расстройства (депрессивный эпизод, рекуррентное депрессивное расстройство), у 22 пациентов – невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства (генерализованное тревожное расстройство, смешанное тревожное и депрессивное расстройство, ипохондрическое расстройство, обсессивно-компульсивное расстройство, диссоциативное расстройство, соматоформные расстройства), у 5 пациентов – расстройства личности и поведения в зрелом возрасте (патологическое влечение к азартным играм, истерическое расстройство личности).

Процедура исследования и методы анализа данных

Исследование проводилось с пациентами, находящимися на стационарном лечении в психиатрической больнице. Выбор участников определялся диагностическими рамками пограничных психических расстройств и добровольным согласием на участие в исследовании. В группу сравнения были включены участники, близкие по возрасту к контрольной группе, не имеющие психиатрических диагнозов. Каждому из участников предъявлялся индивидуальный пакет психологических методик с инструкциями по заполнению. Все методики заполнялись индивидуально, самостоятельно, в присутствии психолога или медицинского работника (в клинической группе).

При статистическом анализе данных (SPSS-21 for Windows) использовались частотное распределение и описательные статистики, метод ранговой корреляции (rho-Спирмена), непараметрические критерии Манна–Уитни и Краскала–Уоллиса, таблицы сопряженности (коэффициент гамма).

Методики исследования

Для оценки особенностей самоповреждающего поведения использовалась шкала причин самоповреждающего поведения (Польская, 2014а), позволяющая определить способы, частоту и факторы самоповреждения.

Шкала представляет собой форму самоотчета, включающую три блока:

1) блок «акты самоповреждения» с указанием частоты каждого из указанных актов самоповреждения (от «никогда» до «часто») (12 пунктов);

2) блок «время самоповреждения» – от нескольких дней до более года;

3) блок «причины самоповреждения», включающий в себя перечень возможных причин, объясняющих совершение действий самоповреждающего характера, с указанием степени своего согласия (от «совершенно не согласен» до «совершенно согласен») (26 пунктов).

По результатам ответов в первом блоке подсчитывается средний балл по инструментальному и соматическому способу самоповреждения¹, а также средний суммарный балл по всем актам самоповреждения. К группе инструментальных самоповреждений были отнесены такие действия, как порезы режущими предметами, уколы или проколы кожи острыми предметами, самоожоги, удары кулаком, ногой, головой или корпусом тела о твердые поверхности. В группу соматических самоповреждений были включены следующие действия: удары

¹Инструментальные самоповреждения – это самоповреждения, которые наносятся с помощью инструментов (игла, лезвие, ножницы и т. п.) или каких-либо внешних объектов (стол, стена). Соматические самоповреждения осуществляются без внешних средств (расчесывание кожи, сковыривание болячек, выдергивание волос и т. п.).



по собственному телу (кулаком, ладонью), выдергивание волос, расчесывание кожи, обкусывание ногтей, сквыривание болячек, обкусывание губ, прикусывание щек или языка.

Результаты второго блока позволяют соотнести изучаемые психологические параметры со временем последнего самоповреждения.

По результатам ответов в третьем блоке подсчитываются показатели факторов «восстановление контроля над эмоциями», «избавление от напряжения», «воздействие на других» и «изменение себя, поиск нового опыта» (Польская, 2014а).

Для оценки регуляции эмоций использовались следующие методики.

1. Опросник когнитивной регуляции эмоций (Garnefski et al., 2002; Рассказова, Леонова, Плужников, 2011), позволяющий выделить эффективные и деструктивные стратегии. К эффективным стратегиям относятся: принятие, позитивная перефокусировка, фокусирование на планировании, позитивная переоценка, рассмотрение в перспективе. Деструктивные стратегии объединяют шкалы самообвинения, руминации, катастрофизации и обвинения других.

2. Тест «Способы совладающего поведения» (Lazarus, Folkman, 1988; Крюкова, Куфтяк, Замышляева, 2004), направленный на оценку копинга по шкалам: конфронтационный копинг, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство-избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка.

3. Методика оценки эмоционального интеллекта «ЭмИн» (Люсин, 2009), позволяющая осуществить оценку эмоционального интеллекта по четырем основным шкалам: межличностный эмоциональный интеллект, внутриличностный эмоциональный интеллект, понимание эмоций и управление эмоциями, – и пяти субшкалам: понимание чужих эмоций, управление чужими эмоциями, понимание своих эмоций, управление своими эмоциями и контроль экспрессии.

Результаты исследования

Шкала причин самоповреждающего поведения

Согласно частотному распределению в совокупной выборке по актам самоповреждения, 38 (55,9%) человек отметили, как свойственные себе, отдельные действия самоповреждающего характера. По способу эти самоповреждения распределились следующим образом: 35 (51,5%) – соматических и 22 (32,4%) инструментальных.

В клинической группе 20 (60,6%) из 33 пациентов указали на самоповреждения, включая 18 (54,5%) соматических и 11 (33,3%) инструментальных самоповреждений. В группе сравнения самоповреждения были выявлены у 18 (51,4%) респондентов, включая 17 (48,6%) соматических и 11 (31,4%) инструментальных самоповреждений (табл. 1).

Таблица 1

Частотное распределение по шкале СП (акты самоповреждения)

Акты самоповреждения		Совокупная выборка		Клиническая выборка		Группа сравнения	
		Частота	Процент	Частота	Процент	Частота	Процент
Акты самоповреждения	нет	30	44,1	13	39,4	17	48,6
	есть	38	55,9	20	60,6	18	51,4
Инструментальные самоповреждения	нет	46	67,6	22	66,7	24	68,6
	есть	22	32,4	11	33,3	11	31,4
Соматические самоповреждения	нет	33	48,5	15	45,5	18	51,4
	есть	35	51,5	18	54,5	17	48,6



Средние значения по факторам СП оказались более высокими в группе пациентов (табл. 2).

Таблица 2

Средние баллы по факторам СП в группах

Факторы СП	Группа	Минимум	Максимум	Среднее	Стд. отклонение
Восстановление контроля над эмоциями	Группа пациентов	1,00	5,00	2,51	1,31
	Группа сравнения	1,00	3,00	1,37	0,75
Воздействие на других	Группа пациентов	1,00	3,56	1,85	0,79
	Группа сравнения	1,00	3,00	1,33	0,68
Избавление от напряжения	Группа пациентов	1,29	5,00	2,82	1,11
	Группа сравнения	1,00	3,71	1,79	1,01
Изменение себя, поиск нового опыта	Группа пациентов	1,00	3,86	1,68	0,82
	Группа сравнения	1,00	2,00	1,17	0,31

Оценка различий по факторам и способам самоповреждения (критерий Манна–Уитни) выявила значимость различий между группами (с более высокими среднеранговыми значениями в клинической группе) по факторам:

- восстановление контроля над эмоциями ($p=0,03$);
- избавление от напряжения ($p=0,02$);
- воздействие на других ($p=0,04$).

По фактору изменения себя, поиска нового опыта и способам самоповреждения (инструментальному и соматическому) значимых различий между группами получено не было.

В совокупной выборке была выявлена взаимосвязь времени последнего самоповреждения и факторов СП: восстановление контроля над эмоциями (гамма $-0,42$, $p=0,02$); избавление от напряжения (гамма $-0,40$, $p=0,02$), воздействие на других (гамма $-0,40$, $p=0,05$).

Опросник когнитивной регуляции эмоций

В рамках данного исследования изучались связи между шкалами опросника и факторами и способами СП, а также возможные различия между группами по шкалам опросника. Взаимосвязь исследуемых параметров измерялась с помощью коэффициента Спирмена; статистически значимые взаимосвязи ($p<0,05$) представлены на рис. 1.

В группе пациентов шкала «фокусирование на планировании» отрицательно связана с факторами СП: восстановление контроля над эмоциями ($-0,64$) и избавление от напряжения ($-0,57$). Шкала «позитивная переоценка» коррелирует с фактором СП: изменение себя, поиск нового опыта ($0,68$). В группе сравнения положительная связь была получена между шкалой принятия и восстановлением контроля над эмоциями ($0,67$). Корреляции между шкалой «позитивная перефокусировка» и факторами «воздействие на других» и «избавление от напряжения» имели отрицательные значения ($-0,68$ и $-0,69$ соответственно). Аналогичная связь была выявлена и между фокусированием на планировании и воздействием на других ($-0,67$).



Рис. 1. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами опросника когнитивной регуляции эмоций и факторами самоповреждения ($p < 0,05$)

Взаимосвязи между шкалами опросника когнитивной регуляции эмоций, способами самоповреждения и средним суммарным показателем самоповреждения представлены на рис. 2.

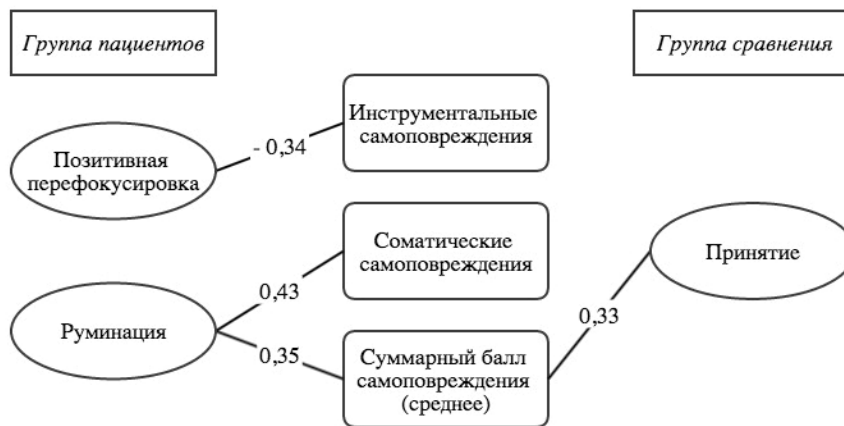
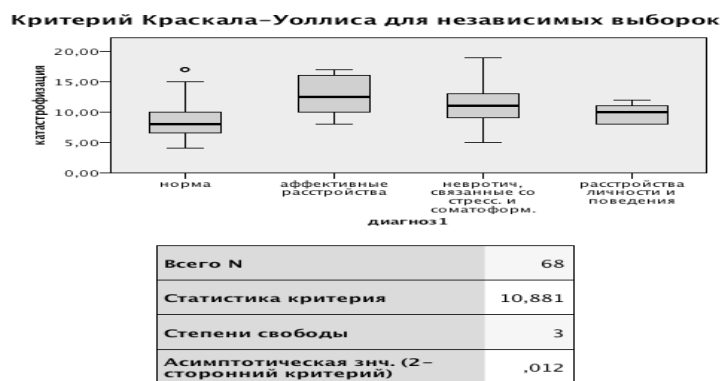


Рис. 2. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами опросника когнитивной регуляции эмоций, способами и суммарным показателем самоповреждения ($p < 0,05$)



В группе сравнения обнаружена связь суммарного балла по самоповреждениям со шкалой принятия (0,33). В группе пациентов выявлена взаимосвязь руминации с соматическими самоповреждениями (0,43) и суммарным баллом по самоповреждениям (0,35). Отрицательная корреляция выявлена между позитивной перефокусировкой и инструментальными самоповреждениями (-0,34).

По шкале катастрофизации были получены значимые различия (критерий Манна–Уитни) между клинической группой и группой сравнения ($p=0,002$; средний ранг в группе сравнения – 27,23, в группе пациентов – 42,21). С учетом распределения по нозологии были получены следующие показатели (критерий Краскала–Уоллиса): средний ранг в группе сравнения составил 27,23, в группе аффективных расстройств – 48,17, в группе невротических, связанных со стрессом и соматоформных расстройств – 41,95, а в группе пациентов с расстройствами личности и поведения – 36,2 (рис. 3).



1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.

Рис. 3. Различия по шкале катастрофизации по нозологии ($p=0,01$)

Тест Лазаруса

По тесту Лазаруса исследовались взаимосвязи между шкалами теста и проявлениями СП (коэффициент Спирмена). В клинической группе были получены высокие, статистически значимые корреляции между шкалами «бегство-избегание», «положительная переоценка», «конфронтационный копинг», «принятие ответственности» и факторами СП: восстановление контроля над эмоциями, избавление от напряжения и воздействие на других (рис. 4).

В группе сравнения была обнаружены отрицательные корреляции между шкалой «планирование решения» и факторами «избавление от напряжения» (-0,94) и «воздействие на других» (-0,75).

По способу и суммарному показателю самоповреждения в группе пациентов были получены отрицательные корреляции между инструментальными самоповреждениями и поиском социальной поддержки (-0,75); положительной переоценкой и соматическими самоповреждениями (-0,71), суммарным баллом самоповреждения (-0,71). В группе сравнения была выявлена связь поиска социальной поддержки с соматическими самоповреждениями (0,78) и суммарным баллом самоповреждения (0,57) (рис. 5).

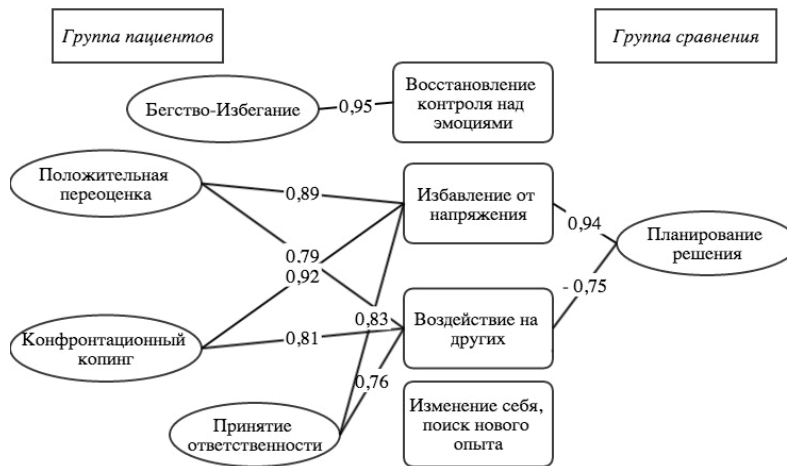


Рис. 4. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами теста Лазаруса и факторами самоповреждения ($p < 0,05$)

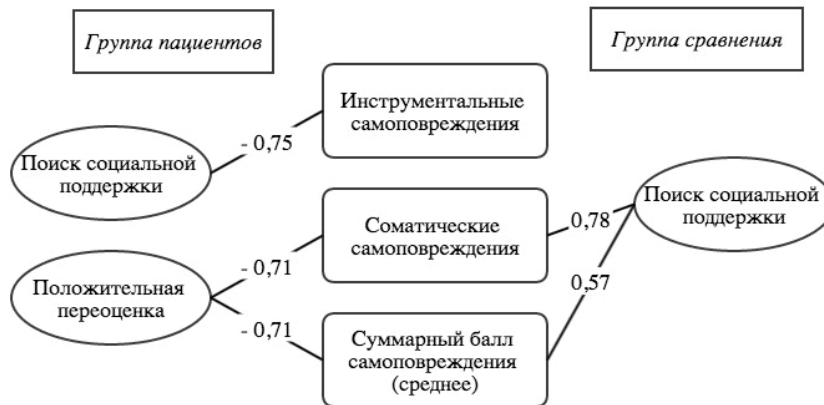
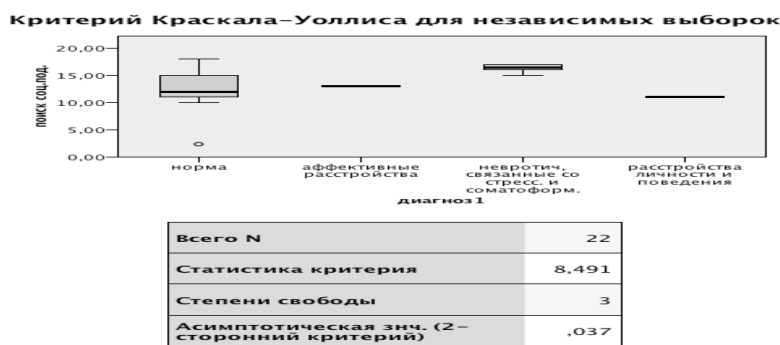


Рис. 5. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами теста Лазаруса, способами и суммарным показателем самоповреждения ($p < 0,05$)

Различия между группами по тесту Лазаруса были выявлены по одной шкале: поиск социальной поддержки ($p = 0,03$; средний ранг в клинической группе 15,38, в группе сравнения – 9,29). При уточнении нозологической группы с наиболее высокими показателями с помощью критерия Краскала–Уоллиса было определено, что наиболее высокий ранг – 17,92 – у группы пациентов с невротическими, связанными со стрессом и соматоформными расстройствами, а наиболее низкий – 6,00 – у группы с расстройствами личности и поведения (рис. 6).

Тест ЭМИ

Значимый уровень корреляций между шкалами эмоционального интеллекта и показателями СП был выявлен только в клинической группе (рис. 7). Шкала «понимание эмоций» и субшкалы «управление чужими эмоциями» и «понимание своих эмоций» имеют высокие по значению отрицательные связи с факторами СП: восстановление контроля над эмоциями, избавление от напряжения, воздействие на других.



1. Статистика критерия скорректирована на наличие связей.

Рис. 6. Различия по шкале поиск социальной поддержки по нозологии



Рис. 7. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами опросника ЭМИн и факторами самоповреждения ($p < 0,05$)

В группе сравнения были определены отрицательные корреляции между шкалами «межличностный эмоциональный интеллект», «управление эмоциями», субшкалами «управление своими эмоциями», «контроль экспрессии» и соматическими самоповреждениями, суммарным баллом самоповреждений (рис. 8). В клинической группе статистический уровень значимости был определен только между пониманием своих эмоций и соматическими самоповреждениями.

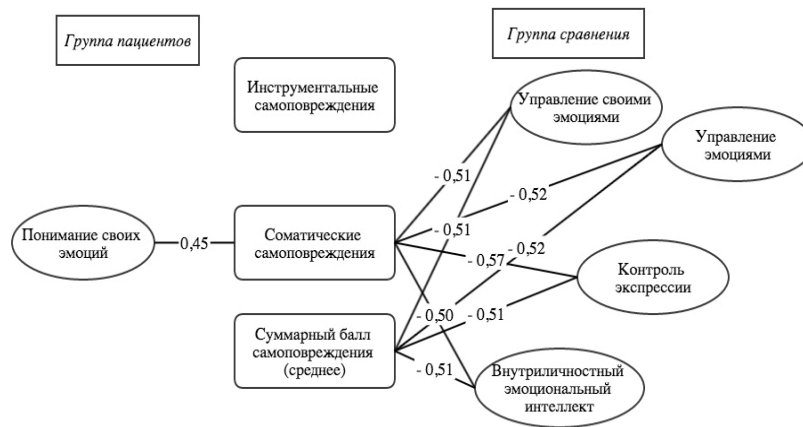


Рис. 8. Статистически значимые взаимосвязи между шкалами теста ЭМИн, способами и суммарным показателем самоповреждения ($p < 0,05$)

Значимых межгрупповых различий по шкалам опросника выявлено не было. Однако разделение всей выборки по критерию наличие/отсутствие актов самоповреждения, позволило выявить различие по шкале «контроль экспрессии» ($p = 0,02$; средний ранг в подгруппе с самоповреждениями – 16,45, без самоповреждений – 25,33).

Аналогичная процедура по критерию наличие/отсутствие инструментальных и соматических самоповреждений показала различия по шкале «управления своими эмоциями» ($p = 0,44$; средний ранг у подгруппы с инструментальными самоповреждениями – 13,39, не имеющих подобные самоповреждения – 23,00) и по контролю экспрессии (в подгруппе с соматическими самоповреждениями средний ранг составил 16,42, в подгруппе без соматических самоповреждений – 24,59).

Обсуждение результатов

Результаты, полученные в ходе исследования, с одной стороны, хорошо интегрируются в современные представления о психологических механизмах СП в норме и при пограничных психических расстройствах, с другой стороны, раскрывают специфику регуляции эмоций в условиях пограничного функционирования личности.

Данные по частоте актов самоповреждения поддерживают точку зрения относительно распространенности СП, как в клинической, так и неклинической группах. Это вписывается в современные представления о самоповреждении как о часто встречающемся поведенческом феномене в разные периоды жизни человека, как в норме, так и при психических нарушениях (Меннингер, 2000; Favazza, 1996; Бек, Фримен, 2002; Nock, 2010; Glenn, Klonsky, 2013; Короленко, Шпикс, 2012; Gratz, Roemer, 2013; Zetterqvist, Lundh, Dahlström, Svedin, 2013; Польская, 2015 и др.)

Различия между клинической и неклинической группами, которые были обнаружены в данном исследовании, касаются выраженности трех из четырех факторов самоповреждения (восстановление контроля над эмоциями, воздействие на других и избавление от напряжения). В клинической группе значения по этим факторам выше, чем в неклинической. Это означает, что для пациентов самоповреждение в большей степени связано с определенным внутренним состоянием и/или желанием его изменить, тогда как в группе сравнения акты самоповреждения носят преимущественно реактивный (ситуативный) характер.



Самоповреждения у пациентов с пограничной патологией играют более психологически значимую роль: они регулируют эмоции, снимают эмоциональное напряжение. И этот регулятивный характер актов самоповреждения находит свое подтверждение при анализе результатов по другим методикам.

По опроснику когнитивной регуляции эмоций выраженность факторов СП поддерживается слабостью такой когнитивной стратегии, как планирование, что характеризуется трудностями определения возможных вариантов решения проблемы. В наибольшей степени проблемы планирования свойственны пациентам с пограничной патологией (особенно при расстройствах личности и поведения).

Положительные связи, обнаруженные в клинической группе между шкалой «позитивная переоценка и изменение себя», поиск нового опыта, поддерживают позицию, что СП – это способ избежать более радикальных действий суицидальной направленности (Меннингер, 2000).

Важными являются взаимосвязи, выявленные в группе пациентов, между шкалой руминации и соматическими самоповреждениями, а также суммарным баллом самоповреждения. Связи СП с руминацией подтверждаются и другими исследователями, как в клинической, так и в неклинической популяции (Hoff, Muehlenkamp, 2009; Voon, Hasking, Martin, 2014). И хотя, в нашем случае, значение связи невысокое, можно допустить, что оно возрастет при расширении выборки.

Руминация как повторение, возврат к одним и тем же мыслям близка соматическим самоповреждениям, которые в своих крайних вариантах выступают в форме стереотипных действий, а расчесывание кожи, обкусывание ногтей, выдергивание волос становятся практически неконтролируемыми формами навязчивого или стереотипного поведения. Исходя из представлений Германа Уиткина (G. Witkin) о соответствии защитных механизмов разным уровням дифференциации и интеграции, можно определить руминацию как в большей степени диффузную и слабо дифференцированную, как «неспециализированный способ психического функционирования» (Witkin, 1965, с. 322). Этим объясняется тот факт, что заведомо неэффективные, неадаптивные эмоции, мысли, действия вновь повторяются, тем не менее, они оказываются малодоступными для сознательной проработки и преодоления. Связь руминации с СП указывает на определенную неконтролируемость актов самоповреждения, что объясняется снижением уровня психологической дифференциации и это касается, прежде всего, дифференциации эмоций (Zaki, Coifman, Rafaeli, Berenson, Downey, 2013).

В группе сравнения интерес представляет связь между шкалой принятия и фактором СП – восстановление контроля над эмоциями, а также суммарным баллом самоповреждения. По всей видимости, это характеризует особенность СП при нормативном развитии – через самоповреждение происходит принятие болезненных переживаний и/или негативных сторон собственной личности.

Стратегия катастрофизации, по которой определены межгрупповые различия, является структурно близкой руминации – переживание глобальных негативных эмоций, которые воспринимаются как неконтролируемые, непреодолимые и повторяющиеся. Согласно полученным нами данным, в наибольшей степени катастрофизация свойственна пациентам с аффективными расстройствами. Это может быть объяснено нарушениями эмоциональной регуляции, а также гиперчувствительностью к неблагоприятным стимулам (Brown, Linehan, Comtois, Murray, Chapman, 2009; Linehan, 1993).



Результаты, полученные по тесту Лазаруса, уточняют описанную выше специфику взаимосвязи эмоциональной регуляции и СП. Раскрывается двойственный характер связи копингов с СП в клинической группе. С факторами самоповреждения взаимосвязаны как конструктивные копинги (принятие ответственности и положительная переоценка), так и неадаптивные (бегство-избегание и конфронтационный копинг). Исходя из этих данных, самоповреждение является и способом избегания высокоинтенсивных негативных эмоций, и способом конфронтации, противостояния внутренним переживаниям или внешним обстоятельствам. С другой стороны, связь факторов СП с конструктивными стратегиями показывает совладающий характер самого акта самоповреждения: как говорилось выше, преодолевается более разрушительная, суицидальная интенция, происходит ревизия, переоценка силы собственных эмоций, в результате чего снижается интенсивность эмоционального напряжения.

Отрицательная корреляция планирования решения с факторами СП, полученная в группе сравнения, соответствует нашим представлениям относительно реактивного, т. е. специально не планируемого, импульсивного характера самоповреждения при нормативном развитии (Польская, 2014b).

Таким образом, по стратегиям саморегуляции выявлена специфика СП в клинической группе и группе сравнения. В нормативной группе: самоповреждение – это способ внутриличностной интеграции и принятия негативных эмоциональных переживаний, связанных с текущим эмоциональным состоянием. В группе пациентов, самоповреждение – это способ совладания с высокоинтенсивными негативными эмоциями, имеющими персеверативный характер, с целью изменения устойчиво негативного эмоционального состояния. В клинической группе недостаток планирования входит в симптоматику пограничных расстройств, а в группе нормы может быть связан с реактивным типом самоповреждения (Польская, 2014b).

Результаты, полученные по шкалам эмоционального интеллекта, указывают на отрицательные связи между пониманием, управлением эмоциями и факторами СП: более низкие значения эмоционального интеллекта связаны с более высокими показателями по факторам СП. При этом акты самоповреждения (в данном случае, соматические самоповреждения) положительно коррелируют со шкалой «понимание своих эмоций», что может быть объяснено с позиций теорий психологической дифференциации (Werner, 1957; Witkin, 1965) как недостаточная дифференцированность эмоций и телесных ощущений и, как следствие этого, слабость интеграции между конструктами негативных эмоций и образа тела. Самоповреждение «усиливает» эмоцию, обеспечивая тем самым ее понимание личностью и одновременно является подтверждением этого понимания.

Обобщая эти данные, можно заключить, что в клинической группе самоповреждение связано с недостаточностью понимания эмоций, что находит свое выражение в трудностях оценки и релевантного реагирования на собственные переживания и эмоции других людей. В группе сравнения самоповреждение в большей мере связано с управлением и выражением эмоций (управление своими эмоциями, контроль экспрессии), что проявляется в поведенческих проблемах саморегуляции и, как говорилось выше, реактивном характере актов самоповреждения. Эти данные согласуются с исследованиями Ким Грац и ее коллег, в которых отмечаются связи частоты СП и таких нарушений эмоциональной регуляции, как принятие собственных эмоций и их осознание (Gratz K.L., Gunderson, 2006; Gratz K.L., Roemer, 2008).



Выводы

1. Акты самоповреждения наблюдаются как в клинических, так и неклинических группах. При этом у пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждения в большей мере связаны с определенным внутренним состоянием и/или желанием его изменить, тогда как в группе сравнения самоповреждения носят преимущественно реактивный (ситуативный) характер.

2. Такие стратегии когнитивной регуляции эмоций, как фокусировка на планировании, руминация и катастрофизация, могут рассматриваться в качестве психологических маркеров СП. Снижение способности к планированию, постоянное возвращение к болезненным переживаниям, глобализация проблемы – эти аспекты в наибольшей мере выражены в группе пациентов с пограничными психическими расстройствами.

3. У пациентов с пограничными психическими расстройствами самоповреждение связано со снижением понимания эмоций, а в группе сравнения – с управлением эмоциями и их выражением.

4. Акт самоповреждения может выполнять антисуицидальную функцию и поддерживаться конструктивными стратегиями регуляции эмоций в структуре копинг-поведения или защитных механизмов личности.

Литература

1. Бек А., Фримен А. Когнитивная психотерапия расстройств личности. Практикум по психотерапии. СПб: Питер, 2002. 544 с.
2. Короленко Ц. П., Штикс Т.А. Самоповреждающее и суицидное поведение у женщин с пограничной повреждающей психической организацией и пограничным личностным расстройством [Электронный ресурс] // Медицина и образование в Сибири. 2012. № 3. URL: http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=716 (дата обращения: 10.08.2015).
3. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) // Журнал практического психолога. 2007. № 3. С. 93–112.
4. Ласовская Т.Ю. Самоповреждающее поведение у лиц с пограничным личностным расстройством (обзор литературы) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2011. № 6. С. 58–61.
5. Люсин Д.В. Опросник на эмоциональный интеллект ЭИИ: новые психометрические данные // Социальный и эмоциональный интеллект: от моделей к измерениям / Под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Институт психологии РАН, 2009. С. 264–278.
6. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Клинические описания и указания по диагностике. Всемирная организация здравоохранения. Россия. СПб: Адис, 1994.
7. Меннингер К. Война с самим собой. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. 480 с.
8. Польская Н.А. Зависимость частоты и характера несуйцидальных самоповреждений от пола и возраста (в неклинической популяции) // Вопросы психологии. 2015. № 1. С. 97–109.
9. Польская Н.А. Причины самоповреждения в юношеском возрасте (на основе шкалы самоотчета) // Консультативная психология и психотерапия. 2014 а. № 2 (81). С. 140–152.
10. Польская Н.А. Самоповреждающее поведение в клинической практике // Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени Бехтерева. 2011. № 2. С. 4–8.
11. Польская Н.А. Структура и функции самоповреждающего поведения // Психологический журнал. 2014б. Т. 35. № 2. С. 45–56.
12. Рассказова Е.И., Леонова А.Б., Плужников И.В. Разработка русскоязычной версии опросника когнитивной регуляции эмоций // Вестник психологии. Серия 14. Психология. 2011. № 4. С. 161–179.
13. Чухутова Г.Л. Стереотипное и самоповреждающее поведение у детей с нарушениями в развитии // Современная зарубежная психология. 2013. Т. 2. № 4. С. 92–117.
14. Шевченко Ю.С. Патологические привычные действия у детей и подростков и принципы их тера-



- пии с позиций концепции психического дизонтогенеза // Социальная и клиническая психиатрия. 1992. Т. 2. Вып. 1. С. 11–21.
15. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V). – Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 803–806.
16. Brown M.Z., Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A., Chapman A.L. Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis // Behav. Res. Ther. 2009. Т. 47. № 10. P. 815–822.
17. Deb S. Self-injurious behavior as part of genetic syndromes // Brit J Psychiat. 1998. Vol. 172. P. 385–388.
18. Favazza A.R. Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996.
19. Glenn C.R., Klonsky E.D. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients // J. Clin Child Adolesc Psychol. 2013. Т. 42. Vol. 4. P. 496–507.
20. Gratz K.L., Gunderson J.G. Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder // Behav. Ther. 2006. Т. 37. P. 25–35.
21. Gratz K.L., Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university // Cogn. Behav. Ther. 2008. Т. 37. № August. С. 14–25.
22. Horsfall J. Towards understanding some complex borderline behaviours // Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing. 1999. Vol. 6. P. 425–432.
23. Linehan M. Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder. Guilford Press, 1993.
24. Nock M.K. Self-injury // Annu. Rev. Clin. Psychol. 2010. Т. 6. С. 339–363.
25. Zaki L.F., Coifman K.G., Rafaeli E., Berenson K.R., Downey G. Emotion Differentiation as a Protective Factor Against Nonsuicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder // Behavior Therapy. 2013. Т. 44. P. 529–540.
26. Zetterqvist M., Lundh L., Dahlström Ö., Svedin K.G. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder // J. Abnorm. Child Psychol. 2013. Т. 41. P. 759–773.
27. Voon D., Hasking P., Martin G. The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury // British Journal of Clinical Psychology. 2014. Т. 53. P. 95–113.
28. Werner H. Comparative psychology of mental development. Rev. ed. N.Y: International Universities Press, 1957. 564 с.
29. Witkin H.A. Psychological differentiation and forms of pathology // Journal of Abnormal Psychology. 1965. Vol. 70. № 5. P. 317–336.

SELF-INJURIOUS ACTS IN PATIENTS WITH BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS

POLSKAYA N.A. *, *Department of Psychology of Personality, Faculty of Psychology, Saratov State University,*
e-mail: polskayana@yandex.ru

For citation:

Polskaya N.A. Self-injurious acts in patients with borderline personality disorders. *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 129–144 (In Russ., abstr. in Engl.).
doi:10.17759/exppsy.2015080312

* *Polskaya N.A.* PhD (Philosophy), Associate Professor, Chair of Neuro- and Pathopsychology, Division for Psychology, L.S. Vygotsky Institute for Psychology, Russian State University for the Humanities. Moscow, Russia. E-mail: polskayana@yandex.ru



Results of the empirical study on the relation between emotion regulation factors and the peculiarity of self-injurious behavior in clinical and nonclinical groups are reported. Participants of the research (N=68) comprised two groups: inpatients with borderline personality disorders (N=33; M=44,9, SD=10,8) and control group (N=35; M=39,3, SD=11,2). Methods: the scale of reasons for self-injurious behavior (Polskaya, 2014), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2002, Rasskazova et al., 2011), the Ways of Coping Questionnaire (Lazarus, Folkman, 1988, Kryukova, Kuftyak, 2004) and Emotional Intelligence questionnaire (Lyusin, 2009). Conclusion: 1) self-injuries are observed both in clinical and nonclinical group; in patients with borderline personality disorders they are related to a certain mental state and/or a wish to change it, whereas in control group self-injuries possess a reactive character; 2) such strategies of cognitive emotion regulation as decreased ability to plan, rumination and catastrophizing, can be regarded as markers of self-injurious behavior; 3) self-injury in patients with borderline personality disorders is related to decreased understanding of emotion, whereas in control group it is related to emotion management and expression; 4) self-injury can execute antisuicidal function and be reinforced by constructive strategies of emotion regulation in the structure of coping behavior or defense mechanisms.

Keywords: self-injurious behavior, borderline personality disorder, emotional intelligence, cognitive emotion regulation, coping strategies.

References

1. Bek A., Frimen A. *Kognitivnaya psikhoterapiya rasstrojstv lichnosti. Praktikum po psikhoterapii* [Cognitive therapy of personality disorders. Workshop on psychotherapy]. SPb: Piter, 2002. 544 s.
2. Korolenko Ts. P., Shpiks T. A. Samopovrezhdayushhee i suitsidnoe povedenie u zhenshhin s pograničnoj povrezhdayushhej psikhicheskoj organizatsiej i pograničnym lichnostnym rasstrojstvom [Self-harm and suicidal behavior in women with borderline damaging mental organization and borderline personality disorder]. *Meditsina i obrazovanie v Sibiri* [Health and education in Siberia], 2012, no. 3. http://www.ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=716 (access date 10.08.2015)
3. Kryukova T.L., Kuftyak E.V. Oprosnik sposobov sovladaniya (adaptatsiya metodiki WCQ) [Questionnaire methods of coping (adaptation techniques WCQ)]. *Zhurnal praktičeskogo psikhologa* [Journal of Practical Psychology], 2007, no. 3, pp. 93–112.
4. Lasovskaya T.Yu. Samopovrezhdayushhee povedenie u lits s pograničnym lichnostnym rasstrojstvom (obzor literatury) [Self-injurious behavior in patients with borderline personality disorder (review)]. *Sibirskij vestnik psikhiiatrii i narkologii* [Siberian bulletin of Psychiatry and Addiction], 2011, no. 6, pp. 58-61.
5. Lyusin D.V. Oprosnik na ehmtsional'nyj intellekt EmIn: novye psikhometricheskie dannye [Questionnaire on emotional intelligence EmIn: new psychometric data]. In D.V. Lyusin, D.V. Ushakov (eds.), *Sotsial'nyj i ehmtsional'nyj intellekt: ot modelej k izmereniyam* [The social and emotional intelligence, models for measurement]. Moscow: Institut psikhologii RAN, 2009, pp. 264–278.
6. *Mezhdunarodnaya klassifikatsiya boleznej (10-j peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstrojstv. Klinicheskie opisaniya i ukazaniya po diagnostike.* [International Classification of Diseases (10th revision). Classification of mental and behavioral disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines]. World Health Organization. Rossiya. SPb: Adis, 1994.
7. Menninger K. *Vojna s samim soboj* [War with the self]. Moscow: EKSMO-Press, 2000.
8. Pol'skaya N.A. Zavisimost' chastoty i kharaktera nesuitsidal'nykh samopovrezhdenij ot pola i vozrasta (v neklinicheskoj populyatsii) [The frequency and nature of nesuitsidalnyh self-harm by age and gender (in the non-clinical population)]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology], 2015, no. 1, pp. 97–109.
9. Pol'skaya N.A. Prichiny samopovrezhdeniya v yunosheskom vozraste (na osnove shkaly samootcheta) [The reasons for self-harm in young adulthood (based on self-report scale)]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and psychotherapy], 2014a, no. 2 (81), pp. 140–152.
10. Pol'skaya N.A. Samopovrezhdayushhee povedenie v klinicheskoj praktike [Self-injurious behavior in clinical practice]. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii imeni Bekhtereva* [Review of Psychiatry and Medical Psychology named after Bekhterev], 2011, no. 2, pp. 4–8.
11. Pol'skaya N.A. Struktura i funktsii samopovrezhdayushhego povedeniya [Structure and function of self-injurious behavior]. *Psikhologicheskij zhurnal* [Psychological Journal], 2014b, vol. 35, no. 2, pp. 45–56.
12. Rasskazova E.I., Leonova A.B., Pluzhnikov I.V. Razrabotka russkoyazychnoj versii oprosnika kognitivnoj



- regulyatsii ehmtotsij [The development of the Russian version of the questionnaire cognitive emotion regulation]. *Vestnik psikhologii. Seriya 14. Psikhologiya [Journal of Psychology. Series 14. Psychology]*, 2011, no. 4, pp. 161–179.
13. Chukhutova G.L. Stereotipnoe i samopovrezhdayushhee povedenie u detej s narusheniyami v razvitanii [Stereotypical and self-injurious behavior in children with developmental disorders]. *Sovremennaya zarubezhnaya psikhologiya [Modern foreign psychology]*, 2013, vol. 2, no. 4, pp. 92–117.
14. Shevchenko Yu.S. Patologicheskie privychnye dejstviya u detej i podrostkov i printsipy ikh terapii s pozitsij kontseptsii psikhicheskogo dizontogeneza [Pathological habitual actions in children and adolescents and the principles of their treatment from the point of conception of mental dizontogeneza]. *Sotsial'naya i klinicheskaya psixiatriya [Social and clinical psychiatry]*, 1992, vol. 2, no. 1, pp. 11–21.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders, fifth edition (DSM-V)*. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013. P. 803–806.
16. Brown M.Z., Linehan M.M., Comtois K.A., Murray A., Chapman A.L. Shame as a prospective predictor of self-inflicted injury in borderline personality disorder: A multi-modal analysis. *Behav. Res. Ther.*, 2009, vol. 47, no. 10, pp. 815–822.
17. Deb S. Self-injurious behavior as part of genetic syndromes. *Brit J Psychiat.*, 1998, vol. 172, pp. 385–388.
18. Favazza A.R. *Bodies under siege: Self-mutilation in Culture and Psychiatry*. Second Edition. Baltimore and London: The Johns Hopkins University Press, 1996.
19. Glenn C.R., Klonsky E.D. Nonsuicidal self-injury disorder: an empirical investigation in adolescent psychiatric patients. *J Clin Child Adolesc Psychol.*, 2013, vol. 42, no. 4, pp. 496–507.
20. Gratz K.L., Gunderson J.G. Preliminary Data on an Acceptance-Based Emotion Regulation Group Intervention for Deliberate Self-Harm Among Women With Borderline Personality Disorder. *Behav. Ther.*, 2006, vol. 37, pp. 25–35.
21. Gratz K.L., Roemer L. The relationship between emotion dysregulation and deliberate self-harm among female undergraduate students at an urban commuter university. *Cogn. Behav. Ther.*, 2008, vol. 37, August, pp. 14–25.
22. Horsfall J. Towards understanding some complex borderline behaviours. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 1999, vol. 6, pp. 425–432.
23. Linehan M. *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press, 1993.
24. Nock M.K. Self-injury. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 2010, vol. 6, pp. 339–363.
25. Zaki L.F., Coifman K.G., Rafaeli E., Berenson K.R., Downey G. Emotion Differentiation as a Protective Factor Against Nonsuicidal Self-Injury in Borderline Personality Disorder. *Behavior Therapy*, 2013, vol. 44, pp. 529–540.
26. Zetterqvist M., Lundh L., Dahlström ., Svedin K.G. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *J. Abnorm. Child Psychol.*, 2013, vol. 41, pp. 759–773.
27. Voon D., Hasking P., Martin G. The roles of emotion regulation and ruminative thoughts in non-suicidal self-injury. *British Journal of Clinical Psychology*, 2014, vol. 53, pp. 95–113.
28. Werner H. *Comparative psychology of mental development*. Rev. ed. NY: International Universities Press, 1957. 564 c.
29. Witkin H. A. Psychological differentiation and forms of pathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 1965, vol. 70, no. 5, pp. 317–336.



