

**ГБОУ Московский городской психолого-педагогический  
университет  
ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН**

**«Медицинская (клиническая)  
психология: традиции и  
перспективы»**

*К 85-летию Юрия Федоровича Полякова*



**Москва  
2013**

УДК 159.9:61  
ББК 88.4  
М42

*Редакционная коллегия:*

Зверева Н.В. кандидат психологических наук, доцент (отв. ред.)

Рощина И.Ф. кандидат психологических наук, доцент

Ениколопов С.Н. кандидат психологических наук, доцент

**М42 Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы.**

Научное издание. Коллективная монография по проблемам современной медицинской (клинической) психологии, статьи подготовлены к открытию Всероссийской юбилейной научно-практической конференции Москва, 14-15 февраля 2013 / Под общей ред. Н.В.Зверевой, И.Ф.Рощиной. – Москва, 2013. – 293 с.

ISBN 978-5-94051-123-7

Сборник подготовлен к Всероссийской юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии (к 85-летию Ю.Ф.Полякова)», состоявшейся 14-15 февраля 2013 г. в ГБОУ ВПО Московский городской психолого-педагогический университет и ФГБУ «НЦПЗ» РАМН. В работах авторов рассматриваются проблемы научной и практической медицинской психологии: диагностика, экспертиза, экспериментальные исследования в пато- и нейропсихологии, психосоматике, психологии аномального развития (в том числе в сфере образования), психологическом консультировании.

Для научных работников, преподавателей, аспирантов и студентов, а также для специалистов, работающих в области здравоохранения, социальной защиты населения и системе образования.

**ISBN978-5-94051-123-7**

УДК 159.9:61

ББК 88.4

М42

© ГБОУ Московский городской психолого-педагогический университет

© ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН

© коллектив авторов

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>А.С. ТИГАНОВ ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО .....</b>	<b>7</b>
<b>ОТ РЕДАКЦИИ.....</b>	<b>9</b>
<b>РАЗДЕЛ 1</b>	
<b>ЮРИЙ ФЕДОРОВИЧ ПОЛЯКОВ – УЧИТЕЛЬ УЧЕНЫЙ, КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ .....</b>	<b>11</b>
<b>ПОЛЯКОВ Ю. Ф., ГИНДИЛИС В. М., КРИТСКАЯ В. П., МЕЛЕШКО Т. К. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МНОГОМЕРНЫХ МЕТОДОВ В ГЕНЕТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ .....</b>	<b>11</b>
<b>ЗВЕРЕВА Н.В., ЕНИКОЛОПОВ С.Н. ЮРИЙ ФЕДОРОВИЧ ПОЛЯКОВ: ЧЕЛОВЕК, УЧЕНЫЙ, ОРГАНИЗАТОР НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ.....</b>	<b>37</b>
<b>НИКОЛАЕВА В.В. ИЗ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ: ЮРИЙ ФЕДОРОВИЧ ПОЛЯКОВ ПЕДАГОГ И УЧЕНЫЙ. ВОСПОМИНАНИЯ (1927-2002) .....</b>	<b>49</b>
<b>САВИНА Т.Д. О МОЁМ УЧИТЕЛЕ .....</b>	<b>59</b>
<b>ГУЛЬДАН В. В. К ЮБИЛЕЮ Ю.Ф.ПОЛЯКОВА (КАК ЭТО БЫЛО) .....</b>	<b>62</b>
<b>ХЛОМОВ Д.Н. ЮРИЙ ФЁДОРОВИЧ ПОЛЯКОВ И РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ .....</b>	<b>64</b>
<b>СЛОНЕВСКИЙ Ю.А. Ю.Ф.ПОЛЯКОВ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИИ.....</b>	<b>67</b>
<b>КАЗЬМИНА О.Ю., БОЙКО О.М., ВОРОНЦОВА О.Ю. РАЗВИТИЕ ПОДХОДА К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛАБОРАТОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ НЦПЗ РАМН: ОТ Ю.Ф.ПОЛЯКОВА ДО НАШИХ ДНЕЙ .....</b>	<b>79</b>
<b>РАЗДЕЛ 2</b>	
<b>СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ: ОТ ТРАДИЦИЙ К ПЕРСПЕКТИВАМ.....</b>	<b>86</b>
<b>МЕЛЕШКО Т.К., КРИТСКАЯ В.П. ДЕФИЦИТ СОЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ .....</b>	<b>86</b>
<b>АЛФИМОВА М.В. НАРУШЕНИЯ ОБЩЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕЙРОНАУКИ .....</b>	<b>100</b>
<b>ЕНИКОЛОПОВ С.Н. СТИГМАТИЗАЦИЯ И ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ .</b>	<b>109</b>
<b>ЗВЕРЕВА Н.В. ПСИХИЧЕСКИЙ И КОГНИТИВНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ В ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ.....</b>	<b>121</b>
<b>ХОЛМОГорова А.Б. МОЗГ И ДУША: СТАРАЯ ПРОБЛЕМА В НОВЫХ УСЛОВИЯХ.....</b>	<b>131</b>
<b>РОЩИНА И.Ф., БАЛАШОВА Е.Ю. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СТАРЕНИЯ В РОССИИ: ИСТОКИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ.....</b>	<b>142</b>
<b>МИХАЙЛОВА Н.М. ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА .....</b>	<b>156</b>

<b>МИКАДЗЕ Ю.В. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КОНТЕКСТ ПОНЯТИЯ «РЕГУЛЯЦИЯ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ»</b> .....	181
<b>ТРОИЦКАЯ Л.А. НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДЕФИЦИТ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ГЕНЕТИЧЕСКИМИ СИНДРОМАМИ</b> .....	188
<b>СЕВЕРНЫЙ А.А. МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ</b> .....	199
<b>АРИНА Г.А., ЛЕОНОВА В.А., НИКОЛАЕВА В.В., ХАРЛАНОВА Л.В. ИСКАЖЕНИЕ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА</b> .....	211
<b>ГОРБАЧЕВСКАЯ Н.Л., КОБЗОВА М.П., САЛИМОВА К.Р., ХРОМОВ А.И., ИВАНОВА А.А. ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЭГ С КОГНИТИВНЫМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА</b> .....	219
<b>ЛЕБЕДЕВА И.С., АХАДОВ Т.А., СЕМЕНОВА Н.А., БАРХАТОВА А.Н., КАЛЕДА В.Г. НА ПУТИ К МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМУ СИНТЕЗУ В ПСИХИАТРИИ: МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ</b> .....	229
<b>Л.С. ПЕЧНИКОВА, Е.В. ЛЕВИКОВА СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ</b> ... ..	236
<b>САФУАНОВ Ф.С. ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ</b> .....	242
<b>ФАНТАЛОВА Е.Б. МНОГОУРОВНЕВЫЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ</b> .....	249
<b>УРЫВАЕВ В.А. О КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ</b> .....	252
<b>БЕЛОПОЛЬСКАЯ Н.Л. ВОЗРАСТНО-ЛИЦЕВАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ И МОТИВАЦИИ ОМОЛОЖЕНИЯ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОК ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ</b> .....	256
<b>ЩЕЛКОВА О.Ю. ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБУЧЕНИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ (КЛИНИЧЕСКИХ) ПСИХОЛОГОВ</b> .....	260
<b>БЕРЕБИН М.А. КРИЗИСНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ: ЧТО ДАЛЬШЕ?</b> .....	273
<b>СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ</b> .....	292

## CONTENTS

INTRODUCTORY SPEECH by A.S.Tiganov.....	7	
INTRODUCTION.....	9	
<b>PART 1</b>		
<b>YURI FYODOROVICH POLYAKOV – TEACHER, SCIENTIST, CLINICAL PSYCHOLOGIST</b>		
POLYAKOV YU. F., GINDILIS V.M., KRITSKAYA V.P., MELESHKO T.K. USE OF MULTIDIMENSIONAL METHODS IN THE GENETICAL ANALYSIS.....	11	
ZVEREVA N.V., YENIKOLOPOV S.N. YURI FYODOROVICH POLYAKOV: THE MAN, THE SCIENTIST, THE MANAGER OF SCIENCE AND EDUCATION.....	37	
NIKOLAEVA V.V. FROM THE HISTORY OF RUSSIAN PATHOPSYCHOLOGY: YURI FYODOROVICH POLYAKOV AS A TEACHER AND A SCIENTIST.....	49	
SAVINA T.D. ABOUT MY TEACHER.....	59	
GULDAN V.V. FOR THE ANNIVERSARY OF YU. F. POLYAKOV (AS IT WAS) .....	62	
KHLOMOV D.N. YURI FYODOROVICH POLYAKOV AND THE DEVELOPMENT OF PSYCHOLOGICAL PRACTICE.....	64	
SLONEVSKY YU.A. YURI FYODOROVICH POLYAKOV AND THE PSYCHOLOGICAL CORRECTION VS. PSYCHOTHERAPY IN PSYCHIATRY.....	67	
KAZMINA O.YU., BOYKO O.M., VORONTSOVA O.YU. THE DEVELOPMENT OF THE METHOD OF PSYCHO-SOCIAL REHABILITATION IN THE MEDICAL PSYCHOLOGY LABORATORY OF SCIENTIFIC CENTER OF PSYCHICAL HEALTH (RUSSIAN ACADEMY OF MEDICAL SCIENCES): FROM YU.F.POLYAKOV TILL OUR TIME.....	79	
<b>PART 2</b>		
<b>CONTEMPORARY MEDICAL (CLINICAL) PSYCHOLOGY: FROM TRADITIONS TO PERSPECTIVES.....</b>		86
MELESHKO T.K., KRITSKAYA V.P. DEFICIT OF SOCIAL ORIENTATION IN CASES OF THE PSYCHICAL ACTIVITY PATHOLOGY.....	86	
ALFIMOVA M.V. COMMUNICATION DEFICIT IN SCHIZOPHRENIA FROM THE POINT OF VIEW OF NEUROSCIENCE.....	100	
YENIKOLOPOV S.N. STIGMA AND MENTAL HEALTH PROBLEM.....	109	
ZVEREVA N.V. PSYCHICAL DISONTOGENESIS AND ITS INVESTIGATION IN CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY.....	121	
KHOLMOGOROVA A.B. BRAIN AND SOUL OF MAN – OLD PROBLEMS IN NEW CONDITIONS.....	131	
ROSHCHINA I.F., BALASHOVA E.YU. CLINICAL PSYCHOLOGY OF AGEING IN RUSSIA: SOURCES, PROBLEMS AND PERSPECTIVES.....	142	
MIKHAILOVA N.M. ETHICAL ASPECTS OF SENILE DEMENTIA INVESTIGATION AND TREATMENT.....	156	
MIKADZE YU.V. NEUROPSYCHOLOGICAL CONTEXT OF THE NOTION “PSYCHICAL ACTIVITY REGULATION”.....	181	
TROITSKAYA L.A. NEUROPSYCHOLOGICAL DEFICIT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH GENETIC SYNDROMES.....	188	

SEVERNY A.A. INTERDISCIPLINARY PROBLEMS OF HELP ORGANISATION FOR CHILDREN WITH PSYCHOSOMATIC DISORDERS .....	199
ARINA G.A., LEONOVA V.A., NIKOLAEVA V.V., KHARLANOVA L.V. DISTORTION OF BODY EXPERIENCE DURING SEXUAL MATURATION WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS .....	212
GORBACHEVSKAYA N.L., KOBZOVA M.P., SALIMOVA K.R., KHROMOV A.I., IVANOVA A.A. INVESTIGATION OF THE RELATION BETWEEN QUANTATIVE EEG DATA WITH COGNITIVE AND PERSONAL FEATURES OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS .....	219
LEBEDEVA I.S., AKHADOV T.A., SEMYONOVA N.A., BARKHOTOVA A.N., KALEDA V.G. ON THE ROAD TOWARDS MULTIDISCIPLINARY SYNTHESIS IN PSYCHIATRY: METHODS OF NEUROVISUALIZATION .....	229
PECHNIKOVA L.S., LEVIKOVA E.V. SOCIAL INTELLECT AND SOCIAL HABITS OF ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIA .....	236
SAFUANOV F.S. QUESTIONS OF TEACHING AND ADVANCE TRAINING OF MEDICAL PSYCHOLOGISTS FOR INSTITUTIONS OF FORENSIC PSYCHIATRY EXAMINATION .....	242
FANTALOVA E.B. MULTILEVEL METHODOLOGICAL APPROACH TO CLINICAL PSYCHOLOGICAL INVESTIGATION .....	249
BELOPOLSKAYA N.L. AGE AND FACIAL (SELF) IDENTIFICATION AND MOTIVATION OF FACIAL REJUVENATION WITH FEMALE PATIENTS OF PLASTIC SURGERY .....	256
URYVAEV V.A. ABOUT THE CLINICAL PSYCHOLOGY DEPARTMENT IN MEDICAL INSTITUTE .....	252
SHCHYOLKOVA O.YU. USE OF SYSTEM MODEL OF PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN TEACHING AND PROFESSIONAL TRAINING OF MEDICAL (CLINICAL) PSYCHOLOGISTS .....	260
BEREBIN M.A. CRISIS PHENOMENA IN TRAINING AND ACTIVITY OF CLINICAL AND MEDICAL PSYCHOLOGISTS: PERSPECTIVES .....	273
INFORMATION ABOUT AUTHORS .....	292

## ВСТУПИТЕЛЬНОЕ СЛОВО

Познание сущности одного из наиболее распространенных и тяжелых психических заболеваний – шизофрении – было и остается одной из приоритетных задач современной медицинской науки.

Ошибочно предполагать, что клинический метод познания болезни полностью исчерпал себя: вопросы о единстве шизофрении, вариантах ее течения, прогнозе, пределах возможностей современной терапии, биологической сущности заболевания продолжают оставаться в центре внимания как клиницистов, так и биологов.

Особое место в изучении шизофрении занимают исследования профессора Ю.Ф. Полякова и его сотрудников, изучающих патологию таких компонентов психической деятельности, как мотивация, мышление, познание. Попыткам в разрешении этих вопросов, как в прошлом, так и в настоящее время посвящены исследования лаборатории патопсихологии (ныне – отдела медицинской психологии) НЦПЗ РАМН, возглавлявшейся на протяжении многих лет Ю.Ф. Поляковым.

Принятый в настоящее время мультидисциплинарный подход к изучению тех или иных психопатологических процессов является наиболее адекватным для выявления сущности психических нарушений.

Суть направления, развивавшегося Ю.Ф. Поляковым и его последователями и учениками, связана с представлением о существовании внутренних взаимосвязей особенностей психического склада больных, нераскрывающихся в полной мере через традиционный анализ клинических проявлений. Одной из центральных задач исследований отдела было и остается изучение шизофренического слабоумия, при этом в результате исследования появились сомнения в правомерности использования этого термина, т.к. понятие слабоумия связано с ослаблением умственных возможностей, что не характерно для больных, страдающих шизофренией.

Исследования отдела отличает высокий профессионализм, направленный не на коррекцию принятых в психиатрии положений и постулатов, а на попытки объяснить эти особенности с точки зрения патопсихологического подхода.

Нельзя не отметить и практической значимости проводимых в отделе исследований, ибо значительная часть работы была посвящена проблемам психологической коррекции и социальной адаптации больных шизофренией.

Ю.Ф. Поляков, создавший собственную школу и посвятивший большую часть жизни изучению патопсихологии шизофрении, является выдающимся представителем психологической науки, он как никто умел убедить своих коллег в правильности и адекватности тех или иных результатов исследования, ему была свойственна корректность в дискуссиях, чувство признательности за сделанные критические замечания.

Юрий Федорович обладал блестящей эрудицией, он отличался коммуникабельностью, был прекрасным собеседником, обладавшим чувством юмора, он был неизменно добр к коллегам и высоко ценил их доброе отношение к себе.

Память о Юрии Федоровиче навсегда сохранится у тех, кто работал и был в близких отношениях с ним. Наследие Ю.Ф. Полякова – бесценный вклад в современную медицинскую (клиническую) психологию.

*академик РАМН, профессор  
А.С. Тиганов*



## ОТ РЕДАКЦИИ

Организаторы юбилейной конференции к 85-летию со дня рождения Юрия Федоровича Полякова (1927-2002) задумывали это издание как коллективную монографию, посвященную современному состоянию медицинской (клинической) психологии. Монография состоит из 2-х разделов и включает статьи, специально подготовленные ведущими специалистами Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, многие из которых были коллегами и учениками Ю.Ф. Полякова.

Профессор Юрий Федорович Поляков, ученик Б.В. Зейгарник, был выдающимся отечественным патопсихологом и организатором науки, который вместе со своим Учителем явился инициатором создания специальности «Клиническая психология» и расширения сферы практической деятельности медицинских психологов в области здравоохранения. Под руководством Ю.Ф. Полякова в ВНЦПЗ АМН СССР (ныне ФГБУ «НЦПЗ» РАМН) была создана модель работы клинического психолога в психиатрии, которая включала не только сотрудников научной лаборатории патопсихологии, но и большое число практических медицинских психологов в подразделениях НЦПЗ. Результатами сотрудничества научных и практических психологов явились теоретические разработки в клинической патопсихологической синдромологии и диагностике, а также практическая психокоррекционная работа с больными с различными видами психической патологии. Основная гипотеза возглавляемой Ю.Ф. Поляковым научной школы о нарушении познавательной деятельности при шизофрении до сих пор остается актуальной и является значительным достижением отечественной клинической психологии.

Юрий Федорович был человеком, открытым всему новому, в чем легко убедиться, если перечислить новые направления работы медицинских (клинических) психологов: социальная реабилитация психически больных, перинатальная психология, юридическая психология, нейропсихология позднего возраста, психологическая коррекция.

Профессор Ю.Ф. Поляков был одним из зачинателей мультидисциплинарных исследований в психиатрической клинике, которые

включали специалистов разных специальностей: психиатров, психологов, биологов (генетиков, психофизиологов, и др.).

Открывает сборник вступительное слово академика РАМН А.С. Тиганова, в котором обозначен выдающийся вклад Юрия Федоровича Полякова в развитие отечественной патопсихологии. В первом разделе книги «Юрий Федорович Поляков – учитель ученых, клинический психолог» представлены материалы собственных исследований Ю.Ф. Полякова, статьи о вкладе Ю.Ф. Полякова в отечественную психологию, воспоминания его коллег и учеников, а также работы, посвященные развитию направлений работы лаборатории патопсихологии на современном этапе.

Второй раздел «Современная медицинская (клиническая) психология: от традиций к перспективам» включает статьи, отражающие традиционные и новые подходы в исследованиях отечественных медицинских (клинических) психологов и специалистов смежных областей знания: патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития, психокоррекция и психотерапия, геронтопсихиатрия, детская психиатрия, нейрофизиология и др.

Редакционная коллегия выражает свою благодарность всем авторам за помощь в формировании монографического сборника. Особая признательность бывшим и настоящим сотрудникам лаборатории Ю.Ф. Полякова за участие в конференции и воспоминания о совместной научной работе с Юрием Федоровичем. Выражаем благодарность жене и сыну Ю.Ф. Полякова за помощь в организации конференции.

Благодарим всех, кто помогал изданию сборника: А.И. Хромова (компьютерная верстка), И.Ф. Рощину, С.Н. Ениколопова, Н.В. Звереву, Е.Г. Каримулину, Н.О. Николаеву, Н.В. Давиденко, М.В. Звереву, М.И. Вещикову за организационную и редакторскую работу.

Редакционная коллегия убеждена, что данное монографическое издание окажется востребованным специалистами по медицинской (клинической) психологии и патопсихологии и смежным областям знания.

## РАЗДЕЛ 1

### ЮРИЙ ФЕДОРОВИЧ ПОЛЯКОВ – УЧИТЕЛЬ УЧЕНЫЙ, КЛИНИЧЕСКИЙ ПСИХОЛОГ

---

#### ИСПОЛЬЗОВАНИЕ МНОГОМЕРНЫХ МЕТОДОВ В ГЕНЕТИЧЕСКОМ АНАЛИЗЕ НЕКОТОРЫХ ХАРАКТЕРИСТИК ПОЗНАВАТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ<sup>1</sup>

Ю. Ф. Поляков, В. М. Гиндилис, В. П. Критская, Т. К. Мелешко

**1. Постановка проблемы.** Структура отражательной деятельности мозга человека включает большое число уровней организации, на каждом из которых психические проявления в разной степени опосредованы биологическими и социальными факторами. В связи с этим в методологическом аспекте при исследовании взаимодействия этих факторов в развитии психики одной из важнейших является задача адекватного выбора таких компонентов («звеньев») в структуре отражательной деятельности, которые явились бы «базисными» для изучения биологической, в частности генетической, детерминации формирования психики. По-видимому, не случайно оказались недостаточно эвристичными попытки изучения роли генетических факторов в формировании таких интегральных характеристик психики, как, например, интеллект, общие и специальные способности, школьная успеваемость, темперамент, восприятие и т. д. Опосредованность связей этих сложных свойств психики социальными факторами столь велика, что использование их в качестве первичных характеристик оказывается малоэффективным инструментом содержательного анализа механизмов генетической детерминации психических особенностей человека.

---

<sup>1</sup> Печатается по изданию: Проблемы генетической психофизиологии человека / Под ред. И.В. Равич-Щербо. – М., 1978.

Более перспективным может оказаться поиск и выбор в качестве базисных характеристик менее интегративных компонент отражательной деятельности мозга, через которые конституциональные (в том числе и генетические) факторы влияют на формирование более сложных свойств психики, связанных с этими компонентами.

Большие возможности для реализации указанного подхода таит в себе область наследственно обусловленной патологии психической деятельности, относимой к категории эндогенных психических заболеваний и аномалий психического развития. Возможности эти основываются на том, что в этих случаях особенности генотипа могут фенотипически проявляться в аномалиях функционирования мозга, что на уровне психической деятельности выражается в особенностях психических процессов и свойств личности, характерных как для самих пробандов (преморбидно, т. е. до заболевания), так и для их здоровых (непроцессуальных) родственников. Этот тезис обоснован широким кругом клинических данных, свидетельствующих о наличии тех или иных фенотипически «сквозных» особенностей психики, типичных для больных пробандов и присущих также их «здоровым» родственникам. Такие «сквозные» особенности психики являются предрасположенными, т. е. отражающими особенности генетической структуры данной группы индивидов. Использование подобных «естественных» групп позволяет при определенном построении экспериментально-психологических исследований выявлять некоторые компоненты (звенья) в структуре психической деятельности, при анализе которых генетическая обусловленность выступает более явно.

Причина «неочевидности» генетической обусловленности интегральных характеристик отражательной деятельности мозга кроется отнюдь не в отсутствии такого контроля, а в трудности расчленения сложных свойств нормальной психики на компоненты — «фены», адекватные традиционным приемам генетического анализа, основанного на моделях дискретных распределений генотипов в популяции и альтернативных распределений фенотипов в семьях. В этом смысле наследственно обусловленные нарушения психической деятельности представляют удачную модель, в самой природе которой заложены возможности выявления и анализа компонент (звеньев) отражательной деятельности мозга,

адекватных экспериментально-психологической разработке рассматриваемой проблемы.

Изложенные принципиальные установки нашли свое отражение в направлении экспериментально-психологических исследований, проводимых в Институте психиатрии АМН СССР и ориентированных на изучение особенностей познавательной деятельности при шизофрении. Обоснование принципов и методик указанных исследований, а также подробное изложение их результатов представлены в целом ряде публикаций, вышедших из лаборатории патопсихологии данного института [6, 7, 9—13]. Здесь мы ограничимся очень сжатым изложением основных результатов, послуживших предпосылкой для настоящего исследования.

Первый цикл исследований охватывал группу больных юношеской шизофренией с относительно благоприятным течением, у которых наиболее рельефно выступали специфические изменения личности по так называемому «шизофреническому типу» и наиболее отчетливо выявлялись определенные особенности познавательной деятельности, характерные для больных шизофренией. В исследовании использовали широкий круг методик, позволявших охарактеризовать и количественно оценить особенности мыслительных процессов, связанных с классификацией, сравнением, обобщением, решением проблемных задач и т. д., а также речевых процессов, слухового и зрительного восприятия.