ПАТОЛОГИЯ ПАМЯТИ В СТРУКТУРЕ НАРУШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ У ДЕТЕЙ С СУДОРОЖНЫМИ ПАРОКСИЗМАМИ В АНАМНЕЗЕ

ТУРОВСКАЯ Н.Г. *Волгоградский государственный медицинский университет (ГБОУ ВПО ВолгГМУ),
Волгоград, Россия,
e-mail: turovskayanata@mail.ru

Нарушения памяти являются распространенной патологией у детей с судорожными пароксизмами. В настоящем исследовании проверялась гипотеза о том, что патология памяти у детей с пароксизмальными состояниями имеет количественно-качественную специфику. В исследовании приняли участие 107 детей в возрасте 6–10 лет. 59 человек имели пароксизмальные состояния в анамнезе, 12 человек – эпилептиформную активность на ЭЭГ без приступов в анамнезе. Группа сравнения – 36 человек с резидуальной церебральной патологией без приступов в анамнезе. В исследовании использовались экспериментально-психологические и нейропсихологические методы исследования памяти. Результаты эмпирического исследования показали, что большую значимость в картине нарушения мнестической деятельности у детей с судорожными пароксизмами помимо нарушений кратковременной слухоречевой памяти имеют нарушения кратковременной зрительной памяти, явления амнестической афазии и модально-неспецифические нарушения памяти. Степень выраженности нарушений кратковременной слухоречевой памяти коррелирует с возрастом начала приступов, зрительной памяти – с количеством приступов в анамнезе. Учет полученных результатов позволит организовать процесс оказания психологической помощи больным детям более эффективно.

Ключевые слова: церебральная органическая патология, эпилептические и неэпилептические пароксизмальные состояния, судорожные пароксизмы, нарушения памяти, кратковременная слухоречевая память, кратковременная зрительная память, амнестическая афазия, модально-неспецифические нарушения памяти.

Актуальность исследования особенностей психического развития детей, перенесших в анамнезе или хронически страдающих судорожными состояниями определяется, в первую очередь, широкой распространенностью в детской популяции данной нервно-психической патологии. Распространенность судорог у детей составляет 17–20 случаев на 1000 детского населения (Баранов, 2002). Одной из причин судорожных состояний является эпилепсия. Частота данного заболевания в детской популяции составляет 0,5–0,75% (Гузева, 2007). Неэпилептические пароксизмальные расстройства сознания составляют около 25% среди всех пароксизмальных расстройств сознания у детей (Гузева, 2007).

В настоящее время особенности психического развития детей с судорожными пароксизмами изучаются рядом исследователей (Алехин, Туровская, 2012; Алехин, Туровская, 2013). Наиболее исследованы особенности патологии психической деятельности при эпилепсии.

Для цитаты:

Туровская Н.Г. Жердев И.Ю. Патология памяти в структуре нарушения психического развития у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 145–155. doi:10.17759/exppsy.2015080313

*Туровская Н.Г. Кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии, Волгоградский государственный медицинский университет (ГБОУ ВПО ВолгГМУ), Волгоград, Россия. E-mail: turovskayanata@mail.ru



Ряд авторов указывают, что ведущее место в присущей больным эпилепсией симптоматике имеет нарушение разных видов памяти (Карлов, 2002; Микадзе, 2008; Алехин, Туровская, 2013).

Исследования В.И. Гузевой (2008) показали, что снижение памяти наблюдается при всех формах эпилепсии с незначительным преобладанием снижения кратковременного компонента при симптоматической генерализованной и долговременного компонента – при симптоматической парциальной эпилепсии (Гузева и др., 2008).

Л.А. Троицкая (2009), исследуя мнестические функции у больных с фокальными формами эпилепсии, пришла к выводу о том, что при локализации эпиактивности в левом полушарии на первый план выступают сужение объема произвольного запоминания и тормозимость следов в условиях гомогенной и гетерогенной интерференции, парафазии; при правополушарной локализации страдают воспроизведение заданной последовательности элементов и тормозимость следов при гомогенной интерференции; при дисфункции в срединных структурах головного мозга наблюдаются ухудшение мнестической деятельности по всем выделенным параметрам, в том числе дефекты регуляции и контроля (Троицкая, 2009).

Проведенное тем же автором исследование слухоречевой памяти у детей с эпилепсией показало, что при наличии очага эпилептиформной активности в левой гемисфере и срединных структурах головного мозга по мере течения заболевания нарушения вербально-логической памяти нарастают, в обоих случаях становятся выраженными дефекты регуляции и контроля мнестической деятельности (Троицкая, 2009)..

Однако, по мнению Helmstaedter et al. (2009), связь снижения словесной памяти с локализацией очага эпилептической активности в левом полушарии появляется только в зрелом возрасте, когда полусферическая специализация становится полной (Helmstaedter et al., 2009).

Hermann et al. (2006) указывают, что нарушения памяти отмечаются у детей уже на начальных стадиях эпилепсии (Hermann et al., 2006).

Нарушения памяти были выявлены в том числе у детей, страдающих отличающейся доброкачественным течением роландической эпилепсией (Baglietto et al., 2001; Hattori, 2002; Northcott et al., 2005; Pinton et al., 2006; Deltour et al., 2007). О нарушениях зрительно-пространственной памяти у данных больных сообщали Baglietto et al. (2001), Pinton et al. (2006); вербальной памяти – Hattori (2002), Baglietto et al. (2001), Pinton et al. (2006).

Исследования Deltour et al. (2007) показали, что патология пространственных аспектов памяти и краткосрочной памяти коррелирует с возрастом начала эпилептических приступов (Deltour et al., 2007).

В то же время, Helmstaedter et al. (2009) подчеркивают, что гиппокампальный склероз, как самая частая патология при эпилепсии, оказывает значительное влияние на состояние памяти и способности к обучению независимо от возраста пациента (Helmstaedter et al., 2009).

По данным Fastenau et al. (2009), дети с симптоматической и криптогенной эпилепсией показывают более низкие результаты по субтесту «Словесная память» по сравнению с детьми с идиопатической эпилепсией. Нарушения словесной памяти более выражены у детей, получающих антиэпилептическое лечение, чем у детей, не получающих такого лечения (Fastenau et al., 2009).

Менее исследованы особенности нарушения памяти у детей с неэпилептическими пароксизмальными состояниями (Алехин, Туровская, 2012). Такие пароксизмальные состояния



оцениваются прогностически более благоприятно, чем эпилептические. Считается, что воздействие их на головной мозг сводится, в основном, к гипоксии (Благосклонова, Морозова, 2006).

S. Shinnar, T.A. Glauser (2002) утверждают, что простые непродолжительные фебрильно-провоцируемые приступы не приводят к поражению головного мозга и нарушениям психомоторного развития ребенка в будущем (Shinnar, Glauser, 2002). Однако у больных со сложными фебрильными судорогами Theodore et al. (2003) предполагают возможное нарушение психического развития (Theodore et al., 2003). Wong et al. (2002), Tarkka et al. (2003), Cendes (2004), Ying-Chao Chang et al. (2008) отмечают, что длительные и повторяющиеся фебрильные судороги при соответствующей генетической патологии могут приводить к атрофическому поражению гиппокампа и мозговой дисфункции, проявляющейся снижением долгосрочной памяти и эпилептизации (Wong et al., 2002; Tarkka et al., 2003; Cendes, 2004; Ying-Chao Chang et al., 2008).

Таким образом, обзор результатов ранее проведенных исследований показывает, что проблема нарушений памяти у детей под влиянием судорожных состояний изучена недостаточно. Остается неясным, какие факторы, связанные с этиопатогенетическими характеристиками заболевания, оказывают наибольшее отрицательное влияние на состояние памяти у детей. В ряде случаев полученные результаты противоречат друг другу.

Нами было проведено исследование нарушений памяти у детей с судорожными пароксизмами в анамнезе. Целью исследования стало изучение особенностей патологии памяти у детей с пароксизмальными состояниями в анамнезе, развившимися на фоне преморбидной церебральной органической патологии.

Мы предположили, что патология памяти у детей с пароксизмальными состояниями имеет количественно-качественную специфику, в том числе по сравнению с картиной нарушения памяти у детей с резидуальной церебральной патологией без приступов в анамнезе. Нарушения памяти опосредованы характером протекания заболевания (возрастом начала и количеством приступов в анамнезе). Эпилептические и неэпилептические пароксизмальные состояния сопряжены с различными количественно-качественными характеристиками патологии памяти в детском возрасте.

Программа исследования

В исследовании приняли участие 107 детей в возрасте 6–10 лет и их родители (законные представители). Из них 102 человека – дети в возрасте от 6 до 8 лет. 5 человек – дети в возрасте старше 9 лет, чьи результаты рассматривались индивидуально с использованием клинико-биографического метода.

Из принявших участие в исследовании детей 59 человек (55,14% от общего количества респондентов) имели в анамнезе различные по этиопатогенетическому признаку судорожные состояния, 12 человек (11,21% от общего количества респондентов) – эпилептиформную активность на ЭЭГ (электроэнцефалограмме) без приступов в анамнезе. У 51% испытуемых (от количества испытуемых с пароксизмами) в анамнезе наблюдались только эпилептические пароксизмы, у 22,4% – только неэпилептические пароксизмы, у 22,4% – неэпилептические пароксизмы сменились эпилептическими, у 4,1% – эпилептические пароксизмы сменились неэпилептическими.

У 91,67% испытуемых от всех фактов наличия пароксизмальных состояний в анамнезе пароксизмы (в том числе недифференцированные эпилептические реакции, фебрильные судороги и аффективно-респираторные приступы) развились на фоне преморбидной цере-



бральной органической недостаточности. Для исследования нарушений психической деятельности, сопряженных с действием пароксизмальных состояний, в группу респондентов были добавлены дети без пароксизмов и эпилептиформной активности на ЭЭГ в анамнезе, но с резидуальной церебральной органической патологией. Данная группа была представлена в количестве 36 человек (33,64% от общего числа респондентов).

С целью выявления количественно-качественных характеристик основных клинко-этиопатогенетических и психологических параметров исследования мы использовали клинко-биографические методы (были изучены истории болезни, собраны анамнестические сведения, касающиеся особенностей раннего развития ребенка).

В качестве актуальных были выделены следующие параметры анализа анамнестических данных: течение беременности, течение родов, наследственность, действие экзогенных патологических факторов в постнатальном онтогенезе, наличие структурных изменений тканей головного мозга (по данным МРТ (магнитно-резонансной томографии) и КТ (компьютерной томографии)), наличие признаков гипертензионно-гидроцефального синдрома, наличие пароксизмальных состояний в анамнезе, наличие эпилептиформной активности на ЭЭГ и ее сочетание с приступами, возраст начала, продолжительность, количество и частота судорожных пароксизмов в анамнезе, характер приступов, особенности течения заболевания, особенности раннего развития, особенности социальной ситуации развития ребенка. Дополнительное внимание было уделено выделению очагов локализации эпилептиформной активности (по данным ЭЭГ).

Для изучения картины нарушения памяти у детей с судорожными пароксизмами нами использовался диагностический комплекс «Прогноз и профилактика проблем обучения в школе», в частности, субтесты, направленные на изучение особенностей кратковременной слухоречевой и кратковременной зрительной памяти (Ясюкова, 2002). Согласно требованиям данного диагностического комплекса, детям для запоминания последовательно предъявлялись 10 слов и 10 предметных изображений, которые они должны были воспроизвести непосредственно после предъявления. Оценка качества выполнения заданий производилась с учетом нормативов, предлагаемых автором диагностического комплекса.

С целью выявления модально-неспецифических нарушений памяти и явлений амнестической афазии нами применялись соответственно пробы «запоминание двух групп слов» и «называние (предметных изображений)» из методики нейропсихологической диагностики детей (Цветкова, 2002). В процессе выполнения пробы «запоминание двух групп слов» детям последовательно предъявлялись две серии слов (по три слова в каждой). Перед испытуемыми стояла задача сначала воспроизвести непосредственно после предъявления первую группу слов, затем также непосредственно после предъявления – вторую группу слов, в заключение вспомнить обе группы слов («А теперь скажи, какие слова были первыми, а какие – вторыми»). В процессе выполнения пробы «называние (предметных изображений)» детям предлагалось назвать предъявленные им предметные изображения. Экспериментатором фиксировались факты затруднения со стороны испытуемого в назывании предмета при возможности описать его функциональное значение или свойства. Оценка выполнения нейропсихологических тестов производилась традиционно по разработанной в лаборатории А.Р. Лурия четырехбалльной шкале (0 – это практически правильное выполнение всех тестов без ошибок; 1 – это 25% ошибок и 75% правильно выполненных тестов; 2 – это 50% ошибок и 50% правильно выполненных тестов; 3 – это 100% ошибок при выполнении тестов) (Цветкова, 2002).



Обследование испытуемых проводилось в индивидуальной форме. Статистический анализ проведен с помощью компьютерной программы анализа статистических данных SPSS.

Результаты и их интерпретация

По нашим данным, у детей с церебральной органической патологией (имевших и не имевших в анамнезе судорожные состояния) в 97,14% случаев отмечается патология памяти. У детей с судорожными пароксизмами в анамнезе этот показатель равен 97,18%, у детей без пароксизмов в анамнезе – 97,6% (рис. 1).

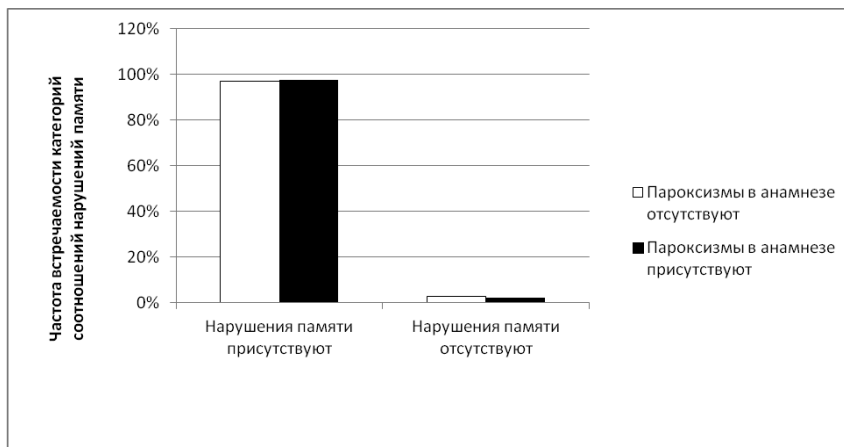


Рис. 1. Недифференцированные нарушения памяти у детей с церебральной органической патологией, имевших и не имевших в анамнезе судорожные пароксизмы: «*» различия частот, в зависимости от наличия пароксизмов, статистически не значимы ($p \approx 1$) по критерию хи-квадрат

Таким образом, можно предположить, что нарушения памяти у детей с судорожными состояниями могут возникать как вследствие пароксизмов, так и вследствие преморбидной церебральной органической патологии.

Однако нарушения памяти, развивающиеся вследствие действия пароксизмов, в первую очередь эпилептических, порой носят столь массивный характер, что за ними становится незаметным снижение других когнитивных функций. Единственной жалобой родителей некоторых больных детей становилась жалоба на выраженные нарушения памяти (как кратковременной, так и долговременной). В ряде случаев родители отмечали феномен забывания детьми после приступа недостаточно упроченной в опыте информации. Так, мама испытуемого с однократным приступом с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами обратила внимание на то, что ее ребенок «до приступа знал таблицу умножения, после приступа все забыл», мама ребенка с тремя судорожными приступами в анамнезе (после последнего приступа ребенку потребовались реанимационные мероприятия) отметила: «Знал буквы, после последнего приступа вообще никак». У отдельных детей на передний план среди нарушений памяти выходили явления амнестической афазии в виде трудностей узнавания и называния предметных изображений или трудностей идентификации предмета по его словесному обозначению («Прошу его подать сковородку, он не может вспомнить, что это такое»). Некоторые дети критично относились к своему состоянию и говорили: «Я постоянно все забываю» или «Я часто не могу вспомнить, как что-то называется».



В ряде случаев патология памяти является единственным симптомом нарушения психического развития детей с судорожными пароксизмами. Приведем в качестве примера клинический случай ребенка 10 лет, у которого в 1 месяц развился судорожный синдром в ответ на прием мотилиума, с двух до семи лет наблюдались редкие приступы с потерей сознания и тонико-клоническими судорогами в рамках генерализованной идиопатической эпилепсии, после семи лет периодически стали возникать пароксизмальные абдоминальные боли на фоне практического отсутствия соответствующей соматической патологии, сопровождающиеся регулярными сногворением и снохождением. В данный момент у ребенка из всех возможных нарушений психических функций наблюдаются только нарушения кратковременной речевой и кратковременной зрительной памяти (после первого предъявления 10 слов и картинок смог воспроизвести только 3 слова и 4 картинки) и выраженные модально-неспецифические нарушения памяти (трудности запоминания и воспроизведения слов в ситуации гомогенной интерференции). Ребенок учится в массовой школе, успевает на «хорошо».

Аналогичная картина состояния психических функций наблюдалась нами у испытуемой 8 лет, перенесшей в анамнезе ряд купированных самостоятельно судорожных приступов неясной этиологии. В момент исследования ребенок поступил на стационарное лечение с жалобами на однократную кратковременную потерю сознания, предположительно психогенного генеза (девочка потеряла сознание во время подготовки к фотографированию в момент, когда «чем-то брызгали волосы»). В обоих случаях у детей отмечаются незначительные нарушения активного внимания.

Следовательно, нарушения памяти у детей с судорожными пароксизмами являются одним из ведущих, иногда единственным симптомом нарушения психической деятельности, так же как при любом другом патологическом воздействии на головной мозг как экзогенно-, так и эндогенно-органического генеза.

Нельзя не отметить еще один выявившийся в процессе исследования и требующий своего объяснения феномен: у детей с продолжающимися судорожными приступами патология кратковременной слухоречевой памяти носит менее выраженный характер по сравнению с детьми, достигшими ремиссии, и еще более – детьми с церебральной патологией без приступов ($F=3,455$; $p=0,036$) (рис. 2).

Объяснение данному феномену мы находим в научных работах Б.В. Зейгарник (1986, 2009) и А.И. Болдырева (1990). По мнению указанных авторов, формирующаяся под воздействием эпилептических приступов инертность психической деятельности обладает компенсирующим значением. Так, Б.В. Зейгарник отмечала усиление под влиянием инертности психической деятельности мотивационного компонента памяти (Зейгарник, 2009). Как указывал А.И. Болдырев, благодаря инертности концентрированным вниманием компенсируется память (Болдырев, 1990, с. 70].

В процессе исследования было выявлено, что нарушения кратковременной слухоречевой памяти у детей тем более выражены, чем раньше начались судорожные приступы в истории болезни ребенка ($F=5,312$; $p=0,003$). Чем позже начинаются судорожные пароксизмы в анамнезе, тем меньше у ребенка выражены лабильность ($p=0,248$; $p=0,019$) и пресыщаемость ($p=0,386$; $p=0,000$) психической деятельности. Следовательно, можно предположить, что формирование инертности психической деятельности и соответствующей возможности компенсации вызванного церебральной органической патологией нарушения операционального компонента слухоречевой памяти становится возможным по мере созревания лобных (в первую очередь префронтальных) отделов коры больших полушарий головного мозга ребенка.

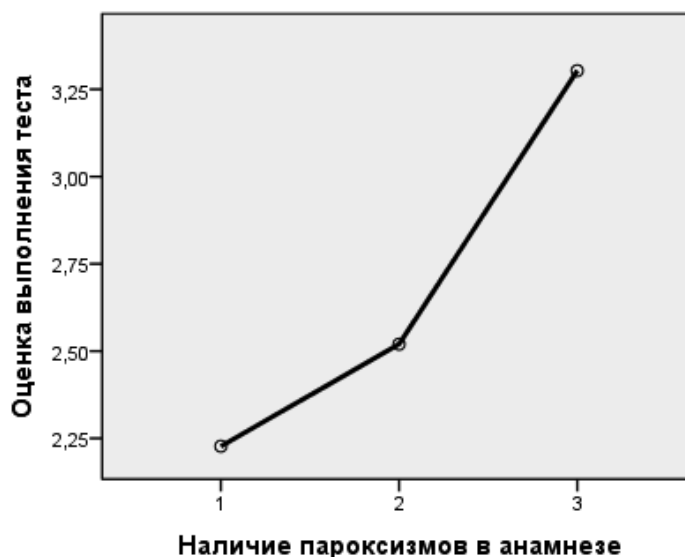


Рис. 2. Нарушения кратковременной слухоречевой памяти у детей с церебральной органической патологией, имевших и не имевших в анамнезе судорожные пароксизмы: 1 – пароксизмы отсутствовали в анамнезе; 2 – пароксизмы присутствовали в анамнезе, но сменились ремиссией; 3 – пароксизмы присутствуют в настоящий момент; по оси Y – чем выше числовое значение, тем выше уровень развития функции

Однако говорить о том, что у детей с судорожными пароксизмами результативность слухоречевой памяти близка к нормативной неправомерно: среднее значение воспроизведения 10 слов после первого прочтения у них незначительно превышает количество из 3 единиц (нормативное значение 6–7 слов).

Результаты психологической диагностики показали, что значительное количество пароксизмов в истории болезни у детей сопряжено с выраженными нарушениями кратковременной зрительной памяти ($F=4,248$; $p=0,013$).

По параметру «Наличие пароксизмальных состояний в анамнезе» нами был проведен факторный анализ по методу главных компонент с вращением варимакс. В результате анализа была получена структура из 10 факторов, объясняющих 75% общей дисперсии.

Анализ наполняемости факторов позволил выявить важные, на наш взгляд, закономерности. Первый фактор у детей, перенесших в анамнезе судорожные состояния, так же, как и у детей без судорожных пароксизмов в анамнезе, включает в себя нарушения мышления и памяти. Однако у детей с пароксизмами помимо нарушений кратковременной слухоречевой памяти он также включает нарушения кратковременной зрительной памяти и модально-неспецифические нарушения памяти.

Таким образом, по данным факторного анализа, нарушения зрительной памяти и модально-неспецифические нарушения памяти имеют более выраженную значимость в структуре нарушений психического онтогенеза у детей с судорожными пароксизмами по сравнению с детьми с церебральной патологией без пароксизмов в анамнезе.

Статистически значимые различия в картинах патологии мнестической деятельности у детей с различной локализацией эпилептиформной активности в нашем исследовании не выявлены.



Важно отметить, что неэпилептические пароксизмальные состояния в отличие от эпилептических гораздо реже сочетаются с модально-неспецифическими нарушениями памяти ($F=9,200$; $p=0,004$). По состоянию кратковременной слухоречевой и кратковременной зрительной памяти статистически значимые различия между группами испытуемых с эпилептическими и неэпилептическими пароксизмами в анамнезе не выявлены. Явления амнестической афазии в нашем исследовании отмечались только у детей с верифицированными эпилептическими приступами (у 18,64% испытуемых от количества детей с пароксизмальными состояниями в анамнезе).

Выводы

1. Нарушения памяти у детей с пароксизмальными состояниями, развившимися на фоне преморбидной церебральной органической патологии, формируются под влиянием как предшествующей мозговой недостаточности, так и судорожных пароксизмов.

2. Картина нарушений памяти у детей с пароксизмальными состояниями имеет специфические количественно-качественные особенности, отличающие ее от картины нарушений данной психической функции у детей с церебральной патологией без приступов в анамнезе.

2.1. Ослабление операционального компонента кратковременной слухоречевой памяти может компенсироваться усилением мотивационного компонента, улучшением концентрации внимания и общей инертностью психической деятельности, что становится возможным по мере созревания с возрастом ребенка лобных префронтальных отделов коры больших полушарий головного мозга.

2.2. Большую значимость в картине нарушения мнестической деятельности помимо нарушений кратковременной слухоречевой памяти приобретают нарушения кратковременной зрительной памяти, явления амнестической афазии и модально-неспецифические нарушения памяти.

3. Нарушения кратковременной слухоречевой памяти у детей с пароксизмальными состояниями в анамнезе тем более выражены, чем более рано начались судорожные приступы в истории болезни ребенка.

4. Значительное количество пароксизмов в истории болезни у детей сопряжено с выраженными нарушениями кратковременной зрительной памяти.

5. Неэпилептические пароксизмальные состояния в отличие от эпилептических гораздо реже сочетаются с модально-неспецифическими нарушениями памяти. Нарушения кратковременной слухоречевой и кратковременной зрительной памяти одинаково присутствуют у детей с эпилептическими и неэпилептическими пароксизмами в анамнезе.

Финансирование

Работа выполнена на базе Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена, Санкт-Петербург, Россия.

Литература

1. Алехин А.Н., Туровская Н.Г. Нарушения психического развития у детей при пароксизмальных судорожных состояниях // Педиатр. 2012. № 4. С. 10–12.
2. Алехин А.Н., Туровская Н.Г. Дети с пароксизмальными состояниями в анамнезе: Структура нарушений психического развития и мишени психокоррекционного воздействия // Вестник Волгоградского государственного медицинского университета. 2013. № 3 (47). С. 124–126.
3. Баранов А.А. Детские болезни: учебник. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. 880 с.
4. Благосклонова Н.К., Морозова М.А. Электрическая активность мозга детей и подростков с пароксизмальными состояниями неэпилептической природы // Дети со сложными нарушениями развития.



- Психофизиологические исследования / Под ред. Л.П. Григорьевой. М.: Экзамен, 2006. С. 294–326.
5. *Болдырев А.И.* Эпилепсия у детей и подростков. М.: Медицина, 1990. 320 с.
 6. *Гузева В.И.* Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. М.: МИА, 2007. 568 с.
 7. *Гузева В.И. и др.* Особенности когнитивных функций у детей с эпилепсией // Журнал неврологии и психиатрии. 2008. № 9. С. 24–28.
 8. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. Основы клинической диагностики и практики. М.: Эксмо, 2009. 368 с.
 9. *Карлов В.А.* Изменения в психической сфере при эпилепсии // Психопатология детского возраста: хрестоматия / Сост. А.Ю. Егоров, Е.С. Иванов, Д.Н. Исаев. СПб.: Дидактика Плюс, 2002. С. 172–179.
 10. *Микадзе Ю.В.* Нейропсихология детского возраста: учеб. пособие. СПб.: Питер, 2008. 288 с.
 11. *Троицкая Л.А.* Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков в норме и при патологии ЦНС: автореф. дис. ... докт. психол. наук. М., 2009, 54 с.
 12. *Цветкова Л.С.* Методика нейропсихологической диагностики детей: метод. альбом. М.: Педагогическое общество России, 2002. 96 с.
 13. *Яськова Л.А.* Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе: метод. руководство. СПб.: ГМНПП «ИМАТОН», 2002. 208 с.
 14. *Baglietto M.G. et al.* Neuropsychological disorders related to interictal epileptic discharges during sleep in benign epilepsy of childhood with centrotemporal or rolandic spikes // *Developmental Medicine and Child Neurology*. 2001. Vol. 43. № 6. P. 407–412. doi: 10.1017/S0012162201000755
 15. *Cendes F.* Febrile seizures and mesial temporal sclerosis // *Current Opinion in Neurology*. 2004. Vol. 17. № 2. P. 161–164. doi: 10.1097/00019052-200404000-00013
 16. *Deltour L. et al.* Clinical evaluation of attentional processes in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BCECTS) // *Epileptic Disord.* 2007. № 9 (4). P. 424–431. doi: 10.1684/epd.2007.0127
 17. *Fastenau P.S. et al.* Neuropsychologic status at seizure onset in children. Risk factors for early cognitive deficits // *Neurology*. 2009. Vol. 73. № 7. P. 526–534. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181b23551
 18. *Hattori J.* Higher brain dysfunction in benign childhood epilepsy with centrotemporal spike and atypical benign partial epilepsy of childhood // *No To Hattatsu*. 2002. Vol. 34. № 6. P. 484–490.
 19. *Helmstaedter C., Elger C.E.* Chronic temporal lobe epilepsy: a neurodevelopmental or progressively dementing disease? // *Brain*. 2009. Vol. 132. № 10. P. 2822–2830. doi: 10.1093/brain/awp182
 20. *Hermann B. et al.* Children with new-onset epilepsy: neuropsychological status and brain structure // *Brain*. 2006. Vol. № 129. № 10. P. 2609–2619. doi: 10.1093/brain/awl196
 21. *Northcott E. et al.* The neuropsychological and language profile of children with benign rolandic epilepsy // *Epilepsia*. 2005. Vol. 46. № 6. P. 924–930. doi: 10.1111/j.1528-1167.2005.62304.x
 22. *Pinton F. et al.* Cognitive functions in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS) // *Epileptic Disord.* 2006. № 8 (1). P. 11–23.
 23. *Shinnar S., Glauser T.A.* Febrile Seizures // *Journal of Child Neurology*. 2002. Vol. 17. Suppl 1. P. 44–52. doi: 10.1177/08830738020170010601
 24. *Tarkka R. et al.* Febrile seizures and mesial temporal sclerosis: No association in a long-term follow-up study // *Neurology*. 2003. Vol. 60. № 2. P. 215–218. doi: 10.1212/01.WNL.0000037482.55894.B1
 25. *Theodore W.H., DeCarli C., Gaillard W.D.* With Localization-Related Epilepsy and a History of Complex Febrile Seizures // *Archives of Neurology*. 2003. Vol. 60. № 2. P. 250–252. doi: 10.1001/archneur.60.2.250
 26. *Wong M., Ess K., Landt M.* Cerebrospinal fluid neuron-specific enolase following seizures in children: Role of etiology // *Journal of Child Neurology*. 2002. Vol. 17. № 4. P. 261–264. doi: 10.1177/088307380201700404
 27. *Ying-Chao Chang et al.* Long-term Neuroplasticity Effects of Febrile Seizures in the Developing // *Chang Gung Med J*. 2008. Vol. 31. № 2. P. 31–33.



PATHOLOGY OF MEMORY IN THE STRUCTURE OF MENTAL DEVELOPMENT DISORDERS IN CHILDREN WITH CONVULSIVE PAROXYSMS HISTORY

TUROVSKAYA N. G.*, *Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia,*
e-mail: turovskayanata@mail.ru

Memory disorders are a common pathology in children with convulsive paroxysms. The present study tested the hypothesis that the pathology of memory in children with paroxysmal states have quantitative and qualitative specificity. The study involved 107 children aged 6-10 years. 59 people had a history of paroxysmal state, 12 people with epileptiform activity on EEG without seizures in history. A comparison group comprised 36 people with residual cerebral pathology without a history of seizures. The study used experimental psychological and neuropsychological research methods memory. The results of empirical studies have shown that increasing importance in the picture of violations mnestic activity in children with convulsive paroxysms addition to short-term verbal memory disorders have impaired short-term visual memory, the phenomenon of amnesic aphasia and modal-nonspecific memory disorders. The degree of short-term verbal memory disorders correlates with the age of onset of seizures, visual memory - with the number of attacks in history. Consideration of the results will allow to organize the process of providing psychological assistance to sick children more effectively.

Keywords: cerebral organic pathology, epileptic and non-epileptic paroxysmal states, convulsive paroxysms, memory impairment, short audio-verbal memory, visual short-term memory, amnesic aphasia, modal, non-specific memory deficits.

Funding

The research was supported by the Herzen State Pedagogical University, St.-Petersburg, Russia.

References

1. Alehin A.N., Turovskaya N.G. Narusheniya psichicheskogo razvitiya u detej pri paroksizmal'nyh sudorozhnyh sostoyaniyah [Psychic development disorders in children with paroxysmal seizures]. *Pediatr*, 2012, no. 4, pp. 10–12.
2. Alehin A.N., Turovskaya N.G. Deti s paroksizmal'nymi sostoyaniyami v anamneze: Struktura narushenij psichicheskogo razvitiya i misheni psihokorrekcionnogo vozdejstviya [Children with paroxysm in past history: The structure of mental development disorders and targets of psychological correction]. *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta [Bulletin of the Volgograd State Medical University]*, 2013. Vol. 47, no. 3, pp. 124–126.
3. Baranov A.A. Detskie bolezni: uchebnik [Childhood diseases: a textbook]. Moscow: GE'OTAR-MED, 2002. 880 p.
4. Blagosklonova N.K., Morozova M.A. E'lektricheskaya aktivnost' mozga detej i podrostkov s paroksizmal'nymi sostoyaniyami nee'pilepticheskoy prirody [Brain electrical activity in children and adolescents with paroxysmal states of nonepileptic origin]. *Deti so slozhnymi narusheniyami razvitiya. Psihofiziologicheskie issledovaniya [Children with complex disorders of development. Psychophysiological research]*. Moscow: E'kzamen, 2006, pp. 294–326.
5. Boldyrev A.I. E'pilepsiya u detej i podrostkov [Epilepsy in children and adolescents]. Moscow: Medicina, 1990. 320 p.

For citation:

Turovskaya N.G. Pathology of memory in the structure of mental development disorders in children with convulsive paroxysms. *Ekspierimental'naya Psikhologiya = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 145–155 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/expsy.2015080313

**Turovskaya N.G.* PhD (Psychology), Associate Professor of the General and Clinical Psychology Department, The Volgograd State Medical University. Volgograd, Russia. E-mail: turovskayanata@mail.ru.