Анализ экспериментальных данных показал, что те познавательные процессы — мыслительные и перцептивные, — протекание которых у больных шизофренией изменено, имеют в своей структуре общее звено. Общей чертой этих видов деятельности оказывается то, что в процессе их реализации возникает необходимость привлечения из памяти тех или иных сведений, причем наличная ситуация и анализ условий не дают достаточных ориентиров для предпочтительности актуализации. В одних случаях это мог быть тот или иной круг свойств, отношений предметов, необходимых для их сравнения, классификации или решения проблемной задачи, в других — речевых элементов, требуемых для завершения слова, фразы, в-третьих — та или иная система эталонных образов, энграмм, используемых при опознании стимулов.

Познавательная деятельность всегда осуществляется на основе и посредством знаний (сведений, информации), приобретенных в прошлом общественно обусловленном опыте субъекта. Но дело не сводится к механическому воспроизведению всей суммы знаний, к простому перебору имеющихся в памяти сведений, а предполагает избирательность, т. е. определенного рода селекцию на основе разнообразных факторов, детерминируемых как наличной ситуацией, требованиями задачи, ходом ее анализа, так и прошлым опытом субъекта. Очевидно, что разные виды познавательных процессов (выполнение разных видов деятельности) связаны с различными условиями детерминации актуализируемых знаний. В этом плане задачи основных экспериментальных серий имеют определенное сходство. Анализ результатов деятельности здоровых людей показывает, что в этих случаях актуализация знаний существенно обуславливается прошлым опытом, на основе разных факторов которого и осуществляется избирательность, предпочтительность привлечения (актуализации) сведений из памяти. Прошлый опыт всегда опосредует деятельность человека, его реакции на воздействия среды, но роль и характер этого опосредования могут быть различны. В рассматриваемых нами видах деятельности (измененных при шизофрении) роль прошлого опыта заключается и в том, что он существенно влияет на вероятности актуализации, на предпочтительность привлечения информации из памяти, когда ситуация, условия задачи, предыдущий ход деятельности, допуская возможность использования определенного круга сведений из памяти, не содержат достаточных оснований для снятия неопределенности актуализации (в одних случаях из-за «глухой» инструкции при выполнении мыслительных и речевых заданий, в других — в связи с неопределенностью, многозначностью маскированного опознаваемого сигнала и т. д.). Факторы прошлого опыта, влияющие на избирательность, предпочтительность актуализации, могут быть разными. В наших экспериментах в качестве таковых выступали, например: при сравнении и классификации предметов — социально-практическая значимость свойств и отношений, при завершении слов по заданному слогу или при предсказании появления изображений букв русского алфавита — частота использования в речевой деятельности, при завершении фраз — лексическая

вероятность и т. д. Во всех этих случаях разная вероятность, предпочтительность привлечения сведений (информации) из памяти оказывается прежде всего функцией от факторов, лежащих вне ситуации, вне инструкции, вне данного стимула и т.д.

Таким образом, результаты исследования и соответствующий анализ позволили определить то звено, которое оказывается общим в структуре познавательных процессов, нарушающихся при шизофрении, как *избирательное привлечение (актуализация) сведений на основе прошлого опыта*.

Именно при наличии этого звена в структуре (составе) выполняемой познавательной деятельности отмечается ее изменение у больных шизофренией по сравнению со здоровыми людьми. Те виды деятельности, в структуре которых роль этого звена незначительна, протекают у больных шизофренией без существенных отличий от здоровых испытуемых.

Одновременно с выявлением зависимости между нарушением познавательных процессов и наличием определенного звена в их структуре экспериментальные данные позволяли характеризовать изменение и самого звена. Анализ показал, что во всех тех случаях, когда у здоровых людей наблюдается избирательность актуализируемых сведений на основе прошлого опыта, у больных шизофренией изменяется система привлекаемых сведений. Закономерным оказывается расширение по сравнению со здоровыми испытуемыми круга актуализируемых и используемых сведений наряду с тенденцией к уравниванию вероятностей актуализации тех или иных знаний. Понижается вероятность сведений, которые предпочтительно актуализируются здоровыми людьми, и повышается вероятность актуализации латентных сведений, мало используемых здоровыми людьми. Непосредственно это выявилось при анализе частотных характеристик привлекаемых сведений в заданиях, требующих актуализации речевых связей, и в ряде экспериментальных серий, направленных на исследование мыслительных процессов. Косвенно свидетельствовали об этом же выявленные различия в порогах опознания зрительных и звуковых сигналов у больных шизофренией и здоровых людей. Убедительное подтверждение этого — результаты решения проблемных задач, а также результаты экспериментальной серии, где в качестве индикатора при

исследовании процесса опознания зашумленных речевых сигналов использовался такой произвольный электрофизиологический показатель, как степень депрессии  $\alpha$ -ритма.

Таким образом, экспериментальные данные свидетельствовали о том, что у больных шизофренией нарушается (ухудшается) избирательность сведений, привлекаемых на основе прошлого опыта, сглаживается, стирается предпочтительность актуализации знаний.

Следует принять во внимание, что избирательность, предпочтительность актуализации знаний на основе факторов прошлого опыта является, по-видимому, эволюционно сложившейся приспособительной характеристикой работы мозга. Целесообразность такой организации деятельности здорового мозга заключается в ее возможностях обеспечить экономичность, оптимальность поиска нужной информации в ситуациях (задачах) повседневной жизни, который апеллирует прежде всего к обычным, «стандартным», практически значимым в каждой данной ситуации свойствам и отношениям предметов и явлений. Поскольку при шизофрении нарушения познавательной деятельности проявляются прежде всего в ухудшении избирательности актуализируемых знаний, в расширении круга привлекаемой из памяти информации, то такие больные могут получить в некоторых случаях лучший результат, испытывая меньшие трудности, чем здоровые люди, в поиске и использовании в нетривиальной ситуации латентных, малозначимых по прошлому опыту знаний. Однако эта же особенность отражательной деятельности больных приводит к существенному «проигрышу» в подавляющем большинстве повседневных ситуаций и позволяет тем самым понять своеобразие социально-адаптационных возможностей больных шизофренией.

Следующий цикл экспериментально-психологических исследований был посвящен более детальному изучению взаимосвязи между установленным нарушением одного из звеньев познавательной деятельности и различными клиническими параметрами заболевания. Эти исследования показали, что первоначальное рассмотрение выявленных нарушений познавательной деятельности как результата текущего болезненного процесса было не вполне корректным. Оказалось, что характерное для больных шизофренией ухудшение



избирательной актуализации знаний практически не коррелирует с показателями динамики болезненного процесса и не является свойством, возникающим в результате манифестации психоза, как, например, продуктивные психопатологические расстройства. Однако была обнаружена отчетливая связь характера и выраженности нарушений познавательной деятельности больных с качественной структурой негативных расстройств и особенностями личности больного до заболевания (в преморбиде). Эти данные направили рассмотрение всего вопроса в иную плоскость и послужили основой для предположения о том, что выявленные нарушения познавательной деятельности представляют собой характеристику психики, которая, скорее всего, предшествует возникновению болезни и отражает так называемые predispositional факторы, обусловленные конституционально.

Таким образом, в процессе анализа полученных данных стала очевидной необходимость исследования здоровых родственников в семьях пробандов, страдающих шизофренией. Предварительные данные, полученные в этом направлении, показали, что среди клинически здоровых родственников больных шизофренией имеет место существенное накопление лиц, которые по различным показателям избирательной актуализации знаний отличаются от контрольной выборки из общей популяции здоровых и характеризуются разной степенью выраженности аномалии, обнаруженной у самих пробандов. Эти факторы обусловили более глубокий интерес лаборатории патопсихологии к проблемам генетической детерминации механизмов отражательной деятельности мозга человека в норме и патологии.

В указанном направлении экспериментально-психологические исследования естественным образом сомкнулись с параллельно развивавшимися в Институте психиатрии АМН СССР собственно генетическими исследованиями шизофрении, которые опираются на относительно новые идеи и методы многомерного генетического анализа [2—5, 16—18]. В рамках этого подхода система количественных показателей, характеризующих особенности процессов избирательной актуализации знаний, рассматривалась как один из возможных уровней описания наследственного предрасположения к шизофрении.

**2. Некоторые методические аспекты.** Материалом настоящего исследования служили данные экспериментально-психологического изучения особенностей избирательной актуализации знаний в процессе познавательной деятельности у здоровых испытуемых обоего пола в возрасте 16—39 лет (57 человек) и старше 45 лет (46 человек), у больных с различными клиническими формами заболеваний шизофренического и аффективного спектров (180 человек). Собственно генетический аспект исследования включает данные о родственниках (преимущественно клинически здоровых — всего 81 человек: 35 сибсов, 28 матерей и 18 отцов) из близнецовых семей, в которых один или оба близнеца страдали той или иной формой функциональных психозов. Группа близнецов включает 30 пар: 12 монозиготных (МЗ) и 18 однополых дизиготных (ДЗ). Определение типа зиготности близнецов проводилось в генетической группе Института психиатрии АМН СССР (лаборатория профессора М. Е. Вартаняна) по нескольким методам, в совокупности уменьшающим ошибку диагностики до 1—2% [5, 17]. Экспериментально-психологическое исследование проводили на основе методик, описанных ранее [6, 7, 9, 10]. Для исследования особенностей актуализации знаний в процессе мышления была использована серия задач на сравнение и классификацию предметов. Задачи предлагались испытуемым с «глухой» инструкцией: в условии не указывалось направление, в котором нужно было сопоставлять предметы, в этом смысле испытуемым предоставлялась полная свобода выбора оснований для обобщения. Испытуемые не ограничивались в количестве актуализируемых признаков. В этих условиях актуализация того или иного признака существенно определяется прошлым опытом, знаниями испытуемых, в которых зафиксирован общественный опыт использования тех или иных предметов. Задачи на сравнение были подобраны так, что их условно можно было разделить на 2 группы: 1) относительно однородные объекты (воробей—соловей, груша—огурец и т. д.) и 2) разнородные объекты (ботинок—карандаш, часы—река и т. д.). Сопоставление разнородных предметов представляло для испытуемых большую трудность, чем сравнение однородных предметов.

В задачах на классификацию требовалось сгруппировать три предмета, исключив четвертый, к ним не подходящий. Испытуемых не ограничивали в количестве группировок и в выборе оснований для обобщения. Как и в задачах на

сравнение, классификация предметов в разных вариантах задания была неодинаковой по сложности.

Объективным критерием для характеристики мышления испытуемых через характеристику актуализируемых свойств и отношений служила частота использования того или иного свойства группой здоровых испытуемых. Мы исходили из того, что частота использования в эксперименте тех или иных признаков должна отражать качественную характеристику мышления, поскольку человек обычно оперирует преимущественно свойствами предметов, значение которых закреплено практикой использования этих предметов и отражено в системе усвоенных им понятий.

В зависимости от частоты их использования группой здоровых испытуемых актуализированные признаки были разделены на «стандартные» и «нестандартные». Стандартными условно считались те признаки, частота использования которых превышала среднюю частоту. Анализ полученных данных проводился по следующим параметрам:

- 1) По общему числу актуализированных признаков;
- 2) По коэффициенту стандартности, который выражал долю «стандартных» свойств в общем числе использования признаков;
- 3) По коэффициенту «латентности», выражающему долю необычных, оригинальных признаков среди всех свойств, актуализированных в данном варианте задания. (Пример «латентного» свойства: ботинок и карандаш «оставляют следы».) «Латентность» признаков определялась независимо пятью психологами.

Для исследования особенностей актуализации речевых связей на основе прошлого опыта был использован следующий методический прием.

Испытуемому предлагался первый слог слова, и он должен был завершить его так, чтобы получилось целое слово. Требование отвечать возможно быстрее, а также выполнение несложной побочной задачи (по ходу эксперимента необходимо было чертить палочки) приводили к тому, что испытуемый не мог перебирать возможные варианты ответов и должен был называть слово, актуализировавшееся первым. Ответы испытуемых записывались, латентные периоды регистрировались с помощью секундомера.