6. Guzeva V.I. E'pilepsiya i nee'pilepticheskie paroksizmal'nye sostoyaniya u detej [Epilepsy and nonepileptic paroxysmal states in children]. Moscow: MIA, 2007. 568 p.
7. Zejgarnik B.V. Patopsihologiya. Osnovy klinicheskoy diagnostiki i praktiki [Pathopsychology. Fundamentals of clinical diagnosis and practice]. Moscow: E'ksmo, 2009. 368 p.
8. Karlov V.A. Izmeneniya v psicheskoy sfere pri e'pilepsii [Changes in the psychic sphere with epilepsy]. *Psihopatologiya detskogo vozrasta: hrestomatiya [Psychopathology of childhood: a reader]*. Egorov A.Yu., Ivanov E.S., Isaev D. N., ed. Saint Petersburg: Didaktika Plyus, 2002, pp. 172–179.
9. Mikadze Yu.V. Nejropsihologiya detskogo vozrasta: Uchebnoe posobie [Neuropsychology of childhood: a textbook]. Saint Petersburg: Piter, 2008. 288 p.
10. Osobennosti kognitivnykh funktsij u detej s e'pilepsiej [Features of cognitive functions in children with epilepsy]. Guzeva V.I. [i dr.]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii [Journal of Neurology and Psychiatry]*, 2008, no. 9, pp. 24–28.
11. Troickaya L.A. Osobennosti e'mocional'noj sfery i poznavatel'noj deyatel'nosti u detej i podrostkov v norme i pri patologii CNS. Thesis dokt. psikhol. nauk [Features of emotional sphere and cognitive activity in children and adolescents in the health and disease of the CNS. Ph. D. (Psychology) thesis]. Moscow, 2009. 54 p.
12. Cvetkova L.S. Metodika nejropsihologicheskoy diagnostiki detej: metodicheskij al'bom [Methods of neuropsychological diagnosis of children: methodological album]. Moscow: Pedagogicheskoe obshchestvo Rossii, 2002. 96 p.
13. Yasyukova L.A. Metodika opredeleniya gotovnosti k shkole. Prognoz i profilaktika problem obucheniya v nachalnoy shkole: metodicheskoe rukovodstvo [Method of determining readiness for school. Prediction and prevention of learning problems in the elementary school: a methodological guide]. Saint Petersburg: GMNPP «IMATON», 2002. 208 p.
14. Cendes F. Febrile seizures and mesial temporal sclerosis. *Current Opinion in Neurology*, 2004, vol. 17, no. 2, pp. 161–164. doi: 10.1097/00019052-200404000-00013
15. Children with new-onset epilepsy: neuropsychological status and brain structure. Hermann B. [et al.]. *Brain*, 2006, vol. 129, no. 10, pp. 2609–2619. doi: 10.1093/brain/aw1196
16. Clinical evaluation of attentional processes in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BCECTS). Deltour L. [et al.]. *Epileptic Disord*, 2007, no. 9 (4), pp. 424–431. doi: 10.1684/epd.2007.0127
17. Cognitive functions in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BECTS). Pinton F. [et al.]. *Epileptic Disord*, 2006, no. 8 (1), pp. 11–23.
18. Febrile seizures and mesial temporal sclerosis: No association in a long-term follow-up study. Tarkka R. [et al.]. *Neurology*, 2003, vol. 60, no. 2, pp. 215–218. doi: 10.1212/01.WNL.0000037482.55894.B1
19. Hattori J. Higher brain dysfunction in benign childhood epilepsy with centrotemporal spike and atypical benign partial epilepsy of childhood. *No To Hattatsu*, 2002, vol. 34, no. 6, pp. 484–490.
20. Helmstaedter C., Elger C.E. Chronic temporal lobe epilepsy: a neurodevelopmental or progressively dementing disease? *Brain*, 2009, vol. 132, no. 10, pp. 2822–2830. doi: 10.1093/brain/awp182
21. Long-term Neuroplasticity Effects of Febrile Seizures in the Developing. Ying-Chao Chang [et al.]. *Chang Gung Med.J.*, 2008, vol. 31, no. 2, pp. 31–33.
22. Neuropsychological disorders related to interictal epileptic discharges during sleep in benign epilepsy of childhood with centrotemporal or rolandic spikes. Baglietto M.G. [et al.]. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 2001, vol. 43, no. 6, pp. 407–412. doi: 10.1017/S0012162201000755
23. Neuropsychologic status at seizure onset in children. Risk factors for early cognitive deficits. Fastenau P.S. [et al.]. *Neurology*, 2009, vol. 73, no. 7, pp. 526–534. doi: 10.1212/WNL.0b013e3181b23551
24. Shinnar S., Glauser T.A. Febrile Seizures. *Journal of Child Neurology*, 2002, vol. 17, suppl 1, pp. 44–52. doi: 10.1177/08830738020170010601
25. The neuropsychological and language profile of children with benign rolandic epilepsy. Northcott E. [et al.]. *Epilepsia*, 2005, vol. 46, no. 6, pp. 924–930. doi: 10.1111/j.1528-1167.2005.62304.x
26. Theodore W.H., DeCarli C., Gaillard W.D. With Localization-Related Epilepsy and a History of Complex Febrile Seizures. *Archives of Neurology*, 2003, vol. 60, no. 2, pp. 250–252. doi: 10.1001/archneur.60.2.250
27. Wong M., Ess K., Landt M. Cerebrospinal fluid neuron-specific enolase following seizures in children: Role of etiology. *Journal of Child Neurology*, 2002, vol. 17, no. 4, pp. 261–264. doi: 10.1177/088307380201700404

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ СЕРДЦА ПОСЛЕ КОРОНАРНОГО ШУНТИРОВАНИЯ

ЩЕЛКОВА О. Ю. *, Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ), Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

ЕРЕМИНА Д. А. **, Санкт-Петербургский государственного университета (СПбГУ), Северо-Западный федеральный медицинский исследовательский центр им. В. А. Алмазова, Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: daria.a.eremina@gmail.com

Психологические аспекты прямой реваскуляризации миокарда и ее последствий для когнитивного функционирования больных остаются практически неизученными. В связи с этим сделано предположение, что существует ряд психосоциальных характеристик, которые, наряду с клиническими, обладают наибольшим прогностическим значением в отношении когнитивного функционирования больных, перенесших коронарное шунтирование (КШ). Всего было исследовано 118 больных ишемической болезнью сердца, перенесших КШ. Из них 80,5% мужчин и 19,5% женщин; средний возраст – $59,86 \pm 7,31$ лет. Исследование было проведено с использованием клинико-психологического метода и разработанного комплекса пато- и нейропсихологических методик оценки различных сфер когнитивного функционирования. Показано, что факторами ухудшения когнитивной деятельности после коронарного шунтирования являются: наличие открытых конфликтов в семейных взаимоотношениях ($p < 0,05$), более низкий уровень образования ($p < 0,01$), отсутствие трудовой занятости ($p < 0,001$), пессимистическая оценка перспективы возвращения к работе ($p < 0,05$). Полученные данные открывают принципиально новые направления разработки комплексных схем реабилитации больных после КШ.

Ключевые слова: когнитивное функционирование, коронарное шунтирование, реабилитация, ишемическая болезнь сердца, психосоциальные характеристики, клинические характеристики, когнитивный резерв.

Введение

Стремительно возрастающий во всем мире интерес к нейрокогнитивным наукам отразился и на современных исследованиях в области клинической психологии. Традиционные исследования эмоционально-аффективного статуса, особенностей личности, механизмов психологической защиты и копинга как predispositional факторов, так и факторов психологической адаптации к болезни, все чаще уступают место изучению когнитивных изменений, возникающих под воздействием хронической соматической патологии и лечения

Для цитаты:

Щелкова О. Ю., Еремина Д. А. Психосоциальные и клинические факторы когнитивного функционирования больных ишемической болезнью сердца после коронарного шунтирования // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 156–172. doi:10.17759/exppsy.2015080314

* Щелкова О. Ю. Доктор психологических наук, профессор, профессор с возложенными обязанностями заведующего кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ). Санкт-Петербург, Россия. E-mail: olga.psy.pu@mail.ru

** Еремина Д. А. Старший преподаватель кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет (СПбГУ), младший научный сотрудник НИЛ реабилитации Северо-Западного федерального медицинского исследовательского центра им. В. А. Алмазова. Санкт-Петербург, Россия. E-mail: daria.a.eremina@gmail.com



(Дамулин, 2009; Захаров, 2009; Nooyens, 2010). Особую актуальность это приобретает в кардиологической клинике, где одним из самых распространенных методов высокотехнологического хирургического лечения ишемической болезни сердца (ИБС) является операция коронарного шунтирования (КШ). Этот метод признан наиболее перспективным в плане улучшения качества жизни и прогноза больных с тяжелой, быстро прогрессирующей и резистентной к медикаментозной терапии ИБС (Бокерия, 2010). Тем не менее, специально проведенные исследования показывают, что частота развития когнитивных нарушений после КШ является высокой (McKhann, 2005) и достигает 50–80% (Mathew, 2003; Van Dijk, 2000); 2–4% пациентов после КШ переносят ишемический инсульт (Browne, 2003).

Для объяснения механизма ухудшения когнитивных функций, связанного с КШ, было предложено несколько гипотез.

Так, результатами исследований было подтверждено, что пожилой возраст является независимым предиктором снижения уровня когнитивного функционирования после реваскуляризации миокарда (Гимоян, 2013; Мозалёв, 2009; Jensen, 2008); с возрастом частота возникновения отдаленных когнитивных нарушений после КШ увеличивается (Newman, 2002); при этом в наибольшей степени возраст оказывает влияние на показатели оперативной памяти (Зуева, 2011).

Среди наиболее значимых факторов риска развития когнитивных нарушений у кардиохирургических пациентов выделяют стеноз брахиоцефальных артерий. Показано, что наличие даже малых и умеренных стенозов сонных артерий приводит к ухудшению показателей нейропсихологического статуса пациентов, перенесших КШ (Трубникова, 2013). С худшими нейропсихологическими показателями в послеоперационном периоде ассоциирован также высокий класс хронической сердечной недостаточности и стенокардии (Бокерия, 2008).

Одним из наиболее часто встречающихся (от 5 до 40% случаев) осложнений после реваскуляризации миокарда является фибрилляция предсердий (Шумков, 2009). Установлено, что для пациентов с фибрилляцией в большей степени характерно снижение когнитивных функций (преимущественно скорости сенсомоторных процессов, внимания) по сравнению с аналогичными кардиологическими больными без нарушения сердечного ритма (Деревнина, 2013).

Ряд исследователей рассматривают развитие микроэмболов в сосудах головного мозга как фактор риска когнитивных нарушений у кардиохирургических пациентов. Так, в исследовании, включавшем пациентов после КШ и после клапанных операций на открытом сердце, была выявлена достоверная взаимосвязь между количеством левополушарных микроэмболов и снижением вербальной памяти (запоминание чисел), а также количеством правополушарных микроэмболов и снижением невербальной памяти (Bokeria, 2007).

В многочисленных исследованиях показано, что важный предиктор развития и эффективности лечения ИБС – сахарный диабет (СД) и его осложнения являются патогенными в отношении развития послеоперационного когнитивного дефицита (Трубникова, 2012; Nooyens, 2010), хотя у данной категории больных снижение уровня когнитивного функционирования нередко выявляется и до операции (Nooyens, 2010).

Одним из наиболее обсуждаемых в настоящее время факторов развития когнитивного дефицита после КШ является использование аппарата искусственного кровообращения (ИК); при этом данные о влиянии ИК на развитие послеоперационного когнитивного дефицита противоречивы. Так, в исследовании O.A. Selnes и соавт. (2007) при сравнении результа-



тов когнитивных проб в отдаленные сроки после хирургического вмешательства между группой пациентов, которым было выполнено КШ с использованием ИК (on-pump CABG) и тремя контрольными группами не было выявлено статистически значимого нейрокогнитивного снижения относительно базового уровня через 36 месяца ни в одной из них. Другие исследователи отмечают значительное уменьшение неврологических осложнений и когнитивных расстройств после реваскуляризации миокарда на работающем сердце (Cleveland, 2001).

Не оспаривается факт, что использование анестетиков и наркотических анальгетиков во время операции также приводит к ухудшению когнитивного функционирования (Шнайдер, 2005). Влияние анестезии на состояние когнитивных функций было подтверждено результатами международного мультицентрового исследования ISPOCD (International Study of Post-Operative Cognitive Dysfunction in middle age) (Гимоян, 2013).

Таким образом, анализ современных научных работ по проблеме когнитивного функционирования пациентов, перенесших высокотехнологичное хирургическое лечение сосудов сердца, показывает, что подавляющее большинство исследований носит медицинский характер и сфокусировано либо на ранних послеоперационных нарушениях, либо на отдаленных изменениях когнитивных функций (Hudetz, 2009; Marasco, 2008), при этом комплексные динамические исследования в этой области практически отсутствуют. Кроме того, современные исследователи расходятся во мнениях относительно специфики когнитивной динамики, выявляемой после операции на открытом сердце, указывая как на ухудшение когнитивных и нейрофизиологических показателей у пациентов в раннем послеоперационном периоде (Бузиашвили, 2005) или на отсутствие изменений (Sweet, 2008), так и на улучшение когнитивных функций (Van den Goor, 2008) после КШ.

В подобных исследованиях факторов, детерминирующих когнитивную динамику после КШ, практически отсутствует указание на роль психосоциальных и индивидуально-личностных факторов. В то же время внимание привлекают отдельные работы, в которых предложена потенциально продуктивная гипотеза, согласно которой средовые (психосоциальные) факторы могут снижать уязвимость индивидов по отношению к возрастному снижению когнитивных функций и патологическим мозговым процессам (Stern, 2003).

В связи с этим можно утверждать, что на современном уровне развития клинической психологии особую значимость приобретает поиск не только клинических и медико-биологических, но и психосоциальных факторов, детерминирующих интенсивность и качество когнитивной динамики после КШ. Однако в настоящее время психологические аспекты (по сравнению с технологической частью) прямой реваскуляризации миокарда и ее последствий для когнитивного функционирования больных, в свою очередь оказывающего влияние на социальное функционирование, качество жизни и комплаентность больных, изучены недостаточно. Это определило актуальность настоящего исследования.

Цель исследования: изучение особенностей (нарушений) сенсомоторных функций, аттентивно-мнестической деятельности, вербально-логического (понятийного) мышления, зрительного опознания, пространственного анализа и синтеза больных ИБС в период подготовки к высокотехнологичному оперативному вмешательству и на разных этапах реабилитации, а также взаимосвязи этих особенностей (нарушений) с клиническими и психосоциальными характеристиками больных.

На основании имеющихся теоретических и экспериментальных данных были сформулированы следующие **гипотезы**.

1. В процессе реабилитации после коронарного шунтирования познавательная дея-



тельность больных ИБС претерпевает различные изменения на уровне отдельных когнитивных функций (сенсомоторных функций, когнитивного контроля и активного внимания, а также восприятия, памяти и мышления).

2. Существует ряд психосоциальных и индивидуально-психологических характеристик, которые наряду с клиническими обладают наибольшим прогностическим значением в отношении дальнейшего когнитивного функционирования больных, перенесших коронарное шунтирование.

Программа исследования

Исследование проводилось в три этапа: первый этап – непосредственно перед операцией (за 2 дня до операции), второй этап – на 12–14 день после операции, т. е. перед выпиской больного из отделения реабилитации, третий этап – в отсроченном периоде, т. е. через три месяца после перенесенного оперативного вмешательства.

Всего на первом этапе было исследовано 118 пациентов, на втором – 98 и на третьем – 58 пациентов, перенесших операцию КШ. Из них 95 (80,5%) мужчин и 23 (19,5%) женщин; средний возраст пациентов составил $59,86 \pm 7,31$ лет.

Социально-демографические и клинические характеристики больных

Анализ социально-демографических характеристик показал, что среди обследованных пациентов преобладают лица со средним (38,1%) и высшим (31,4%) образованием. Большинство больных (55,9%) определили свою профессиональную деятельность как связанную с физическим трудом. Изучение особенностей семейного положения выявило преобладание пациентов, состоящих в первом браке (57,6%), были разведены на момент обследования 15,3% больных, состояли в повторном браке или овдовели по 11,9% соответственно, никогда не были женаты/замужем – 3,4% обследованных лиц. На момент первичного обследования (до операции) были трудоустроены 56 (47,5%) пациентов. После окончания восстановительного лечения планировали вернуться к трудовой деятельности 68 (57,6%) пациентов. На момент первичного обследования 13,7% пациентов имели III группу инвалидности, 11,1% и 0,9% – II и I группу соответственно, 74,4% обследованных не имели инвалидности.

Изучение основных медико-биологических характеристик больных ИБС, зафиксированных в медицинской документации, показало следующее.

Большинство пациентов (66,7%) в период подготовки к КШ страдали стенокардией напряжения III функционального класса, 23,4% больных – II функционального класса. Подавляющее большинство пациентов (94,9%) страдало от гипертонической болезни III стадии (риск 4); 59,8% обследованных перенесли единственный ИМ, 14,5% – два ИМ, при этом у 62,7% был диагностирован проникающий инфаркт (Q-ИМ) с преобладанием (22,9%) нижней локализации ИМ. Таким образом, у 74,6% пациентов в анамнезе был зафиксирован хотя бы один ИМ.

Средняя длительность ИБС составила $5,42 \pm 4,82$ года, причем у 41,5% пациентов длительность заболевания составила более 5 лет. Наиболее распространенным типом кровоснабжения был правый тип (75,9%), в то время как в норме наиболее часто (80–85%) встречается сбалансированный тип кровоснабжения сердца (Крюков, 2010).

Только 12,7% пациентов имели менее трех пораженных сосудов, подлежащих реваскуляризации, при этом среднее количество пораженных артерий составило $3,34 \pm 1,06$. О тяжести ИБС у обследованных пациентов также свидетельствует тот факт, что поражение ствола правой коронарной артерии было выявлено в 45,5% случаев, левой – в 16,4%. В связи с этим



можно утверждать, что подавляющее большинство пациентов страдало от тяжелой формы ИБС, сопровождающейся серьезными и множественными изменениями в сосудах сердца.

Были изучены также факторы риска развития и декомпенсации ИБС (сведения об отягощенной наследственности сердечно-сосудистыми заболеваниями по женской и мужской линиям, о вредных привычках – употреблении алкоголя и табака и др.), а также частота встречаемости сопутствующих заболеваний и осложнений основного заболевания: хроническая сердечная недостаточность II класса (70,9%), постперикардотомный синдром (50,4%) и фибрилляция предсердий (21,1%).

В связи с тем, что характеристики самой процедуры реваскуляризации предположительно могли оказывать влияние на послеоперационное когнитивное функционирование больных ИБС, были проанализированы медицинские сведения, касающиеся операции КШ. В 92,7% случаев операция КШ была выполнена планоно. Продолжительность операции в среднем составила – $M=215,32\pm 56,01$ минут; время экстракорпорального кровоснабжения – $M=99,04\pm 36,70$ минут; время пережатия аорты – $M=58,97\pm 32,34$ минут. Полная реваскуляризация миокарда была выполнена у 88,1% пациентов; проведенная операция являлась первичной реваскуляризацией в 84,3% случаев.

Методы психологического исследования

В соответствии с целью исследования был разработан психодиагностический комплекс, включающий клинико-психологический и экспериментально-психологический методы исследования.

Клинико-психологический метод был направлен на изучение основных социально-демографических, психосоциальных и клинико-психологических характеристик пациентов и реализовывался с помощью специально разработанного полуструктурированного интервью.

Экспериментально-психологический метод был направлен на комплексное и дифференцированное изучение различных сфер когнитивной деятельности пациентов в период подготовки к КШ и на разных этапах реабилитации. Подбор методов для проведения исследования когнитивных функций осуществлялся в соответствии с целью настоящего исследования и соглашением об оптимальных подходах к диагностике послеоперационных когнитивных нарушений у кардиохирургических больных («Statement of Consensus on Assessment of Neurobehavioral Outcomes after Cardiac Surgery») (Bokeriia, 2005; Murkin, 1995). Были использованы: «Методика последовательных соединений» (в оригинале «Trail-Making Test – ТМТ») (Зотов, 1998; Reitan, 1958); субтесты «Сходства» и «Кубики Кооса» из «Шкалы Векслера для исследования интеллекта взрослых» (WAIS) (Блейхер, 2006; Практическое использование ..., 1987); патопсихологические пробы «10 слов», «Запоминание рассказов», «Простые аналогии» (Блейхер, 2006; Рубинштейн, 2010); «Тест зрительной ретенции» А. Бентона (Вассерман, 2003; Benton, 1981); «Тест интерференции» Струпа (Зотов, 1998); использовались компьютеризованные нейропсихологические методики «Острота зрения» (компьютерная модификация колец Ландольта) для оценки остроты зрения испытуемых (Вахрамеева, 2013; Dan'ko, 1999), а также методика измерения порогов распознавания фигур в условиях последовательного формирования их контура из отдельных фрагментов «Голлин-тест» (в оригинале «Gollin Incomplete Figures Test») (Шелепин, 2009; Foreman, 1991). В целях минимизации эффекта научения везде, где это было возможно, использовались параллельные версии психодиагностических и нейропсихологических тестов.



Всего было проанализировано 174 показателя: 86 социально-демографических, медико-биологических и клиничко-психологических характеристик больных, а также 88 экспериментальных показателей, полученных с помощью десяти методик.

Методы математико-статистической обработки данных

Вся совокупность изученных показателей когнитивного функционирования была подвергнута факторному анализу с помощью метода главных компонент. Для изучения влияния психосоциальных, а также клинических характеристик больных ИБС на динамику когнитивных функций был применен дисперсионный анализ ANOVA с повторными измерениями. В качестве зависимых использовались четыре переменные, полученные в результате факторного анализа: внутригрупповой фактор – этап исследования (первый, второй и третий), межгрупповой фактор – изучаемые психосоциальные и клинические характеристики больных ИБС.

Результаты и их интерпретация

Совокупность показателей когнитивного функционирования больных ИБС была подвергнута факторному анализу; в дальнейшем была изучена динамика выделенных факторов в процессе реабилитации после КШ, а также изучено прогностическое значение клинических и психосоциальных характеристик в отношении дальнейшего когнитивного функционирования больных ИБС, перенесших коронарное шунтирование КШ.

Было выделено четыре фактора когнитивного функционирования, которые объясняют 62% суммарной дисперсии признаков. Полученная факторная структура после варимакс-вращения представлена в табл. 1.

Таблица 1

Факторная структура 14 показателей когнитивного функционирования после варимакс-вращения

Показатели когнитивного функционирования	Факторные нагрузки			
	Фактор 1	Фактор 2	Фактор 3	Фактор 4
Струп-тест, 1-я часть	-0,007874	0,049797	-0,071589	0,740593
Струп-тест, 3-я часть	0,138754	0,099145	-0,052570	0,747374
10 слов	0,158637	-0,095375	0,857056	0,018299
10 слов повторно	0,007510	-0,021244	0,884216	0,011092
Сходство	0,713470	-0,026477	0,209435	0,141659
Кубики	0,620155	0,200361	0,270545	0,119442
ТМТ-А	0,364888	0,190544	0,196592	0,639087
ТМТ-В	0,455427	0,204848	0,243808	0,519053
Бентон	0,761005	0,033502	-0,033641	0,013139
Запоминание рассказов	0,628315	0,115111	-0,039409	0,149630
Простые аналогии	0,667988	0,038432	0,097487	0,261702
ГТ-ответ	0,194768	0,413550	0,255397	-0,244119
ГТ-все	-0,057525	-0,967011	0,052193	-0,076937
ГТ-правильный	-0,027695	-0,964835	0,038274	-0,088963
Expl.Var	2,740852	2,193862	1,821025	1,984164
Prp.Totl	0,195775	0,156704	0,130073	0,141726



Интерпретация факторов.

Фактор 1 (информативность 19%) – «*Мышление*». В этот фактор вошли следующие показатели когнитивного функционирования (в порядке убывания факторной нагрузки): зрительная память (тест Бентона), вербально-логическое мышление (субтест «Сходство»), вербально-логическое мышление («Простые аналогии»), логическая память («Запоминание рассказов»), пространственно-конструкторское мышление (субтест «Кубики»). Включение зрительной памяти в структуру данного фактора объясняется тем, что при запоминании зрительного образа пациенты старшей возрастной группы преимущественно используют вербальные стратегии.

Фактор 2 (информативность 15%) – «*Зрительное опознание*». Второй фактор составили показатели, полученные при использовании «Голлин-теста»: средний порог распознавания фигур для всех тестовых заданий (ГТ-все), средний порог правильного распознавания фигур (ГТ-правильный), а также количество правильных ответов (ГТ-ответ) с меньшей факторной нагрузкой. Показатель «Голлин-теста» – средний порог неправильного распознавания фигур (ГТ-неправильный) – не был включен в анализ, так как для испытуемых, которые правильно распознавали все предложенные задания, этот показатель отсутствовал. Отрицательная нагрузка показателей ГТ-все и ГТ-правильный объясняется тем, что в отличие от всех остальных изучаемых параметров, для которых наилучшему результату соответствует наибольшее значение, зрительное восприятие лучше у тех испытуемых, кто имеет наименьший средний порог распознавания фигур.

Фактор 3 (информативность 13%) – «*Вербальная память*». В третий фактор вошли две переменные: кратковременная механическая память («10 слов») и долговременная механическая память («10 слов»).

Фактор 4 (информативность 14%) – «*Когнитивный контроль*». Четвертый выделенный фактор в порядке уменьшения факторной нагрузки составили следующие показатели когнитивного функционирования: селективность внимания (Струп-тест, 3-я часть), темп психических процессов (Струп-тест, 1-я часть), темп психической деятельности, концентрация внимания (ТМТ-А), переключаемость активного внимания (ТМТ-В).

Далее описанные выше факторы были вычислены для каждого испытуемого на каждом этапе исследования. Таким образом, было получено 12 новых переменных: интеллект, зрительное опознание, вербальная память и когнитивный контроль соответственно – до операции, через 12–14 дней после операции и спустя три месяца после операции, которые были введены в таблицу экспериментальных данных как повторные измерения.

Динамика факторов когнитивного функционирования

На рис. 1 представлены результаты двухфакторного дисперсионного анализа с повторными измерениями факторов когнитивного функционирования в связи с этапами исследования. На этом и последующих рисунках с помощью вертикальных ограничителей обозначены 95% доверительные интервалы.

Рис. 1 демонстрирует гетерохронность и неравномерность изменения значений факторов когнитивного функционирования на разных этапах реабилитации; различные факторы на протяжении лечения и реабилитации после КШ имеют разную динамику. Так, фактор «Мышление» имеет наименьшее значение до операции, а затем достоверно повышается в процессе стационарного лечения и амбулаторного восстановительного периода ($p < 0,001$). Аналогичная динамика была выявлена в отношении фактора «Когнитивный контроль». В отличие от двух предыдущих, фактор «Зрительное опознание» значительно снижается через 12–14 дней после КШ по сравнению с дооперационным уровнем ($p < 0,001$).

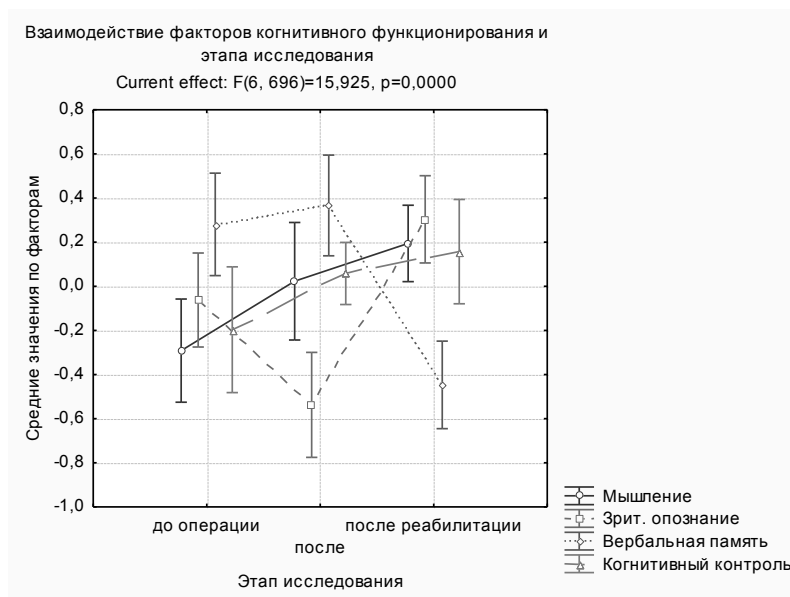


Рис. 1. График изменения средних значений факторов когнитивного функционирования на разных этапах исследования

Рис. 1 демонстрирует гетерохронность и неравномерность изменения значений факторов когнитивного функционирования на разных этапах реабилитации; различные факторы на протяжении лечения и реабилитации после КШ имеют различную динамику. Так, фактор «Мышление» имеет наименьшее значение до операции, а затем достоверно повышается в процессе стационарного лечения и амбулаторного восстановительного периода ($p<0,001$). Аналогичная динамика была выявлена в отношении фактора «Когнитивный контроль». В отличие от двух предыдущих, фактор «Зрительное опознание» значительно снижается через 12–14 дней после КШ по сравнению с дооперационным уровнем ($p<0,001$). Однако спустя три месяца после операции он оказывается достоверно выше как раннего послеоперационного, так и дооперационного уровня ($p<0,001$). Обратная динамика наблюдается в отношении фактора «Вербальная память»: после улучшения в раннем послеоперационном периоде отмечается значительное снижение показателя спустя три месяца после КШ ($p<0,001$).

Предикторы когнитивного функционирования больных ИБС после КШ

Среди изученных клинических переменных, потенциально способных определять динамику когнитивного функционирования, неблагоприятным прогностическим значением обладают следующие: наличие острого коронарного синдрома ($0,05<p<0,1$), дислипидемии ($p<0,05$), хронической сердечной недостаточности ($p<0,05$), осложнение послеоперационного периода в виде фибрилляции предсердий ($p<0,01$), а также нестабильное соблюдение диеты ($p<0,01$).

При изучении психосоциальных характеристик как предикторов когнитивного функционирования рассматривались особенности системы отношений пациентов, уровень социальной активности и образования, а также сфера профессиональной деятельности.

Установлено, что пациенты, заявившие о наличии открытых конфликтов в семейных взаимоотношениях в дооперационном периоде, обладают худшими показателями когнитивного функционирования по всем изучаемым факторам, кроме «Зрительного опознания» ($p < 0,05$). Пациенты, у которых не было отношений вне семьи, продемонстрировали худшие показатели когнитивного функционирования в раннем послеоперационном периоде и наилучшие спустя три месяца после операции ($p < 0,05$). Кроме этого, более интенсивная положительная динамика факторов «Когнитивного контроля» и «Мышления» характерна для высоко социально активных пациентов ($0,05 < p < 0,1$).

Согласно результатам проведенного исследования, больные ИБС, получившие высшее образование, обладают и более высоким уровнем когнитивного функционирования в целом по сравнению с теми, кто получил среднее образование ($p < 0,01$). Однако, в отличие от лиц со средним и средним специальным образованием, в раннем послеоперационном периоде пациенты с высшим образованием подвержены снижению когнитивного функционирования, которое восстанавливается по окончании периода реабилитации ($p < 0,01$).

Показано, что пациенты, которые были трудоустроены до операции, в целом, обладают достоверно более высоким уровнем когнитивного функционирования по сравнению с теми, кто не работал ($p < 0,001$).

На рис. 2 представлены результаты многофакторного дисперсионного анализа, отражающие влияние факторов трудоустройства и этапа исследования на динамику когнитивного функционирования пациентов.

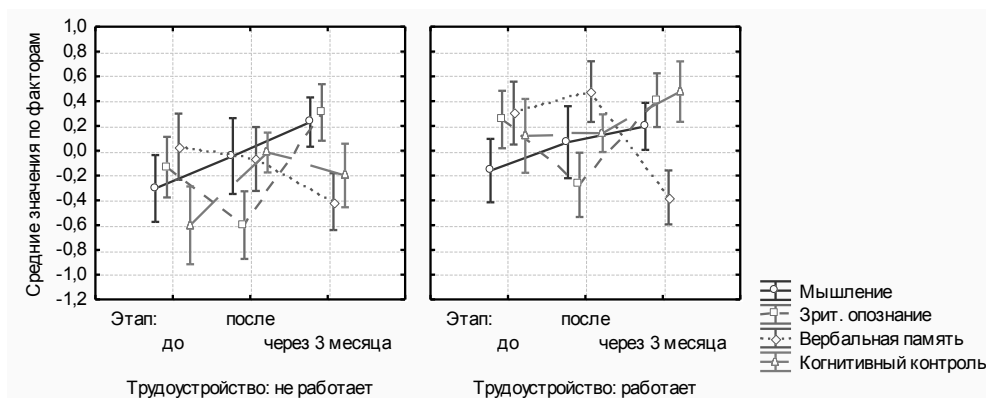


Рис. 2. Изменение среднегрупповых значений факторов когнитивного функционирования на разных этапах исследования в зависимости от трудовой занятости (на оси абсцисс представлены этапы исследования, на оси ординат – средние значения факторов)

Наибольшие различия между работающими и неработающими пациентами обнаружены в динамике факторов «Вербальная память» и «Когнитивный контроль» ($p < 0,05$). Особого внимания заслуживает тот факт, что для пациентов, пессимистически оценивающих перспективу возвращения к трудовой деятельности по окончании периода восстановительного лечения после КШ, характерен наиболее низкий уровень когнитивного функционирования как до операции, так и в раннем послеоперационном периоде по сравнению с теми, кто был настроен нейтрально или оптимистически ($p < 0,05$).



Выводы

Представленные результаты являются частью исследовательского проекта, направленного на изучение роли психологических факторов в повышении эффективности восстановительного лечения больных ИБС после коронарного шунтирования (Еремина, 2014). Актуальность этого исследования определяется существенным расхождением между значительными показателями физического улучшения прооперированных больных ИБС и низкими показателями их социального восстановления и качества жизни после операции (Лубинская, 2012). Было сделано предположение, что важным фактором социальной и психологической реабилитации больных ИБС после КШ может являться состояние их когнитивной сферы. Дифференцированному изучению этой сферы, динамики ее показателей в периоперационном периоде, связи с клиническими и психосоциальными характеристиками больных посвящено настоящее исследование.

Результаты исследования показывают, что совокупность психодиагностических показателей когнитивной деятельности больных ИБС может быть представлена в виде обобщенных факторов – «Мышление», «Зрительное опознание», «Вербальная память» и «Когнитивный контроль», каждый из которых имеет определенную динамику в процессе реабилитации после КШ, и эта динамика связана с клиническими (медико-биологическими) факторами, а также психосоциальными характеристиками больных. Наиболее значимыми психосоциальными факторами ухудшения когнитивной деятельности после коронарного шунтирования являются: наличие открытых конфликтов в семейных взаимоотношениях, более низкий уровень образования, отсутствие трудовой занятости, а также пессимистическая оценка перспективы возвращения к трудовой деятельности. Выявлено также, что клиническими (медико-биологическими) факторами неблагоприятного прогноза являются: наличие острого коронарного синдрома, дислипидемии, хронической сердечной недостаточности, осложнение послеоперационного периода в виде фибрилляции предсердий, а также нестабильное соблюдение диеты.

Согласно полученным результатам, больные ИБС, имеющие более высокий уровень образования, обладают и более высоким уровнем когнитивного функционирования. Однако, в отличие от лиц со средним и средним специальным образованием, они подвержены снижению когнитивного функционирования в раннем послеоперационном периоде, которое восстанавливается по окончании периода реабилитации. Этот факт позволяет предполагать, что наибольшему снижению в раннем послеоперационном периоде подвержены сформированные в процессе обучения интеллектуальные навыки. Исследование показало также, что те пациенты, которые были трудоустроены до операции, в целом обладают достоверно более высоким уровнем когнитивного функционирования по сравнению с теми, кто не работал. При этом наибольшие различия между работающими и неработающими пациентами обнаружены в сферах вербальной памяти и когнитивного контроля. Особого внимания заслуживает тот факт, что для пациентов, пессимистически оценивающих перспективу возвращения к трудовой деятельности по окончании периода восстановительного лечения после КШ, характерен наиболее низкий уровень когнитивного функционирования как до операции, так и в раннем послеоперационном периоде по сравнению с теми, кто был настроен нейтрально или оптимистически.

Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают гипотезу о когнитивном резерве (Stern, 2003), согласно которой социально-средовые факторы могут



способствовать когнитивному функционированию, в том числе при патологических мозговых процессах. К полученным ранее данным о подобных факторах (образование (Dufouil, 2003; Le Carret, 2003), умственная активность в рамках профессиональной деятельности (Bosma, 2002) и активное проведение свободного времени (Scarmeans, 2001)) могут быть добавлены благоприятные семейные отношения, а также оптимистическая оценка перспективы возвращения к трудовой деятельности. Полученные результаты соответствуют также современной «концепции пяти факторов здорового мозга», среди которых выделяют социальную сферу, физические упражнения, образование, диету и сон (Arden, 2014). В совокупности эти данные открывают принципиально новые направления разработки комплексных схем реабилитации больных после КШ, учитывающих особенности когнитивного функционирования пациентов в раннем и отдаленном постоперационных периодах, а также связь этих особенностей с клиническими и психосоциальными факторами, способными как потенцировать когнитивные дисфункции, так и определять резистентность к ним.

Финансирование

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (Проект № 14-06-00163а «Психологические аспекты восстановительного лечения больных ишемической болезнью сердца, перенесших коронарное шунтирование»).

Работа выполнена на базе ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» (Санкт-Петербург, Россия).

Литература

1. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая психология: Руководство для врачей и клинических психологов. 2-е изд., испр. и доп. / В.М. Блейхер, И.В. Крук, С.Н. Боков М.: Моск. психол.-соц. ин-т; Воронеж: МОДЭК, 2006. 624 с.
2. Бокерия Л.А., Гудкова Р.Г., Ступаков И.Н. Хирургическое лечение больных с сосудистой патологией в Российской Федерации / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова, И.Н. Ступаков // Здоровоохранение РФ. 2010. № 6. С. 15–23.
3. Бокерия Л.А., Камчатнов П.Р., Ключников И.В. и др. Цереброваскулярные расстройства у больных с коронарным шунтированием / Л.А. Бокерия, П.Р. Камчатнов, И.В. Ключников и др. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2008. № 3. С. 90–94.
4. Бузиашвили Ю.И., Амбатьелло С.Г., Алексахина Ю.А., Пашенков М.В. Влияние искусственного кровообращения на состояние когнитивных функций у больных с ишемической болезнью сердца / Ю.И. Бузиашвили, С.Г. Амбатьелло, Ю.А. Алексахина, М.В. Пашенков // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2005. № 1. С. 30–35.
5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.; М.: Изд. центр «Академия», 2003. 736 с.
6. Вахрамеева О.А., Сухинин М.В., Моисеенко Г.А. и др. Изучение порогов восприятия в зависимости от геометрии фовеа / О.А. Вахрамеева, М.В. Сухинин, Г.А. Моисеенко и др. // Сенсорные системы. 2013. Т. 27. № 2. С. 122–129.
7. Гимоян Л.Г., Силванян Г.Г. Нарушение когнитивных функций: актуальность проблемы, факторы риска, возможности профилактики и лечения / Л.Г. Гимоян, Г.Г. Силванян // Архив внутренней медицины. 2013. № 2 (10). С. 35–40.
8. Дамулин И.В. Сосудистые когнитивные нарушения у пожилых // Русский медицинский журнал. 2009. № 17 (11). С. 721–725.
9. Деревнина Е.С., Акимова Н.С., Мартынович Т.В. и др. Когнитивные нарушения при фибрилляции предсердий на фоне сердечно-сосудистых заболеваний / Е.С. Деревнина, Н.С. Акимова, Т.В. Мартынович и др. // Анналы аритмологии. 2013. Т. 10. № 2. С. 87–94.
10. Еремина Д.А. Особенности когнитивного функционирования пациентов, подвергшихся прямой реваскуляризации миокарда // Вестник психотерапии. 2014. № 51 (56). С. 34–49.
11. Захаров В.В. Диагностика и лечение умеренных когнитивных нарушений // Неврология, нейроп-



- сихиатрия, психосоматика. 2009. № 2. С. 14–19.
12. *Зотов М.В.* Когнитивные нарушения и возможности их компенсации у больных шизофренией с различной степенью выраженности дефекта: автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.04. СПбГУ. СПб, 1998. 18 с.
13. *Зуева И.Б., Ванаева К.И., Санец Е.Л. и др.* Взаимосвязь факторов сердечно-сосудистого риска с когнитивными функциями у пациентов среднего возраста / И.Б. Зуева, К.И. Ванаева, Е.Л. Санец и др. // Артериальная гипертензия. 2011. Т.17, № 5. С. 432–441.
14. *Крюков Н.Н., Николаевский Е.Н., Поляков В.П.* Ишемическая болезнь сердца (современные аспекты клиники, диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации, экспертизы) / Н.Н. Крюков, Е.Н. Николаевский, В.П. Поляков. Самара: ООО ИПК «Содружество», 2010. 651 с.
15. *Лубинская Е.И., Николаева О.Б., Демченко Е.А.* Сопоставление клинической и социальной эффективности кардиореабилитации больных, перенесших коронарное шунтирование / Е.И. Лубинская, О.Б. Николаева, Е.А. Демченко // Вестник Российской военно-медицинской академии. 2012. № 1 (37). С. 218–223.
16. *Мозалёв А.С.* Мозговой кровоток и когнитивные расстройства при операциях на сердце: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.37. М., 2009. 25 с.
17. Практическое использование адаптированного теста интеллекта в клинике нервно-психических заболеваний: методические рекомендации / НИПНИ имени В.М. Бехтерева; сост.: И.Н. Гильяшева. Л., 1987. 20 с.
18. *Рубинштейн С.Я.* Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: в 2 т. М.: Апрель-Пресс; Психотерапия, 2010. Т. 1: Практическое руководство. 224 с. Т. 2: Стимульный материал. 160 с.
19. *Трубникова О.А., Мамонтова А.С., Сырова И.Д. и др.* Госпитальная динамика показателей нейропсихологического статуса у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, перенесших коронарное шунтирование / О.А. Трубникова, А.С. Мамонтова, И.Д. Сырова и др. // Кардиология. Diabetes mellitus. 2012. № 4. С. 33–38.
20. *Трубникова О.А., Тарасова И.В., Сырова И.Д. и др.* Нейропсихологический статус пациентов с малыми и умеренными стенозами сонных артерий, перенесших коронарное шунтирование / О.А. Трубникова, И.В. Тарасова, И.Д. Сырова и др. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2013. № 3. С. 28–33.
21. *Шелепин Ю.Е.* Локальный и глобальный анализ в зрительной системе // Современная психофизика / Под ред. В.А. Барабанщикова. М.: Институт психологии РАН, 2009. С. 310–335.
22. *Шнайдер Н.А.* Послеоперационная когнитивная дисфункция // Неврологический журнал. 2005. № 10. С. 37–43.
23. *Шумков К.В., Лефтерова Н.П., Пак Н.Л. и др.* Аортокоронарное шунтирование в условиях искусственного кровообращения и на работающем сердце: сравнительный анализ ближайших и отдаленных результатов и послеоперационных осложнений (нарушения ритма сердца, когнитивные и неврологические расстройства, реологические особенности и состояние системы гемостаза) / К.В. Шумков, Н.П. Лефтерова, Н.Л. Пак и др. // Креативная кардиология. 2009. № 1. С. 28–50.
24. *Arden J.* The Brain Bible: How to Stay Vital, Productive, and Happy for a Lifetime. McGraw-Hill, 2014.
25. *Benton A.* Der Benton-Test: Handbuch. Bern, 1981.
26. *Bokeriia L.A., Golukhova E.Z., Breskina N.Y. et al.* Asymmetric cerebral embolic load and postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery / L.A. Bokeriia, E.Z. Golukhova, N.Y. Breskina et al. // Cerebrovasc. Dis. 2007. Vol. 23. P. 50–56.
27. *Bokeriia L.A., Golukhova E.Z., Polunina A.G. et al.* Neural correlates of postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery / L.A. Bokeriia, E.Z. Golukhova, A.G. Polunina et al. // Brain Research Rev. 2005. Vol. 50 (2). P. 266–274.
28. *Bosma H., Van Boxtel M.P.J., Ponds R.W.H.M. et al.* Mental work demands protect against cognitive impairment: MAAS prospective cohort study / H. Bosma, M.P.J. Van Boxtel, R.W.H.M. Ponds et al. // Experimental Aging Research. 2002. Vol. 29. P. 33–45.
29. *Browne S.M., Halligan P.W., Wade D.T., Taggart D.P.* Postoperative hypoxia is a contributory factor to cognitive impairment after cardiac surgery / S.M. Browne, P.W. Halligan, D.T. Wade, D.P. Taggart // J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2003. Vol. 126 (4). P. 1061–1064.



30. Cleveland J.C.Jr., Shroyer A.L., Chen A.Y. et al. Off-pump coronary artery bypass grafting decreases risk-adjusted mortality and morbidity / J.C.Cleveland Jr, A.L. Shroyer, A.Y. Chen et al. // *Ann. Thorac. Surg.* 2001. Vol. 72. P. 1282–1288.
31. Dan'ko R.E., Kuznetsov A.V., Litvintsev S.V., Malakhov Yu.K. Efficiency of visual perception in healthy observers and in patients with neuroses / R.E. Dan'ko, A.V. Kuznetsov, S.V. Litvintsev, Yu.K. Malakhov // *J. Opt. Technol.* 1999. Vol. 66 (10). P. 896–898.
32. Dufouil C., Alperovitch A., Tzourio C. Influence of education on the relationship between white matter lesions and cognition / C. Dufouil, A. Alperovitch, C. Tzourio // *Neurology.* 2003. Vol. 60. P. 831–836.
33. Foreman N. Correlates of performance on the Gollin and Mooney tests of visual closure // *Journal of General Psychology.* 1991. Vol. 118 (1). P. 13–20.
34. Hudetz J.A., Patterson K.M., Byrne A.J. et al. Postoperative delirium is associated with postoperative cognitive dysfunction at one week after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass / J.A. Hudetz, K.M. Patterson, A.J. Byrne et al. // *Psychol. Rep.* 2009. Vol. 105. P. 921–932.
35. Jensen B., Rasmussen L.S., Steinbruchel D.A. Cognitive outcomes in elderly high-risk patients 1 year after off-pump versus on-pump coronary artery bypass grafting. A randomized trial / B. Jensen, L.S. Rasmussen, D.A. Steinbruchel // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2008. Vol. 34 (5). P. 1016–1021.
36. Le Carret N., Lafont S., Letenneur L. et al. The effect of education on cognitive performances and its implication for the constitution of the cognitive reserve / N.Le Carret, S. Lafont, L. Letenneur et al. // *Developmental Neuropsychology.* 2003. Vol. 23. P. 317–337.
37. Marasco S.F., Sharwood L.N., Abramson M.J. No improvement in neurocognitive outcomes after off-pump versus on-pump coronary revascularisation: a meta-analysis / S.F. Marasco, L.N. Sharwood, M.J. Abramson // *Eur. J. Cardiothorac. Surg.* 2008. Vol. 33. P. 961–970.
38. Mathew J.P., Grocott H.P., Phillips-Bute B. et al. Lower endotoxin immunity predicts increased cognitive dysfunction in elderly patients after cardiac surgery / J.P. Mathew, H.P. Grocott, B. Phillips-Bute et al. // *Stroke.* 2003. Vol. 34. P. 508–513.
39. McKhann G.M., Grega M.A., Borowicz L.M. Jr. et al. Is there cognitive decline 1 year after CABG? Comparison with surgical and nonsurgical controls / G.M. McKhann, M.A. Grega, L.M. Borowicz Jr. et al. // *Neurology.* 2005. Vol. 65 (7). P. 991–999.
40. Murkin J.M., Newman S.P., Stump D.A., Blumenthal J.A. Statement of consensus on assessment of neurobehavioral outcomes after cardiac surgery / J.M. Murkin, S.P. Newman, D.A. Stump, J.A. Blumenthal // *Ann. Thorac. Surg.* 1995. Vol. 59. P. 1289–1295.
41. Newman S.P. Harrison M.J. Coronary-artery bypass surgery and the brain: persisting concerns / S.P. Newman, M.J. Harrison // *Lancet Neurol.* 2002. Vol. 1 (2). P. 119–125.
42. Nooyens A.C., Baan C.A., Spijkerman A.M., Verschuren W.M. Type 2 diabetes and cognitive decline in middle-aged men and women / A.C. Nooyens, C.A. Baan, A.M. Spijkerman, W.M. Verschuren // *Diabetes Care.* 2010. Vol. 33 (9). P. 1964–1969.
43. Reitan R.M. Validity of the trail making test as an indicator of organic brain damage // *Percep. Motor Skills.* 1958. Vol. 8. P. 271–276.
44. Scarmeas N., Levy G., Tang M.X. et al. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease / N. Scarmeas, G. Levy, M.X. Tang et al. // *Neurology.* 2001. Vol. 57. P. 2236–2242.
45. Stern Y., Zarahn E., Hilton H.J. et al. Exploring the neural basis of cognitive reserve / Y. Stern, E. Zarahn, H.J. Hilton et al. // *J. Clin. Experiment. Neuropsychology.* 2003. Vol. 25. P. 691–701.
46. Sweet J.J., Finnin E., Wolfe P.L. et al. Absence of cognitive decline one year after coronary bypass surgery: comparison to nonsurgical and healthy controls / J.J. Sweet, E. Finnin, P.L. Wolfe et al. // *Ann. Thorac. Surg.* 2008. Vol. 85. P. 1571–1578.
47. Van den Goor J., Saxby B., Tijssen J. et al. Improvement of cognitive test performance in patients undergoing primary CABG and other CPB-assisted cardiac procedures / J. Van den Goor, B. Saxby, J. Tijssen et al. // *Perfusion.* 2008. Vol. 23. P. 267–273.
48. Van Dijk D., Keizer A.M.A., Diephuis J.C. et al. Neurocognitive dysfunctions following coronary artery bypass surgery: a systematic review / D. Van Dijk, A.M.A. Keizer, J.C. Diephuis et al. // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2000. Vol. 120. P. 632–639.



PSYCHOSOCIAL AND CLINICAL FACTORS OF COGNITIVE FUNCTIONING OF PATIENTS WITH CORONARY HEART DISEASE AFTER CORONARY STENT

SCHYOLKOVA O. Yu. *, St. Petersburg State University (State University), St. Petersburg, Russia, e-mail: olga.psy.pu@mail.ru

EREMINA D.A. **, St. Petersburg State University (State University), St. Petersburg, Russia, e-mail: daria.a.eremina@gmail.com

Memory disorders are a common pathology in children with convulsive paroxysms. The present study tested the hypothesis that the pathology of memory in children with paroxysmal states have quantitative and qualitative specificity. The study involved 107 children aged 6–10 years. 59 people had a history of paroxysmal state, 12 people with epileptiform activity on EEG without seizures in history. A comparison group comprised 36 people with residual cerebral pathology without a history of seizures. The study used experimental psychological and neuropsychological research methods memory. The results of empirical studies have shown that increasing importance in the picture of violations mnesic activity in children with convulsive paroxysms addition to short-term verbal memory disorders have impaired short-term visual memory, the phenomenon of amnesic aphasia and modal-nonspecific memory disorders. The degree of short-term verbal memory disorders correlates with the age of onset of seizures, visual memory - with the number of attacks in history. Consideration of the results will allow to organize the process of providing psychological assistance to sick children more effectively.

Keywords: cerebral organic pathology, epileptic and non-epileptic paroxysmal states, convulsive paroxysms, memory impairment, short audio-verbal memory, visual short-term memory, amnesic aphasia, modal, non-specific memory deficits.

Funding

This work was supported by the Russian Foundation for Humanities (project No 14-06-00163a «Psychological aspects of rehabilitation of patients with coronary artery disease undergoing coronary artery bypass grafting»).

The research was supported by Federal Almazov North-West Medical Research Centre (Saint-Petersburg, Russia).

References

1. Arden J. *The Brain Bible: How to Stay Vital, Productive, and Happy for a Lifetime*. McGraw-Hill. 2014.
2. Benton A. *Der Benton-Test: Handbuch*. Bern, 1981.
3. Blejher V. M., Kruk I. V., Bokov S. N. *Klinicheskaja patopsihologija: Rukovodstvo dlja vrachej i klinicheskikh psihologov* [Clinical pathopsychology: Guide for physicians and clinical psychologists], Moscow: Mosk. psihol.-soc. in-t; Voronezh: MODJeK, 2006. 624 p. (In Russ.).

For citation:

Schyolkova O. Yu., Eremina D.A. Psychosocial and clinical factors of cognitive functioning of patients with coronary heart disease after coronary stent. *Ekspperimental'naya Psikhologiya = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 156–172 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080314

* Schyolkova O. Yu. Doctor of Psychology, Professor, with assigned responsibilities of Head of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University (State University). St. Petersburg, Russia. E-mail: olga.psy.pu@mail.ru

** Eremina D.A. Post-graduate student of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University (State University). St. Petersburg, Russia. E-mail: daria.a.eremina@gmail.com



4. Bokeriia L. A., Golukhova E. Z., Breskina N. Y. et al. Asymmetric cerebral embolic load and postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery. *Cerebrovasc. Dis.*, 2007, vol. 23, pp. 50–56.
5. Bokeriia L. A., Golukhova E. Z., Polunina A. G. et al. Neural correlates of postoperative cognitive dysfunction in cardiac surgery *Brain Research Rev.*, 2005, vol. 50 (2), pp. 266–274.
6. Bokeriia L. A., Gudkova R. G., Stupakov I. N. Hirurgicheskoe lechenie bol'nyh s sosudistoj patologiej v Rossijskoj Federacii [Surgical treatment of patients with vascular disease in the Russian Federation]. *Zdravoohranenie RF [Health of the Russian Federation]*, 2010, no. 6, pp. 15–23 (In Russ.).
7. Bokeriia L. A., Kamchatnov P. R., Kljuchnikov I. V. et al. Cerebrovaskuljarnye rasstrojstva u bol'nyh s koronarnym shuntirovanijem [Cerebrovascular disorders in patients with coronary bypass]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry]*, 2008, no. 3, pp. 90–94 (In Russ.).
8. Bosma H., Van Boxtel M.P.J., R. Ponds W. H. M. et al. Mental work demands protect against cognitive impairment: MAAS prospective cohort study. *Experimental Aging Research.*, 2002, vol. 29, pp. 33–45.
9. Browne S. M. Postoperative hypoxia is a contributory factor to cognitive impairment after cardiac surgery / S. M. Browne, P. W. Halligan, D. Wade, D. Taggart // *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 2003, vol. 126 (4), pp. 1061–1064.
10. Buziashvili Ju. I., Ambat'ello S. G., Aleksahina Ju. A., Pashenkov M. V. Vlijanie iskusstvennogo krovoobrashhenija na sostojanie kognitivnyh funkcij u bol'nyh s ishemicheskoj bolezni'ju serdca [Influence of cardiopulmonary bypass on the state of cognitive function in patients with coronary heart disease]. *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsakova [Journal of Neurology and Psychiatry]*, 2005, no. 1, pp. 30–35 (In Russ.).
11. Cleveland, J. C. Jr., Shroyer A. L., Chen A. Y. et al. Off-pump coronary artery bypass grafting decreases risk-adjusted mortality and morbidity. *Ann. Thorac. Surg.* 2001, vol. 72, pp. 1282–1288.
12. Damulin I. V. Sosudistye kognitivnye narushenija u pozhilyh [Vascular cognitive impairment in the elderly]. *Russkij medicinskij zhurnal [Russian Medical Journal]*, 2009, no. 17 (11), pp. 721–725 (In Russ.).
13. Dan'ko R. E., Kuznetsov A. V., Litvintsev S. V., Malakhov Yu. K. Efficiency of visual perception in healthy observers and in patients with neuroses. *J. Opt. Technol.*, 1999, vol. 66 (10), pp. 896–898.
14. Derevnina E. S., Akimova N. S., Martynovich T. V. et al. Kognitivnye narushenija pri fibrilljacii predserdij na fone serdechno-sosudistyh zabolevanij [Cognitive impairment in atrial fibrillation on a background of cardiovascular disease]. *Annaly aritmologii [Annals arrhythmology]*, 2013, vol. 10, no. 2, pp. 87–94 (In Russ.).
15. Dufouil C., Alperovitch A., Tzourio C. Influence of education on the relationship between white matter lesions and cognition. *Neurology*, 2003, vol. 60, pp. 831–836.
16. Eremina D. A. Osobennosti kognitivnogo funkcionirovanija pacientov, podvergshihsjja prjamoj revaskuljarizacii miokarda [Features of cognitive functioning of patients who underwent direct myocardial revascularization]. *Vestnik psihoterapii [Journal of psychotherapy]*, 2014, no. 51 (56), pp. 34–49 (In Russ.).
17. Foreman N. Correlates of performance on the Gollin and Mooney tests of visual closure. *Journal of General Psychology*, 1991, vol. 118 (1), pp. 13–20.
18. Gimojan L. G., Silvanjan G.G. Narushenie kognitivnyh funkcij: aktual'nost' problemy, faktory riska, vozmozhnosti profilaktiki i lechenija [Cognitive impairment: the relevance of the problem, risk factors, prevention and treatment possibilities]. *Arhiv vnutrennej mediciny [Archives of Internal Medicine]*, 2013, no. 2 (10), pp. 35–40 (In Russ.).
19. Hudetz J. A., Patterson K. M., Byrne A. J. et al. Postoperative delirium is associated with postoperative cognitive dysfunction at one week after cardiac surgery with cardiopulmonary bypass. *Psychol. Rep.*, 2009, vol. 105, pp. 921–932.
20. Jensen B., Rasmussen L. S., Steinbruchel D. A. Cognitive outcomes in elderly high-risk patients 1 year after off-pump versus on-pump coronary artery bypass grafting. A randomized trial. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.*, 2008, vol. 34 (5), pp. 1016–1021.
21. Krjukov N. N., Nikolaevskij E. N., Poljakov V.P. *Ishemicheskaja bolezni' serdca (sovremennye aspekty kliniki, diagnostiki, lechenija, profilaktiki, medicinskoj rehabilitacii, jekspertizy) [Coronary heart disease (modern aspects of clinical picture, diagnosis, treatment, prevention, medical rehabilitation, expertise)]*. Samara: OOO IPK "Sodruzhestvo", 2010. 651 p. (In Russ.).
22. Le Carret N., Lafont S., Letenneur L. et al. The effect of education on cognitive performances and its implication for the constitution of the cognitive reserve. *Developmental Neuropsychology.*, 2003, vol. 23, pp. 317–337.



23. Lubinskaja E. I., Nikolaeva O. B., Demchenko E. A. Sopostavlenie klinicheskoy i social'noj jeffektivnosti kardioreabilitacii bol'nyh, perenessih koronarnoe shuntirovanie [Comparison of clinical and social effectiveness cardiorehabilitation patients undergoing coronary artery bypass grafting]. *Vestnik Rossijskoj voenno-meditsinskoj akademii* [Bulletin of the Russian Military Medical Academy], 2012, no. 1 (37). P. 218–223 (In Russ.).
24. Marasco S. F., Sharwood L. N., Abramson M. J. No improvement in neurocognitive outcomes after off-pump versus on-pump coronary revascularisation: a meta-analysis. *Eur. J. Cardiothorac. Surg.*, 2008, vol. 33, pp. 961–970.
25. Mathew J.P., Grocott H.P., Phillips-Bute B. et al. Lower endotoxin immunity predicts increased cognitive dysfunction in elderly patients after cardiac surgery. *Stroke*. 2003, vol. 34, pp. 508–513.
26. McKhann G. M., Grega M. A., Borowicz L. M. Jr. et. al. Is there cognitive decline 1 year after CABG? Comparison with surgical and nonsurgical controls. *Neurology*, 2005, vol. 65 (7), pp. 991–999.
27. Mozal'jov A. S. *Mozgovoj krovotok i kognitivnye rasstrojstva pri operacijah na serdce: avtoref. dis. ... kand. med. nauk: 14.00.37* [Cerebral blood flow and cognitive disorders in heart surgery: MD thesis] Nauch.-issled. in-t obshh. reanimatologii RAMN. Moscow, 2009. 25 p. (In Russ.).
28. Murkin J. M., Newman S.P., Stump D. A., Blumenthal J. A. Statement of consensus on assessment of neurobehavioral outcomes after cardiac surgery. *Ann. Thorac. Surg.*, 1995, vol. 59, pp. 1289–1295.
29. Newman S.P., Harrison M. J. Coronary-artery bypass surgery and the brain: persisting concerns. *Lancet Neurol.*, 2002, vol. 1 (2), pp. 119–125.
30. Nooyens A. C., Baan C. A., Spijkerman A. M., Verschuren W. M. Type 2 diabetes and cognitive decline in middle-aged men and women. *Diabetes Care.*, 2010, vol. 33 (9), pp. 1964–1969.
31. *Prakticheskoe ispol'zovanie adaptirovannogo testa intellekta v klinike nervno-psihicheskikh zabolevanij: metodicheskie rekomendacii* [Practical use of adapted test of intelligence in the clinic of neuropsychiatric diseases: guidelines]. NIPNI im. V. M. Behtereva; sost.: I. N. Gil'jasheva. L., 1987. 20 p. (In Russ.).
32. Reitan R. M. Validity of the trail making test as an indicator of organic brain damage. *Percep. Motor Skills*, 1958, vol. 8, pp. 271–276.
33. Rubinshtejn S. Ja. *Jeksperimental'nye metodiki patopsihologii i opyt primenenija ih v klinike* [Experimental methods psychopathology and experience of their application in clinic]: v 2-h tt. Moscow: Aprel'-Press, Psihoterapija, 2010, vol. 1: Prakticheskoe rukovodstvo. 224 p.; T. 2: Stimul'nyj material. 160 p. (In Russ.).
34. Scarmeas N., Levy G., Tang M. X. et al. Influence of leisure activity on the incidence of Alzheimer's disease. *Neurology*, 2001, vol. 57, pp. 2236–2242.
35. Shepin Ju. E. Lokal'nyj i global'nyj analiz v zritel'noj sisteme [Local and global analysis in the visual system]. *Sovremennaja psihofizika* [Modern psychophysics]. Moscow: Institut psihologii RAN, 2009, pp. 310–335.
36. Shnajder N. A. Posleoperacionnaja kognitivnaja disfunkcija [Postoperative cognitive dysfunction]. *Nevrologicheskij zhurnal* [Journal of Neurology], 2005, no. 10, pp. 37–43.
37. Shumkov K. V., Lefterova N.P., Pak N. L. et al. Aortokoronarnoe shuntirovanie v uslovijah iskusstvennogo krovoobrashhenija i na rabotajushhem serdce: sravnitel'nyj analiz blizhajshih i otdalennyh rezul'tatov i posleoperacionnyh oslozhnenij (narushenija ritma serdca, kognitivnye i nevrologicheskie rasstrojstva, reologicheskie osobennosti i sostojanie sistemy gemostaza) [Coronary artery bypass grafting with cardiopulmonary bypass on a beating heart: a comparative analysis of the immediate and long-term results and postoperative complications (heart rhythm disturbances, cognitive and neurological disorders, rheological characteristics and condition of the hemostatic system)]. *Kreativnaja kardiologija* [Creative cardiology], 2009, no. 1, pp. 28–50.
38. Stern Y., Zarahn E., Hilton H. J. et al. Exploring the neural basis of cognitive reserve. *J. Clin. Experiment. Neuropsychology*, 2003, vol. 25, pp. 691–701.
39. Sweet J. J., Finnin E., Wolfe P. L. et al. Absence of cognitive decline one year after coronary bypass surgery: comparison to nonsurgical and healthy controls. *Ann. Thorac. Surg.*, 2008, vol. 85, pp. 1571–1578.
40. Trubnikova O. A., Mamontova A. S., Syrova I. D. et al. Gospital'naja dinamika pokazatelej nejropsihologicheskogo statusa u pacientov s saharnym diabetom 2 tipa, perenessih koronarnoe shuntirovanie [Hospital dynamics of neuropsychological status of patients with type 2 diabetes who had undergone coronary artery bypass grafting]. *Kardiologija. Diabetes mellitus* [Cardiology. Diabetes mellitus], 2012, no. 4, pp. 33–38 (In Russ.).



41. Trubnikova O. A., Tarasova I. V., Syrova I. D. et al. Nejropsihologicheskij status pacientov s malymi i umerennymi stenozami sonnyh arterij, perenessih koronarnoe shuntirovanie [Neuropsychological status of patients with low and moderate carotid stenosis who underwent coronary artery bypass grafting]. *Zhurnal nevrologii i psihiatrii im. S. S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry], 2013, no. 3, pp. 28–33.
42. Vahrameeva O. A., Suhinin M. V., Moiseenko G. A. et al. Izuchenie porogov vosprijatija v zavisimosti ot geometrii fovea [The study of the perception thresholds depending on the geometry of the fovea]. *Sensornye sistemy* [Sensor Systems], 2013, vol. 27, № 2, pp. 122–129 (In Russ.).
43. Van den Goor J., Saxby B., Tijssen J. et al. Improvement of cognitive test performance in patients undergoing primary CABG and other CPB-assisted cardiac procedures. *Perusion*, 2008, vol. 23, pp. 267–273.
44. Van Dijk D., Keizer A. M. A., J. Diephuis C. et al. Neurocognitive dysfunctions following coronary artery bypass surgery: a systematic review. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.*, 2000, vol. 120, pp. 632–639.
45. Vasserman L. I., Shhelkova O. Ju. *Medicinskaja psihodiagnostika: Teorija, praktika, obuchenie* [Medical psychological testing: theory, practice, training]. Saint-Petersburg-Moscow: Izd. centr «Akademija», 2003. 736 p. (In Russ.).
46. Zaharov V. V. Diagnostika i lechenie umerennyh kognitivnyh narushenij [Diagnosis and treatment of mild cognitive impairment]. *Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika* [Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics], 2009, no. 2, pp. 14–19 (In Russ.).
47. Zotov M. V. *Kognitivnye narushenija i vozmozhnosti ih kompensacii u bol'nyh shizofreniej s razlichnoj stepen'ju vyrazhennosti defekta: avtoref. dis. ... kand. psihol. nauk: 19.00.04.* [Cognitive impairment and the possibility of compensation in schizophrenic patients with different degrees of severity of the defect: PhD thesis]. SPbGU. SPb., 1998. 18 p. (In Russ.).
48. Zueva I. B., Vanaeva K. I., Sanec E. L. et al. Vzaimosvjaz' faktorov serdechno-sosudistogo riska s kognitivnymi funkcijami u pacientov srednego vozrasta [Correlation factors of cardiovascular risk with cognitive function in middle-aged patients]. *Arterial'naja gipertenzija* [Arterial hypertension], 2011, vol. 17, no. 5, pp. 432–441 (In Russ.).



ОСОБЕННОСТИ СУБЪЕКТИВНОЙ КАРТИНЫ МИРА У ВЗРОСЛЫХ С ЗАВИСИМОСТЬЮ ОТ ПАВ

ВАСИЛЬЕВА Н.Л.*, Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: ninavasilyeva@yandex.ru

МОЛИН А.Г.**, Центр психолого-медико-социального сопровождения Василеостровского района,
Санкт-Петербург, Россия,
e-mail: artem.molin@gmail.com

В статье рассматриваются особенности субъективной картины мира взрослых с зависимостью от ПАВ. Изучаются следующие характеристики субъективной картины мира: образ отца и матери, суверенность психологического пространства и репрезентации факторов развития. В группе с зависимостью от ПАВ (в сравнении с группой без зависимости от ПАВ) представления об отце и матери окрашены более негативно; целостность границ психологического пространства воспринимается как более нарушенная; в субъективной картине мира категории жизни вне семьи представлены меньше.

Ключевые слова: Зависимость от алкогольных веществ, зависимость от наркотических веществ, зависимость от ПАВ, субъективная картина мира, образ отца, образ матери, репрезентации факторов развития, суверенность психологического пространства.

На данный момент актуальной общественной проблемой является проблема аддиктивного (зависимого) поведения (Кошкина Е.А. и др., 2013). Под аддиктивным поведением понимается девиантное, отклоняющееся поведение, заключающееся в уходе от реальности с помощью изменения психического состояния (Барцалкина, 2010; Егоров, 2007).

На сегодняшний день выделено большое количество различных форм аддиктивного поведения (Егоров, 2007). В частности, выделяют аддиктивное поведение, связанное с употреблением наркотических и алкогольных веществ; Интернет-зависимость; сексуальное аддиктивное поведение; артистическую аддикцию; аддиктивное поведение, связанное с перееданием или голоданием и др. Предполагается, что данные формы аддиктивного поведения имеют общие механизмы, а их предметная направленность обуславливает их специфику (Барцалкина, 2010; Менделевич, 2007).

Наиболее сложной по последствиям признана зависимость от алкогольных и наркотических веществ. Проблема употребления ПАВ является актуальной социальной проблемой. В статистическом сборнике деятельности наркологических служб РФ указывается, что число больных алкоголизмом и алкогольными психозами в 2013 г. составило 1 млн 852 тыс., что составляет примерно 1,3% населения РФ (Кошкина Е.А. и др., 2013).

Для цитаты:

Васильева Н.Л., Молин А.Г. Особенности субъективной картины мира у взрослых с зависимостью от ПАВ // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 173–184. doi:10.17759/exppsy.2015080315

* *Васильева Н.Л.* Доктор психологических наук, профессор кафедры психического здоровья и раннего сопровождения детей и родителей, Санкт-Петербургский государственный университет. Санкт-Петербург, Россия. E-mail: ninavasilyeva@yandex.ru

** *Молин А.Г.* Психолог, центр психолого-медико-социального сопровождения Василеостровского района, Санкт-Петербург, Россия. E-mail: artem.molin@gmail.com



В 2013 г. зарегистрировано 325 тыс. больных наркоманией. Из них за первичной наркологической помощью обратились 18 тыс. человек. Общее число больных наркоманией (лица с зависимостью от наркотических веществ и лица, употребляющие наркотические вещества с вредными последствиями) составило 532 тыс. человек (Кошкина Е.А. и др., 2013).

Кроме того, в исследованиях отмечается низкая эффективность программ реабилитации. Так, Н.В. Крылова отмечает, что около 90% лиц, прошедших программу реабилитации, возобновляют неконтролируемое употребление ПАВ, а более 70% обращаются за повторной наркологической помощью. Только 7–9% пациентов достигают срока ремиссии более одного года (Крылова, 2012).

В данных условиях перед специалистами стоит задача поиска новых подходов к изучению феномена зависимого поведения. В представляемом исследовании сделана попытка рассмотреть проблему с точки зрения внутреннего мира субъектов. При изучении факторов формирования зависимости от ПАВ видно, что особую роль в генезе аддиктивного поведения играют особенности детского опыта (особенности взаимодействия ребенка с матерью и отцом, формирование автономии, завершенность задач развития и др.). По мере взросления внешние условия развития интериоризируются и становятся частью субъективной картины мира.

Термин «субъективная картина» мира понимается как «...психическая модель мира, которая находит свое отражение в когнитивных и аффективных структурах психики и имеет осознаваемый и неосознаваемый уровни» (Васильева, 2012). Субъективный мир – «...это глубоко личный мир мыслей, фантазий и чувств, многие из которых трудно или невозможно выразить даже самому себе, не говоря уже о других людях. Это мир многоуровневый, где слои четко сформулированных сознательных установок переходят в фантазии и мысли, свободные от социальных запретов и ценностей, где также существуют слои желаний и чувств, полностью неосознанные самим человеком» (Там же). Считается, что субъективный мир формируется в процессе развития путем сочетания биологических и психологических механизмов адаптации. По мере развития, человек формирует схемы представления себя, родителей, окружающего мира и др. (Sandler, 1962).

Традиционно считается, что в формировании особенностей субъективного мира особую роль играют отношения со значимыми близкими (Васильева, 2006). Так, например, опыт раннего взаимодействия с матерью формирует определенную внутреннюю схему, которая становится моделью отношений со значимыми другими (Stern, 1977). Например, в исследованиях было показано, что отсутствие опыта детско-родительских отношений способствует развитию представлений себя как заслуживающего агрессии и наказания (Ослон, 2012). Сформировавшись, субъективный мир становится призмой, через которую воспринимается объективный мир.

В литературе показано, что особенности взаимодействия между ребенком и родителями, особенности поведения родителей являются значимым фактором формирования зависимости (Ослон, 2012). Условия развития со временем интериоризируются и становятся характеристиками внутреннего мира. Так, становится актуальной задачей изучение образов отца и матери у взрослых с зависимостью от ПАВ.

В научных работах исследуются особенности образов отца и матери, однако у зависимых от ПАВ данные характеристики изучены недостаточно. Так, нам известно исследование, где было показано, что у подростков, склонных к употреблению ПАВ, образ матери характеризуется позитивным интересом, директивностью, враждебностью и непоследо-



вательностью (Акимова, Усцева, 2010), и исследование, где показано, что у взрослых с зависимостью от ПАВ отец и мать воспринимаются как менее принимающие (Змановская, Клинико, 2006). При этом, мы считаем, что данных, полученных в этих исследованиях недостаточно и необходимо продолжать изучение характеристик образов отца и матери у взрослых с зависимостью от ПАВ.

В последние годы широкое распространение получили исследования психологического пространства личности, в частности такой ее характеристики, как суверенность (целостность, независимость). Психологическое пространство личности – это совокупность явлений (предметов, ценностей, установок и т. д.) с которыми человек отождествляет себя и которые являются частью его субъективной картины мира (Нартова-Бочавер, 2004). То есть, с одной стороны, данные явления объективно нейтральны и являются внешними по отношению к человеку, с другой – человек наделяет их субъективным значением, включает их в свой субъективный мир, считает их субъективно своими и идентифицируется с ними. Таким образом, данные явления становятся компонентом субъективной картины мира. При этом важной характеристикой субъективной картины мира является ее суверенность, т. е. восприятие целостности границ психологического пространства личности.

Предполагается, что суверенность психологического пространства является предпосылкой развития автономии личности. Депривация психологического пространства связана с подавлением личности ребенка, его эмоциональных потребностей и является преградой к формированию автономии (Нартова-Бочавер, 2005).

Целостность психологического пространства изучалась в контексте различных проблем, однако на сегодняшний день особенности целостности психологического пространства личности зависимых от ПАВ изучены недостаточно. Так, существуют исследования, в которых было показано, что у подростков с зависимостью от ПАВ целостность психологического пространства является более нарушенной, чем у подростков без зависимости (Суворов, 2011). Также отмечается, что показатели целостности психологического пространства у взрослых с зависимостью от алкогольных веществ достоверно ниже, чем у взрослых не имеющих зависимости (Королева, 2012). Однако в исследованиях рассматриваются особенности целостности психологического пространства только у взрослых с зависимостью от алкогольных веществ. При этом особенности целостности психологического пространства у взрослых с зависимостью от ПАВ (с зависимостью от алкогольных и наркотических веществ) остаются неизученными.

Под репрезентациями факторов развития понимаются представления человека о факторах, которые оказали наиболее сильное влияние на его развитие (Васильева, 2007). Репрезентации факторов развития организуются в категории (например: «отношения в семье», «образ тела» и т. п.), которые отражают различные особенности развития пациентов и предоставляют информацию относительно актуальных потребностей пациентов и, соответственно, терапевтических задач психотерапии. Так, например, категория «семейные отношения» указывает на центрированность пациента в области объектных отношений, а категория «образ тела» – на центрированность в области психосексуального развития (Васильева, 2007). Субъективные представления о факторах развития являются значимой частью субъективного мира и оказывают влияние на поведение человека. Несмотря на важность изучения данного конструкта, исследования в этой области отрывочны и немногочисленны.

Теоретической базой исследования послужили концепции Дж. Сандлера о репрезентативном мире личности (Sandler, 1962), А.Н. Леонтьева о личностных смыслах (Леонтьев,

2004), линий развития А. Фрейд (Freud, 1965). В данных концепциях показано, что субъективный мир личности – это широкое поле, и при его исследовании приходится выбирать факторы, которые могут быть предметом изучения. В данном исследовании были изучены факторы, которые отображают представления личности о своем развитии в детско-юношеском возрасте.

Таким образом, **целью данной работы** явилось выявление особенностей субъективной картины мира у взрослых с зависимостью от ПАВ.

Параметры изучения.

- Образ отца и образ матери.
- Суверенность (целостность) границ психологического пространства.
- Репрезентации факторов развития.

Гипотеза исследования: субъективная картина мира у взрослых с зависимостью от ПАВ отличается от субъективной картины мира у взрослых без зависимости от ПАВ представлениями о поведении отца и матери, репрезентациями факторов развития; восприятием целостности границ психологического пространства.

Методики исследования.

- Модификация опросника «Поведение родителей и отношение подростков к ним» (ADOR) (Вассерман и др., 2007). Оригинальный опросник предполагает изучение актуальной ситуации взаимодействия подростка с родителями (матерью и отцом). Модификация для изучения образа матери и отца для взрослых заключается в том, что вопросы опросника переведены из настоящего времени в прошлое. Так, например, вопрос опросника «Считает, что у меня должно существовать много правил, которые я обязан выполнять» модифицируется в «Считал, что у меня должно существовать много правил, которые я обязан выполнять». Таким образом, данные воспоминания, проходя через призму субъективного восприятия, отражают образы отца и матери в субъективной картине мира

- Опросник «Суверенность психологического пространства» (СПП), Н.К. Нартова-Бочавер (Нартова-Бочавер, 2004);

- Опросник выявления субъективной картины развития (СКР), Васильева Н.Л. (Васильева, 2007). Опросник состоит из 7 открытых вопросов, касающихся воспоминаний детско-юношеского опыта (от самого раннего воспоминания, до воспоминаний юности) участников исследования. Полученные данные обрабатываются с помощью контент-анализа в соответствии со следующими категориями: «семейные отношения», «внеfamilialные отношения», «деятельность», «образ тела», «освоение времени», «освоение пространства», «учреждения социализации», «оценка социума», «положительный эмоциональный опыт», «отрицательный эмоциональный опыт», «фантазирование» (Васильева, 2007).