В эксперименте использовался стандартный набор из 50 слогов, из них 30 — двухбуквенные и 20 — трехбуквенные. Слоги были подобраны так, что за ними стояли системы вариантов ответов различной сложности. Таким образом, определялась лишь система, из которой необходимо было произвести выбор одного из возможных ответов исходя из прошлого речевого опыта, поскольку никаких ориентиров для предпочтения того или иного ответа инструкция не содержала.

Поскольку ответы испытуемых не могли быть определены однозначно (правильные — неправильные), то они квалифицировались с точки зрения частоты их использования в эксперименте. Учитывалось общее число вариантов ответов, использованных в каждой группе испытуемых — здоровых и больных шизофренией, а также их частотное распределение на каждый слог.

Результаты каждого испытуемого оценивались двумя показателями: средней вероятностью ответов, использованных в эксперименте (вероятность каждого ответа определялась по данным группы здоровых), и так называемым коэффициентом стандартности — отношением числа ответов, частота использования которых в группе здоровых была выше средней, к общему числу ответов.

Эти показатели определялись отдельно для системы двух-трехбуквенных слогов.

Для количественной оценки особенностей избирательной актуализации знаний в мыслительной и речевой деятельности использовали 10 показателей. Первые шесть — для оценки ответов испытуемых в задачах на сравнение и классификацию, последние четыре — для оценки особенностей актуализации речевых связей. Первый и четвертый показатели отражали общее число свойств, использованных испытуемым в задачах на сравнение и классификацию соответственно; второй и пятый — соответствующие коэффициенты стандартности в задачах на сравнение и классификацию; третий и шестой — соответствующие коэффициенты латентности. Таким образом, первые три показателя оценивали ответы испытуемых в задачах на сравнение и последующие три из шести — в задачах на классификацию. Седьмой и восьмой показатели оценивали ответы испытуемых в системе двухбуквенных слогов, девятый и

десятый — в системе трехбуквенных слогов. При этом 8-й и 10-й выражали усредненную вероятность ответов испытуемого (в условных единицах), а 7-й и 9-й — долю стандартных ответов. Обоснование использованных показателей и техника их вычислений изложена в указанных выше работах [6, 7, 9—13].

При статистической обработке материалов по каждому показателю в отдельности использовали известные методы вычисления стандартных статистик выборочных распределений (среднее значение —  $\bar{x}$ , квадратическое отклонение —  $s$ ) и сравнение характеризующих различные группы испытуемых распределений на основе соответствующих параметрических критериев:  $t$  — критерий Стьюдента (для средних значений) и  $F$  — критерий Фишера (для дисперсий), а также на согласие этих распределений с нормальным распределением [15]. Многомерный генетический анализ включает в себя в качестве одной из основных процедур давно известный в математической статистике метод, относящийся к многомерным методам, — так называемый анализ главных компонент. Подробное теоретическое обоснование и обсуждение некоторых методических вопросов компонентного анализа можно найти в специальных монографиях [1, 8]. Собственно генетические аспекты многомерного анализа освещены в ряде публикаций [2— 5, 16—18].

**3. Результаты исследования.** Многомерный подход к анализу данных включает в себя как необходимый предварительный этап стандартный статистический анализ каждого из исследуемых показателей в отдельности. В табл. 1 представлены оценки стандартных статистик выборочных распределений 10 изученных показателей в двух основных выборках: здоровые и больные шизофренией в соответствующем возрастном интервале, а также данные сравнения этих статистик. Из представленных данных можно видеть, что выборка больных, по сравнению с выборкой здоровых испытуемых, в статистическом отношении является заметно более гетерогенной. Этот факт вполне объясним, поскольку выборка больных включала испытуемых, существенно различающихся по типу и степени шизофренического дефекта. Согласно данным сравнения с помощью критерия Стьюдента можно видеть, что по средним значениям показателей стандартности и латентности в обоих вариантах методики исследования мыслительной деятельности здоровые и больные различаются

весьма существенно, тогда как по таким показателям, как общее число актуализированных свойств (в обоих вариантах), различия не достигают статистически значимого уровня. Факт отсутствия значимых различий между больными и здоровыми по средним значениям первого и четвертого показателя вполне согласуется с представлениями о природе изучаемых процессов и их нарушений. Он свидетельствует о том, что в условиях эксперимента, когда общее число актуализируемых свойств не регламентируется, больные, как и здоровые, в среднем одинаково продуктивны. В то же время по основным показателям (2, 3, 5, 6), отражающим процессы избирательной актуализации на основе факторов прошлого опыта в задачах на сравнение и классификацию, больные шизофренией отличаются от здоровых. По второй группе показателей, отражающих данные слоговой методики, выборочные распределения в группе больных и здоровых для каждого из четырех показателей не различаются по дисперсиям и весьма существенно различаются по средним значениям.

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что хотя группы больных и здоровых заметно перекрываются по величине всех изученных показателей, однако в целом здоровые испытуемые характеризуются большей стандартностью, а больные соответственно большей «латентностью» ответов при решении мыслительных и речевых задач.

Таблица 1

Стандартные статистики выборочных распределений 10 показателей избирательной актуализации знаний для здоровых ( $N=103$ ) и больных шизофренией ( $N=82$ )

Статистики	Среднее значение:		$t$ - критерий Стьюдента	Стандартное отклонение: $s$		$F$ -критерий Фишера	Характеристика распределения
	здоровые	больные шизофре нией		здоровые	Больные шизофре нией		
<b>Задачи на сравнение:</b>							
Общее число свойств	29,6	34,3	Различ ие незначи мо	11,4	18,0	2,49	Близко к нормальному (положительная асимметрия)
Коэффициент стандартности	75,0	60,6	4,65	18,0	22,1	Различие незначимо	Близко к нормальному (отрицательный экссесс)
Коэффициент латентности	5,0	7,9	2,97	5,6	7,0	1,56	Существенно положительная асимметрия
<b>Задачи на классификацию:</b>							
Общее число свойств	8,9	9,6	Различ ие незначи мо	4,2	4,7	Различие незначимо	Существенно положительная асимметрия
Коэффициент стандартности	75,4	69,2	1,97	20,9	20,1	»	Близко к нормальному (отрицательный экссесс)
Коэффициент латентности	5,4	8,6	2,46	7,2	9,5	1,74	Существенно положительная асимметрия
<b>Слоговая методика для двух буквенных слогов:</b>							
Коэффициент стандартности	0,71	0,54	$p < 0,01$	0,11	0,13	Различие незначимо	Нормальное
Вероятность	25,9	19,7	$p < 0,01$	4,7	4,5	»	»
Слоговая методика для трех-буквенных слогов:							
Коэффициент стандартности	0,74	0,58	$p < 0,01$	0,13	0,14	Различие незначимо	Близко к нормальному (отрицательная асимметрия)
Вероятность	30,4	25,1	$p < 0,01$	5,1	6,0	»	»

Многомерный статистический анализ включает в себя детальное изучение степени и направления корреляционных связей между исследуемыми характеристиками. При этом целью одной из процедур такого подхода — анализа главных компонент — является выделение основных направлений совместного варьирования изучаемых показателей. Матрица корреляций всех десяти показателей для выборки здоровых представлена в табл. 2. Даже визуальный анализ этой матрицы показывает наличие характерной неоднородности ее структуры: корреляции внутри каждой из двух основных групп показателей существенно выше, чем интеркорреляции между группами.

Таблица 2

Корреляционная матрица исследованных экспериментально-психологических характеристик для группы здоровых испытуемых (N=103,  $r_{(5\%)}=0,19$ ,  $r_{(1\%)}=0,26$ )

Показатели мыслительной (1—6) и речевой (7—10) деятельности	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	1	-0,43	0,22	0,52	-0,22	-0,21	-0,11	-0,07	-0,04	0,03
2		1	0,77	-0,18	0,14	-0,16	0,23	0,09	0,15	0,07
3			1	0,10	-0,06	0,20	-0,27	-0,12	-0,14	-0,07
4				1	-0,62	0,42	-0,12	-0,26	-0,03	-0,13
5					1	0,56	0,02	0,10	0,05	0,03
6						1	-0,04	-0,15	0,02	0,01
7							1	0,72	0,42	0,39
8								1	0,33	0,37
9									1	0,80
10										1

Количественная оценка степени этой неоднородности была проведена на основе специального критерия Кульбака [8]. Оказалось, что гипотеза о независимости двух групп показателей может быть принята, поскольку соответствующее значение  $\chi^2$ -критерия, равное 33,8, не превышает 5% граничное значение (для 24 степеней свободы), равное 36,4.

Поскольку каждая из двух основных экспериментально-психологических методик, использованных в настоящем исследовании, включала два варианта (задачи на сравнение и классификацию в рамках первой методики и задачи с двух-трехбуквенными слогами во второй), представляет естественный интерес анализ степени корреляции подгрупп соответствующих показателей внутри каждой из основных методик. Оказалось, что подгруппы показателей внутри каждой группы существенно коррелируют, и гипотеза о независимости



соответствующих подматриц может быть отвергнута на весьма высоком уровне значимости.

Тот факт, что в настоящем исследовании две основные группы показателей (1—6, 7—10) варьировали в значительной степени независимо, позволяет исследовать главные компоненты соответствующих корреляционных матриц отдельно. В табл. 3 представлены собственные значения и собственные векторы корреляционной матрицы первой и второй групп показателей в отдельности (для выборки здоровых). В обоих случаях главные компоненты расположены в порядке старшинства, т. е. в соответствии с величиной вклада каждой из них в общую дисперсию данной подсистемы показателей.

Таблица 3

Главные компоненты системы 10 показателей избирательной актуализации знаний для группы здоровых испытуемых

Для системы 6 показателей мыслительной деятельности						
Номер компоненты. Собственное значение % от общей дисперсии	I 2,62 43,6		II 1,56 26,1		III 0,87 14,4	
Собственный вектор	$e_i$	$e_i^2 \cdot 100$	$e_i$	$e_i^2 \cdot 100$	$e_i$	$e_i^2 \cdot 100$
	0,412	17	-0,061	0	0,711	50
	-0,399	16	0,550	30	0,037	0
	0,340	12	-0,577	33	-0,301	9
	0,464	22	0,330	11	0,290	8
	-0,421	18	-0,417	17	0,252	6
	0,403	16	0,278	8	-0,506	26
Для системы 4 показателей речевой деятельности						
Номер компоненты. Собственное значение % от общей дисперсии	I 2,52 63,0		II 1,01 25,3			
Собственный вектор	$e_i$	$e_i^2 \cdot 100$	$e_i$	$e_i^2 \cdot 100$		
	0,498	25	0,478	23		
	0,474	22	0,548	30		
	0,513	26	-0,489	24		
	0,514	26	-0,482	23		

Рассмотрим подробнее полученные результаты для первой группы показателей. Из шести основных направлений три старшие компоненты отражают наибольший вклад в общую дисперсию этой системы: сумма их собственных значений составляет 85% суммарной дисперсии. Это означает, что совместное варьирование изучаемых показателей в остальных независимых направлениях

данного пространства относительно мало, и в первом приближении рассмотрением соответствующих взаимосвязей можно пренебречь. Первая из трех старших компонент, на которую приходится около половины всей дисперсии системы ( $\approx 44\%$ ), отражает такой тип взаимосвязи между исследуемыми характеристиками, при котором показатели общего числа актуализируемых свойств и показатели латентности (в обоих вариантах методики) коррелируют с показателями стандартности в одинаковой степени и отрицательно. Интерпретация указанной взаимосвязи не может быть однозначной на сегодняшний день, поэтому мы приводим две наиболее вероятные из них: либо «способность актуализировать большое число латентных свойств приводит к общему увеличению числа всех свойств», либо «способность актуализировать много различных свойств непосредственно определяет увеличение числа латентных среди них». Естественно, что при указанном типе взаимосвязи относительная доля стандартных свойств уменьшается.

Вторая компонента, на которую приходится 26% всей дисперсии системы, отражает совершенно иной тип взаимосвязи между исследованными показателями. Прежде всего видно, что механизмы актуализации могут по-разному выражаться в задачах на сравнение и на классификацию. Оказывается, что способность актуализировать большое число латентных свойств в задачах на сравнение сочетается с относительно малым общим числом актуализируемых свойств и с уменьшением среди них доли латентных в задачах на классификацию. Иными словами, вторая компонента отражает связь характера актуализации с условиями задачи. В условиях, предоставляющих свободу привлечения новых свойств — оснований для сопоставления предметов (задачи на сравнение), — почти пятая часть испытуемых обнаруживает выраженную тенденцию к актуализации оригинальных, необычных, латентных признаков предметов. Эта тенденция значительно слабее выражена у тех же лиц в условиях, затрудняющих и ограничивающих нахождение оснований для группировки предметов (вариант классификации «четвертый лишний», где требуется найти общее основание для трех предметов, противопоставив их четвертому, к ним неподходящему).

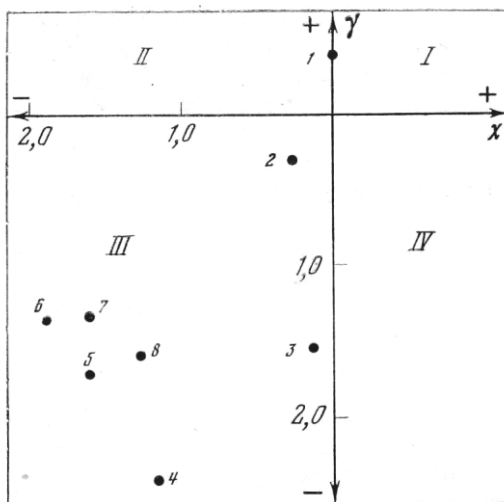
Значительный интерес представляет и третья компонента ( $\approx 15\%$  общей дисперсии системы). Она отражает такой характер взаимодействия между

признаками, когда нарушается прямая связь между общим числом актуализированных признаков и долей латентных среди них. Иными словами, при большом числе свойств доля латентных может быть мала, а при малом числе актуализированных признаков она может быть велика. Последнее не дает оснований считать, что выраженная тенденция к актуализации латентных свойств всегда связана с повышенной активностью испытуемых, проявляющейся, в частности, в увеличении числа актуализированных признаков.

Теперь рассмотрим главные компоненты для второй группы показателей, отражающих данные слоговой методики. Можно видеть, что здесь две компоненты практически исчерпывают дисперсию всей системы (88%). Старшая из них (63% общей дисперсии системы) отражает такой тип взаимосвязи четырех показателей, при котором все они варьируют в одинаковой степени и в одном направлении, тогда как вторая (25% общей дисперсии) отражает иной тип взаимосвязи, при котором имеет место диссоциация между показателями двух вариантов слоговой методики. В последнем случае наиболее вероятная интерпретация состоит в том, что система выбора речевых связей по трехбуквенным слогам существенно более ограничена, чем система выбора по двухбуквенным слогам. Этот факт в определенной степени перекликается с характером взаимосвязи между первыми шестью показателями во второй компоненте, где диссоциация между показателями задач на сравнение и показателями задач на классификацию также может быть объяснена большей ограниченностью системы выбора оснований для классификации, чем для сравнения.

Суммируя результаты интерпретации характера совместного варьирования описанных показателей, необходимо отметить, что компонентный анализ существенно расширяет возможности исследователя в установлении неочевидных взаимосвязей между изучаемыми характеристиками. Действительно, и в первой и во второй системе показателей первые компоненты отражают в принципе ожидаемый тип взаимосвязи, который был очевиден по результатам одномерного статистического анализа. Что же касается второй и третьей компонент в первой группе и второй компоненты во второй группе показателей, то установление характера отражаемых ими взаимосвязей является в значительной степени

нетривиальным результатом именно многомерного подхода к статистическому анализу. Разумеется, существование таких взаимосвязей могло подозреваться на интуитивном уровне, на основе длительного опыта работы с различными испытуемыми, однако доказательство их реального существования может быть получено на основе многомерного анализа.



*Топологические взаимоотношения между различными группами испытуемых в пространстве двух главных компонент*

Ось  $x$  — 1-я компонента системы показателей мыслительной деятельности, ось  $y$  — 1-я компонента системы показателей речевой деятельности; римскими цифрами указаны квадранты пространства; шкала по обеим осям координат указана в единицах обобщенного стандартного отклонения.

Каждая точка соответствует положению среднего значения отдельной группы испытуемых: 1 — здоровые испытуемые старше 45 лет; 2 — здоровые испытуемые моложе 40 лет; 3 — больные шизоаффективными психозами; 4 — больные шизофренией; 5 — группы близнецов-пробандов, больных шизофренией; 6, 7, 8 — их клинически здоровые родственники (6 — отцы, 7 — сибсы, 8 — матери).

Детальное обсуждение всех результатов компонентного анализа, полученных в настоящем исследовании в разных группах испытуемых, выходит за рамки настоящего сообщения. Мы ограничимся далее только несколькими иллюстрациями приложения многомерного подхода к исследованию генетического аспекта в изучении особенностей познавательной деятельности при шизофрении. С этой целью полезно рассмотреть топологические взаимоотношения между больными и их родственниками в пространстве значимых главных компонент. Предварительно, однако, необходимо найти такое пространство, в котором здоровые и больные дискриминировались бы наилучшим образом. Оказалось, что первая компонента для группы из шести

показателей и первая компонента в системе из четырех показателей образуют вместе двумерное пространство, в котором происходит хорошее разделение между больными и здоровыми. Это видно из графика, представленного на рисунке, в котором отражена интегральная картина распределения различных групп испытуемых в сравнительном аспекте и обозначены положения средних значений для каждой группы в отдельности. В табл. 4 приведены стандартные статистики выборочных распределений различных групп испытуемых по двум старшим компонентам двух систем показателей — мыслительной и речевой деятельности.

Для согласованной интерпретации приведенного графика и обсуждавшихся выше статистических результатов необходимо указать, что положительное направление по обеим осям пространства (т. е. I квадрант) характеризует большую, чем среднее значение для здоровых испытуемых, стандартность процессов избирательной актуализации знаний. Отрицательное направление по обеим осям, т. е. III квадрант, характеризует, напротив, преобладание специфической особенности этих процессов, которая присуща только определенной части популяции здоровых испытуемых и, главным образом, больным шизофренией.

Прежде всего, на рисунке можно видеть, что имеет место сильная и положительная по направлению корреляция между расположением самих больных и расположением их клинически здоровых родственников: III квадрант — область преимущественной локализации указанных групп испытуемых. Кроме того, видно, что среднее расстояние от начала координат, на котором расположены в этом квадранте больные и их родственники, существенно больше, чем среднее расстояние для здоровых испытуемых контрольной группы. Данные табл. 4 дополнительно свидетельствуют о том, что по первым компонентам в обеих системах различия между средними значениями здоровых, с одной стороны, и больных, а также их родственников — с другой, существенны и статистически значимы. Эти результаты показывают, таким образом, что клинически здоровые родственники больных шизофренией, а также аффективными психозами значительно чаще, чем контрольные испытуемые из общей популяции, обнаруживают специфическую особенность процессов

избирательной актуализации знаний. Сам по себе этот факт не может, однако, рассматриваться как прямое доказательство обусловленности обнаруженного сходства между больными и их родственниками общностью их генетических, задатков, поскольку общность семейных средовых факторов (традиции, воспитание, профессиональная ориентация и т. д.) также может быть причиной установленной топологической близости между родственниками.

Таблица 4

*Стандартные статистики выборочных распределений различных групп испытуемых в пространстве двух главных компонент*

Группа испытуемых	Общее число $N$	Старшая компонента системы показателей мыслительной деятельности		Старшая компонента системы показателей речевой деятельности	
		$\bar{x}$	$s \bar{x}$	$\bar{x}$	$s \bar{x}$
Здоровые, старше 45 лет	46	0,00	0,16	0,39	0,25
Здоровые, моложе 39 лет	57	-0,20	0,25	-0,32	0,19
Больные шизофренией	82	-1,19	0,27	-2,41	0,18
Больные шизоаффективными психозами	98	-0,05	0,18	-1,58	0,15
Близнецы	60	-1,64	0,34	-1,73	0,21
Сибсы	35	-1,63	0,40	-1,36	0,30
Матери	28	-1,29	0,45	-1,63	0,40
Отцы	18	-1,93	0,76	-1,12	0,31

Для решения поставленного вопроса необходимо показать, что исследуемое пространство — генетически информативное, т. е. межиндивидуальные различия в этом пространстве обусловлены прежде всего генетическими различиями между испытуемыми. Так, если бы удалось показать, что коэффициент генетической детерминации обеих компонент, образующих указанное пространство, приближается к 1, это означало бы, что топологическая близость пробандов и их родственников определяется исключительно общностью их генотипов. Как известно, для определения коэффициента генотипической детерминации количественных признаков используются данные о корреляциях между родственниками — МЗ и ДЗ близнецами, сибсами и родителями и детьми [14]. Подробное изложение методики определения наследуемости признака дается в работе В. М. Гиндилиса и С. Л. Финогеновой [5], а также в статье

В. М. Гиндилиса и др. в настоящем сборнике<sup>1</sup>. Здесь, однако, необходимо заметить, что близнецовые выборки были в статистическом отношении весьма малыми (12 пар МЗ и 49 пар сибсов, включая 18 пар ДЗ близнецов). В связи с этим представленные ниже оценки коэффициентов генетической детерминации главных компонент являются весьма приближенными и обсуждение их преследует скорее иллюстративные цели. Соответствующие данные представлены в табл. 5. Вместе с тем, если полученные результаты будут воспроизведены в дальнейшем на более репрезентативном в генетическом и статистическом отношении материале, то предлагаемая ниже интерпретация будет интересна для последующих экспериментально-психологических исследований в этой области.

Таблица 5

*Корреляция между родственниками и оценки основных компонент фенотипической дисперсии для двух независимых интегральных характеристик избирательной актуализации знаний*

Параметр	Число пар	I(M) *	Г(P) **
Внутриклассовая корреляция для пар МЗ близнецов $r_{MZ}$	12	0,24	0,65
для пар сибсов, включая ДЗ близнецов $r_{sb}$	49	0,13	0,20
Межклассовая корреляция для пар родители—дети $r_{op}$	94	0,14	0,20
для пар супругов $r_{pp}$	46	0,29	0,13
Компоненты фенотипической дисперсии аддитивная $G_a$		0,24	0,41
доминантная $G_d$		—	0,24
Коэффициент генетической детерминации $G$		0,24	0,65
систематическая средовая $E_c$		—	—
случайная средовая $E_w$		0,76	0,35

\* I(M) — старшая из шести главных компонент системы показателей мыслительной деятельности.

\*\* I(P) — старшая из четырех главных компонент системы показателей речевой деятельности.

Анализ данных табл. 5 показывает прежде всего, что вклад средовых факторов определяется преимущественно влиянием случайных средовых факторов ( $E_w$ ), тогда как вклад общесемейных средовых факторов ( $E_c$ ) является пренебрежимо малым. Таким образом, возникает определенное противоречие

<sup>1</sup> Проблемы генетической психофизиологии человека. — М., «Наука», 1978.

между разными аспектами исследования. Действительно, с одной стороны, имеет место большое сходство между пробандами и их родственниками по всем исследованным характеристикам, что и определяет топологическую близость между ними в пространстве двух наиболее информативных главных компонент. Но, как следует из данных разложения фенотипической дисперсии, вклад общесемейных средовых факторов ( $E_c$ ) в общую дисперсию существенно меньше вклада случайных средовых факторов ( $E_w$ ). Это означает, что общность внутрисемейной среды не может быть основной причиной сходства между родственниками по исследованным характеристикам познавательной деятельности. С другой стороны, коэффициент генетической детерминации, по крайней мере одной из двух компонент, оказался достаточно низким ( $G_A = 0,24$ ).