Для обработки полученных данных использовались методы статистической обработки, в том числе: описательные статистики, критерий Колмогорова–Смирнова для оценки нормальности распределения, хи-квадрат для сравнения групп по номинативным переменным, Т-критерий Стьюдента для независимых выборок, U-критерий Манна–Уитни.

В данном исследовании принимали участие люди с зависимостью от алкогольных и наркотических веществ (экспериментальная группа, 109 человек). Зависимость от алкогольных и наркотических веществ объединяется в одну группу – «зависимость от ПАВ» в связи с представлением об относительно общих механизмах развития аддиктивного поведения (Барцалкина, 2010; Менделевич, 2007). В контрольную группу вошли люди, не имеющие диагноза зависимости от ПАВ (60 человек). Всего в исследовании приняли участие 169 человек.



Описание экспериментальной выборки. Участники экспериментальной выборки – пациенты стационарного отделения ГОБУЗ НОНД «Катарсис» г. Великого Новгорода набирались в рамках движения АА («анонимные алкоголики») и АН («анонимные наркоманы»). Количество выборки – 109 человек; средний возраст – 34 года; мужчины – 55%, женщины – 45%; высшее образование имеют 41%. 47% выборки имеют зависимость от алкогольных веществ, 53% – зависимость от наркотических веществ. Взрослые с зависимостью от ПАВ находились на разных сроках ремиссии (от двух недель до восьми лет), средний срок ремиссии – 1,5 года.

Описание контрольной выборки. Участники контрольной группы (люди, не имеющие диагноза зависимости от ПАВ) проходили исследование на базе различных организаций (родители учащихся – в школах Василеостровского района, волонтеры – в Интернете). Количество выборки – 60 человек (60% женщин, 40% мужчин). Высшее образование – у 58%, незаконченное высшее – у 19%, среднее специальное – у 24%. Средний возраст – 29 лет.

Для оценки адекватности сравнения групп с зависимостью и без зависимости от ПАВ, данные группы были сравнены по характеристикам – пол, возраст, образование. Анализ показал, что группы не различаются по данным параметрам, что показывает адекватность сравнения выборок при проведении дальнейшего статистического анализа.

Кроме того, для подбора критериев статистической обработки был проведен анализ полученных данных на нормальность распределения. В ходе анализа было показано, что результаты опросников СПП и ADOR имеют нормальное распределение, что свидетельствует об адекватности применения параметрических методов статистической обработки. Результаты опросника СКР имеют не нормальное распределение, что указывает на необходимость применения непараметрических методов статистической обработки.

Данные статистического анализа различий между группами с зависимостью и без зависимости от ПАВ, по результатам модификации опросника ADOR, приведены в табл. 1.

Таблица 1

Данные статистического анализа различий между группами с зависимостью и без зависимости от ПАВ, по результатам модификации опросника ADOR

Шкалы опросника ADOR	Группы		t-критерий	
	С зависимостью от ПАВ	Без зависимости от ПАВ	t	Знач.
Позитивный интерес матери	12,4	12,46	-,130	,897
Директивность матери	12,08	9,13	-3,289	,001**
Враждебность матери	8,03	5,81	-2,468	,015*
Автономность матери	9,47	10,28	1,209	,229
Непоследовательность матери	9,99	6,35	-5,279	,000**
Позитивный интерес отца	10,14	10,52	,383	,703
Директивность отца	9,14	7,07	-2,106	,037*
Враждебность отца	6,11	4,80	-1,661	,099
Автономность отца	8,79	10,48	2,113	,053
Непоследовательность отца	8,08	5,26	-4,040	,000**

Примечание: «*» – $p \leq 0,05$ – наличие значимых различий; «**» – $p \leq 0,01$ – высокий уровень значимости.



Из табл. 1 видно, что участники группы с зависимостью от ПАВ воспринимают отца как более непоследовательного и более директивного, чем участники группы без зависимости от ПАВ. Участники группы с зависимостью от ПАВ воспринимают мать как более враждебную, директивную и непоследовательную.

Данные статистического анализа различий между группами с зависимостью и без зависимости от ПАВ, по результатам опросника СПП, приведены в табл. 2.

Таблица 2

Данные статистического анализа различий между группами с зависимостью и без зависимости от ПАВ, по результатам опросника СПП

Шкалы опросника СПП	Группы (М)		Группы (М)	
	С зависимостью от ПАВ	Без зависимости от ПАВ	t	Знач.
Суверенность физического тела	6,95	9,13	4,976	,000**
Суверенность территории	7,68	8,95	2,806	,006**
Суверенность мира вещей	9,24	10,38	2,195	,030*
Суверенность привычек	7,31	8,93	3,388	,001**
Суверенность социальных связей	4,08	4,56	1,504	,135
Суверенность ценностей	7,89	9,31	2,430	,017*

Примечание: «*» – $p \leq 0,05$ – наличие значимых различий; «**» – $p \leq 0,01$ – высокий уровень значимости.

Из табл. 2 видно, что между группами с зависимостью и без зависимости от ПАВ существуют различия по следующим шкалам: суверенность физического тела, суверенность территории, суверенность мира вещей, суверенность привычек, суверенность ценностей. У участников группы с зависимостью от ПАВ наблюдаются более низкие значения по всем указанным выше шкалам, по сравнению с группой участников исследования без зависимости от ПАВ.

Статистически значимые различия между группами с зависимостью и без зависимости от ПАВ, по результатам опросника СКР, приведены в табл. 3.

Статистически значимые различия были получены по шести критериям из одиннадцати. У участников группы с зависимостью от ПАВ категории «отношения вне семьи», «деятельность», «освоение времени», «освоение пространства», «учреждения социализации», «фантазирование» встречались реже, чем у участников группы без зависимости от ПАВ (см. табл. 3). По таким категориям, как «семейные отношения», «образ тела», «оценки социума», «положительный эмоциональный опыт», «негативный эмоциональный опыт» статистически значимых различий выявлено не было.

В литературе описаны объективные характеристики поведения родителей в семьях с высоким риском формирования зависимого поведения. Описывается связь между непоследовательностью в поведении родителей и формированием аддиктивного поведения (Stafström, 2014); связь между враждебностью в поведении матери и формированием аддиктивного поведения (Акимова, Усцева, 2010); связь между директивностью в поведении родителей и формированием аддиктивного поведения (Calafat, 2014). Как видно, данные характеристики связаны с субъективными представлениями о родителях, выявленными в данном исследовании.



Таблица 3

Статистически значимые различия между группами с зависимостью и без зависимости от ПАВ по результатам опросника выявления субъективной картины развития

	Отношения вне семьи	Деятельность	Освоение времени
Без зависимости от ПАВ (М ранг)	87	78	71
С зависимостью от ПАВ (М ранг)	54	56	49
U Манна-Уитни	365	477	616
Значения	,000**	,001**	,009**
	Освоение пространства	Учреждения социализации	Фантазирование
Без зависимости от ПАВ (М ранг)	80	72	83
С зависимостью от ПАВ (М ранг)	54	57	54
U Манна-Уитни	408	589	359
Значения	,000**	,018*	,000**

Примечание: «*» – $p \leq 0,05$ – наличие значимых различий; «**» – $p \leq 0,01$ – высокий уровень значимости.

Испытуемые с зависимостью от ПАВ воспринимают родителей как враждебных, непоследовательных, директивных по отношению к ним в детском и подростковом возрастах. Таким образом, фигуры отца и матери интериоризируются с соответствующими характеристиками. В литературе показано, что негативный образ отца и матери связан с формированием психосоматических заболеваний, с различными формами психических расстройств и т. п. (Аммон, 2007). Интериоризация негативного образа отца и матери (директивного, враждебного, непоследовательного и т. п.) может быть связана с различными особенностями взрослых с зависимостью от ПАВ: особенностями самооценки, недостаточностью навыков управления эмоциональными состояниями, самоотношением и проявлением аутоагрессии. Так, в литературе описывается, что родительское отношение к ребенку может интериоризироваться и становиться его отношением к самому себе и окружающим (Stern, 1977).

В ходе анализа особенностей психологического пространства было выявлено, что в группе участников исследования с зависимостью от ПАВ показатели шкал «суверенность ценностей», «суверенность привычек», «суверенность мира вещей», «суверенность территории», «суверенность физического тела» статистически ниже, чем в группе участников исследования без зависимости от ПАВ. Это показывает, что целостность (суверенность) психологического пространства у взрослых с зависимостью от ПАВ является более нарушенной.

Результаты данного исследования согласуются с результатами, полученными на примере исследования алкогольной зависимости (Кошкина и др., 2013). В литературе описывается, что нарушение, или депривация, психологического пространства личности является связанной с формированием автономии ребенка и процессом сепарации от родителей (в первую очередь от матери) (Иркин, 2011), с процессом самоидентификации, с формированием надежной привязанности, с самопринятием, развитием субъектности (независимо-

сти от среды), с формированием базового доверия к миру, установлением контакта с собственными эмоциями и потребностями и т. п. (Нартова-Бочавер, 2005).

В литературе описано, что депривация психологического пространства личности связана с поведением родителей. При жестком, агрессивном, директивном поведении родителей происходит нарушение формирования психологических границ личности (Иркин, 2011; Нартова-Бочавер, 2005). Эти же характеристики родителей выявлены при исследовании особенностей родителей подростков с аддиктивным поведением (Барцалкина, 2010), что согласуется с данными, полученными в ходе нашего исследования. Мы считаем, что полученная информация показывает наличие связи между поведением родителей (враждебность, директивность и непоследовательность), целостностью границ психологического пространства личности и формированием зависимости от ПАВ.

В ходе анализа различий субъективной картины развития было выявлено, что у участников исследования с зависимостью от ПАВ категории «отношения вне семьи», «деятельность», «освоение времени», «освоение пространства», «учреждения социализации», «фантазирование» встречались реже, чем у участников исследования без зависимости от ПАВ.

Исследования показывают, что категория «отношения вне семьи» связана с развитием объектных отношений (отношений к фигурам родителей); категории «деятельность», «освоение времени», «освоение пространства» и «фантазирование» связаны с развитием «Я» (Васильева, 2007). В литературе описывается, что формирование объектных отношений является основой для развития «Я» (Тайсон, Тайсон, 1998). Из полученных данных видно, что у участников исследования с зависимостью от ПАВ наблюдается нарушение объектных отношений. Объектные отношения формируются во взаимоотношениях ребенка с родителями, что показывает высокий уровень значимости фигуры отца и матери в формировании зависимости от ПАВ.

Полученные данные показывают, что категории внесемейной жизни у участников исследования с зависимостью от ПАВ представлены меньше, чем в группе участников исследования без зависимости от ПАВ. В литературе отмечается, что на ранних этапах развития ребенок решает задачи, связанные с семейными отношениями (формирование надежной привязанности, сепарация и т. п.) (Тайсон, Тайсон, 1998), и обращение ребенка во внешний мир (выходящий за границы семьи) происходит после решения данных задач развития. Таким образом, полученные данные можно трактовать как незавершенность задач развития, связанных с внутрисемейными отношениями.

Выводы

Субъективная картина мира у взрослых с зависимостью и без зависимости от ПАВ различается.

1. В группе с зависимостью от ПАВ представления об отце и матери окрашены более негативно: образ отца является более директивным и непоследовательным; образ матери – более враждебным, директивным, и непоследовательным.

2. Взрослые с зависимостью от ПАВ воспринимают границы своего психологического пространства как более нарушенные. Наблюдаются следующие формы нарушения психологического пространства: физическое тело, личная территория, личные вещи, привычки и ценности.

3. В субъективной картине мира взрослых с зависимостью от ПАВ категории жизни вне семьи («отношения вне семьи», «деятельность», «освоение времени», «освоение пространства», «учреждения социализации», «фантазирование») представлены меньше.



На сегодняшний день при реабилитации наркологических больных приоритетным является опора на объективные анамнестические данные. Однако результаты данного исследования показывают важность использования данных о субъективной картине мира личности, в частности, образов отца и матери, суверенности психологического пространства и репрезентации факторов психологического развития.

Благодарность

Работа выполнена на базе стационарного отделения ГОБУЗ НОНД «Катарсис», г. Великий Новгород и в рамках движения АА («анонимные алкоголики») и АН («анонимные наркоманы»). Эмпирические материалы были собраны при участии клинического психолога М. В. Аверьяновой, за что авторы статьи выражают ей благодарность.

Литература

1. Акимова М.К., Усцева М.Н. Влияние отца и его образа на возникновение аддикции у подростков // Высшее образование сегодня. 2010. № 5. С. 63–68.
2. Аммон Г. Психосоматическая терапия. СПб: Речь, 2000. 237 с.
3. Барцалкина В.В. Терапия последствий детских травм, депривации и насилия как профилактика аддиктивного поведения // Психологическая наука и образование. 2010. № 5. С. 208–217.
4. Васильева Н.Л. Психоанализ: суть психологической работы [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. Электрон. науч. журн. 2012. № 5 (16). URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 08.10.2012).
5. Васильева Н.Л. Роль субъективной картины мира в формировании индивидуально-психологических особенностей // Вестник СПбГМА имени Мечникова. 2006. № 3. С. 169–172.
6. Васильева Н.Л. Факторы развития в психоаналитической теории личности и в имплицитных теориях // Вопросы психологии. 2007. № 6. С. 128–137.
7. Вассерман Л.И., Горьковая И.А., Ромицына Е.Е. Родители глазами подростка. Психологическая диагностика в медико-педагогической практике. СПб: Речь, 2004. 256 с.
8. Егоров А.Ю. Нехимические зависимости. СПб: Речь, 2007. 190 с.
9. Жедунова Л.Г., Волдаева А.С. Границы психологического пространства личности как фактор нарушений пищевого поведения // Ярославский педагогический вестник. 2014. № 4. С. 237–241.
10. Змановская Е.В. Клинико-экспериментальное исследование объектных отношений пограничных пациентов // Вестник психоанализа. 2006. № 2. С. 91–98.
11. Иркин Д.Б., Шевеленкова Т.Д. Суверенность психологического пространства личности подростков и ее взаимосвязь с уровнем невротизации и представлениями подростков об их воспитании родителями [Электронный ресурс] // Психология и право. 2011. №3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n3/46566.shtml> (дата обращения: 07.07.2015).
12. Королева А.М. Особенности личности и экзистенциальных переживаний лиц, страдающих алкогольной зависимостью (на примере групп анонимных алкоголиков) // Молодой ученый. 2012. № 11. С. 366–369.
13. Кошкина Е.А. и др. Основные показатели деятельности наркологической службы в Российской Федерации в 2011–2012 годах: (Статистический сборник). Москва: «Национальный научный Центр наркологии Минздрава России», 2013. 166 с.
14. Крылова Н.В. Реабилитационный прогноз как фактор успешной психокоррекции аддиктивного поведения // Актуальные проблемы психологического знания. 2012. № 3. С. 74–81.
15. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл, 2004. 352 с.
16. Менделевич В.Д. Руководство по аддиктологии. СПб: Речь, 2007. 768 с.
17. Нартова-Бочавер С.К. Опросник «Суверенность психологического пространства» новый метод диагностики личности // Психологический журнал. 2004. Т. 225. № 5. С. 76–90.
18. Нартова-Бочавер С.К. Понятие «психологическое пространство личности» и его эвристические возможности // Психологическая наука и образование. 2002. № 1. С. 35–41.
19. Нартова-Бочавер С.К. Психологическое пространство личности. М.: Прометей, 2005. 312 с.
20. Ослон В.Н. Репрезентации родителей и себя в картине мира ребенка-сироты [Электронный ре-



- сурс] // Психологическая наука и образование psyedu.ru. 2012. №4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57102.shtml (дата обращения: 27.07.2015).
21. Суворов О.В., Филлипов К.В. Исследование компонентов ответственности как фактора отношения к наркотикам среди молодежи // Мир науки, культуры, образования. 2011. № 6. С. 160–166.
22. Тайсон Р., Тайсон Ф. Психоаналитические теории развития. Екатеринбург: Деловая Книга, 1998. 528 с.
23. Freud A. (1965) Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development. London: Karnac, 1989. 273 p.
24. Calafat A. u др. Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context // Drug Alcohol Depend. 2014. Vol. 138. P. 185–192.
25. Sandler J., Rosenblatt B. The concept of the representational world // Psychoanal. Study Child. 1962. № 17. P. 1962.
26. Stafström M. Influence of Parental Alcohol-Related Attitudes, Behavior and Parenting Styles on Alcohol Use in Late and Very Late Adolescence // Eur. Addict. Res. 2014. Vol. 20, № 5. P. 233–240.
27. Stern D. The First Relationship: Infant and Mother, 1977. 187 с.

FEATURES OF SUBJECTIVE PICTURE OF THE WORLD IN ADULTS WITH SUBSTANCE DEPENDENCE

VASILYEVA N.L. *, *St. Petersburg State University, St. Petersburg, Russia,*
e-mail: ninavasilyeva@yandex.ru

MOLIN A.G. **, *Center for psychological, medical and social support Vasilyevsky Island District, St. Petersburg, Russia,*
e-mail: artem.molin@gmail.com

The article features a subjective picture of the world of adults with substance dependence. We study the following characteristics of a subjective picture of the world: the image of the father and mother, the sovereignty of psychological space of representation and development factors. In the group with substance dependence (compared with the group without substance dependence) ideas about the father and the mother are painted as more negative; the integrity of the borders of psychological space is perceived as a violation; subjective picture of the world in the category of life outside the family presents less.

Keywords: alcoholic dependence, drugs dependence, substance dependence, subjective picture of the world, the image of father, the image of mother, representation of the development factors, the sovereignty of psychological space.

Acknowledgements

The research was supported by inpatient GOBUZ NOND «Catharsis», Veliky Novgorod, and in the movement of AA (Alcoholics Anonymous) and AN (Narcotics Anonymous).

For citation:

Vasilyeva N.L., Molin A.G. Features of subjective picture of the world in adults with substance dependence. *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 173–184 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080315

*Vasilyeva N.L. D.Sc., Professor, Chair of mental health and early support for children and parents, St. Petersburg State University. E-mail: ninavasilyeva@yandex.ru

**Molin A.G. Psychologist, Center for psychological, medical and social support Vasileostrovsky district. E-mail: artem.molin@gmail.com.



References

1. Akimova M. K., Ustseva M. N. Vliyanie ottsa i ego obraza na vozniknovenie addiktzii u podrostkov [The influence of father and his image on the formation of addictive behavior]. *Vysshee obrazovanie segodnya* [Higher Education Today], 2010, no. 5, pp. 63–68 (In Russ.).
2. Ammon G. *Psikhosomaticheskaya terapiya* [Psychosomatic therapy]. Sankt-Peterburg: Rech', 2000. 237 p. (In Russ.).
3. Bartsalkina V.V. Terapiya posledstviu detskikh travm, deprivatsii i nasiliya kak profilaktika addiktivnogo povedeniya [The Therapy for the Effects of Childhood Traumas, Deprivation and Violence as a Prevention of Addictive Behavior]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2010, no. 5, pp. 208–217 (In Russ., abstr. in Engl.).
4. Calafat A. et al. Which parenting style is more protective against adolescent substance use? Evidence within the European context. *Drug Alcohol Depend.*, 2014, vol. 138, pp. 185–192.
5. Egorov A.Yu. *Nekhimicheskie zavisimosti* [Non-chemical dependence]. St. Petersburg: Rech', 2007. 190 p. (In Russ.).
6. Freud A. *Normality and Pathology in Childhood: Assessments of Development*. London: Karnac, 1965. 273 p.
7. Irkin D.B., Shevelenkova T.D. Suverenost' psikhologicheskogo prostranstva lichnosti podrostkov i ee vzaimosvyaz' s urovnem nevrotizatsii i predstavleniyami podrostkov ob ikh vospitanii roditelyami [The Sovereignty of the Adolescents' Psychological Space and its Relationship to the Level of Neuroticism and Adolescents' Perceptions of Their Upbringing by Their Parents]. *Psikhologiya i pravo* [Psychology and Law], 2011, no. 3. URL: <http://psyjournals.ru/psyandlaw/2011/n3/46566.shtml> (Accessed 18.11.2014) (In Russ., abstr. in Engl.).
8. Koroleva A.M. Osobennosti lichnosti i ekzistentsial'nykh perezhivaniy lits, stradayushchikh alkogol'noi zavisimost'yu (na primere grupp anonimnykh alkogolikov) [Personality traits and existential experiences of persons suffering from alcohol dependence (on example of groups of Anonymous Alcoholics)]. *Molodoi uchenyi* [Young Scientist], 2012, no. 11, pp. 366–369 (In Russ.).
9. Koshkina E.A. et al. *Osnovnye pokazateli deyatelnosti narkologicheskoi sluzhby v Rossiiskoi Federatsii v 2011-2012 godakh* [Main indicators of substance abuse services in the Russian Federation in 2011–2012]. Moscow: Government Research Center for the Study of Drug Addiction, Ministry of Health of Russia, 2013. 166 p. (In Russ.).
10. Krylova N.V. Reabilitatsionnyi prognoz kak faktor uspekhnoy psikhokorreksii addiktivnogo povedeniya [Rehabilitation potential as a factor in a successful correction of addictive behavior]. *Aktual'nye problemy psikhologicheskogo znaniya* [Actual problems of psychological knowledge], 2012, no. 3, pp. 74–81 (In Russ.).
11. Leont'ev A.N. *Deyatelnost'*. *Soznanie. Lichnost'* [Activities. Consciousness. Personality]. M.: Smysl, 2004. 352 p. (In Russ.).
12. Mendeleevich V.D. *Rukovodstvo po addiktologii* [Guide in addictology]. SPb: Rech', 2007. 768 p. (In Russ.).
13. Nartova-Bochaver S.K. Oprosnik «Suverenost' psikhologicheskogo prostranstva» novyi metod diagnostiki lichnosti [The questionnaire “sovereignty of the psychological space” the new inventory of the diagnostics of the personality]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological Journal], 2004, vol. 225, no. 5, pp. 76–90 (In Russ., abstr. in Engl.).
14. Nartova-Bochaver S.K. Ponyatie «psikhologicheskoe prostranstvo lichnosti» i ego evristicheskie vozmozhnosti [The concept of “psychological space of personality” and its heuristic possibilities]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education]. 2002, no. 1, pp. 35–41 (In Russ., abstr. in Engl.).
15. Nartova-Bochaver S.K. *Psikhologicheskoe prostranstvo lichnosti* [Psychological space of personality]. Moscow: Prometei, 2005. 312 p. (In Russ.).
16. Oslon V.N. Reprerentatsii roditel'ei i sebya v kartine mira rebenka-siroty [Representations of parents and self in the worldview of a child in care]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological Science and Education], 2012, no. 4. URL: http://psyjournals.ru/psyedu_ru/2012/n4/57102.shtml (Accessed 18.11.2014) (In Russ., abstr. in Engl.).
17. Sandler J., Rosenblatt B. The concept of the representational world. *Psychoanal. Study Child*. 1962, no. 17, pp. 19–62.
18. Stafstr m M. Influence of Parental Alcohol-Related Attitudes, Behavior and Parenting Styles on Alcohol



- Use in Late and Very Late Adolescence. *Eur. Addict. Res.*, 2014, vol. 20, no. 5, pp. 233–240.
19. Stern D. *The First Relationship: Infant and Mother*. 1977. 187 с.
20. Suvorov O.V., Fillipov K.V. Issledovanie komponentov otvetstvennosti kak faktora otnosheniya k narkotikam sredi molodezhi [Research of components of responsibility as factor of the relation to drugs among youth], *Mir nauki, kul'tury, obrazovaniya* [*The world of science, culture and education*], 2011, no. 6, pp. 160–166 (In Russ.).
21. Taison R., Taison F. *Psikhoanaliticheskie teorii razvitiya* [*Psychoanalytic theory of development*]. Ekaterinburg: Delovaya Kniga, 1998. 528 p. (In Russ.).
22. Vasil'eva N.L. Faktory razvitiya v psikhoanaliticheskoi teorii lichnosti i v implitsitnykh teoriyakh [Factors in the development of the psychoanalytic theory of personality and implicit theories]. *Voprosy psikhologii* [*Issues of psychology*], 2007, no. 6, pp. 128–137 (In Russ.).
23. Vasil'eva N.L. Psikhoanaliz: sut' psikhologicheskoi raboty [Psychoanalysis: the essence of psychological work]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [*Medical psychology in Russia*], 2012, no. 5 (16). URL: <http://medpsy.ru> (Accessed 18.11.2014) (In Russ., abstr. in Engl.).
24. Vasil'eva N.L. Rol' sub'ektivnoi kartiny mira v formirovani individual'no-psikhologicheskikh osobennostei [The role of the subjective perception of the world in the formation of individual psychological characteristics]. *Vestnik SPbGMA im. Mechnikova* [*The Bulletin of the St.-Petersburg State Medical Academy named after I.I. Mechnikov*], 2006, no. 3, pp. 169–172 (In Russ.).
25. Vasserman L.I., Gor'kovaya I.A., Romitsyna E.E. *Roditeli glazami podrostka. Psikhologicheskaya diagnostika v mediko-pedagogicheskoi praktike* [*Parents in the teen eyes. Psychological diagnostics in medical and educational practice*]. SPb: Rech', 2004, pp. 256 (In Russ.).
26. Zhedunova L.G., Voldaeva A.S. Granitsy psikhologicheskogo prostranstva lichnosti kak faktor narusheni pishchevogo povedeniya [Borders of the Personality's Psychological Space as a Factor of Eating Disorders]. *Yaroslavskii pedagogicheskii vestnik* [*Yaroslavl Pedagogical Bulletin*], 2014, no. 4, pp. 237–241.
27. Zmanovskaya E.V. Kliniko-eksperimental'noe issledovanie ob"ektnykh otnoshenii pogranychnykh patsientov [Clinical and experimental study of object relations of borderline patients]. *Vestnik psikhoanaliza* [*Bulletin of psychoanalysis*], 2006, no. 2, pp. 91–98.



ПРЕДИКТОРЫ СУБЪЕКТИВНОГО ВОЗРАСТА В ПОЖИЛОМ И СТАРЧЕСКОМ ВОЗРАСТЕ

МЕЛЁХИНА А. И. *, *Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия,*
e-mail: clinmelehin@yandex.ru

СЕРГИЕНКО Е. А. **, *Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва,*
Россия,
e-mail: elenas13@mail.ru

Статья посвящена анализу роли феномена субъективного возраста в формировании представлений о качестве жизни в пожилом (55–74 года) и старческом (75–90 лет) возрасте, а также рассмотрению феномена положительной иллюзии оценки возраста. Важной составляющей исследования является выделение предикторов, влияющих на самовосприятие возраста в периоде поздней зрелости. Результаты эмпирического исследования указывают на то, что в пожилом и старческом возрасте мультикоморбидность болезней, изменения в эмоциональном здоровье и качестве жизни являются основными факторами, определяющими субъективное восприятие возраста и его особенностей.

Ключевые слова: хронологический возраст, субъективный возраст, старение, эмоциональное здоровье.

Происходят глобальные изменения в демографической ситуации, которые выражаются в феномене *старяющегося (седеющего) населения* (Роик, 2006). Число пожилых людей старше 60 лет достигнет к 2050 г. двух миллиардов, составив более 20% мирового населения (Дерр, Глатт, 2007). Согласно данным Росстата за 2014 г., уже сейчас в России количество пенсионеров превышает 30 млн. Более 20% пожилых людей в возрасте 60 лет страдают психическими и неврологическими расстройствами, 7% из них имеют инвалидность (Ярыгин, Мелентьев, 2010). Данный прогноз старения сопровождается тенденцией к росту недугов, хронизацией болезней и инвалидизацией населения, что в конечном итоге приводит к снижению адаптивных возможностей и уровня благополучия. В связи с этим анализ проблемы психического и психологического здоровья приобретает особую значимость с точки зрения поиска средств достижения психического здоровья и благополучия населения в пожилом (55–74 года) и старческом (75–90 лет) возрасте.

Для цитаты:

Мелехин А. И., Сергиенко Е. А. Предикторы субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 185–201. doi:10.17759/exppsy.2015080316

*Мелёхин А. И. Аспирант лаборатории психологии развития, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия. E-mail: clinmelehin@yandex.ru

**Сергиенко Е. А. Доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией психологии развития, Институт психологии Российской академии наук (ФГБУН ИП РАН), Москва, Россия. E-mail: elenas13@mail.ru

Понятие субъективного возраста

Понятие субъективного возраста (subjective age) представляет собой ключевое понятие учения о психическом здоровье. Самооценка и самовосприятие возраста (perceived age) рассматриваются как индикаторы здоровья, эффективной саморегуляции поведения, достижения субъективного благополучия (subjective well-being) в пожилом и старческом возрасте (Gana, Alaphilippe, 2004). Исследования связи между старением и субъективным благополучием основываются в большей степени на определении *хронологического возраста* и связанного с ним состояния психического и физического здоровья. Несмотря на то, что данный параметр оценки имеет существенные ограничения, он является достаточно информативным критерием оценки и прогнозирования когнитивного и функционального состояния человека и его возрастных изменений (Barak, 2009).

Однако специалистам в области гериатрической психологии хорошо известен факт большой вариативности поведения и психических состояний в зрелом возрасте: в то время как одни пожилые люди остаются активными и деятельными, работают с полной нагрузкой, другие представители той же возрастной группы стремятся выйти на пенсию, страдают от различного рода физических заболеваний, нарушений когнитивных функций, поведенческих расстройств. В связи с этим наряду с хронологическим возрастом исследователи выделяют понятие *субъективного возраста*, также известного как возрастная идентичность (age identity), когнитивный возраст (cognitive age) или восприятие собственного возраста (perceived age); введение данного понятия позволяет расширить общий контекст исследований процесса старения и включить в его рассмотрение когнитивный, личностный, эмоциональный, социальный аспекты (Bergland, Nicolaisen, 2014; Stephan, Chalabaev, 2012). Хронологический возраст отражает количество прожитых лет, а субъективный возраст указывает на возрастное самовосприятие (Сергиенко, 2013): подростки (12–17 лет) и молодые люди (18–24 года) оценивают себя старше, однако после 25 лет нарастает тенденция оценивать себя моложе своего хронологического возраста. При этом разница между хронологическим и субъективным возрастом нарастает и особенно значительна после 50 лет, достигая разницы в 16 лет в сторону его уменьшения (Сергиенко, 2015; Stephan, Sutin, 2015; Teuscher, 2009).

Пожилые люди, которые воспринимают себя старше своего фактического возраста, как правило, оценивают себя менее счастливыми и сообщают о более низкой удовлетворенности своей старостью (Logan, Ward, 1992; Stephan, Chalabaev, 2011). Пожилые люди, которые, наоборот, оценивают себя моложе, как правило, чувствуют себя счастливыми и востребованными (Barak, Stern, 1986). Этот феномен получил название *положительной иллюзии оценки возраста* (Сергиенко, 2014). Восприятие своего возраста пожилыми людьми как более молодого, возможно, является, с одной стороны, копинг-стратегией, а, с другой стороны, личностным ресурсом (Сергиенко, 2013; 2014; Westerhof, Barrett, 2005). Положительная иллюзия оценки возраста может служить основанием улучшения субъективного благополучия, минимизирующим такие негативные психические состояния, как депрессия и тревожные расстройства (Сергиенко, 2014; Westerhof, Barrett, 2005). Дж. Хекхаузен и Р. Шульц отмечали, что люди, которые могут гибко отслеживать и компенсировать дискомфортные последствия старения (возрастание болевого порога, снижение работоспособности, изменения во внешности и др.), чувствуют себя более молодыми и, следовательно, более активными членами общества (Heckhausen, Schulz, 1995).



Предикторы субъективного возраста

Возрастает количество исследований, результаты которых свидетельствуют о том, что субъективное восприятие себя как более молодого человека связано в старости с целым рядом положительных тенденций, в том числе, с эмоциональным здоровьем (Gana, Alaphilippe, 2004; Stephan, Chalabaev, 2011; Weiss, Sassenberg, 2013). Под *эмоциональным здоровьем* (emotional health) понимается наличие здорового опыта (отсутствие соматических жалоб, депрессии), гибкость локуса контроля (преобладание внутреннего контроля), наличие цели в жизни, адекватное восприятие собственного возраста, себя как «молодого/старого» (Gana, Alaphilippe, 2004).

Исследования субъективного возраста под руководством Е.А. Сергиенко (Сергиенко, 2013а; 2013б; 2014) показали, что оценка субъективного возраста осуществляется на основании целого ряда параметров: биологического, эмоционального, социального и интеллектуального возрастов, среди которых наиболее близким к хронологическому возрасту является биологический возраст. Кроме того, результаты исследований указывают на тесную взаимосвязь качества здоровья человека (физического и психического) и субъективного возраста, причем наиболее выражена она в возрастной группе 60–70 лет, что свидетельствует о существенной роли субъективной возрастной идентичности для поддержания психологического здоровья, особенно в пожилом возрасте. Субъективный возраст оказывает более значительное влияние на психологическое здоровье, чем хронологический возраст (Сергиенко, 2015).

Результаты некоторых зарубежных исследований также указывают на существование взаимосвязи субъективной оценки собственного возраста в сторону занижения по отношению хронологическому возрасту с низким риском развития депрессии и с наличием более гибких копинг-стратегий совладания с психосоциальными проблемами (Keyes, Westerhof, 2012).

У пожилых людей (60–70 лет) субъективные оценки здоровья оказывают существенное воздействие на самооценку возраста и всех его составляющих. Обнаруженная в исследованиях тесная связь между качеством физического и психического здоровья с субъективным возрастом в наибольшей степени проявляется именно в этом возрастном периоде; таким образом, можно говорить о существенном влиянии субъективной возрастной идентичности на поддержание психологического здоровья у лиц зрелого и пожилого возраста. Представители данной возрастной категории способны адаптироваться к изменению состояния здоровья, в том числе, и к его ухудшению, однако такого рода изменения в субъективном возрасте и оценки собственного физического состояния могут быть вызваны изменениями внутренних стандартов и ценностей в отношении здоровья (Bergland, Nicolaisen, 2014). Соотношение между субъективным возрастом и состоянием здоровья опосредуется влиянием целого ряда как физиологических (работоспособность, когнитивный и физический статус), так и психологических факторов (самоэффективность, самооценка, гибкость в оценке ситуации, индивидуально-психологические особенности личности). Кроме того, на оценку субъективного возраста в зрелом периоде оказывают влияние и социально-психологические факторы – удовлетворенность жизнью, наличие временной перспективы, принятые в обществе возрастные нормы (Сергиенко, 2011; 2014; Westerhof, Barrett, 2005), система медицинской помощи, возможность осуществления профессиональной деятельности, финансовые благополучие, уровень образования (Steitz, McClary, 1988). Таким обра-

зом, субъективный возраст оказывает более значительное влияние на психологическое здоровье личности, чем хронологический возраст (Сергиенко, 2015).

Итак, поскольку субъективный возраст является одним из важных составляющих возрастной идентичности, то, с нашей точки зрения, необходимо более подробное изучение основных входящих в его состав факторов. *Целью настоящего исследования* является анализ взаимосвязей когнитивного статуса, наличия аффективных расстройств, оценки качества жизни и субъективного возраста.

Участники исследования

Всего в исследовании приняли участие 193 человека пожилого (55–74 года; средний возраст 64,5 лет) и старческого (75–90 лет; средний возраст 79,9 лет) возраста, которые регулярно амбулаторно обследовались в ГБУЗ Консультативно-диагностическом центре № 2 ДЗМ (г. Москва). Вся выборка респондентов была разделена на однородные подгруппы. Дифференциация возрастных периодов осуществлялась на основании следующих, принятых в геронтологии, критериев (Ярыгин, Мелентьев, 2010).

1. В соответствии с классификацией Европейского регионального бюро ВОЗ (WHO) пожилой возраст у мужчин – 61–74 года, у женщин – 55–74 года; старость начинается в 75 лет.

2. В позднем онтогенезе выделяют пожилой (60(65)–85 лет) и старческий (85(90) лет и выше) возраст.

3. Выделяют «предпенсионный» (до 64 лет включительно) и «пенсионный» возраст (65 лет и выше).

4. Пенсионный возраст в России для обоих полов – до 63–65 лет. Нижняя возрастная граница пенсионного возраста в России – 55 лет у женщин и 60 лет у мужчин.

Таким образом, вся выборка была подразделена на три группы: 55–60 лет (40 человек); 61–74 лет (117 человек) и 75–90 лет (36 человек).

Критериями исключения респондентов из исследования являлись:

- выраженность когнитивного дефицита < 28 баллов по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE);
- выраженная депрессия с оценкой >20 баллов по гериатрической шкале депрессии (GDS-30).
- выраженная коморбидность расстройств от 40 до 56 баллов по гериатрической шкале кумулятивности расстройств (CIRS-G);
- серьезные нарушения слуха (старческая тугоухость) и зрения (катаракта, возрастная макулярная дегенерация, дальнозоркость);
- нейродегенеративные заболевания (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция, болезнь Паркинсона и др.);
- неврологические заболевания (метаболические, токсические или лекарственные энцефалопатии, инсульт, эпилепсия, инфекционные заболевания, демиелинизирующие заболевания ЦНС и др.);
- эндогенные психические расстройства (маниакальные состояния, инволюционные бредовые психозы, шизофрения, эндогенные депрессии и др.);
- экзогенные психические расстройства (органическое аффективное расстройство, органические депрессии).

В табл. 1 представлены социально-демографические характеристики респондентов.



Таблица 1

Социально-демографические и клинические характеристики респондентов

Характеристики	Группы		
	Ранний пожилой возраст (55–60 лет)	Пожилой возраст (61–74 года)	Старческий возраст (75–90 лет)
Всего респондентов	40	117	36
Возраст (M±SD)	57,7±2	66,8±4	79,7±3,62
Пол : мужчины; женщины	10% 90%	10% 90%	8% 92%
Образование: среднее; неполное высшее; высшее	0% 52% 48%	0% 58% 42%	0% 66% 34%
Семейный статус: замужем/женат; не замужем	57% 43%	51% 49%	50% 50%
Рабочий статус: работают; не работают	75% 25%	37% 63%	22% 78%

Методы исследования

1. С целью оценки наличия и степени когнитивного дефицита использовалась краткая шкала оценки когнитивных функций (Mini Mental State Examination, сокр. MMSE): максимальный балл по шкале соответствует оптимальному состоянию когнитивных функций; чем ниже итоговый балл, тем более выражен когнитивный дефицит (Кадыков, Манвелов, 2015).