Для объяснения указанного противоречия необходимо напомнить, что коэффициент генетической детерминации (по определению) оценивает не само по себе наличие или отсутствие детерминации некоторого признака генетическими факторами, а степень участия таковых в детерминации межиндивидуального разнообразия по данному признаку. В связи с этим результаты оценивания вклада генетических факторов в популяционное разнообразие той или иной исследуемой характеристики организма существенно зависят прежде всего от репрезентативности близнецовых и семейных выборок из популяции. При этом имеется в виду репрезентативность их в генетическом отношении, т. е. степень охвата всего разнообразия генотипов, вовлеченных в детерминацию исследуемого признака. Так, например, если мы попытаемся установить степень генетической детерминации популяционной изменчивости активности фермента фенилаланингидроксилазы (ФАГ), но ограничимся при этом обследованием МЗ и ДЗ близнецовых пар, конкордатных по фенилкетонурии (ФКУ), будет получен неожиданный с общей точки зрения результат, хотя и справедливый для такой частной выборки. Действительно, в конкордатных по ФКУ парах близнецов, независимо от типа зиготности, оба партнера являются гомозиготами ( $ff$ ) по рецессивному гену дефектной ФАГ, и, следовательно, у всех таких гомозигот активность указанного фермента будет одинаково минимальной. В результате оценки внутрисемейных корреляций по активности ФАГ в конкордатных по ФКУ парах МЗ и ДЗ близнецов окажутся практически равными, а коэффициент



генетической детерминации, вычисляемый на основе этих данных, окажется пренебрежимо малым. Для данной выборки такой результат естественно ожидать, поскольку в генетическом отношении эта выборка является однородной, т. е. в ней отсутствует генетическое разнообразие по исследуемому признаку. Истинные оценки генетической детерминации межиндивидуальной изменчивости активности ФАГ можно получить, если в анализ будет включено все разнообразие генотипов, непосредственно влияющих на уровень активности этого фермента, т. е. гомозиготы ( $FF$ ) и гетерозиготы ( $Ff$ ). Другими словами, близнецовые пары и пары родитель — ребенок, включенные в выборку, должны отражать все возможное разнообразие конкордантных и дискордантных по активности ФАГ партнеров. В этом случае наследуемость данного признака, в отличие от первоначального результата, окажется близкой к 100%-ной.

Возвращаясь теперь к результатам настоящего исследования, отметим, что в силу ряда причин, уже упоминавшихся в разделе 2, мы располагали, к сожалению, лишь небольшой выборкой близнецовых пар. Более того, по крайней мере один из партнеров в каждой паре страдал той или иной манифестной формой шизофрении или шизоаффективного психоза. При этом две трети МЗ пар и одна треть ДЗ пар относились к группе клинически конкордантных. Учитывая весьма небольшую численность обеих выборок близнецовых пар (12 МЗ и 18 ДЗ), можно заранее ожидать, что далеко не все возможное разнообразие генотипов, вовлечённых в детерминацию такой характеристики познавательных процессов, как избирательная актуализация знаний, отражено в исследованных нами выборках близнецов. Кроме того, в процессе данного исследования в качестве пока предварительного результата выяснилось, что исследованные характеристики познавательных процессов отражают не только так называемые наследственно обусловленные предрасположенности факторы заболевания, но, по-видимому, сам факт манифестации болезни у носителя соответствующих факторов. Так, оказалось, что конкордантные по шизофрении пары близнецов, независимо от типа зиготности, характеризуются почти одинаковой степенью внутрипарных различий, оцениваемых по обобщенному евклидову расстоянию между партнерами в пространстве двух наиболее информативных компонент — в среднем 0,9 единицы обобщенного стандартного отклонения. Равным образом в

клинических дискордантных парах, независимо от типа зиготности, внутрипарные различия между партнерами также оказались одинаковыми — в среднем 1,5 и 1,6 единицы стандартного отклонения для МЗ и ДЗ пар соответственно. Однако очевидно, что по абсолютной величине различия в дискордантных парах более чем в 1,5 раза выше, чем в конкордантных парах. Другими словами, если оба близнеца обнаруживают манифестные проявления психоза, они оказываются в одинаковой степени сходными по исследованным характеристикам познавательной деятельности, независимо от типа их зиготности. Как уже указывалось выше на примере активности ФАГ, сам по себе этот факт свидетельствует лишь о генотипической однородности данной частной выборки близнецов. В свете изложенного нет ничего неожиданного в том, что на материале такой выборки были получены данные о сравнительно низкой степени генетической детерминации межиндивидуальной изменчивости одной из характеристик познавательной деятельности.

Таким образом, представленные данные в совокупности свидетельствуют о сложных взаимоотношениях между генотипически детерминированными особенностями процессов избирательной актуализации и изменениями этих же процессов под влиянием текущего психического заболевания.

Прежде всего, полученные в настоящем исследовании результаты подкрепляют первоначальное предположение о наличии генетических факторов, детерминирующих особенности избирательной актуализации в процессах познавательной деятельности. Об этом свидетельствует топологическая близость больных и их родственников в пространстве главных компонент, наиболее эффективно дискриминирующих больных и здоровых вообще. Эта близость не может быть объяснена общностью внутрисемейной среды пробандов и их родственников, поскольку, как было показано, основной вклад в межиндивидуальные различия вносят случайные средовые факторы, а не общесемейные.

Вместе с тем возникновение у тех или иных индивидуумов психического заболевания (психозов шизофренического спектра) привносит в проявление изучаемой особенности познавательной деятельности дополнительные существенные изменения. Эти изменения могут, как совпадать, так и не совпадать

по направлению с генетически обусловленными эффектами. Для использования в генетическом анализе близнецовых данных эти факты имеют принципиальное значение, поскольку могут увеличивать внутрипарные различия в МЗ парах и уменьшать различия в ДЗ парах, что формально может интерпретироваться как доказательство отсутствия генетической детерминации исследуемых характеристик психической деятельности.

Необходимо также отметить, что использованный в настоящем исследовании многомерный подход к генетическому анализу позволил установить ряд важных причинно-следственных взаимосвязей между исследуемыми характеристиками психических процессов и влияние па них определенной психической патологии.

Как указывалось ранее, настоящая работа отразила лишь одни из начальных этапов слияния независимо проводившихся исследований экспериментально-психологических и генетических аспектов шизофрении. В связи с этим далеко не все существенные условия многомерного генетического анализа количественных признаков и мультифакториальных заболеваний были учтены в настоящем исследовании. Это в значительной степени определяет незавершенный характер содержательных выводов относительно механизмов генетической детерминации процессов избирательной актуализации в норме и патологии. Вместе с тем полученные результаты служат основанием для дальнейших исследований в этой области, в которых должны быть учтены принципиальные требования использованных методов.

**Резюме.** Предшествующие исследования показали, что процессы познавательной деятельности у больных шизофренией и у их здоровых родственников значительно чаще, чем в норме, характеризуются определенными особенностями. Последние выражаются в процессах мыслительной и речевой деятельности изменениями системы извлекаемых из памяти знаний, в расширении круга актуализируемых сведений, в тенденции уравнивания вероятностей их актуализации (Ю. Ф. Поляков с сотрудниками). В настоящем исследовании решался вопрос о том, в какой степени указанное сходство больных и их родственников обусловлено генетическими факторами. С этой целью использовали 10 показателей, характеризующих избирательную актуализацию знаний в процессах мыслительной и речевой деятельности, подвергнутых анализу

на основе многомерного генетического подхода, разработанного в Институте психиатрии АМН СССР (В. М. Гиндилис с сотрудниками). Метод состоит в предварительном преобразовании на основе компонентного анализа совокупности коррелирующих признаков в новую совокупность обобщенных характеристик изучаемых процессов, отражающих основные и независимые направления совместного варьирования исходных признаков. На основе семейно-близнецовых данных определяются степень и характер генетической и средовой детерминации выделенных главных компонент, что позволяет построить пространство, информативное для генетических сравнений между индивидами, т. е. такое, в котором межиндивидуальные различия определяются преимущественно генетическими факторами. Изучение топологических взаимоотношений между здоровыми, больными и их родственниками в генетически информативном пространстве позволяет установить степень и характер участия генетических факторов в детерминации исследуемых характеристик. Полученные данные дают основание рассматривать изученную особенность познавательных процессов как генетически детерминированную и патогенетически значимую составную часть наследственного предрасположения к шизофрении.

#### Литература

1. *Андерсон Т.* Введение в многомерный статистический анализ. М., Физматгиз, 1963.
2. *Гиндилис В. М.* Многомерный подход в современной генетике человека. — Тезисы 1-ой Всесоюзной конференции по медицинской генетике. М., 1975.
3. *Гиндилис В. М., Шахматова-Павлова И. В.* Генетические факторы клинического полиморфизма болезней «предрасположения». — Тезисы 6-го Съезда невропатологов и психиатров, т. 3. М., 1975.
4. *Гиндилис В. М., Лильин Е. Т.* Генетико-статистический анализ факторов многоплодия у человека. — «Генетика», 1976, т. 12, № 11.
5. *Гиндилис В. М., Финогенова С. А.* Наследуемость характеристик пальцевой и ладонной дерматоглифики человека. — «Генетика», 1976, т. 12, № 8.
6. *Критская В. П.* К вопросу о восприятии речи больными шизофренией. — В кн.: Психологические исследования. Проблемы патопсихологии, вып. 3. М., 1971.

7. *Критская В. П.* Об особенностях речевой деятельности больных шизофренией и их родственников.— «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1972, № 11.
8. *Кульбак С.* Теория информации и статистики. М., Физматгиз, 1967.
9. *Мелешко Т. К.* Особенности актуализация знаний больными шизофренией в процессе мышления. — В кн.: Психологические исследования. Проблемы патопсихологии, вып. 3. М., 1971.
10. *Мелешко Т. К., Филиппова В. А.* О связи некоторых особенностей мышления с шизофреническим процессом.— «Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова», 1973, № 6.
11. *Поляков Ю. Ф.* Патология познавательных процессов. — В кн.: Шизофрения. Мультидисциплинарное исследование, М., «Медицина», 1972.
12. *Поляков Ю. Ф.* Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., «Медицина», 1974.
13. *Поляков Ю. Ф.* Патология мозга и проблема обусловленности развития психики. — В кн.: Соотношение биологического и социального в человеке. М., 1975.
14. *Рокицкий П. Ф.* Введение в статистическую генетику. Минск, «Высшая школа». 1974.
15. *Урбах В. Ю.* Биометрические методы. М., «Наука», 1964.
16. *Финогенова С. А., Трубников В. И.* Обобщенное евклидово расстояние в многомерном пространстве признаков как мера генотипического сходства между индивидами — Тезисы 1-ой Всесоюзной конференции медицинской генетики. М., 1975.
17. *Финогенова С. А., Гиндилис В. М.* Использование интегрального параметра дерматоглифических различий (ИПДР) для определения типа зиготности близнецов. — «Генетика», 1976, т. 12, № 9.
18. *Vartanian M. Ye., Gindilis V. M.* Some notes on the genetics of behavior traits in man. *Social Biol.*, 1973, v. 20, № 3.

**ЮРИЙ ФЕДОРОВИЧ ПОЛЯКОВ: ЧЕЛОВЕК, УЧЕНЫЙ, ОРГАНИЗАТОР  
НАУКИ И ОБРАЗОВАНИЯ**

Н.В. Зверева, С.Н. Ениколопов

Юрий Федорович Поляков (1927-2002) принадлежит к уже уходящему от нас поколению отечественных психологов, тех людей, которые выдержали

испытания временем, обеспечили уважение, создали славу и общественное признание психологии в России. Родившись между двумя мировыми войнами, в период надежд на развитие науки и, в то же время, индустриализации, коллективизации и борьбы «за чистоту партийных рядов», Юрий Федорович сумел стать пытливым ученым, харизматической личностью, безусловным лидером отечественной медицинской психологии на протяжении десятилетий, прекрасным организатором науки и образования, человеком, умеющим находить выходы из весьма сложных ситуаций.

Ю.Ф. Поляков родился в Москве 9 декабря 1927 года в семье служащих. Его мать была врачом, а отец – экономист. Во время Великой Отечественной войны, 14-летним подростком, в эвакуации, он работал на танковом заводе в г. Новосибирске. Принадлежа по рождению к последним годам призыва во время Великой Отечественной войны, юный Поляков на фронт не попал, но учился в артиллерийской спецшколе, затем в военном училище. Воспоминания об этом периоде жизни и дружбу со своими соучениками он сохранил на всю жизнь.

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова всегда гордился своими выпускниками, среди них - и Ю.Ф.Поляков. Начав свою учебу в Риге на факультете журналистики Латвийского университета, он с 1947 года учился в МГУ имени М.В.Ломоносова. В 1951 г. он закончил отделение русского языка, логики и психологии филологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, защитив дипломную работу по психологии мышления (научный руководитель - С.Л. Рубинштейн). Знакомство с выдающимся отечественным психологом и философом во многом определило его дальнейшие научные взгляды и интересы.

После окончания МГУ Ю.Ф. Поляков становится сотрудником лаборатории патопсихологии НИИ психиатрии МЗ РСФСР, руководимой Б.В. Зейгарник. Именно тогда, в 1952 г. Ю.Ф. Поляков стал учеником и соратником Б.В. Зейгарник, начиналось его многолетнее плодотворное сотрудничество с нею. Впоследствии Блюма Вульфовна Зейгарник не раз говорила о Юрии Федоровиче Полякове как одном из ее любимых и очень самостоятельных учеников. В 1954-1956 г. Ю.Ф. Поляков работал практическим психологом в Московской психиатрической больнице им. П.Б. Ганнушкина, таким образом, он оказался

среди первых медицинских психологов, специалистов-практиков в самой гуще событий интенсивно развивающейся отрасли психологической науки. Получив классическое университетское образование, Ю.Ф.Поляков выбрал сложную стезю психолога, которой был верен всю жизнь. В 1956 - 1959 годах он работал в Институте судебной психиатрии им. В.П. Сербского, сначала научным сотрудником, а затем заведующим лабораторией патопсихологии.

В начале 60-х годов Ю.Ф.Поляков снова работает под руководством Блюмы Вульфовны в Московском НИИ психиатрии. Интерес к реальной экспериментально-психологической, научной и практической работе в рамках медицинской психологии формировался именно в эти годы. Последующая практическая деятельность в клинике и кандидатская диссертация (руководитель профессор Б.В.Зейгарник) были связаны с исследованием патологии познавательных процессов при разных психических заболеваниях.

Ю.Ф.Поляков пришел в Институт психиатрии АМН заведовать лабораторией патопсихологии в 1962 году. Незадолго до этого институт возглавил академик А.В.Снежневский и Институт начал работать по новой научной программе, в центре которой стояла проблема шизофрении, это время связано с началом мультидисциплинарного исследования проблемы. Такое исследование предполагало совместное изучение болезни на разных уровнях: биологическом, физиологическом, психологическом и клиническом. По воспоминаниям Т.К. Мелешко, с первого же дня знакомства Юрия Федоровича с новыми сотрудниками, в лаборатории «установилась (образовалась) атмосфера творческого сотрудничества и взаимопонимания»<sup>1</sup>. Работа в Институте судебной психиатрии позволила собрать уникальный материал о формах патологии мышления при различных психических заболеваниях. Изучая формирование искусственных понятий по методике Выготского-Сахарова, Ю.Ф. Поляков обратил внимание на склонность больных шизофренией к актуализации скрытых латентных, обычно не используемых здоровыми свойств предметов. Собранные материалы вошли в докторскую диссертацию, выполненную на тему: "Патология познавательной деятельности при шизофрении" (1968). Период жизни лаборатории патопсихологии, связанный с руководством Ю.Ф.Полякова (с 1962

---

<sup>1</sup> Из доклада Т.К.Мелешко на конференции к 80-летию Ю.Ф.Полякова

по 1990 г) остался в памяти сотрудников как яркая пора с множеством интересных научных и человеческих открытий. В воспоминаниях Тамары Константиновны Мелешко Ю.Ф.Поляков был охарактеризован так: «Юрий Федорович являл собой пример нового, демократического стиля руководства, что было совсем нехарактерно и нетипично для того времени. Он не был кабинетным ученым-одиночкой, всегда стремился к диалогу, к обсуждению своих идей и мыслей с сотрудниками, был очень восприимчив и внимателен к мнению других, был склонен не только учить, но им учиться у других. Если к этому прибавить живость ума, оригинальность мышления и чувство юмора, которым он обладал, то создавалась неплохая почва для совместной работы и творчества»<sup>1</sup>. С самого начала самостоятельной профессиональной деятельности научные интересы Ю.Ф. Полякова были сосредоточены на проблемах патопсихологии. Основным предметом его исследований стала патология мышления при различных психических заболеваниях. Этой проблеме были посвящены и многочисленные работы Б.В. Зейгарник, однако Ю.Ф. Поляков нашел свой оригинальный подход к проблеме, создав ряд новых методических процедур для исследования нарушений мышления. В монографии «Патология познавательной деятельности при шизофрении» (1974) он обобщил результаты проведенных им теоретических и экспериментальных исследований, сформулировал и обосновал новую гипотезу, объясняющую природу нарушений познавательной деятельности при шизофрении.

Юрий Федорович Поляков был хорошо знаком и дружен со многими выдающимися отечественными психиатрами. Можно назвать имена Д.Е.Мелехова, С.Г.Жислина, А.В.Снежневского, Р.А.Наджарова, Г.Я.Авруцкого, В.А.Концевого и многих других. Ю.Ф.Поляков был одним из активных участников научной дискуссии по проблемам взаимодействия психиатрии и психологии. Свое видение проблемы было изложено им в статье «О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии», опубликованной в журнале «Невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова» в 1977 году с подзаголовком: «К итогам дискуссии». Он писал о том, что «связи психиатрии с психологией оказались наиболее старыми, прочными и

---

<sup>1</sup> Там же



разносторонними<sup>1</sup>», это не случайно, а обусловлено исторически, гносеологически и социально-практически, «На разных исторических этапах такие изменения (связей психологи и психиатрии – авт.) детерминировались прежде всего сменой взглядов в каждой из этих наук как на предмет психиатрии и сущность психических болезней, так и на природу и структуру психики». Несмотря на прошедшее с тех пор время. замечание Ю.Ф. Полякова о том, что «дискуссия..., показала, что ошибочные взгляды на соотношение психологии и физиологии, своеобразный редукционизм, признающий за психологией возможность изучения лишь «явлений» и лишь за физиологией оставляющий право не вскрытие сущности «механизма» [1], еще не изжиты полностью» актуально и в настоящее время на новом витке взаимоотношения психологии с другими естественно-научными дисциплинами.

Вплоть до 1990 г. Ю.Ф. Поляков заведовал лабораторией патопсихологии Института психиатрии АМН СССР, позже преобразованного в Центр психического здоровья РАМН. В это время медицинская психология широко развивается по всей стране, вводятся должности медицинских психологов в отделения психиатрических клиник, одним из образцов такой работы медицинских психологов являлся Всесоюзный научный центр психического здоровья АМН СССР, где Ю.Ф.Поляковым была развернута самая крупная в системе здравоохранения страны психологическая служба. В течение более, чем 10 лет Ю.Ф. Поляков был секретарем партийной организации Института психиатрии. Эта работа давалась ему не всегда просто, в личных воспоминаниях Ю.С.Савенко написано, что Ю.Ф.Поляков поделился своей досадой на непрерывный поток доносов<sup>2</sup>. Очевидно, работа с этими письмами также требовала больших сил со стороны Ю.Ф.Полякова. Известно, что работа партийного лидера научной организации сопряжена со значительным числом трудностей, требует мудрости, ответственности, все эти качества были в полной мере присущи Юрию Федоровичу Полякову. Многие из его коллег по центру вспоминали, что на этом посту Ю.Ф.Поляков умел спокойно и бесконфликтно решать весьма непростые вопросы.

---

<sup>1</sup> Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 1977, № 12, с.

<sup>2</sup> «Независимый психиатрический журнал» 2009, №1.

Отдельно следует сказать о научных направлениях работы лаборатории. Юрий Федорович создал научный коллектив, который сумел развивать различные, но органично между собой связанные проблемы психологии в контексте исследований шизофрении. Среди основных ключевых проблем этого периода следует назвать проблему анализа специфики познавательных (когнитивных) нарушений при шизофрении. Ю.Ф.Поляковым была сформулирована гипотеза о снижении опоры на прошлый опыт при актуализации знаний в процессе выполнения различных познавательных задач (нарушении избирательности мышления, восприятия, речевой деятельности) у больных шизофренией по сравнению со здоровыми (В.П.Критская, 1966, Е.И.Богданов, 1968, Т.К.Мелешко, 1968, Л.А.Абрамян, Ю.Ф.Поляков, 1968). Данный подход, научная новизна, актуальность и оригинальность заинтересовали зарубежных коллег. Соответствие исследований в школе Ю.Ф.Полякова уровню развития мировой науки подтверждено изданием монографии *Schizophrenie und Erkenntnistätigkeit*. (Stuttgart) в Германии в 1972 году. Существенным результатом исследований, разрабатываемых под руководством Ю.Ф.Полякова, было обнаружение тех же особенностей когнитивных процессов, выявленных у больных шизофренией, у их здоровых родственников. Был поставлен вопрос о типологической природе этих особенностей, об их возможной наследственной (генетической) детерминации. Исследование близнецовых семей, проведенное совместно с генетиком В.М.Гиндилисом, показало наличие существенного вклада генетических факторов в детерминацию выявленных особенностей избирательности познавательной деятельности. Следующим важным этапом было изучение проблем общения (Т.К.Мелешко, Д.Н.Хломов, Э.И.Елигулашвили, О.Ю.Казьмина) и психической активности (В.П.Критская, Т.Д.Савина, Н.С.Курек, В.А.Литвак), патологии эмоций (Н.С.Курек, Н.Г.Гаранян), формирования дефекта.

В конце 70-х – начале 80-х годов Ю.Ф.Поляков был среди тех, кто начинал использовать социально-психологические подходы к клиническим практикам и исследованиям, кроме того, он был среди тех, кто поддерживал новые психотерапевтические прикладные работы, проводимые психологами (Ю.Ф.Поляков, Д.Н. Хломов, Ю.А. Слоневский и др., 1983)

Ю.Ф.Поляков - один из выдающихся отечественных медицинских психологов, работы которого в свое время имели большой международный резонанс. Как психолог-исследователь, он заложил основы нового экспериментального подхода в патопсихологии, участвовал в разработке новых направлений научно-практической деятельности клинических психологов. Одним из таких направлений является детская клиническая психология, другим - востребованные в последнее время нейрокогнитивные исследования. Исследования проводились по разным направлениям медицинской психологии, изучались разные возрастные периоды у больных с шизофренией и другими формами эндогенной психической патологии. Была поставлена проблема психологической квалификации шизофренического дефекта, разработка патопсихологического синдрома и его типологии при этом заболевании. Ю.Ф.Поляков способствовал распространению в отечественной науке новой формы экспериментально-психологических исследований в медицинской психологии: выверенные клинические группы, модифицированные под задачу исследования методики, обязательное присутствие нормативной выборки, сочетание количественного и качественного анализа, мультидисциплинарные исследования (совместно с генетиками, нейрофизиологами, неврологами и т.п.).