2. Наличие и степень выраженности депрессии оценивались с помощью полной *геритрической шкалы депрессии* (Geriatric Depression Scale – 30): оценка 0–9 баллов считается оптимальной; 10–19 (20) баллов указывает на наличие субдепрессии, и оценка более 21–30 баллов указывает на тяжелую форму депрессии (Кадыков, Манвелов, 2015).

3. В связи с тем, что депрессия в поздних возрастах часто сопровождается субъективным переживанием одиночества, была проведена оценка субъективного ощущения одиночества на основании *Калифорнийской шкалы одиночества* (UCLA Loneliness scale): высокие показатели (40 баллов) свидетельствует о значительной выраженности ощущения одиночества (Белова, 2007).

4. Оценка качества жизни. Использовалась короткая форма опросника *качества жизни Всемирной организации здравоохранения* (WHOQOL-BREF). Краткий опросник состоит из 26 вопросов, разделенных на 4 модуля: физическое и психологическое благополучие, самовосприятие, микросоциальная поддержка, социальное благополучие. Каждое из утверждений опросника испытуемый должен оценить по 5-балльной шкале: очень плохо (1 балл), плохо (2 балла), ни плохо, ни хорошо (3 балла), хорошо (4 балла) и очень хорошо (5 баллов) (Eurohis, 2005).

5. На качество жизни и состояние здоровья влияет количество и тяжесть заболеваний, в связи с этим использовалась шкала оценки коморбидности *Cumulative Illness Rating Scale for Geriatrics* (CIRS-G). Шкала позволяет получить суммарную оценку состояния

каждой из систем организма на основании следующих оценок: 0 – отсутствие заболеваний; 1 – небольшое отклонение от нормы или наличие перенесенных в прошлом заболеваний; 2 – заболевание, нуждающееся в назначении медицинской терапии; 3 – заболевание, ставшее причиной инвалидизации; 4 – наличие тяжелой органной недостаточности, требующей проведения неотложной терапии. CIRS-G оценивает коморбидность по сумме баллов от 0 до 56 (Верткин, Скотников, 2013).

6. *Субъективный возраст* оценивался с помощью когнитивной шкалы оценки возраста (Cognitive age-decade scale, В.Варак). Разработанная В.Варак в 1979 г., шкала была переведена и адаптирована Е.А.Сергиенко (Сергиенко, 2011; 2013 а). Субъективный возраст оценивается по следующим параметрам: *эмоциональный* возраст (на какой возраст человек выглядит), *биологический* (на сколько лет человек себя ощущает), *социальный* возраст (какому возрасту соответствует работоспособность и социальная активность человека) и *интеллектуальный возраст* (какому возрасту соответствуют интересы и когнитивные функции). Осуществляется расчет следующих показателей: общий показатель субъективного возраста (среднее значение всех составляющих субъективного возраста); разница между субъективным возрастом и хронологическим возрастом; расчет показателей по отдельным составляющим субъективного возраста. Оценка субъективного возраста является адекватной в том случае, когда субъективный возраст не отличается от хронологического ($M \pm SD$); занижение субъективного возраста относительно хронологического ($M < SD$) диагностируется в том случае, когда субъект оценивает себя как более молодого человека, завышение субъективного возраста диагностируется в случае, когда субъект оценивает себя как человека более пожилого ($M > SD$).

Для оценки попарного распределения средних значений между показателями когнитивного, аффективного статуса, качества жизни и субъективного возраста у респондентов трех групп использовался *t-критерий Стьюдента*. Взаимосвязи между субъективным возрастом и его компонентами с когнитивным и аффективным статусом, качеством жизни и шкалой коморбидности считались ранговой *корреляцией Спирмена* с двусторонним критерием значимости с использованием статистической программы SPSS версия 21.0. для OS X.

Процедура исследования

Всего с каждым респондентом было организовано две встречи по 50 минут. На рис. 1 приведена общая схема исследования.



Рис. 1. Схема проведения эмпирического исследования



Итак, в соответствии с основной схемой исследования, на первом этапе осуществлялся анализ амбулаторных медицинских карт респондентов, заключений врачей-специалистов первого звена, коморбидного статуса расстройств. Соматический статус оценивался у всех респондентов врачом-терапевтом на основе амбулаторной карты и заключений врачей-консультантов (кардиолога, невролога, пульмонолога и гинеколога-эндокринолога) по показателям количества и тяжести хронических заболеваний, коморбидного статуса. Далее с каждым из испытуемых проводилось клиническое интервью с учетом оценки субъективного возраста и качества жизни (для определения клинического и социально-демографического статуса каждого из испытуемых). На втором этапе проводилась оценка наличия и степени когнитивного дефицита и спектра аффективных расстройств позднего возраста.

Результаты и их обсуждение

Результаты *оценки когнитивного и эмоционального статуса* испытуемых указывают на следующие тенденции и закономерности.

А. Среднегрупповая оценка показателей шкалы когнитивных функций в трех группах респондентов составила 29,3 балла, что указывает на отсутствие когнитивного дефицита. С возрастом наблюдаются незначительные изменения в когнитивной сфере: так, результаты анализа показателей испытуемых возрастной группы 55–60 лет свидетельствуют о повышенной небрежности при выполнении когнитивного теста (29,8 баллов); в возрастных группах 61–74 лет и 75–90 лет наблюдается тенденция к снижению среднего значения данного показателя (29,1 баллов и 28,6 баллов – соответственно).

Б. По *гериатрической шкале депрессии* у респондентов 55–60 лет наблюдались отдельные моносимптомы субдепрессивного состояния (10,2 балла): утомляемость, раздражительность, слезливость, ангедония, нарушение сна. Показатели респондентов 61–74 лет (13,3 балла) и 75–90 лет (13,8) свидетельствуют о наличии у них легкой степени депрессии. Участники этих двух групп отмечали, что не довольны своей жизнью и потеряли интерес к тому, что радовало их раньше.

В. Средние значения показателей *Калифорнийской шкалы одиночества* составили 40,97 баллов, что указывает на повышенный уровень социальной изоляции. В группе респондентов 61–74 лет данные показатели составили 44,51 балла, а в группе респондентов 75–90 лет – 46,97 балла, что свидетельствует о тенденции к углублению чувства социальной изоляции: преобладающими являются чувства изоляции, отстраненности, ненужности и замкнутости; респонденты ссылались на отсутствие близкого круга друзей и тех людей, с кем можно поговорить и к кому можно обратиться за помощью; социальные контакты носят поверхностный характер.

Г. Был проведен дополнительный анализ влияния рабочего и семейного статуса респондентов на показатели функционирования их когнитивной и эмоциональной сфер. Были выявлены существенные статистические различия между возрастными группами по показателям шкалы оценки когнитивных функций (MMSE), гериатрической шкалы депрессии (GDS-30) в трех группах респондентов. В группах респондентов 61–74 лет и 75–90 лет наблюдаются статистически значимые различия по шкале одиночества у тех, кто работает, по сравнению с теми, кто вышел на пенсию (не работающих) ($p=0,09$). Также существуют значимые различия в показателях шкалы оценки когнитивных функций (MMSE), гериатрической шкалы депрессии (GDS-30), Калифорнийской шкалы одиночества в трех группах респондентов с разным семейным положением с тенденцией к их ухудшению у тех респондентов, которые не состоят в браке.

Д. *Коморбидность и качество жизни.* С возрастом наблюдается тенденция к увеличению показателей коморбидности болезней ($p=0,05$): если в группе респондентов 55–60 лет среднее значение по CIRS-G составило 2,87 балла, указывающее на легкие отклонения в работе сердечно-сосудистой системы, мочеполовой и опорно-двигательной систем (более значительным было снижение показателей работы органов верхних и нижних отделов пищеварительной системы), то показатели респондентов в возрасте 61–74 лет составили уже 5,65 балла с наличием сердечно-сосудистых заболеваний, желудочно-кишечных и эндокринных расстройств, легких психических нарушений аффективного характера. И, наконец, средние значения данного показателя в группе респондентов в возрасте 75–90 лет составили 10,09 баллов: инвалидизирующими были расстройства эндокринной и сердечно-сосудистой системы; имелись выраженные нарушения опорно-двигательного характера и желудочно-кишечные заболевания. Все три группы респондентов оценивали качество собственной жизни и состояние здоровья как «ни плохо, ни хорошо» – 3 балла, однако с возрастом наблюдается снижение данных показателей ($p=0,07$), как и показателей физического и психологического благополучия (значимость различий – $p=0,03$), самовосприятия ($p=0,05$), микросоциальной поддержки ($p=0,06$) и социального благополучия ($p=0,09$). Дополнительно проводился анализ различий в показателях качества жизни и его компонентов между работающими и вышедшими на пенсию респондентами: были выявлены значимые различия между работающими и неработающими пожилыми людьми по показателям коморбидности болезней (GIRS-G), удовлетворенности здоровьем, физического и психологического благополучия, самовосприятия, микросоциальной поддержки и социального благополучия в трех группах респондентов. В группе респондентов 61–74 лет и 75–90 лет между работающими и неработающими отмечались значимые различия в оценке качества жизни ($p=0,04$).

Оценка субъективного возраста и его компонентов. В табл. 2 представлены значения компонентов субъективного возраста в пожилом и старческом возрасте.

Таблица 2

Распределение средних значений компонентов субъективного возраста и разницы между ними и хронологическим возрастом в трех возрастных группах

Группы	Количество респондентов	Хронологический возраст	Средний субъективный возраст	Биологический возраст (чувствует)	Эмоциональный возраст (выглядит)	Социальный возраст (действует)	Интеллектуальный возраст (интересы)
			M±SD	M±SD	M±SD	M±SD	M±SD
55–60 лет	40	57,78	50,8±1,8	49,5±10,4	53,3±6,5	49,3±10,4	51,1±7,41
			0,00	0,03	0,01	0,09	0,01
61–74 года	112	66,94	55,4±3,3	56,7±13	59,5±12,4	51,6±11	54,1±10
			0,00	0,00	0,07	0,02	0,01
75–90 лет	36	79,78	63,5±6,6	69,9±8,2	65,6±17,8	64,5±17,6	54,1±11,4
			0,01	0,01	0,08	0,05	0,01

Примечание: Полу жирным шрифтом выделены уровни значимости p .



Из табл. 2 видно, что для респондентов пожилого и старческого возраста характерно оценивать себя младше своего хронологического возраста по всем составляющим. Различия между хронологическим возрастом, средним субъективным и его составляющими для респондентов пожилого и старческого возраста статистически значимы, что соответствует данным как отечественных, так и зарубежных исследований (Сергиенко, 2015; Westerhof, Barrett, 2005). Дополнительно проводился анализ показателей адекватности индивидуального восприятия собственного возраста: адекватной оценки субъективного возраста ($M \pm SD$), тенденции к занижению субъективного возраста относительно хронологического ($M < SD$) и завышению ($M > SD$) в трех возрастных группах (рис. 2).

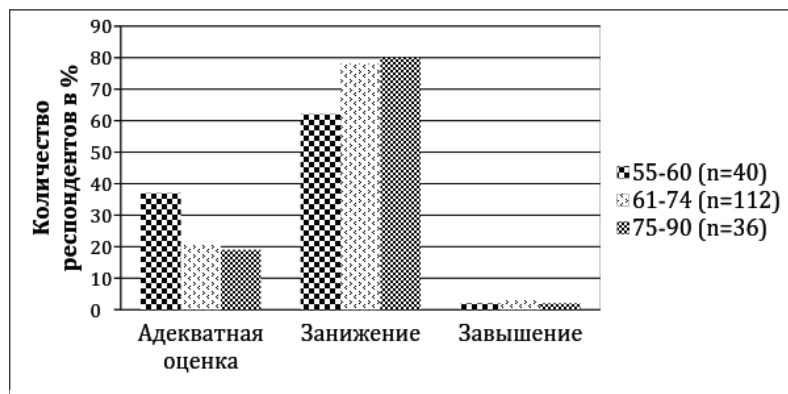


Рис. 2. Распределение оценок субъективно возраста в пожилом и старческом возрасте (в %)

В большинстве случаев среди респондентов преобладает общая тенденция к занижению собственного возраста (рис. 2) с единичными случаями его завышения. Был проведен попарный анализ различий в показателях функционирования когнитивной и эмоциональной сферы при различных оценках субъективного возраста в трех группах респондентов (табл. 3, 4, 5).

Таблица 3

Показатели когнитивной и эмоциональной сферы у респондентов 55–60 лет при различных оценках субъективного возраста и уровня значимости различий

	Число респондентов гр. 1	Шкала оценки когнитивных функций (MMSE)	Уровень значимости <i>p</i>	Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30)	Уровень значимости <i>p</i>	Калифорнийская шкала одиночества (UCLA-LS)	Уровень значимости <i>p</i>
=/<	11/27	29,3/29,8	0,819	10,01/8,7	0,017	40,8/40,1	0,319
=/>	11/2	29,3/29,5	0,711	10,01/10,02	0,714	40,8/40,8	0,875
>/<	27/2	29,5/29,8	0,724	10,02/8,7	0,016	40,8/40,1	0,311

Примечания: 1) = – адекватная оценка; < – оценка в сторону занижения; > – оценка в сторону завышения; 2) полужирным шрифтом выделены уровни значимости *p*. 3) гр. 1 – респонденты 55–60 лет.



Из табл. 3 видно, что в группе респондентов 55–60 лет наблюдается обратная зависимость между показателями оценки возраста и показателями уровня депрессии: чем более молодым человеком считает себя испытуемый, тем ниже уровень депрессивных эмоций.

Таблица 4

Показатели когнитивной и эмоциональной сферы у пожилых людей (61–71 лет) при различных оценках субъективного возраста и уровне значимости различий

	Число респондентов гр.2	Шкала оценки когнитивных функций (MMSE)	Уровень значимости <i>p</i>	Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30)	Уровень значимости <i>p</i>	Калифорнийская шкала одиночества (UCLA-LS)	Уровень значимости <i>p</i>
=/<	24/83	29,3/29,8	0,819	14,01/11,5	0,009	47,6/42,3	0,011
=/>	24/83	29,3/29,3	0,711	14,01/14,01	0,831	47,6/47,1	0,755
>/<	83/5	29,3/29,8	0,724	14,01/11,5	0,009	47,1/42,3	0,009

Примечания: 1) = – адекватная оценка; < – оценка в сторону занижения; > – оценка в сторону завышения; 2) полужирным шрифтом выделены уровни значимости *p*; 3) гр. 2 – респонденты 61–74 лет.

Результаты анализа взаимосвязи уровня депрессии и показателей адекватности оценки собственного возраста у респондентов 61–74 лет согласуются с данными группы респондентов 55–60 лет: занижение возраста напрямую связано с низким уровнем депрессии.

Таблица 5

Показатели когнитивной и эмоциональной сферы у пожилых людей (75–90 лет) при различных оценках субъективного возраста и уровне значимости различий

	Число респондентов гр. 3	Шкала оценки когнитивных функций (MMSE)	Уровень значимости <i>p</i>	Гериатрическая шкала депрессии (GDS-30)	Уровень значимости <i>p</i>	Калифорнийская шкала одиночества (UCLA-LS)	Уровень значимости <i>p</i>
=/<	5/28	28,7/29,2	0,819	13,4/11,2	0,013	45,7/41,9	0,014
=/>	5/3	28,7/28,6	0,711	13,4/13,1	0,813	45,7/45,2	0,736
>/<	3/28	28,6/29,2	0,724	13,1/11,2	0,013	45,2/41,9	0,011

Примечания: 1) = – адекватная оценка; < – оценка в сторону занижения; > – оценка в сторону завышения; 2) полужирным шрифтом выделены уровни значимости *p*; 3) гр. 3 – респонденты 75–90 лет.



И наконец, результаты анализа данных респондентов группы 75–90 лет, представленные в табл. 5, также свидетельствуют о том, что занижение возраста способствует снижению уровня депрессивных эмоций и настроений. Аналогичная закономерность для респондентов всех исследованных групп наблюдается в отношении показателей оценки возраста и показателей коморбидности болезней и качества жизни.

Субъективный возраст и оценка когнитивной, эмоциональной сферы. На рис. 3 представлена схема взаимосвязей между компонентами субъективного возраста, показателями уровня депрессии и показателями уровня переживания чувства одиночества.

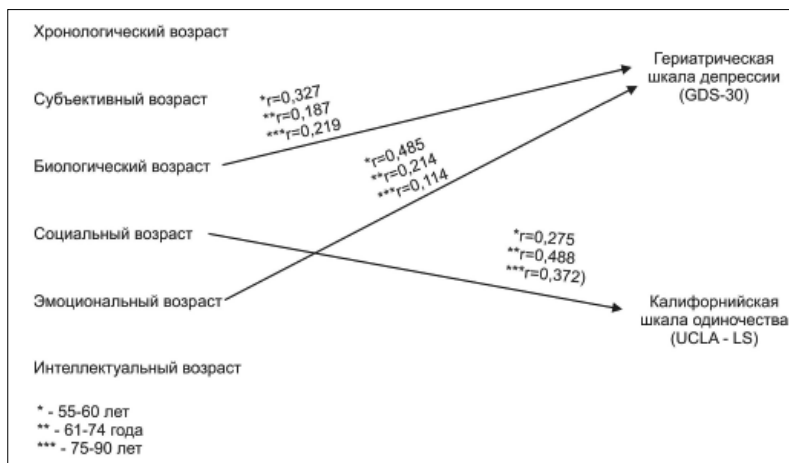


Рис. 3. Корреляционные связи между субъективным возрастом, когнитивным и аффективным статусом респондентов

Корреляционный анализ не обнаружил связей между показателями оценки хронологического и субъективного возраста и показателями уровня когнитивного функционирования (MMSE). В пожилом и старческом возрасте возникают существенные проблемы со здоровьем, сопровождающиеся дискомфортом, болями, ограничением полноценного функционирования. Однако пожилые люди зачастую переоценивают свой биологический, эмоциональный и социальный статус, считают себя молодыми и энергичными; однако такая переоценка вкупе с физическими недомоганиями может в конечном итоге приводить к развитию расстройств депрессивного спектра с глубокими переживаниями одиночества, опустошенности, невостребованности. Изменения в оценке собственного самочувствия и внешности (биологический и эмоциональный возраст), снижение уровня социальной активности, утрата социального статуса – все эти факторы могут выступать предикторами развития депрессии в позднем возрасте.

Показатели оценки по гериатрической шкале. Субъективный возраст и качество жизни. Результаты анализа данных респондентов 55–60 лет указывают на следующие закономерности: чем более молодыми считают себя представители этой группы, тем выше уровень их физического, психологического ($r=-0,329$, при $p \leq 0,05$), а также социального благополучия ($r=-0,324$, при $p \leq 0,05$), стабильнее ощущение микросоциальной поддержки со стороны семьи и друзей ($r=-0,336$, при $p \leq 0,05$). С одной стороны, чем больше разница между показателями хронологического и субъективным возрастом в сторону снижения последнего, тем в большей степени пожилые люди удовлетворены своим физическим и психологическим здоровьем ($r=0,348$, при $p \leq 0,05$) и микросоциальной поддержкой ($r=0,211$, при $p \leq 0,05$). С дру-

гой стороны, чем меньше расхождение между хронологическим и субъективным возрастом в этой группе респондентов, тем выше уровень оказываемый им микросоциальной поддержки ($r=0,436$, при $p\leq 0,01$). Изменения в физическом и психологическом благополучии связаны с оценкой пожилыми людьми своего биологического, эмоционального и социального возраста. Показатели микросоциальной поддержки в пожилом возрасте связаны с биологическим ($r=-0,384$, при $p\leq 0,05$) и эмоциональным возрастом ($r=0,467$, при $p\leq 0,01$). Особенно стоит отметить, что чем ниже оценка интеллектуального возраста, тем выше удовлетворенность своим здоровьем в этой группе респондентов ($r=-0,385$, при $p\leq 0,05$).

Результаты анализа данных следующей группы респондентов (61–74 лет) показывают аналогичную закономерность в отношении удовлетворенности физическим здоровьем: чем моложе они себя воспринимают, тем выше удовлетворенность здоровьем ($r=-0,119$, при $p\leq 0,05$). Самовосприятие связано с социальным возрастом, т. е. с социальной активностью ($r=-0,206$, при $p\leq 0,05$). Физическое и психологическое благополучие в этой возрастной группе связано с биологическим ($r=-0,311$, при $p\leq 0,05$) и интеллектуальным возрастом ($r=-0,118$, при $p\leq 0,05$). Своё физическое и психологическое благополучие оценивали выше те респонденты, у которых наблюдалась незначительная разница между хронологическим и субъективным возрастом ($r=-0,225$, при $p\leq 0,05$). Удовлетворенность микросоциальной поддержкой со стороны родных и близких связана с эмоциональным возрастом ($r=0,187$, $p\leq 0,05$), в то время как социальное благополучие связано с оценкой субъективного возраста ($r=0,500$, при $p\leq 0,01$).

И наконец, результаты анализа данных группы респондентов 75–90 лет обнаруживают, что чем моложе чувствуют себя респонденты в отношении своего социального возраста, тем выше их удовлетворенность качеством жизни ($r=-0,289$, при $p\leq 0,05$) и социальным благополучием ($r=-0,214$, при $p\leq 0,05$). Показатели физического и психологического благополучия также являются более высокими в том случае, когда респонденты этой группы оценивают свой биологический ($r=-0,309$, при $p\leq 0,05$), социальный ($r=-0,373$, при $p\leq 0,05$) и интеллектуальный возраст ($r=-0,326$, при $p\leq 0,05$) ниже хронологического. При минимальной разнице в оценках хронологического и субъективного возраста респонденты данной группы ощущают большую заботу со стороны окружающих ($r=0,204$, при $p\leq 0,05$). На рис. 4 показана связь между компонентами субъективного возраста и качества жизни в пожилом и старческом возрасте (итоги суммарной оценки).

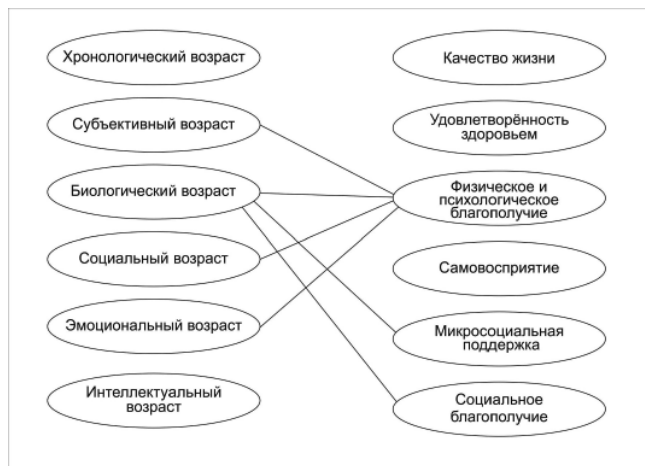


Рис. 4. Общие корреляционные связи между субъективным возрастом и качеством жизни в позднем возрасте



Таким образом, результаты анализа полученных в исследовании данных свидетельствуют о том, что в зрелом и пожилом возрасте субъективные оценки физического и психологического благополучия, микросоциальной поддержки и социального благополучия тесно взаимосвязаны с оценкой субъективного возраста и его компонентов, и согласуются с результатами, полученными другими исследователями (Bergland, Nicolaisen, 2014; Stephan, Sutin, 2015; Westerhof, Barrett, 2005).

Выводы

- На поздних этапах онтогенеза наблюдается общая тенденция к увеличению разницы между хронологическим и субъективным возрастом, которая сопровождается неравномерным соотношением биологического возраста (на сколько лет человек себя чувствует), эмоционального возраста (на сколько лет, как он думает, он выглядит), социального возраста (какому возрасту соответствует социальная активность субъекта) и интеллектуального (какому возрасту соответствуют интересы и когнитивные возможности субъекта).

- При общей тенденции к субъективному снижению своего возраста, характерной для зрелого периода, существуют, тем не менее, индивидуальные варианты возрастной идентичности: снижение оценки (преобладающий вариант), адекватная оценка и даже завышение возраста (самая малочисленная группа).

- В современном обществе молодость приобретает все большую ценность, в то время как представители старшего поколения пользуются все меньшим авторитетом, а процесс старения считается необходимым предотвратить. Такое отношение к старости приводит к отчуждению и дистанцированию старшего поколения.

- Занижение субъективного возраста оказывает непосредственное положительное влияние на удовлетворенность субъекта собственной внешностью, здоровьем, социальным благополучием, микросоциальной поддержкой, отсутствием выраженной депрессии и чувства одиночества.

- Наличие семьи и работы в пожилом и старческом возрасте можно рассматривать как предиктор положительного отношения к качеству жизни и минимизации рисков развития аффективных расстройств.

- В пожилом и старческом возрасте наблюдаются мультикоморбидность болезней, изменения в эмоциональном здоровье с преобладанием субдепрессивного и депрессивного состояния легкой степени. Данные факторы напрямую связаны с оценкой субъективного возраста и его компонентов в сторону его сближения с хронологическим или переоценки.

- В позднем возрасте наблюдается *развитие двойной (гибкой) идентичности*: с одной стороны, у пожилого человека возникает понимание, что он стареет, а с другой, происходит анализ положительных ресурсов, позволяющих оценивать себя моложе. Данная особенность позволяет пожилым людям расширить свои возможности, оставаться активными членами общества, противодействовать негативным стереотипам старения и процессам старения.

Заключение

Субъективный возраст интегрирует биологические и социальные факторы старения и может рассматриваться как интегративный показатель возрастных изменений в когнитивном и физическом функционировании субъекта. Адекватная оценка субъективного возраста может способствовать поддержке здоровья и активности в позднем периоде онтогенеза. Таким образом, субъективный возраст может рассматриваться как ключевой предиктор психологического и физического благополучия при наступлении зрелости.



С клинической точки зрения, данный показатель может быть эффективным средством выявления лиц с повышенным риском неблагоприятных реакций к процессу наступления зрелости и старения, а также осуществления своевременной терапевтической помощи и воздействия на соматические, когнитивные и психологические компоненты здоровья. Субъективный возраст может быть перспективной мишенью для формирования новой модели зрелого функционирования (создание культуры здорового образа жизни), психотерапевтических интервенций (работа с переживаниями по поводу старения), улучшающих психологическое и физическое состояние и функционирование людей в пожилом и старческом возрасте.

Литература

1. Белова Л.В. Одиночество: попытки измерить пустоту // РГАП, (США, Торонто), 2007.
2. Верткин А.Л., Скотников А.С. Коморбидность // Лечащий врач. 2013. № 8.
3. EUROHIS: Разработка общего инструментария для опросов состояния здоровья. М.: Права человека. 2005. 193 с.
4. Кадыков А.С., Манвелов Л.С. Тесты и шкалы в неврологии: руководство для врачей. М.: МЕДпресс-информ, 2015. 224 с.
5. Роик В. Феномен «седеющего населения» – глобальная демографическая проблема // Человек и труд. Социалистический труд / 2006. № 3. С. 52–56.
6. Руководство по геронтологии и гериатрии: в 4 т. Т. 1 / Под рук. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2010. 720 с.
7. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст в контексте системно-субъектного подхода // Ученые записки Казанского университета. 2011. Т. 153. С. 89–100.
8. Сергиенко Е.А. Субъективный и хронологический возраст человека // Психологические исследования. 2013. Т. 6. № 30. С. 10.
9. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст человека и регуляция поведения // Психология стресса и совладающего поведения : материалы междунар. науч.- практ. конф. Кострома, 26–28 сент. 2013 г.: в 2 т. / Отв. ред. Т.Л. Крюкова, Е.В. Куфтяк. Кострома: Кгу имени Н.А. Некрасова, 2013. Т. 1. С. 56–58.
10. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст и психологическое здоровье // Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / Отв. ред. А.Л. Журавлев, М.И. Воловикова, Т.В. Галкина. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2014. С. 257–280.
11. Сергиенко Е.А. Субъективный возраст человека как предиктор жизнедеятельности // Психология человека и общества: научно-практические исследования / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко, Н.В. Тарабриной. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2015. С. 262–281.
12. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach // International Journal of Behavioral Development. 2009. Vol. 33. № 1. P. 2–11. doi: 10.1177/0165025408099485
13. Barak B., Stern B. Subjective age correlates: A research note // The Gerontologist. 1986. Vol. 26. P. 571–578. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/26.5.571>
14. Baltes M.M., Carstensen L.L. The process of successful ageing // Ageing and Society. 1996. Vol. 16. P. 397–422. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
15. Bergland A., Nicolaisen M. Predictors of subjective age in people aged 40-79 years: a five-year follow-up study. The impact of mastery, mental and physical health // Aging & Mental Health. 2014. Vol. 18. № 5. P. 653–661. doi: 10.1080/13607863.2013.869545
16. Caudroit J., Stephan Y. Subjective Age and Social-Cognitive Determinants of Physical Activity in Active Older Adults // Journal of Aging and Physical Activity. 2012. Vol. 20. P. 484–491.
17. Depp C.A., Glatt S.J. Recent advances in research on successful or healthy aging // Curr Psychiatry Rep. 2007. Vol. 9. № 1. P. 7–13.
18. Gana K., Alaphilippe D. Positive illusions and mental and physical health in later life // Aging Ment Health. 2004. Vol. 8. № 1. P. 58–64. doi: 10.1081/13607860310001613347
19. Heckhausen J., Schulz R. Developmental regulation in adulthood: Selection and compensation via primary and secondary control [Электронный ресурс] // C.S. Dweck, J. Heckhausen (Eds.). Motivation and selfregulation across the life span. N. Y.: Cambridge University Press. 1995. P. 50–77. URL: <http://dx.doi.org>



- org/10.1017/CBO9780511527869.004 (дата обращения 15.08.1915).
20. Keyes C.L., Westerhof G.J. Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode // *Aging Ment Health*. 2012. Vol. 16. № 1. P. 67–74. doi: 10.1080/13607863.2011.596811
 21. Khalil M., Kitzman D.W. Frailty and Multiple Comorbidities in the Elderly Patient with Heart Failure: Implications for Management // *Heart Fail Rev*. 2012. Vol. 17. P. 581–588. doi: 10.1007/s10741-011-9258-y
 22. Logan J.R., Ward R. As old as you feel: Age identity in middle and later life // *Social Forces*. 1992. Vol. 71. P. 451–467. doi: 10.1093/sf/71.2.451
 23. Solomon Z., Helvitz H. The relationship between subjective age, posttraumatic stress disorder and physical health among veterans from first Lebanon war // *Aging and Mental Health*. 2009. Vol. 13. P. 405–413.
 24. Steitz J.A., McClary A.M. Subjective age, age identity, and middle-age adults// *Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process*. 1988. Vol. 14. P. 83–88. doi: 10.1080/03610738808259728
 25. Stephan Y., Caudroit J. Subjective age and cognitive functioning: A 10-year prospective study // *Am J Geriatr Psychiatry*. 2014. Vol. 22. P. 1180–1187. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.007
 26. Stephan Y., Chalabaev A. Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults // *Aging and Mental Health*. 2011. Vol. 15. № 4. P. 428–436. doi: 10.1080/13607863.2010.536138
 27. Stephan Y., Chalabaev A. Feeling younger, being stronger: an experimental study of subjective age and physical functioning among older adults // *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2012. Vol. 68. № 1. P. 1–7. doi: 10.1093/geronb/gbs037
 28. Stephan Y., Sutin A.R. How Old Do You Feel? The Role of Age Discrimination and Biological Aging in Subjective Age // *PLoS ONE*. 2015. Vol. 10. № 3. P. 1–12. doi: 10.1371/journal.pone.0119293
 29. Teuscher U. Subjective age bias: A motivational and information processing approach // *International Journal of Behavioral Development*. 2009. Vol. 33. P. 22–31. doi: 10.1177/0165025408099487
 30. Weiss D., Sassenberg K. When Feeling Different Pays Off: How Older Adults Can Counteract Negative Age-Related Information // *Psychology and Aging*. 2013. Vol. 28. P. 1140–1146. doi: 10.1037/a0033811
 31. Westerhof G.J., Barrett A.E. Age Identity and Subjective Well-Being: A Comparison of the United States and Germany // *Journal of Gerontology: social sciences*. 2005. Vol. 60. № 3. P. 129–136. doi: 10.1093/geronb/60.3.S129

SUBJECTIVE AGE AND EMOTIONAL HEALTH IN THE ELDERLY

MELEKHIN A.I. *, PhD student Laboratory of Developmental Psychology Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,
e-mail: clinmelehin@yandex.ru

SERGIENKO E.A. **, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Developmental Psychology Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,
e-mail: elenas13@mail.ru

For citation:

Melekhin A.I., Sergienko E.A. Predictors of subjective age and emotional health in the elderly. *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 185–201 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080316

* Melekhin A.I. PhD student, Laboratory of Developmental Psychology Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. Moscow, Russia. E-mail: clinmelehin@yandex.ru

** Sergienko E.A. Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Developmental Psychology Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. Moscow, Russia. E-mail: elenas13@mail.ru



This article describes the importance of the subjective age in understanding mental health in middle and old age. This phenomenon of positive illusions age estimates. Concretized the concept of emotional health. Presents the factors influencing the self-perception of age in later life. Within the framework of empirical research shows that elderly persons multikomorbidnost diseases, changes in emotional health are all factors influencing the subjective age and its components.

Keywords: chronological age, subjective age, aging, emotional health, old age.

References

1. Baltes M.M., Carstensen L.L. The process of successful ageing. *Ageing and Society*, 1996, vol. 16, pp. 397–422. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00003603>
2. Barak B. Age identity: A cross-cultural global approach. *International Journal of Behavioral Development*, 2009, vol. 33, no. 1, pp. 2–11. doi: 10.1177/0165025408099485
3. Barak B., Stern B. Subjective age correlates: A research note. *The Gerontologist*, 1986, vol. 26, pp. 571–578. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/geront/26.5.571>
4. Belova L.V. *Odinochestvo: popytki izmerit' pustotu [Loneliness: attempts to measure the void]*. USA, Toronto: RGAP, 2007 (In Russ.).
5. Bergland A., Nicolaisen M. Predictors of subjective age in people aged 40–79 years: a five-year follow-up study. The impact of mastery, mental and physical health. *Aging & Mental Health*, 2014, vol. 18, no. 5, pp. 653–661. doi: 10.1080/13607863.2013.869545
6. Caudroit J., Stephan Y. Subjective Age and Social-Cognitive Determinants of Physical Activity in Active Older Adults. *Journal of Aging and Physical Activity*, 2012, vol. 20, pp. 484–491.
7. Depp C.A., Glatt S.J. Recent advances in research on successful or healthy aging. *Curr Psychiatry Rep*, 2007, vol. 9, no. 1, pp. 7–13.
8. *EUROHIS: Razrabotka obshhego instrumentarija dlja oprosov sostojanija zdorov'ja. [EUROHIS: Developing a common instrument for surveys of health status]*. Moscow: Prava cheloveka, 2005. 193 p. (In Russ.).
9. Gana K., Alaphilippe D. Positive illusions and mental and physical health in later life. *Aging Ment Health*, 2004, vol. 8, no. 1, pp. 58–64. doi: 10.1081/13607860310001613347
10. Heckhausen J., Schulz R. Developmental regulation in adulthood: Selection and compensation via primary and secondary control. In C. S. Dweck, J. Heckhausen (Eds.), *Motivation and selfregulation across the life span*. New York: Cambridge University Press. 1995. pp. 50–77. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511527869.004>
11. Kadykov A.S., Manvelov L.S. *Testy i shkaly v nevrologii: rukovodstvo dlja vrachej. [Tests and scales in neurology: a guide for doctors]*. Moscow: MEDpress-inform, 2015. 224 p. (In Russ.).
12. Keyes C.L., Westerhof G.J. Chronological and subjective age differences in flourishing mental health and major depressive episode. *Aging Ment Health*. 2012, vol. 16, no. 1, pp. 67–74. doi: 10.1080/13607863.2011.596811
13. Khalil M., Kitzman D.W. Frailty and Multiple Comorbidities in the Elderly Patient with Heart Failure: Implications for Management. *Heart Fail Rev*, 2012, vol. 17, pp. 581–588. doi:10.1007/s10741-011-9258-y
14. Logan J.R., Ward R. As old as you feel: Age identity in middle and later life. *Social Forces*, 1992, vol. 71, pp. 451–467. doi: 10.1093/sf/71.2.451
15. Roik V. Fenomen “sedejushhego naselenija” – global'naja demograficheskaja problema [Phenomenon of “graying population” – a global demographic problem]. *Chelovek i trud. Socialisticheskij trud. [Man and labor. Socialist Labor]*, 2006, no. 3, pp. 52–56 (In Russ.).
16. *Rukovodstvo po gerontologii i geriatрії. v 4-h tomah [Guidelines for Gerontology and Geriatrics]*. Vol. 1. Eds. V.N. Jarygina, A.S. Melent'eva. Moscow: GEOTAR-Media. 2010. 720 p. (In Russ.).
17. Sergienko E.A. Subektivnyj i hronologicheskij vozrast cheloveka [The subjective and chronological age of the person]. *Psihologicheskie issledovanija [Psychological research]*, 2013, vol. 6, no. 30, pp. 10 (In Russ.).
18. Sergienko E.A. Subektivnyj vozrast cheloveka i reguljacija povedenija [Subjective age of the person and the regulation of behavior]. In T.L. Krjukova, E.V. Kuftjak (eds.), *Psihologija stressa i sovladajushhego povedenija : materialy mezhdunar. nauch.- prakt. konf. Kostroma, 26–28 sent. 2013 g. [Psychology of stress and coping: Proceedings of the international. scientific and practical. conf. Kostroma, 26–28 September. 2013]*. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, 2013, vol. 1, pp. 56–58 (In Russ.).



19. Sergienko E.A. Subektivnyj vozrast cheloveka kak prediktor zhiznedejatel'nosti [Subjective person's age as a predictor of life]. In A.L. Zhuravlev, E.A. Sergienko, N.V. Tarabrina (eds.), *Psihologija cheloveka i obshhestva: nauchno-prakticheskie issledovaniya* [The psychology of man and society: theoretical and practical studies]. Moscow: Russian Academy of Sciences Institute of Psychology Publ., 2015, pp. 262–281 (In Russ.).
20. Sergienko E.A. Subektivnyj vozrast i psihologicheskoe zdorov'e [Subjective age and psychological health of the person]. In A.L. Zhuravlev, M.I. Volovikova, T.V. Galkina (eds.), *Psihologicheskoe zdorov'e lichnosti i duhovno-nravstvennyye problemy sovremennogo rossijskogo obshhestva* [Psychological health and spiritual and moral problems of contemporary Russian society]. Moscow: Russian Academy of Sciences Institute of Psychology Publ., 2014, pp. 257–280 (In Russ.).
21. Sergienko E.A. Subektivnyj vozrast v kontekste sistemno-subektnogo podhoda. [Subjective age in the context of system-subject approach]. *Uchenye zapiski Kazanskogo universiteta* [Scientific notes of the Kazan University], 2011, vol. 153, pp. 89–100 (In Russ.).
22. Solomon Z., Helvitz H. The relationship between subjective age, posttraumatic stress disorder and physical health among veterans from first Lebanon war. *Aging and Mental Health*, 2009, vol. 13, pp. 405–413.
23. Steitz J.A. McClary A.M. Subjective age, age identity, and middle-age adults. *Experimental Aging Research: An International Journal Devoted to the Scientific Study of the Aging Process*, 1988, vol. 14, pp. 83–88. doi: 10.1080/03610738808259728
24. Stephan Y., Caudroit J. Subjective age and cognitive functioning: A 10-year prospective study. *Am J Geriatr Psychiatry*, 2014, vol. 22, pp. 1180–1187. doi: 10.1016/j.jagp.2013.03.007
25. Stephan Y., Chalabaev A. Feeling younger, being stronger: an experimental study of subjective age and physical functioning among older adults. *The Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2012, vol. 68, no. 1, pp. 1–7. doi: 10.1093/geronb/gbs037
26. Stephan Y., Chalabaev A. Subjective health and memory self-efficacy as mediators in the relation between subjective age and life satisfaction among older adults. *Aging and Mental Health*, 2011, vol. 15, no. 4, pp. 428–436. doi: 10.1080/13607863.2010.536138
27. Stephan Y., Sutin A.R. How Old Do You Feel? The Role of Age Discrimination and Biological Aging in Subjective Age. *PLoS ONE*, 2015, vol. 10, no. 3, pp. 1–12. doi:10.1371/journal.pone.0119293
28. Teuscher U. Subjective age bias: A motivational and information processing approach. *International Journal of Behavioral Development*, 2009, vol. 33, pp. 22–31. doi:10.1177/0165025408099487
29. Vertkin A.L., Skotnikov A.S. Komorbidnost'. [Comorbidity]. *Lechashhij vrach* [Attending Physician], 2013, no. 8 (In Russ.).
30. Weiss D., Sassenberg K. When Feeling Different Pays Off: How Older Adults Can Counteract Negative Age-Related Information. *Psychology and Aging*, 2013, vol. 28, pp. 1140–1146. doi: 10.1037/a0033811
31. Westerhof G.J., Barrett A.E. Age Identity and Subjective Well-Being: A Comparison of the United States and Germany. *Journal of Gerontology: social sciences*, 2005, vol. 60, no. 3, pp.129–136. doi: 10.1093/geronb/60.3.S129



ИССЛЕДОВАНИЕ ИНДИВИДУАЛЬНЫХ РАЗЛИЧИЙ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЛИЧНОСТИ

ЯКОВЛЕВА Н.В.*, *Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава РФ), Рязань, Россия,*
e-mail: yakovleva.nata2@gmail.com

В исследовании рассматриваются индивидуальные различия здоровьесберегающей деятельности как особой формы саморегуляции личности. Изучено влияние на здоровьесберегающую деятельность гендерных и возрастных особенностей, условий жизни. Выявлены комплексы индивидуально-психологических особенностей личности, характерные для высокого и низкого уровня здоровьесберегающей деятельности.

Ключевые слова: саморегуляция, здоровьесберегающая деятельность, индивидуально-психологические особенности личности.

Введение

Современная психология здоровья интегрирует общепсихологические, социально-психологические и клиничко-психологические исследования здоровья, понимаемого как физическое, духовное и социальное благополучие человека, а не только отсутствие болезней и дефектов (Taylor, 2006; Ананьев, 2006; Friedman, Cohen, 2006; Ogden, 2007; Бовина, 2008; Kaplan, 2009; Weiner, Nezu, Gellar, 2012). В контексте авторской концепции витальной метакомпетентности одним из ключевых факторов, определяющих уровень индивидуального здоровья, выступает психологическая система здоровьесберегающей деятельности личности (Яковлева, 2012). Условиями теоретической разработки и эмпирического исследования данного концептуального конструкта выступают следующие положения.

1. Психологическую систему здоровьесберегающей деятельности личности следует рассматривать в контексте общей жизнедеятельности человека и изучать ее в общепсихологическом и социально-психологическом дискурсе.

2. Здоровьесбережение включает процессы саморегуляции разной степени осознанности, а его базовым стержнем и высшей формой выступает целенаправленная деятельность субъекта по управлению здоровьем.

3. Исследование здоровьесберегающей деятельности должно опираться на современные методологические основания, соответствующие уровню сложности объекта – принципы системного и метасистемного подходов.

Для цитаты:

Яковлева Н.В. Исследование индивидуальных различий здоровьесберегающей деятельности личности // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 202–214. doi:10.17759/exppsy.2015080317

* *Яковлева Н.В.* Кандидат психологических наук, декан факультета клинической психологии, заведующий кафедрой общей психологии с курсом педагогики, Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова (ГБОУ ВПО РязГМУ Минздрава РФ), Рязань, Россия. E-mail: yakovleva.nata2@gmail.com



В широком смысле здоровьесберегающая деятельность – это форма целенаправленной активности человека по воспроизведению себя в основных жизненных свойствах. В узком, собственно психологическом смысле, здоровьесберегающая деятельность является специфической регуляционной деятельностью по обеспечению оптимального для личности уровня индивидуального здоровья. По структуре она соответствует традиционной психологической модели деятельности. В то же время здоровьесбережение – это деятельность ресурсообеспечивающего характера. Чаще всего она включена в структуру любой деятельности как фоновый процесс. Инструментальный характер здоровьесберегающей деятельности позволяет рассматривать ее как совокупность метапроцессов – гетерогенных по своему составу психических процессов организационно-обеспечивающей функциональной направленности, интегрирующих первичные психические процессы в особые инструментальные комплексы (Карпов, 2011). В соответствии с основными положениями метасистемного подхода можно выделить пять базовых метапроцессов здоровьесбережения: 1) мотивация здоровьесбережения; 2) оценка текущего состояния здоровья и проектирование оптимального состояния; 3) формирование цели в области здоровья и снятие прагматической неопределенности посредством построения программы здоровьесберегающего поведения; 4) последовательная реализация программы здоровьесбережения; 5) контроль и коррекция результатов. Степень синергичности указанных процессов в системе здоровьесберегающей деятельности личности существенно влияет на индивидуальный уровень здоровья и отражается в особом интегральном свойстве – самоэффективности в области здоровьесбережения (Яковлева, 2012). Все базовые метапроцессы здоровьесбережения направлены на осуществление комплексной функции управления личностью своим здоровьем и представляют собой освоение культуросообразных средств и способов регуляции функциональных состояний, отличных от индивидуального оптимума здоровья.

Несмотря на инструментальность и культурно-обусловленное содержание, здоровьесберегающая деятельность имеет ярко выраженный личностный характер и опосредована широким спектром индивидуально-психологических факторов. Исследование их влияния на уровень реализации здоровьесберегающей деятельности, в целом, и выраженность отдельных метапроцессов, в частности, составляет основное содержание эмпирического исследования, представленного в рамках данной статьи.

Гипотеза исследования

Уровень и структура здоровьесберегающей деятельности опосредованы социально-психологическими особенностями развития личности и детерминированы комплексом индивидуально-психологических характеристик.

Методика и процедура исследования

Исследование проводилось в период с сентября 2013 по февраль 2015 г.; в нем приняли участие 298 человек (191 женщина и 107 мужчин в возрасте от 17 до 56 лет). Средний возраст мужчин составил 25,7 лет, женщин – 25,5 лет. В исследовании участвовали: молодые люди в возрасте 17–25 лет (студенты, интерны и ординаторы Рязанского медицинского государственного университета, курсанты Академии ФСИН Минюста России); люди среднего возраста 32–56 лет (практикующие врачи, учителя, сотрудники УИН, проходившие курсы повышения квалификации в указанных высших учебных заведениях). Для проверки гипотезы о влиянии условий жизни на уровень развития и структуру здоровьесберегающей деятельности была сформирована (на условиях анонимности) группа испытуемых, от-

бывавших наказание в виде лишения свободы в исправительном учреждении Федеральной службы исполнения наказаний России.

В качестве методического инструментария использовались: авторский опросник исследования здоровьесберегающей деятельности (далее – ИЗД), вариант методики самооценки Дембо–Рубинштейн (5 оценочных шкал), 16-факторный личностный опросник Кэттелла (форма А), опросник уровня субъективного контроля (в адаптации Е.Ф. Бажина, С.А. Голынкиной, А.М. Эткинды), тест смысложизненных ориентаций (в адаптации Д.А. Леонтьева), методика стилевой саморегуляции В.И. Моросановой. Опросник ИЗД использовался в качестве базового инструмента исследования. Уровень развития отдельных метапроцессов здоровьесбережения в данной методике анализируется по выраженности шкал: «Мотивационно-ценностная сфера здоровьесберегающей деятельности» (МЦС), «Целеполагание в области здоровьесбережения» (ЦП), «Эталон здоровья» (ЭЗ), «Самооценка уровня здоровья» (СУЗ), «Здоровьесберегающее поведение» (ЗП), «Самоэффективность в области здоровьесбережения» (СЗД), а суммарный балл по всем шкалам методики характеризует общий уровень развития здоровьесберегающей деятельности (Яковлева, Яковлев, 2014).

Исследование проводилось в три этапа.

- На первом этапе проверялась эмпирическая гипотеза о влиянии гендерных и возрастных особенностей личности на здоровьесберегающую деятельность;
- Задачей второго этапа была проверка эмпирической гипотезы о влиянии условий жизни (на примере лишения свободы) на структуру и уровень здоровьесберегающей деятельности личности;
- Эмпирическая гипотеза третьего этапа исследования предполагала выявление специфических комплексов индивидуально-психологических особенностей личности, характерных для высокого и низкого уровня развития здоровьесберегающей деятельности личности.

Первый этап исследования

Для доказательства эмпирической гипотезы о наличии гендерной специфики здоровьесберегающей деятельности были сформированы мужская и женская выборки, сопоставимые по возрасту (средний возраст мужчин составил 25,7 лет, женщин – 25,5 лет).

После обработки данных методики ИЗД с помощью t-критерия Стьюдента было выявлено, что значимо более высокие показатели по уровню самоэффективности в области здоровьесберегающей деятельности, самооценки уровня здоровья характерны для мужской выборки, тогда как по показателям мотивационно-ценностной сферы здоровьесберегающей деятельности и реализации здоровьесберегающего поведения значимо более высокие средние баллы наблюдались у женщин (табл. 1).

Таблица 1

Усредненные показатели по шкалам методики ИЗД в женской и мужской выборках

Состав групп	Данные по шкалам опросника ИЗД						Общий балл
	МЦС	ЦП	ЭЗ	СУЗ	ЗП	СЗД	
Женщины (n=124)	6,79*	5,99	5,05	12,23**	12,31*	5,17**	47,65
Мужчины (n=83)	5,59*	6,20	5,58	15,01**	10,88*	5,91**	49,30

* выделены значимые различия (на уровне 0,01) в пользу женской выборки.

** выделены значимые различия (на уровне 0,01) в пользу мужской выборки.



Мужчины выше оценивают свой уровень здоровья и уверены, что могут эффективно им управлять, в то время как женщины определяют уровень своего здоровья более критично, в меньшей степени уверены в эффективности избранных стратегий здоровьесбережения. Полученные данные согласуются с результатами масштабного социально-медицинского исследования здоровья, проведенного под руководством Н.И. Римашевской (Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении, 2007). Женщины в большей степени мотивированы на активное здоровьесбережение и реализуют в поведении большее количество здоровьесберегающих паттернов. В здоровьесберегающей деятельности женщин в большей мере выражена активно-действенная стратегия управления здоровьем. В результатах исследования структуры здоровьесберегающей деятельности мужчин больше выражены метапроцессы целеполагания и проектирования, оценки здоровья, что характеризует проектно-аналитическую стратегию здоровьесбережения.

На наш взгляд, полученные результаты свидетельствуют о влиянии на здоровьесберегающую деятельность личности социальных представлений и стереотипов, отраженных в гендерных моделях здоровья. Гендерные модели здоровья определяются типом гендерного контракта, содержание которого задано текущей модификацией социальных отношений мужчин и женщин, уровнем и образом жизни, общим состоянием здоровья и т. д. (Бовина, 2008). Согласно доминирующей гендерной модели здоровья, женщина нуждается в защите и опеке и может быть слабой, хрупкой, болезненной. В то же время, выполняя функцию «хранительницы очага», именно она ответственна за здоровье членов семьи (Рогачева, 2010). Степень гендерной идентичности человека в значительной степени связана с усвоением и воспроизведением «мужественных» и «женственных» здоровьесберегающих поведенческих паттернов, а, следовательно, определяет стратегию здоровьесберегающей деятельности личности (Яковлев, Яковлева, Калинова, 2014).

С целью выявления возрастных особенностей здоровьесберегающей деятельности, из общего состава испытуемых были сформированы три выборки по 40 человек, относящиеся к разным возрастным группам, но уравновешенные по остальным существенным признакам (полу, возрасту, образованию, условиям жизни). В основу такого выбора была положена интегративная периодизация возрастного развития Г.С. Абрамовой, отражающая социокультурную и личностную адаптацию человека на разных этапах жизненного цикла: юность (18–22 года), взросление (23–35 лет), зрелость (36–60 лет). По мнению автора, эти возрастные периоды особо выделяются и символизируются культурой, так что их достижение обеспечивает индивиду определенный социальный ранг и идентичность (Абрамова, 1999). Результаты представлены в табл. 2.

Таблица 2

Усредненные показатели по шкалам методики ИЗД в возрастных группах

Группы по возрасту	Данные по шкалам опросника ИЗД						Общий балл
	МЦС	ЦП	ЭЗ	СУЗ	ЗП	СЗД	
18–22 лет (n=40)	6,07	5,98	4,98	11,82*	11,96	5,24	46,18*
23–35 лет (n=40)	6,44	6,4	5,29	14,25*	12,14	5,65	50*
36–56 лет (n=40)	6,05	5,66**	5,2	13**	13,17**	5,24	48,32

* выделены значимые различия (на уровне 0,01) в группе 18–22 и 23–35 лет.
 ** выделены значимые различия (на уровне 0,01) в группе 25–35 и 36–56 лет.
 *** выделены значимые различия (на уровне 0,01) в группе 18–22 и 36–56 лет.

Статистически значимые различия выявлены в возрастных группах «юных» и «взрослеющих» испытуемых по самооценке здоровья и общему уровню реализации здоровьесберегающей деятельности. «Взрослеющие» выше оценивают здоровье, успешнее занимаются здоровьесбережением. Группа «зрелых» отличается от группы «взрослеющих» снижением уровня целеполагания и программирования здоровьесберегающей деятельности. Доля здоровьесберегающих паттернов в поведении «зрелых» растет, но целенаправленность здоровьесберегающей деятельности как особого вида активности по самоуправлению здоровьем снижается.

Анализ полученных данных по возрастным группам показывает, что по большинству метапроцессов здоровьесберегающей деятельности отчетливо прослеживается нелинейная динамика развития. Исключение составляет монотонно возрастающий показатель здоровьесберегающего поведения, отражающий количество освоенных технологий сохранения и укрепления здоровья (рис. 1).

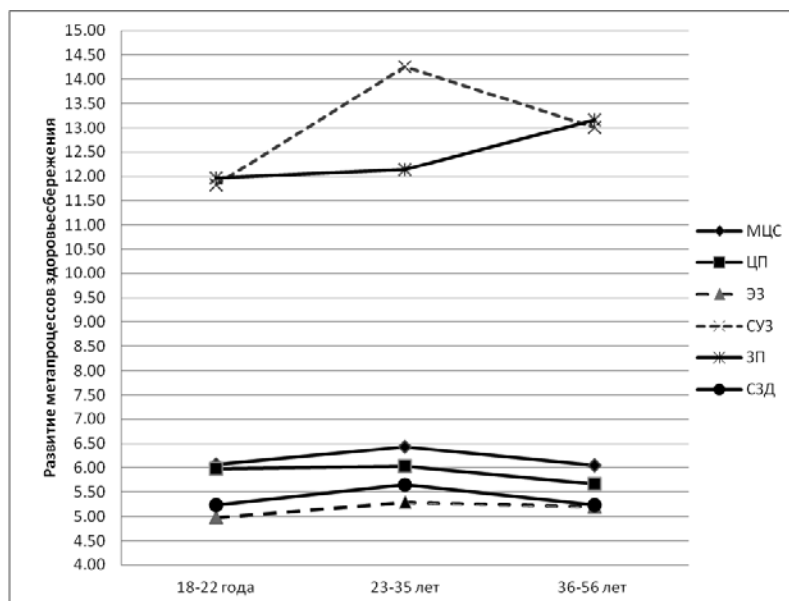


Рис. 1. Динамика показателей методики ИЗД по возрастным группам

Взросление характеризуется максимально высокими показателями сформированности здоровьесберегающей деятельности по сравнению с юностью. Переход к самостоятельной жизни, формирование устойчивых близких отношений, рождение детей, многократное возрастание уровня ответственности, в том числе и за состояние здоровья, диктуют для многих людей необходимость развития и совершенствования системы здоровьесберегающей деятельности. Возрастают мотивированность и целенаправленность здоровьесберегающей активности личности, усложняются и дифференцируются эталонные представления о здоровье, повышается самооценка здоровья, увеличивается количество здоровьесберегающих паттернов в поведении, растет уверенность в эффективности управления своим здоровьем. В дальнейшем, после 35 лет, общий уровень здоровьесберегающей деятельности снижается. В первую очередь снижается целеполагание и программирование в области здоровьесбережения. В структуре здоровьесберегающей деятельности увеличивается количество здоровьесберегающих паттернов, но снижается степень их интеграции в рамках личной стратегии здоровьесбережения.



Период взросления является своеобразным сензитивным периодом для формирования системы здоровьесбережения зрелой личности. Эмпирическим подтверждением этого явились результаты выполненного ранее исследования факторов, влияющих на профессиональное здоровье врачей. Было выяснено, что ситуативно и личностно обусловленное снижение уровня и качества здоровьесберегающей активности в период взросления негативно влияет на эффективность здоровьесбережения в зрелости (Уланова, Яковлева, 2015).

Второй этап исследования

На втором этапе исследования проверялась гипотеза о влиянии условий жизни на здоровьесберегающую деятельность (на примере условий ограничения свободы). В качестве основной выборки к участию в исследовании привлекались женщины, отбывающие наказание в виде лишения свободы. Контрольная выборка была сформирована из женщин, близких по возрасту: в группе осужденных средний возраст 31,2 года, в контрольной группе 31,7 лет. В силу объективных причин образовательный уровень контрольной группы был значительно выше. Численность каждой группы – 35 человек.

По результатам исследования значимых различий между средними значениями шкал опросника ИЗД выявлено не было. Условия жизни прямо не определяют уровень реализации здоровьесберегающей деятельности личности. В то же время обработка по F-критерию Фишера показала, что по всем шкалам опросника разброс показателей в группе осужденных был значимо выше, чем в контрольной группе (табл. 3).

Таблица 3

Результаты сравнения показателей по ИЗД в группе лиц, отбывающих наказание в местах лишения свободы, и контрольной выборке

Показатели ИЗД	Группа осужденных	Контрольная группа	Значение F-критерия*
1	2	3	4
МЦС	2,59434	1,977987	0,762424
ЦП	3,372816	2,204403	0,653579
ЭЗ	2,500699	2,402516	0,960738
СУЗ	14,97554	12,82075	0,856113
ЗП	15,58246	10,31761	0,66213
СЗД	2,731307	2,384347	0,872969
Общий балл	47,90741	47,48148	0,766484

* F-критерий = 0,633842.

Возможным объяснением данного результата исследования может служить предположение о том, что условия лишения свободы, связанные с депривацией важнейших потребностей, актуализируют максимально возможный спектр копинг-стратегий личности. Результатом является эффект поляризации выборки по уровню здоровьесберегающей деятельности – от максимальной активизации способов сохранения и укрепления здоровья до деградации ресурсов здоровьесбережения личности.

Третий этап исследования

Для исследования индивидуально-психологических детерминант развития здоровьесберегающей деятельности личности был проведен кластерный анализ показателей испытуемых по шкалам опросника ИЗД. Последовательная кластеризация массива показала, что наиболее информативной является конфигурация из четырех кластеров (рис. 2).

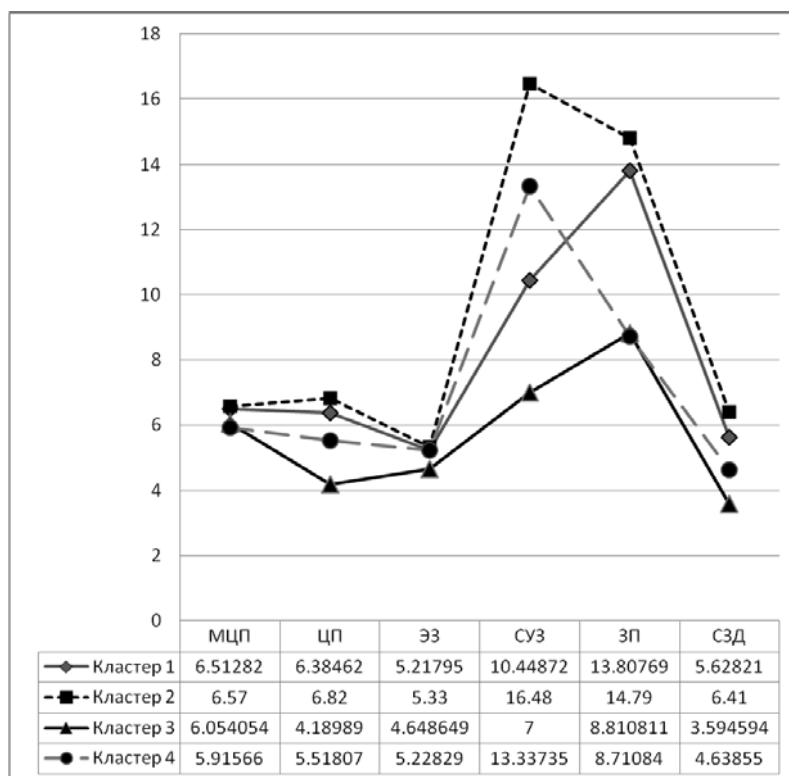


Рис. 2. График средних показателей шкал методики ИЗД по кластерам

Наибольшие различия по суммарному баллу и показателям большинства шкал были обнаружены между вторым и третьим кластерами. Второй кластер объединял испытуемых, здоровьесберегающая деятельность которых характеризовалась максимальной выраженностью метапроцессов здоровьесбережения. Они мотивированы на укрепление здоровья, позитивно оценивают состояние здоровья, ставят цели и реализуют программы здоровьесберегающей активности, высоко оценивают свою эффективность в области здоровьесбережения. Третий кластер включал группу испытуемых с минимально выраженными метапроцессами здоровьесбережения. Эти кластеры были названы соответственно кластером высокого уровня здоровьесберегающей деятельности и кластером низкого уровня здоровьесберегающей деятельности. Первый кластер был представлен испытуемыми, негативно оценивающими свое состояние здоровья и мотивированными на его укрепление. Он условно был назван кластером «приверженных здоровьесбережению». Четвертый, напротив, объединял испытуемых высоко оценивающих свой уровень здоровья и не уделяющих большого внимания здоровьесбережению (кластер «игнорирующих здоровьесбережение»).



В контексте поставленной эмпирической гипотезы третьего этапа исследования наибольший интерес представлял анализ второго и третьего кластеров (рис. 3).

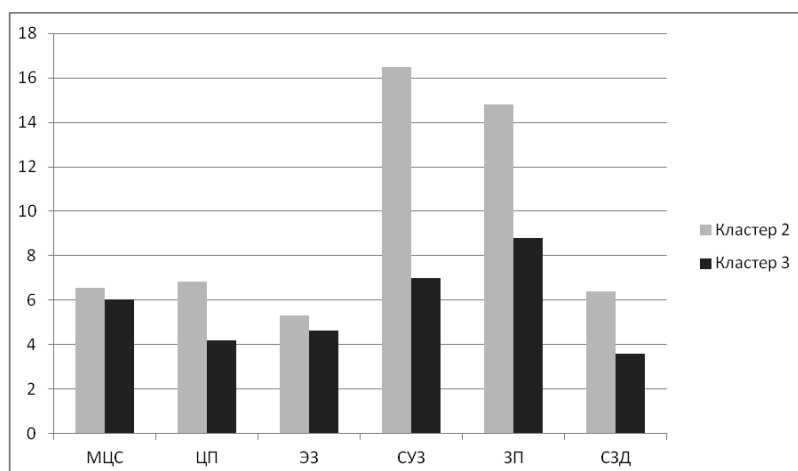


Рис. 3. Средние показатели по шкалам опросника ИЗД в кластерах с высоким и низким уровнем здоровьесберегающей деятельности

Анализ возрастного-полового состава второго и третьего кластеров показал существенное отклонение от параметров общего массива испытуемых. Если в общей выборке испытуемых доли мужчин и женщин составили 35,9% и 64,1% соответственно, то в состав второго кластера численностью 83 человека вошли 39 мужчин (47%) и 44 женщины (53%). В составе третьего кластера численностью 78 человек оказались 15 мужчин (19,2%) и 63 женщины (81,8%). При этом, если средний возраст женщин в обоих кластерах практически не отличался (25,2 и 25,6 лет), то разница между средним возрастом мужчин, входящих во второй кластер, и мужчин, входящих в третий кластер, составила 10 лет (18,7 и 28,6 лет соответственно). Таким образом, в подтверждение гипотезы о закономерной динамике возрастных параметров здоровьесберегающей деятельности в период взросления наибольший вклад вносят результаты исследования мужчин. Объяснение этого факта, на наш взгляд, требует дополнительных исследований.

В поисках личностных детерминант, определяющих индивидуальную специфику здоровьесберегающей деятельности, была выдвинута гипотеза о различиях личностных свойств испытуемых кластера с низким уровнем сформированности здоровьесберегающей деятельности (третий кластер) и кластера с высоким уровнем сформированности ЗСД (второй кластер). В качестве критериев выраженности таких личностных свойств были использованы показатели методик исследования самооценки Дембо–Рубинштейн, 16-факторного личностного опросника Кэттелла (форма А), опросника уровня субъективного контроля (УСК), теста смысловых ориентаций (СЖО) и методики стилевой саморегуляции В.И. Моросановой (МСС). Для определения достоверности различий между средними значениями шкал указанных методик был вычислен t-критерий Стьюдента. Показатели и шкалы методик, по которым обнаружены достоверные различия второго и третьего кластеров по t-критерию Стьюдента на уровне значимости 0,01, приведены в табл. 4–8.



Таблица 4

Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным методики исследования самооценки Дембо–Рубинштейн

Кластеры	Самооценка здоровья	Самооценка внешности	Уверенность в себе
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	66,6	68,9	67,3
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	55	60,6	55,8

Таблица 5

Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным 16-факторного личностного опросника Кэттелла

Кластеры	A	C	F	G	M	Q ₃	Q ₄
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	4,7	6,4	6,2	6,5	5,29	6,2	5,1
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	3,3	3,3	3,4	3,5	7,27	3,1	7,7

Таблица 6

Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным опросника уровня субъективного контроля (УСК)

Кластеры	Общая интернальность
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	23,2
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	17,3

Таблица 7

Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным теста смысловых ориентаций (СЖО)

Кластеры	Общая осмысленность жизни
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	110
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	93



Таблица 8

Результаты сравнения второго и третьего кластеров по данным методики стилевой саморегуляции В.И. Моросановой

Кластеры	Моделирование	Гибкость	Общий уровень саморегуляции
Второй кластер. Высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	5,9	6,9	31
Третий кластер. Низкий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности	4,4	5,1	26

Результаты показали, что испытуемые, входящие в кластер «с низким уровнем здоровьесберегающей деятельности» отличаются сниженной самооценкой в области здоровья, внешности и уверенности в себе. Их в целом характеризует эмоциональная нестабильность и напряженность, и, в то же время, беспечность, стремление избегать правил, недисциплинированность, непрактичность. Испытуемые, входящие в кластер «с высоким уровнем здоровьесберегающей деятельности» отличаются большей уверенностью в себе и осмысленностью жизни, эмоциональной стабильностью, развитым самоконтролем, ответственностью и принципиальностью. Стиль саморегуляции таких людей характеризует способность к моделированию и гибкость в тактиках регуляции. В целом, усредненные индивидуально-психологические характеристики испытуемых, входящих в кластер «с высоким уровнем здоровьесберегающей деятельности» содержательно близки интегральным психологическим конструктам личностной зрелости и жизнестойкости.

Заключение

Исследование здоровьесберегающей деятельности позволяет преодолеть узкое симптоматическое толкование здоровья как реактивного состояния, возникающего под влиянием внешней и внутренней среды человека. Здоровьесберегающая деятельность является особой формой осознанной и целенаправленной саморегуляции. Такой подход позволяет изучить активную роль личности в управлении своими жизненными ресурсами. В этом смысле здоровьесберегающая деятельность раскрывает индивидуальное своеобразие личности, что нашло отражение в результатах проведенного эмпирического исследования.

Выводы

1. Уровень и структура здоровьесберегающей деятельности детерминированы комплексом гендерных, возрастных, индивидуально-психологических характеристик.
2. Гендерная принадлежность не влияет на общий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности, но определяет особенности ее реализации. Для мужчин более характерна проектно-аналитическая стратегия здоровьесберегающей деятельности, определяемая как преобладание в здоровьесберегающей деятельности когнитивных мета-процессов; для женщин – активно-действенная стратегия, отличающаяся выраженностью мотивационно-поведенческих компонентов.



3. Взросление имеет ключевое значение в формировании здоровьесберегающей деятельности личности. Если юность характеризуется относительной несформированностью механизмов здоровьесберегающего поведения, то взросление представляет собой период становления осознанного целенаправленного здоровьесбережения. Зрелый возраст связан с увеличением здоровьесберегающих паттернов поведения, но снижением общего уровня интеграции метапроцессов. Здоровьесберегающая деятельность утрачивает сложную структуру целенаправленной саморегуляционной активности.

4. Ухудшение условий жизни, исследованное на примере жизненной ситуации лишения свободы, не подавляет здоровьесберегающую деятельность, а в определенной степени «поляризует» соответствующую выборку. В группе осужденных к лишению свободы значимо больше игнорирующих целенаправленное здоровьесбережение и значимо больше ориентированных на активное управление своим здоровьем.

5. Симптомокомплекс черт личности, определяющих высокий уровень сформированности здоровьесберегающей деятельности, характеризует жизнестойкость и зрелость личности.

Литература

1. *Ананьев В.А.* Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья. СПб: Речь, 2006. 384 с.
2. *Абрамова Г.С.* Возрастная психология: учеб. пособие для студ. вузов. М.: Издательский центр «Академия», 1999. 672 с.
3. *Бовина И.Б.* Социальная психология здоровья и болезни. М.: Аспект пресс, 2008. 263 с.
4. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении / Под общ. ред. Н.И. Римашевской. М.: Агентство «Социальный проект», 2007. 240 с.
5. *Карпов А.В.* Психология сознания: метасистемный подход. М.: РАО, 2011. 1088 с.
6. *Розачева Т.В.* Мужские и женские стереотипы отношения к здоровью в современной России [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2010. № 4 (5). URL: http://www.medpsy.ru/mrj/archiv_global/2010_4_5/nomer/nomer14.php (дата обращения: 12.05.2015).
7. *Уланова Н.Н., Яковлева Н.В.* Особенности здоровьесберегающего поведения и приверженности лечению у врачей на разных этапах профессионального становления // Российский медико-биологический вестник имени И.П. Павлова. 2015. № 1. С.102–108.
8. *Яковлев В.В., Яковлева Н.В., Калинова И.Л.* Психологические особенности здоровьесберегающей деятельности женщин, отбывающих наказание в виде лишения свободы // Прикладная юридическая психология. 2014. № 4. С. 68–75.
9. *Яковлева Н.В.* Витальная метакомпетентность личности: теория и практика психологических исследований здоровья. Рязань: Изд-во РязГМУ, 2012. 285 с.
10. *Яковлева Н.В., Яковлев В.В.* Методология и методы исследования здоровьесберегающей деятельности субъекта. Рязань: РязГМУ, 2014. 248 с.
11. *Friedman H.S., Cohen S. R., eds.* Foundations of Health Psychology. Cary, NC: Oxford University Press, Inc., 2006. 123 p.
12. *Kaplan R.M.* Health Psychology: Where Are We And Where Do We Go From Here // Mens Sana Monographs. 2009. № 7(1): 3–9. doi:10.4103/0973-1229.43584
13. *Ogden J.* Health psychology: a textbook. N. Y.: Open University Press, McGraw-Hill Education, 2007. 489 p.
14. *Taylor S.E.* Health psychology. 6-th ed. Boston: McGraw-Hill Higher Education, 2006. 559 p.
15. *Weiner I.M., Nezu C.M., Geller P.A.* Handbook of Psychology, Health Psychology (2-nd Edition). Somerset, N.Y.: John Wiley & Sons, 2012. 704 p.



THE STUDY OF INDIVIDUAL DIFFERENCES IN HEALTH-ACTIVITY OF THE PERSON

YAKOVLEVA N. V.* , Ryazan State Medical University, Ryazan, Russia,
e-mail: yakovleva.nata2@gmail.com

The study examined individual differences of health-activity as a special form of individual self-regulation. We investigated the influence of gender, age characteristics and living conditions on health-activity. There were also complex individual psychological characteristics of the individual high and low health-activities.

Keywords: self-regulation, health-activity of the personality, individual psychological characteristics of personality.

References

1. Abramova G.S. *Vozrastnaja psihologija. Uchebnoe posobie dlja studentov vuzov* [Developmental psychology]. Moscow: Izdatel'skij centr «Akademija», 1999. 672 p. (In Russ.).
2. Ananyev V.A. *Osnovy psihologii zdorov'ja. Kniga 1. Konceptual'nye osnovy psihologii zdorov'ja* [Fundamentals of Health Psychology. Book 1. Conceptual bases of health psychology]. Sankt-Peterburg: Rech, 2006. 384 p. (In Russ.).
3. Bovina I.B. *Social'naja psihologija zdorov'ja i bolezni* [Social psychology of health and illness]. Moscow: Aspekt press, 2008. 263 p. (In Russ.).
4. Friedman H.S., Cohen S. R., eds. *Foundations of Health Psychology*. Cary, NC: Oxford University Press, Inc., 2006. 123 p.
5. Kaplan R.M. Health Psychology: Where Are We And Where Do We Go From Here. *Mens Sana Monographs*, 2009, vol. 7, no. 1, pp. 3–9. doi: 10.4103/0973-1229.43584
6. Karpov A.V. *Psihologija soznaniya: metasistemnyj podhod* [Psychology of Consciousness: metasystem approach]. Moscow: Publ. RAO, 2011. 1088 p. (In Russ.).
7. Ogden J. *Health psychology: a textbook*. New York: Open University Press, McGraw-Hill Education, 2007. 489 p.
8. Rogacheva T.V. Muzhskie i zhenskije stereotipy otnoshenija k zdorov'ju v sovremennoj Rossii [Male and female stereotypes relation to health in modern Russia]. *Medicinskaja psihologija v Rossii* [Medical psychology in Russia], 2010, no. 4 (5). URL: http://www.medpsy.ru/mprj/archiv_global/2010_4_5/nomer/nomer14.php (Accessed 12.05.2015) (In Russ., abstr. in Engl.).
9. Taylor S.E. *Health psychology*. 6th ed. Boston: McGraw-Hill Higher Education, 2006. 559 p.
10. Ulanova N.N., Yakovleva N.V. Osobennosti zdorov'esberegajushhego povedenija i priverzhennosti lecheniju u vrachej na raznyh jetapah professional'nogo stanovlenija [Features of healthy-preserving behavior and adherence to treatment by doctors at different stages of professional development]. *Rossiyskij mediko-biologicheskij vestnik imeni akademika I.P. Pavlova* [I.P. Pavlov Russian Medical Biological Herald], 2015. no. 1. pp.102–108 (In Russ., abstr. in Engl.).

For citation:

Yakovleva N.V. The study of individual differences in health-activity of the person. *Eksperimental'naya Psikhologiya = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 202–214 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080317

* Yakovleva N. V. Ph.D (Psychology), Dean of the Faculty of Clinical Psychology, Head of the Department of General Psychology with a course of pedagogy, Ryazan State Medical University. Ryazan, Russia. E-mail: yakovleva.nata2@gmail.com



11. Weiner I.M., Nezu C.M., Geller P.A. *Handbook of Psychology, Health Psychology* (2nd Edition). Somerset, NY: John Wiley & Sons, 2012. 704 p.
12. Yakovlev V.V., Yakovleva N.V., Kalinova I.L. Psihologicheskie osobennosti zdorov'esberegajushhej dejatel'nosti zhenshhin, otbyvajushhih nakazanie v vide lishenija svobody [Psychological characteristics of women's health-serving sentences of imprisonment]. *Prikladnaja juridicheskaja psihologija [Applied legal psychology]*. 2014, no. 4. pp. 68–75 (In Russ., abstr. in Engl.).
13. Yakovleva N.V. *Vital'naja metakompetentnost' lichnosti: teorija i praktika psihologicheskikh issledovanij zdorov'ja [Vital metacompetence of personality: theory and practice of psychological health research]*. Ryazan: Publ. RyazGMU, 2012. 285 p. (In Russ.).
14. Yakovleva N.V., Yakovlev V.V. *Metodologija i metody issledovanija zdorov'esberegajushhej dejatel'nosti sub'ekta [Methodology and methods of research health activities of the subject]*. Ryazan: Publ. RyazGMU, 2014. 248 p. (In Russ.).
15. *Zdorov'e i zdavoohranenie v gendernom izmerenii [Health and health care from a gender perspective]*. Ed. N.I. Rimashevskaja. Moscow: Agentstvo «Social'nyj proekt», 2007. 240 p. (In Russ.).



ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЙ СТРЕСС И ЗАЩИТНО-СОВЛАДАЮЩЕЕ ПОВЕДЕНИЕ У НАСЕЛЕНИЯ, ПРОЖИВАЮЩЕГО В УСЛОВИЯХ ДЛИТЕЛЬНОЙ ЧРЕЗВЫЧАЙНОЙ СИТУАЦИИ

ТАРАБРИНА Н. В. * *Институт психологии Российской академии наук, Москва, Россия,*
e-mail: nvtarab@gmail.com

ХАЖУЕВ И. С. **, *кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии и дошкольной дефектологии, Чеченский государственный педагогический институт, Грозный, Россия,*
e-mail: hazhuev@mail.ru

Начиная с 1994 по 1996 г., а потом с 1999 по 2009 г. население Чеченской Республики (ЧР) вынуждено было проживать в зоне военных действий. Результаты проведенных различными специалистами исследований указывают на высокий уровень распространенности посттравматического стресса (ПТС) среди населения, проживающего в районе ведения боевых действий. Однако проблема совладания со стрессовыми ситуациями и развития защитного поведения у представителей данной части населения России до недавнего времени практически не изучалась. В настоящей работе проверяется предположение о том, что выраженность признаков ПТС определяется типом защитно-совладающего поведения. Результаты проведенного исследования представителей населения Чеченской Республики (N=263) позволили выявить, с одной стороны, наиболее предпочтительные стили совладания в условиях интенсивного и хронического стресса, с другой – взаимосвязь этих стилей с уровнем посттравматической патологии.

Ключевые слова: чрезвычайные события, посттравматический стресс, тревога, депрессия, совладающее поведение, защитные механизмы, психологическая безопасность.

Введение

Постановка и развитие проблемы. Проблемы последствий стрессогенного влияния на психику продолжают оставаться остроактуальными в современном мире. Количество исследований, направленных на изучение такого рода последствий и выявление совладающих стратегий, непрерывно растет. Значительная часть работ, выполненных в этом направлении, основывается на клинической диагностике и терапии посттравматического стрессового расстройства (ПТСР) (Колодзин, 1992; Тарабрина, 2001, 2009; Идрисов, 2011; Pitman, Orr, 1987; VanderKolk, McFarlane, Weisaeth, 1996 и др.). При этом основным контингентом в исследованиях ПТСР являются жертвы и свидетели антропогенных и стихийных катастроф, ветераны войн, жертвы насилия, терактов и т. п. Менее всего изучены реак-

Для цитаты:

Тарабрина Н. В., Хажуев И. С. Посттравматический стресс и защитно-совладающее поведение у населения, проживающего в условиях длительной чрезвычайной ситуации // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 215–226. doi:10.17759/exppsy.2015080318

* *Тарабрина Н. В.* Доктор психологических наук, профессор, главный научный сотрудник лаборатории психологии посттравматического стресса, Институт психологии Российской академии наук, Москва, Россия. E-mail: nvtarab@gmail.com

** *Хажуев И. С.* Кандидат психологических наук, доцент кафедры специальной психологии и дошкольной дефектологии, Чеченский государственный педагогический институт, Грозный, Россия. E-mail: hazhuev@mail.ru



ции и поведение контингента лиц, длительное время проживающих в экстремальных условиях, следовательно, подвергающихся воздействию как интенсивных (травматических), так и хронических стрессоров. Граждане России, проживающие на территории ЧР, начиная с 1994 по 2009 г., фактически вынуждены были выживать в чрезвычайных условиях отсутствия как физической, так и психологической безопасности. Поэтому не вызывают удивления результаты исследований К.А. Идрисова (результаты проведенного им в 2002 г. исследования показали высокий уровень распространенности ПТСР (31,2%) у населения Чеченской Республики) (Идрисов, 2011) и Х.Б. Ахмедовой (результаты исследования выборки представителей гражданского населения Чеченской Республики свидетельствуют, что длительное воздействие экстремальных событий сопряжено с усилением симптомов ПТСР у 42% обследованных) (Ахмедова, 2004). В то время как в исследовании ветеранов войны в Афганистане, проведенном сотрудниками Лаборатории психологии посттравматического стресса Института психологии российской академии наук, ПТСР было выявлено лишь у 17% «афганцев» (Тарабрина, 2001, 2007, 2009). Приблизительно такой же процент случаев наличия ПТСР среди ветеранов войны во Вьетнаме был установлен исследователями из США – 15,2% (Kulka et al., 1990), а среди лиц, пострадавших от чрезвычайных событий антропогенного и природно-техногенного характера, посттравматическая симптоматика была диагностирована в диапазоне от 3% до 58% случаев (Тарабрина, 2007, 2009). Подобные статистические различия выраженности посттравматической симптоматики среди индивидов с травматическим прошлым во многом обусловлены методологией обследования и особенностями исследуемой популяции лиц (Тарабрина, 2007).

Известно, что независимо от социальной, этнической, возрастной и прочей принадлежности субъекта в результате переживания им психотравмирующих событий происходит изменение структуры его личности, нарушаются процессы восприятия непрерывности жизни и индивидуальные когнитивные схемы (обеспечивавшие безопасность, предсказуемость, очевидность, понятность окружающего мира), разрушаются базисные представления о мире и о собственной личности. Кроме того, у жертв психотравмирующих событий значительно снижена способность к предвосхищению будущего и построению системы намерений и планов из-за деформированности базисной основы психологической безопасности (Бек, 2003; Колодзин, 1992; Миско, Тарабрина, 2004; Падун, Котельникова, 2012).

Нарушения, развивающиеся после пережитой психологической травмы, затрагивают все уровни человеческого функционирования, приводят к стойким личностным изменениям не только у людей, непосредственно переживших стресс, но и у членов их семей, а значит, и у значительной части социума и всего общества в целом (Холмогорова, Гаранян, 2006).

Следует подчеркнуть, что не у всех лиц, пострадавших в результате одного и того же психотравмирующего события, развивается посттравматический стресс (ПТС), являющийся лишь одной из форм тяжелой психической дезадаптации. При наличии достаточно гибких внутренних (личностных) и внешних (социальных) ресурсов, обеспечивающих психологическую устойчивость индивида к стрессу, процессы социальной адаптации могут протекать без существенных психопатологических нарушений. Одними из основных внутренних ресурсов являются механизмы психологической защиты и способы совладания со стрессом, от эффективности работы которых во многом зависит психосоматическое, профессиональное, семейное и социальное благополучие индивида. В связи с этим актуальной становится задача изучения специфики взаимосвязи психопатологических состояний с формами защитно-совладающего поведения.



Анализ механизмов психологической защиты и стилей совладания показывает, что в одном случае индивид прибегает к более примитивным (следовательно, малоэффективным) формам преодоления негативных последствий дистресса, а в другом – к более осозанным и социально обусловленным стратегиям поведения, которые, тем не менее, оказываются далеко не всегда эффективными в случае воздействия стрессоров высокой интенсивности.

Функции психологических защит, бессознательно включающиеся в стрессовой ситуации, необходимо рассматривать с разных точек зрения: а) с одной стороны, данные функции обладают положительной направленностью, поскольку они предохраняют личность от негативных переживаний, от восприятия психотравмирующей информации, устраняют тревогу и позволяют сохранить в ситуации конфликта самоуважение и стабильную самооценку; с другой стороны, данные функции приобретают негативный характер в том случае, если состояние эмоционального благополучия, обеспеченного действием защиты, фиксируется на длительный период и, по сути, заменяет целенаправленную активность по преодолению травматического стресса, т. е. психологический комфорт достигается путем искажения восприятия или путем самообмана (Набиуллина, Тухтарова, 2003).

В отличие от механизмов психологической защиты, направленных на ослабление психического дискомфорта, и реализующихся, как правило, в рамках неосознаваемой деятельности психики, стили и стратегии совладающего поведения представляют собой отдельные элементы сознательного поведения, с помощью которых человек справляется с жизненными трудностями (Нартова-Бочавер, 1997; Никольская, Грановская, 2006).

Согласно определению Б.Д. Карвасарского (1990), процессы защиты направлены на смягчение психического дискомфорта, а процессы совладания – на активное изменение ситуации и удовлетворение значимых потребностей. Л.И. Анцыферова (1994) отмечает, что люди, прибегающие к механизмам психологической защиты в проблемных и стрессовых ситуациях, воспринимают мир как источник опасностей, обладают невысокой самооценкой и пессимистическим мировоззрением. И напротив, индивиды, предпочитающие в подобных ситуациях конструктивно преобразующие стратегии, обладают оптимистическим мировоззрением, устойчивой положительной самооценкой, реалистичным подходом к жизни и выраженной мотивацией достижения (Набиуллина, Тухтарова, 2003).

Т.Л. Крюкова (Крюкова, 2004, 2007) выделяет конструктивные и неконструктивные стратегии совладания со стрессом. К конструктивным автор относит: достижение цели собственными силами, обращение за помощью, тщательное обдумывание проблемы и путей ее развития или разрешения, переосмысление проблемной ситуации и изменения в себе самом. К неконструктивным стратегиям относятся: различные способы психологической защиты, пассивность, избегание столкновения с проблемной ситуацией и импульсивные действия (Крюкова, 2004, 2007).

Таким образом, проблема защитно-совладающего поведения в условиях стрессового воздействия является остроактуальной, а изучение взаимосвязи посттравматического стресса и иной дезадаптивной симптоматики и механизмов психологической защиты или копинг-стратегий имеет огромное значение для прогнозирования эффективного адаптационного поведения при воздействии как интенсивных, так и хронических стрессоров.

Цель исследования – выявление специфики взаимосвязей уровня посттравматического стресса и особенностей защитно-совладающего поведения у лиц, переживших психотравмирующие события в условиях длительной чрезвычайной ситуации.



Программа исследования

Описание выборки.

Выборку исследования составили жители ЧР, длительное время находившиеся в условиях антропогенной чрезвычайной ситуации (ЧС): как непосредственные жертвы, так и свидетели, очевидцы жестоких событий двух военных кампаний. В исследовании приняли участие сотрудники правоохранительных органов (N=103) в возрасте от 20 до 50 лет, проходившие курс лечения соматических заболеваний и ранений в медико-санитарной части МВД по ЧР (комбатанты) и гражданские лица (студенты, учителя, врачи, предприниматели, строители и безработные) в возрасте от 18 до 60 лет (N=183): 263 респондента из общего числа обследованных имели в прошлом опыт нахождения или переживания одного или нескольких психотравмирующих события.

Методики исследования.

1. Шкала клинической диагностики ПТСР (по критериям DSM-IV) Clinician-Administered Scale for DSM-IV (CAPS-DX) (Тарабрина, 2007).
2. Опросник депрессивности Бека (Beck Depression Inventory – BDI) (Тарабрина, 2007).
3. Методика многомерного измерения копинг-стратегий «Копинг-поведение в стрессовых ситуациях» (КПСС) (Крюкова, 2007).
4. Опросник Плутчика–Келлермана–Конте (Life Style Index) (Каменская, 1999).
5. Шкала реактивной (ситуативной) и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера–Ю.Л. Ханина» (Карелин, 2006).

Результаты и их интерпретация

Анализ результатов проводился поэтапно.

На первом этапе выявляли наличие травматического опыта у респондентов и выраженность признаков ПТС (на основе Шкалы для клинической диагностики ПТСР – CAPS-DX-IV).

На основе статистического анализа данных интервью было показано, что наиболее распространенным травматическим опытом являлась угроза для жизни (N=83,3%), а именно: испытуемые в период активных боевых действий невольно оказывались в эпицентре проведения федеральными силами спецопераций или, наоборот, террористических акций и вылазок боевиков. Обычно такие ситуации сопровождались перестрелками, интенсивными артиллерийскими или минометными обстрелами (с многочисленными жертвами и массовыми разрушениями зданий, сооружений и техники). В ходе подобных ситуаций респонденты обычно теряли близких (13,6%), становились невольными свидетелями насильственных смертей (2,3%) и сами получали физические увечья (0,8%). Результатом нахождения в психотравмирующих ситуациях стало последующее развитие посттравматического стрессового расстройства: на момент обследования уровень ПТС, корреспондирующий с клинической картиной ПТСР, был выявлен у 22,9% респондентов, средний уровень ПТС был диагностирован у 30%, и отсутствие признаков расстройства, несмотря на переживание в прошлом психотравмирующих событий, выявлено у 47,1% испытуемых ($\chi^2=24,646$, $p<0,001$). В определенном смысле полученные нами данные согласуются с результатами исследования выраженности посттравматического стрессового расстройства у жителей Че-



ченской республики, проведенного К.А. Идрисовым в 2002 г: ПТСР было выявлено у 31,2% обследованных.

Однако результаты обсуждаемых в настоящей работе исследований К.А. Идрисова (Идрисов, 2011), Х.Б. Ахмедовой (Ахмедова, 2004) и исследования, проведенного нами, также указывают на положительную динамику снижения выраженности симптомов ПТС среди населения ЧР, свидетельствующую о значительных изменениях в сторону улучшения не только общественно-политической обстановки в республике, но и повышения уровня психологической безопасности и роста уверенности в завтрашнем дне.

Особый интерес представляет рассмотрение структуры посттравматического стресса у изучаемой выборки. Определение признаков ПТС проводится на основе трех основных критериев: 1) навязчивое воспроизведение элементов травматического переживания (intrusion); 2) стремление избегать напоминаний о травматическом событии (avoidance); 3) возросший (не наблюдавшийся до травмы) уровень физиологического возбуждения, гипервозбуждение (arousal). Следует отметить, что, несмотря на значительную нормализацию обстановки в поствоенной республике, можно говорить о наличии у респондентов обследованной группы симптоматики ПТСР, а наиболее выраженными симптомами являются симптомы гипервозбуждения ($\chi^2=112,946$, $p<0,001$). В период прохождения активной фазы контртеррористической операции, сопровождавшейся интенсивными боевыми действиями, участники обследования вновь оказывались в ситуации, напоминающей о прошлом травматическом опыте, и заново переживали психотравмирующие события и эмоции. Таким образом, травматический стресс существенно возрастал, увеличивая тревожность и внутреннюю напряженность участников нашего исследования. Подобное состояние, продолжавшееся длительное время, приняло хроническую форму, в результате на момент исследования и уже после выхода из ситуации боевых действий и соответственно отсутствия большинства стимулов, напоминающих о прошлом (взрывы, перестрелки, вооруженные люди, военная техника и пр.), произошло смягчение такого симптома, как навязчивое вторжение воспоминаний о травме, однако психофизиологическая реактивность, имевшая тенденцию нарастания в период нахождения в травматической ситуации и в ситуациях повторного переживания травмирующего опыта, сохранилась в виде генерализованного тревожного расстройства с высокой вероятностью развития дезадапционного агрессивного поведения.

Это предположение получило подтверждение при анализе данных исследования гражданских лиц и комбатантов. Результаты диагностики комбатантов, большинство из которых являлись участниками контртеррористической операции (КТО), свидетельствовали о более высокой частоте и длительности переживания ими интенсивных стрессовых событий по сравнению с гражданским населением. В результате сравнительного анализа было установлено, что симптомы навязчивого воспроизведения различных аспектов травмы в воспоминаниях ($p<0,001$) более выражены у гражданских лиц, в то время как комбатанты характеризуются более высоким уровнем гипервозбуждения ($p<0,01$). Что касается оценки общего уровня ПТСР, то ее результаты указали на то, что гражданские лица характеризовались более высокими показателями ПТС, часто коррелирующими с клиническим уровнем.

Большая выраженность ПТС-реакций у гражданского населения по сравнению с комбатантами связана с различиями в образе жизни двух исследованных групп: если гражданские лица обычно не подготовлены и не ожидают травмирующих событий, то комбатан-



ты же, напротив, характеризуются профессиональной готовностью к любым чрезвычайным ситуациям. Результаты анализа интервью указывают на множественность психотравм у испытуемых данной группы, однако можно говорить о том, что наличие значительного опыта преодоления трудных жизненных ситуаций позволило комбатантам выработать «психологический иммунитет» к стрессовым ситуациям.

Второй этап анализа результатов исследования был посвящен изучению стратегий выбора и способов применения испытуемыми того или иного типа совладающего поведения, которое играет важную роль в осуществлении социально-психологической адаптации при воздействии психотравмирующего события, при нахождении в условиях интенсивного стресса, а также в формировании преодолевающего поведения после выхода из ситуации психотравмы.

Согласно когнитивной теории стресса, совладающее поведение зависит от оценки человеком своих возможных действий и прогноза ответных действий среды (Lazarus, Folkman, 1991). Согласно концепции Р. Лазаруса и С. Фолкмана, в ситуации, когда причины стресса оцениваются субъектом как необратимые, не подлежащие изменению, преобладает совладание, ориентированное на эмоции (Журавлев, Сергиенко, 2011). Стиль совладания, являясь теми сознательными когнитивно-поведенческими и эмоциональными усилиями, которые прилагает индивид для преодоления жизненных трудностей, зависит от взаимодействия индивидуально-психологических и средовых факторов. При этом фактор среды (включавший в себя не только экстремальные события, но и этнокультурные особенности) в большей степени детерминирует способы совладания.

В нашем исследовании было установлено, что самым распространенным среди испытуемых исследуемой выборки стилем совладания в условиях интенсивного воздействия стрессоров высокой интенсивности оказался *копинг, нацеленный на избегание* стрессовой ситуации, с соответствующими ему стратегиями *отвлечения* и *социального отвлечения*. Реже использовался такой стиль совладающего поведения, как *копинг, ориентированный на эмоции*. И наименее часто встречающимся стилем совладания со стрессом явилась стратегия *ориентации на решение проблемы* ($p < 0,001$), т. е. в период интенсивного стресса стратегия изменения ситуации путем собственных усилий используется крайне редко и далеко не всеми, кто находится в подобной ситуации.

В своей работе, посвященной исследованию специфики совладания со стрессом в разных видах профессиональной деятельности, Ю.В. Постылякова (2005) отмечает, что в ситуациях, не поддающихся контролю, субъект чаще всего использует адаптивные *стратегии избегания* или *эмоционально-ориентированные стратегии* (см.: Зеленова, 2008). Далее, в исследовании совладающего поведения двух групп бывших заложников, находившихся несколько месяцев в плену на территории ЧР, также показано, что у пленников наиболее предпочтительными стратегиями поведения были стили, ориентированные на избегание (уход в воспоминания и в молитву, отвлечение посредством карточной игры, юмор и фантазирование) (Журавлев, Сергиенко, 2011).

Третий этап анализа данных был посвящен анализу взаимосвязи доминирующих стилей совладающего поведения с особенностями психопатологической симптоматики при ПТСР. Так, на основе вычисления рангового коэффициента корреляции Спирмена (r_s) было установлено, что *копинг, ориентированный на решение проблемы*, отрицательно взаимосвязан с уровнями личностной тревожности ($r = -0,200$, $p < 0,01$) и депрессии ($r = -0,200$, $p < 0,05$). Обратные коэффициенты корреляции были выявлены также между показателями



проблемно-избегающего стиля совладания и параметрами тревоги (ситуативной ($r=-0,200$, $p<0,01$) и личностной ($r=-0,205$, $p<0,001$)) и депрессии ($r=-0,141$, $p<0,05$). Полученные результаты указывают на то, что стили совладания, направленные на анализ проблемы или на избегание травмирующих переживаний, если даже и не способствуют эффективному преодолению ПТС, то, по крайней мере, коррелируют со снижением сопутствующих посттравматическому стрессу состояний тревоги и депрессии.

В то же время, показатели *социального отвлечения* (субкопинг избегания) обратно взаимосвязаны не только с показателями личностной тревожности ($r=-0,250$, $p<0,01$) и депрессии ($r=-0,250$, $p<0,01$), но также и с показателями выраженности ПТС ($r=-0,128$, $p<0,05$) на уровне слабой, но статистически значимой связи. Это свидетельствует о том, что стратегия *социального отвлечения*, как стиль поведения в психотравмирующих условиях, согласуется с тенденцией снижения не только тревожно-депрессивных состояний, но и признаков ПТС, связанных с переживаниями травмирующих событий. С высокой вероятностью можно предполагать, что при переживании тяжелых стрессовых ситуаций обращение за помощью к окружающим, социальная поддержка и успешная социальная интеграция являются дополнительными ресурсами преодоления стресса и снижения вероятности развития психопатологических реакций.

Показатели *эмоционально-ориентированного стиля* совладания, как показывают результаты анализа, напротив, положительно связаны с ситуативной тревожностью ($r=0,381$, $p<0,001$), личностной тревожностью ($r=0,511$, $p<0,001$), с признаками депрессии ($r=0,389$, $p<0,001$) и ПТС ($r=0,325$, $p<0,001$). Выявленные корреляционные связи, имеющие высокую статистическую значимость, указывают на то, что респонденты, чаще использующие стиль совладания, ориентированный на *эмоциональное решение проблемы*, не могут успешно совладать с тревожностью, раздражительностью, страхом; индивид «погружается» в собственные эмоциональные переживания, в боль и страдания, и, чтобы избавиться от них, он стремится «вовлечь» окружающих людей в собственные переживания, не прилагая усилий на решение проблемы. В конечном итоге использование данной стратегии в ситуации воздействия ЧС чревато усилением негативных состояний и сопутствующего им психоэмоционального напряжения.

Помимо копинг-механизмов, которые являются активными способами совладания со стрессовым воздействием, в экстремальных условиях личность, как уже было отмечено выше, прибегает также к механизмам психологической защиты (МПЗ), которые являются, с точки зрения некоторых авторов, пассивными формами совладания (Лазарус, Фолкмен, Хаан, 1977; Набиуллина, Тухтарова, 2003).

В исследовании П.А. Иванова было показано, что в условиях длительного воздействия психотравмирующих ситуаций лица, которые и так находятся в эмоционально-неблагополучном состоянии, пытаясь снизить уровень напряженности, используют психологические защиты и прибегают к пассивным, избегающим копинг-стратегиям. Когда возможности для сдерживания роста эмоционального напряжения исчерпаны, но сила стрессогенного воздействия возрастает, то ресурсы совладающего поведения могут истощаться, а эффективность действия защитных механизмов снижаться (Иванов, 2008).

Четвертый этап анализа результатов состоял в анализе эффективности защитных механизмов при переживании психотравмирующих событий теми испытуемыми, которые длительное время проживали в условиях ЧС. В целом, о чем свидетельствует анализ дан-



ных, показатели напряженности защитных механизмов по опроснику Life Style Index напрямую взаимосвязаны с показателями наличия ПТС, повышенной тревожности и выраженной депрессии. Так, общее изменение напряженности защитных механизмов положительно коррелирует с ростом ситуативной ($r=0,143$, $p<0,05$) и личностной тревоги ($r=0,209$, $p<0,001$), высоким уровнем депрессии ($r=0,235$, $p<0,001$), наличием симптомов ПТС ($r=0,402$, $p<0,001$), что указывает на неэффективность применения в качестве способов преодоления травмирующих переживаний некоторых механизмов психологической защиты в условиях интенсивного или хронического стресса.

Резюме и интерпретация полученных результатов

Итак, результаты исследования показывают, что лица, переживавшие воздействие стрессоров высокой интенсивности в период ведения боевых действий, характеризуются высоким уровнем посттравматического стресса, который у некоторой части обследованных индивидов коррелирует с клиническим уровнем выраженности ПТСР. Выявленные нарушения проявляются на психофизиологическом уровне в виде гипервозбуждения как способа совладания с эмоциональным напряжением на психосоматическом уровне. Стратегия избегания, которая является наиболее доминирующей среди обследованной выборки, препятствует психологической коррекции ПТСР и детальному восстановлению многих аспектов пережитого, тем самым оставляя травматический опыт не интегрированным в сознание и общую биографическую память. Применение механизмов психологической защиты, показатели которых положительно коррелируют с избегающим и эмоционально-ориентированными стилями совладания со стрессом, также препятствует адекватной когнитивной оценке случившегося, искажая объективную реальность и не разрешая внутренние конфликты личности. Вместе с тем, стратегия избегания, на наш взгляд, является в данном случае наиболее адекватной стратегией поведения во время нахождения субъекта в ситуации психотравмирующего воздействия (например, в период активных боевых действий), поскольку проблемно-ориентированный копинг, считающийся наиболее продуктивным стилем совладания, применим только в условиях мирного времени, когда сам субъект способен активно воздействовать на стрессоры и тем самым купировать психоэмоциональное напряжение.

Значение исследования для теории и практики

Результаты настоящего исследования защитно-совладающего поведения индивида при воздействии стрессоров как интенсивного, так и хронического характера вносят существенный вклад в психологию посттравматического стресса. Они значительно расширяют феноменологическое поле клинической картины посттравматического стрессового расстройства и вносят вклад в дальнейшую разработку нового научного направления в предметном поле отечественной клинической психологии – психологии посттравматического стресса (Тарабрина, 2009). Анализ данных исследования ($N=263$) позволил выявить предпочтительные стили защитно-совладающего поведения в условиях интенсивного и хронического стресса, а также установить взаимосвязи этих стилей с выраженностью посттравматического стресса. Полученные в исследовании результаты представляют не только теоретический интерес в плане дальнейшего изучения проблем посттравматического стресса, но также имеют важное прикладное значение для определения мишеней психотерапевтического воздействия в медико-психологической практике.



Выводы исследования

1. Значительная часть испытуемых обследованной выборки характеризуется высоким уровнем ПТС.
2. Наиболее часто используемой формой совладающего поведения при переживании интенсивного стресса является стратегия *избегания*.
3. Стили совладания, ориентированные на избегание и решение проблемы, находятся в отрицательной взаимосвязи с тревожно-депрессивными реакциями, тогда как *социальное отвлечение* отрицательно коррелирует с ПТС.
4. Результаты исследования также свидетельствуют о наличии взаимосвязи эмоционально-ориентированного стиля совладания с высокой выраженностью посттравматических стрессовых реакций и действием механизмов психологической защиты, показатели которых также имеют тенденцию пропорционального роста при увеличении выраженности признаков ПТС.

Финансирование

Работа выполнена при финансовой поддержке Российского гуманитарного научного фонда (проект №15-36-11108 «Интенсивный стресс в контексте психологической безопасности»).

Литература

1. Ахмедова Х.Б. Посттравматические личностные изменения у гражданских лиц, переживших угрозу жизни // Вопросы психологии. 2004. №3. С. 93–103.
2. Зеленова М.Е. Когнитивно-стилевые особенности и переживание активности // Материалы научно-практических конгрессов IV Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». Т. 2. Разд. «Здоровье нации и образование». М., 2008. 394 с.
3. Иванов П.А. Стратегии совладания у лиц, совершивших правонарушение на фоне длительного стресса // Психологическая наука и образование. 2008. № 5. С.155–163.
4. Идрисов К.А. ПТСР в условиях длительной чрезвычайной ситуации: клинико-эпидемиологические и динамические аспекты // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. 2011. № 7. С. 21–34.
5. Каменская В.Г. Психологическая защита и мотивация в структуре конфликта. СПб.: Детство-Пресс, 1999. С. 114–118.
6. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. М.: Эксмо, 2006. С. 32–34.
7. Когнитивная терапия депрессии / А. Бек [и др.]. СПб.: Питер, 2003. 304 с.
8. Колодзин Б. Как жить после психической травмы. М.: Шанс, 1992. 92 с.
9. Крюкова Т.Л. Методы изучения совладающего поведения: три копинг-шкалы. Кострома: Авантитул, 2007. 60 с.
10. Крюкова Т.Л. Психология совладающего поведения: монография. Кострома: Авантитул, 2004. 344 с.
11. Миско Е.А., Тарабрина Н.В. Особенности жизненной перспективы у ветеранов войны в Афганистане и ликвидаторов аварии на ЧАЭС // Психологический журнал. 2004. Т. 25. №3. С. 44.
12. Набиуллина Р.Р., Тухтарова И.В. Механизмы психологической защиты и совладания со стрессом (определение, структура, функции, виды, психотерапевтическая коррекция): учеб. пособие. Казань: Казанская государственная медицинская академия, 2003. 99 с.
13. Нартова-Бочавер С.К. «Coping – behavior» в системе понятий психологии личности // Психологический журнал. 1997. Т. 18. №5. С. 20–30.
14. Никольская И.М., Грановская Р.М. Психологическая защита у детей. СПб.: Речь, 2006. 342 с.
15. Падун М.А., Котельникова А.В. Психическая травма и картина мира: Теория, эмпирия, практика. М.: Когито-Центр, 2012. 206 с.
16. Стресс, выгорание, совладание в современном контексте / Под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. М.: Институт психологии РАН, 2011. 512 с.
17. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: в 2 ч. Ч. 1. Теория и методы. М.: Когито-Центр, 2007. 208 с.



18. Тарабрина Н.В. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса: в 2 ч. Ч. 2. Бланки методик. М.: Когито-Центр, 2007. 77 с. (Психологический инструментарий).
19. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. М.: Институт психологии РАН, 2009. 303 с.
20. Холмогорова А.Б., Таранян Н.Г. Психологическая помощь людям, пережившим травматический стресс. М.: МГППУ, 2006. 112 с.
21. Lazarus R.S., Folkman S. The concept of coping // A. Monat, S. Richard. Lazarus. Stress and Coping. N. Y., 1991. P. 189–206.
22. Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Hough R.L., Jordan B.K., Marmar C., Weiss D.S. Brunner Mazel Psychosocial Stress Series No. 18. Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study. N. Y.: Brunner Mazel, 1990. P. 145–155.
23. Pitman R.K., Orr S.P., Forgue D.F. et al. Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans // Archives of General Psychiatry. 1987. Vol. 44. P. 970–975.
24. Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (Ed.) Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society. N. Y.: Guilford Press, 1996. P. 303–327.

POST-TRAUMATIC STRESS AND THE PROTECTIVE-COPING BEHAVIOR AMONG THE POPULATION LIVING IN PROTRACTED EMERGENCIES

TARABRINA N. V. *, *Institute of Psychology, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia,*
e-mail: nvtarab@gmail.com

HAZHUEV I. S. **, *Chechen State Pedagogical Institute, Grozny, Russia,*
e-mail: hazhuev@mail.ru

From 1994 to 1996, then from 1999 to 2009, the population of the Chechen Republic (CR) was forced to live in a war zone. The results of the various studies by experts point to a high prevalence of post traumatic stress disorder (PTSD) among the population living in the area of combat operations. However, the problem of coping with stressful situations and the development of protective behavior among representatives of this part of the population of Russia, until recently, little has been studied. In this paper we verified the assumption that the severity of PTSD symptoms is determined by the type of protective coping. Results of the study by representatives of the Chechen Republic (N = 263) revealed, on the one hand, the most preferred coping styles in heavy and chronic stress, on the other, the relationship of these styles to the level of post-traumatic pathology.

Keywords: extreme events, post-traumatic stress, anxiety, depression, coping behavior, defense mechanisms, psychological safety.

Funding

This work was supported by the Russian Foundation for Humanities (project №15-36-11108 « Intensive stress in the context of psychological safety»).

For citation:

Tarabrina N.V., Hazhuev I.S. Post-traumatic stress and protective-coping behavior among the population living in conditions of prolonged emergency. *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 215–226 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080318

* Tarabrina N.V. Doctor of psychological sciences, professor, chief researcher at the Laboratory of psychology of post-traumatic stress, Institute of Psychology of the Russian Academy of Sciences. Moscow, Russia. E-mail: nvtarab@gmail.com

** Hazhuev I.S. PhD, assistant professor of psychology and preschool special defectology, Chechen State Pedagogical Institute. Moscow, Russia. E-mail: hazhuev@mail.ru



References

1. Akhmedova Kh.B. Posttraumaticheskie lichnostnye izmeneniya u grazhdanskikh lits, perezhivshikh ugrozu zhizni [Post-traumatic personality changes among civilians survived life-threatening]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology], 2004, no. 3, pp. 93–103 (In Russ.).
2. Zelenova M.E. Kognitivno-stilevye osobennosti i perezhivanie aktivnosti [Cognitive-style characteristics and experiences activity]. In *Materialy nauchno-prakticheskikh kongressov IV Vserossiiskogo foruma «Zdorov'e natsii - osnova protsvetaniya Rossii». T. 2, razdel «Zdorov'e natsii i obrazovanie»* [Materials of a scientific Congress of the IV All-Russian forum "Health of the nation - the basis of prosperity of Russia". Volume 2, section «Health and education»], 2008. 394 p. (In Russ.).
3. Ivanov P.A. Strategii sovladaniya u lits, sovershivshikh pravonarushenie na fone dlitel'nogo stressa [Coping strategies among personalities, committed offences under long-term stress]. *Psikhologicheskaya nauka i obrazovanie* [Psychological science and education], 2008, no. 5, pp. 155–163 (In Russ.).
4. Idrisov K.A. PTSR v usloviyakh dlitel'noi chrezvychainoi situatsii: kliniko-epidemiologicheskie i dinamicheskie aspekty [PTSD in emergency situations: a clinico-epidemiological and dynamic aspects]. *Vestnik Psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [Vestnik of Psychiatry and psychology of Chuvashia], 2011, no. 7, pp. 21–34 (In Russ.).
5. Kamenskaya V.G. *Psikhologicheskaya zashchita i motivatsiya v strukture konflikta* [Psychological defense and motivation in conflicts]. Saint Petersburg: Detstvo-Press, 1999, pp. 114–118 (In Russ.).
6. Karelin A. *Bol'shaya entsiklopediya psikhologicheskikh testov* [Great encyclopedia of psychological tests]. Moscow: «Eksmo», 2006, pp. 32–34 (In Russ.).
7. *Kognitivnaya terapiya depressii* [Cognitive therapy of depression]. Bek A. et al. Saint Petersburg, 2003. 304 p. (In Russ.).
8. Kolodzin B. *Kak zhit' posle psikhicheskoi travmy* [How to live after psychical shock]. Moscow: «Shans», 1992. 92 p. (In Russ.).
9. Kryukova T.L. *Metody izucheniya sovladayushchego povedeniya: tri koping-shkaly* [Methods of study of coping behaviour: three coping scales]. Kostroma: «Avantitul», 2007. 60 p. (In Russ.).
10. Kryukova T.L. *Psikhologiya sovladayushchego povedeniya* [Psychology of the coping behavior]. Kostroma: «Avantitul», 2004. 344 p. (In Russ.).
11. Misko E.A., Tarabrina N.V. Osobennosti zhiznennoi perspektivy u veteranov voyny v Afganistane i likvidatorov avarii na ChAES [The life prospects of veterans of the Afghanistan war and of the liquidators of the Chernobyl accident]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological journal], 2004, vol. 25, no. 3, pp. 44 (In Russ.).
12. Nabiullina R.R., Tukhtarova I.V. *Mekhanizmy psikhologicheskoi zashchity i sovladaniya so stressom (opredelenie, struktura, funktsii, vidy, psikhoterapevticheskaya korrektsiya)* [Mechanisms of the psychological defense and coping with stress (definition, structure, functions, types, psychotherapeutic correction)]. Kazan', 2003. 99 p. (In Russ.).
13. Nartova-Bochaver S.K. «Coping - behavior» v sisteme ponyatii psikhologii lichnosti [«Coping behavior» in the system of concepts of psychology of personality]. *Psikhologicheskii zhurnal* [Psychological journal], 1997, vol. 18, no. 5, pp. 20–30 (In Russ.).
14. Nikol'skaya I.M., Granovskaya R.M. *Psikhologicheskaya zashchita u detei* [Psychological defence of children]. Saint Petersburg: «Rech'», 2006. 342 p. (In Russ.).
15. Padun M.A., Kotelnikova A.V. *Psikhicheskaya travma i kartina mira: Teoriya, empiriya, praktika* [Psychic shock and the picture of the world: Theory, empirism, practice]. Moscow: «Kogito-Tsentr», 2012. 206 p. (In Russ.).
16. *Stress, vygoranie, sovladanie v sovremennom kontekste* [Stress, burn-out, coping in the current context]. Eds. A.L. Zhuravlev, E.A. Sergienko. Moscow: «Institut psikhologii RAN», 2011. 512 p. (In Russ.).
17. Tarabrina N.V. *Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttraumaticheskogo stressa* [A practical guidance on psychology of the post-traumatic stress]. In 2 vols. Vol. 1. *Teoriya i metody* [Theory and methods]. Moscow: «Kogito-Tsentr», 2007. 208 p. (In Russ.).
18. Tarabrina N.V. *Prakticheskoe rukovodstvo po psikhologii posttraumaticheskogo stressa* [A practical guidance on psychology of the post-traumatic stress]. In 2 vols. Vol. 2. *Blanki metodik* [Lists of methods]. Moscow: «Kogito-Tsentr», 2007. 77 p. (In Russ.).
19. Tarabrina N.V. *Psikhologiya posttraumaticheskogo stressa* [Psychology of the post-traumatic stress]. Moscow: «Institut psikhologii RAN», 2009. 303 p. (In Russ.).



20. Kholmogorova A.B., Garanyan N.G. *Psikhologicheskaya pomoshch' lyudyam, perezhivshim travmaticheskii stress [Psychological aid to survivors of traumatic stress]*. Moscow: MGPPU, 2006. 112 p. (In Russ.).
21. Lazarus R.S., Folkman S. *The concept of coping*. Eds. A. Monat, R.S. Lazarus. *Stress and Coping*. New York, 1991. P. 189–206.
22. Kulka R.A., Schlenger W.E., Fairbank J.A., Hough R.L., Jordan B.K., Marmar C., Weiss D.S / Brunner Mazel Psychosocial Stress Series. No. 18. *Trauma and the Vietnam War Generation: Report of Findings from the National Vietnam Veterans Readjustment Study*. New York: Brunner Mazel, 1990. P. 145–155.
23. Pitman R.K., Orr S.P., Foa E.B. et al. Psychophysiological assessment of posttraumatic stress disorder imagery in Vietnam combat veterans. *Archives of General Psychiatry*, 1987, no. 44, pp. 970–975.
24. Van der Kolk B.A., McFarlane A.C., Weisaeth L. (Eds.) *Traumatic stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press, 1996. P. 303–327.