Новый ракурс работ лаборатории патопсихологии, связанных с детской тематикой, был предопределен всем ходом развития исследований в годы руководства Ю.Ф.Поляковым. Первоначально это было своего рода «продолжение» исследований особенностей психической деятельности пациентов, страдающих юношеской вялотекущей шизофренией на «предыдущем» возрастном этапе – в период подростничества (Щербакова Н.П., 1976). В группе Т.К.Мелешко с сотрудниками велась разработка новых и модификация уже наработанных методик для оценки формирования аномалий познавательного развития при шизофрении в детском возрасте, изучение взаимосвязи нарушений общения и своеобразия познавательного развития у больных детей (Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В., 1986). Ю.Ф.Поляков активно поддерживал изучение процессов произвольной регуляции и становления самосознания и их связь с нарушениями общения и социализации при шизофрении у детей (С.М.Алейникова, Н.В.Захарова, Т.К.Мелешко, 1989). Ю.Ф.Поляков был

руководителем значительного числа диссертационных исследований, выполненных сотрудниками лаборатории, в частности работы по изучению становления социальной перцепции и развития возможностей распознавания эмоций по позе и жесту у больных шизофренией детей и подростков (А.Е.Назаренко, 1990). Можно говорить даже об особом «почерке» проводимых экспериментальных исследований в работах по детской клинической психологии, вышедших из лаборатории патопсихологии крепкая экспериментальная база, оригинальные методики, мультидисциплинарный подход, представительность выборки, сочетание метода поперечных срезов и динамического наблюдения, анализ процесса деятельности, а не только ее результата и т.п. . Результаты работ лаборатории всегда находили место на страницах журнала «Невропатологи и психиатрии им. С.С.Корсакова», в редакцию которого он входил. Лаборатории стала первооткрывателем трудов Института психиатрии АМН СССР, именно сборник «Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении» (1982), работы сотрудников лаборатории во главе с ведущей статьей Ю.Ф.Полякова стали первым томом трудов Института психиатрии АМН СССР.

В течение 20 лет с 1980 года по 2001 год Юрий Федорович работает заведующим кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В.Ломоносова. Он принял кафедру после ухода из жизни А.Р.Лурии, сменил на этом посту Е.Д.Хомскую. За эти годы им была проделана колоссальная работа по развитию научных и прикладных аспектов клинической (медицинской) психологии. В 1990 году Ю.Ф.Поляков полностью переходит на работу в университет, однако создает на базе НЦПЗ филиал кафедры, закрепляет научные связи факультета и центра.

Ю.Ф. Поляков сотрудничал с разными преподавателями и научными сотрудниками кафедры, поддерживая все новое, включаясь в экспериментальные исследования и научное руководство новой проблематикой, открывая новые направления. В этот период Ю.Ф.Поляков выдвинул стратегическую программу построения общей теории отклонений, изменений, нарушений и восстановления психической деятельности при разных видах патологии и аномалиях развития,

или программу своего рода "общей патопсихологии"<sup>1</sup> (Поляков, 1996). Впервые в отечественной психологии Ю.Ф.Поляков обращается к проблемам клинической психологии, изменяя и трансформируя границы медицинской психологии, способствуя формированию этого нового направления психологической науки. Клиническая психология противопоставляется "медицинской психологии", понимаемой как сумма психологических знаний, необходимых самим медицинским работникам, включая специальные курсы в мединститутах и учебные пособия для врачей (Поляков, 1984). Клиническая психология рассматривается Юрием Федоровичем как междисциплинарная область, связанная с клинической практикой, физиологией, анатомией, биохимией, психофармакологией, генетикой, педагогикой, юриспруденцией и др. Он определяет ее как "область психологической науки, изучающая частные и общие закономерности изменений и восстановления психической деятельности при разных патологических состояниях и аномалиях развития, а также закономерности влияния психических факторов на укрепление здоровья, на возникновение и преодоление болезней, на успешную реабилитацию, социально-трудовую адаптацию" (Поляков, 1996. С. 4).

Именно на факультете психологии проявились организаторские способности Ю.Ф.Полякова в сфере образования. В течение многих лет он читал курс медицинской психологии, затем клинической психологии, стараясь разнообразить его новыми формами работы – клиническими демонстрациями, обсуждениями. Кроме того, им был разработан новый курс методологические проблемы медицинской (клинической) психологии. Этот опыт был трансформирован в ходе работы над новым образовательным стандартом высшего профессионального образования по психологии. С именем Юрия Федоровича связано открытие новой образовательной специальности для психологов – клинической психологии (2000г). Он внес значительный вклад в разработку образовательных программ, стандартов университетской подготовки психологов по новой специальности: "клинической психологии" (1997-1998), Клиническая психология рассматривалась как область практической

---

<sup>1</sup> Именно такое название имеет первый том Клинической психологии, изданный А.Б.Холмогоровой в 2011 г.

профессиональной деятельности психологов в целях охраны и укрепления здоровья населения, направленная на профилактику заболеваний. Таким образом, клиническая психология вбирает в себя опыт изучения и профилактики психосоматических заболеваний, методы их психодиагностики и психокоррекции, психологической "терапии". Именно за счет высокого авторитета Ю.Ф.Полякова возникла и стала развиваться новая психологическая специальность – клиническая психология. Ее структура во многом повторяет структуру отечественной медицинской психологии в ее широком понимании: патопсихология, нейропсихология, психосоматика, психология аномального развития, психотерапия. Отдельный раздел клинической психологии составляют различные виды психологической экспертизы (в рамках экспертизы врачебно-трудовой, судебно-психолого-психиатрической, военно-медицинской и др.). Участвуя в решении научно-практических задач, клиническая психология обладает мощным потенциалом в решении также и фундаментальных общепсихологических проблем.

В последнее десятилетие своей деятельности Ю.Ф. Поляков развернул новый цикл исследований в области клинической психологии в связи с проблемами охраны здоровья населения, разработкой программ психопрофилактики и психологической коррекции. Он был организатором памятных конференций, посвященных его учителям и старшим товарищам – А.Р.Лурии, Б.В.Зейгарник. Можно сказать, что его психологическое и научное предвидение двигало исследовательские и образовательные программы возглавляемой им лаборатории патопсихологии и кафедры нейро- и патопсихологии.

На протяжении всей своей жизни Ю.Ф. Поляков был окружен молодежью – молодыми сотрудниками, аспирантами, студентами, уделял большое внимание воспитанию и подготовке кадров. Доброта, отзывчивость, искреннее внимание к людям, человеческое обаяние – эти черты Ю.Ф. Полякова находили живой отклик в сердцах людей, вызывали их ответную симпатию и любовь. Ю.Ф.Поляков был прекрасным семьянином, вырастил, как настоящий мужчина, сына, выбравшего путь врача-хирурга. Юрий Федорович всегда искренне радовался не только

научным, но и личным достижениям, событиям в жизни своих сотрудников – свадьбам, рождению детей, внуков.

Юрий Федорович обладал необыкновенным качеством – почувствовать новые направления развития науки и смело двигался в этом направлении и давал возможность такого движения к новому своим сотрудникам, как в лаборатории, так и на кафедре. Можно говорить о создании им своей научной школы в расширение и продолжение работ Б.В.Зейгарник и ее научного направления. Не случайно среди сотрудников лаборатории было немало учеников Б.В.Зейгарник – студентка Н.В.Захарова, дипломник Н.С.Курек, аспирантка А.Б.Холмогорова и др.

Ю.Ф.Поляков был замечательным научным руководителем. Он никогда не заставлял своих сотрудников, аспирантов заниматься определенной тематикой, а подводил к нужной тематике, не оказывая давления на своих подопечных. Неподдельный интерес отражался в его глазах, когда речь шла об экспериментально-психологическом исследовании и конкретных методиках. Он всегда выступал в роли испытуемого, когда отрабатывались новые методические средства. Как профессор, Ю.Ф.Поляков подготовил свыше 30 кандидатов и докторов наук, его ученики благодарны за сотрудничество и помощь. Ю.Ф.Поляков - автор многочисленных публикаций, многие из них переведены на иностранные языки. С его легкой руки в отечественной медицинской (клинической) психологии развиваются многие новые прикладные направления: нейрогеронтопсихология, перинатальная психология, психология телесности, психологическая коррекция и психотерапия и многие другие.

К сожалению, состояние здоровья и другие обстоятельства привели к тому, что в 2001 году Ю.Ф.Поляков оставил кафедру. Вскоре после этого он ушел из жизни.

Безусловно, Юрий Федорович Поляков – личность крупного масштаба, выдающийся ученый, организатор науки и образования, учитель, основавший научную школу. К его 80-летию сотрудники НЦПЗ РАМН организовали конференцию, прошедшую в теплой атмосфере воспоминаний (А.С.Тиганов, Т.К.Мелешко, Н.Г.Гаранян, С.Н.Ениколопов, Н.К.Корсакова) и научных сообщений (Ю.В.Микадзе, Н.К.Корсакова, Н.В.Зверева). В декабре 2012 года

исполняется 85 лет со дня рождения Ю.Ф.Полякова. В ознаменование этой даты НЦПЗ РАМН и МГППУ, где работают многие ученики Ю.Ф.Полякова, развивая его научную школу, планируют проведение мемориальной юбилейной научно-практической конференции «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической психологии)».

#### Литература

1. Polyakov Y.F. Schizophrenie und Erkenntnistätigkeit. Stuttgart, 1972;
2. Zeigarnik, B. V.; Luria, A. R.; Polyakov, Y. F. On the use of psychological tests in clinical practice in the USSR. Intelligence, Vol 1(1), Jan 1977, 82-93.
3. Ениколопов С. Н. , Зверева Н. В. Конференция памяти Ю. Ф. Полякова/ Вопросы психологии, 2008, №2.
4. Зверева Н.В. Патопсихология эндогенных психозов детского возраста /Психиатрия, 2008, № 2.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., МГУ, 1986.
6. Критская В.П. Литвак В.А. Экспериментально-психологическое исследование больных шизофренией позднего возраста. Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова 1985, т.85, вып.12.с.1829-1833.
7. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256 с.
8. Мелешко Т.К., Алейникова С.М., Захарова Н.В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. / Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста/под ред. М.Ш.Вроно. - М., 1986.
9. Николаева В.В. Юрий Федорович Поляков. Воспоминания. /Выдающиеся психологи Москвы. /под ред. В.В.Рубцова, М.Г.Ярошевкого. М., 2007, с.483-489.
10. Поляков Ю. Ф. О методологических проблемах взаимосвязи психиатрии и психологии (к итогам дискуссии)// Ж. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова, 1077, вып. 12.
11. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. - М., Медицина, 1974
12. Поляков Ю.Ф. Патология познавательных процессов./ В кн. «Шизофрения. Мультидисциплинарные исследования». М. 1972.
13. Поляков Ю.Ф. Здоровоохранение и задачи психологии // Психологический журнал. 1984, № 2;
14. Поляков Ю.Ф. Клиническая психология: состояние и проблемы // Вестник Моск. ун.-та, Серия 14. Психология, 1996. № .2.
15. Поляков Ю.Ф. Патология психики и проблемы общей психологии // Материалы 7-го Всесоюзного съезда Общества психологов СССР. 1989;
16. Поляков Ю.Ф., Гиндилис В.М., Критская В.П., Мелешко Т.К. Использование многомерных методов в генетическом анализе некоторых характеристик познавательных процессов при шизофрении. Сб. «Проблемы генетической психофизиологии человека». М., 1978.
17. Холмогорова А.Б. Клиническая психология. Т.1 Общая патопсихология. М.: Академия. 2011.



18. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении /Под ред. Ю.Ф.Полякова. — М.: Труды института психиатрии АМН СССР, 1982, т.1.

**ИЗ ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ: ЮРИЙ  
ФЕДОРОВИЧ ПОЛЯКОВ ПЕДАГОГ И УЧЕНЫЙ  
ВОСПОМИНАНИЯ (1927-2002)**

В.В. Николаева

Замечательный психолог, крупный специалист в области патопсихологии, Юрий Федорович Поляков - родился 9 декабря 1927 г. в Москве в семье служащих. Отец - экономист, музыкально одаренный человек с широким кругом гуманитарных интересов. Мать - врач, посвятившая свою профессиональную жизнь не столько лечебной работе, сколько организации системы здравоохранения. По воспоминаниям знавших ее людей, она работала главным санитарным врачом Московской области, в течение нескольких лет была заместителем министра здравоохранения Латвии. Слыла человеком энергичным, ответственным, принципиальным, отличалась сильным стойким характером.

Ю.Ф. Поляков - представитель того поколения, жизнь которого пересекла война. По возрасту он не мог пойти на фронт, но все его интересы в тот период сосредоточились на желании стать солдатом. В эвакуации в Новосибирске он, как многие подростки того времени, работал на танковом заводе, однако желание стать военным не оставляло его. Вместе с группой друзей-одноклассников он после восьмого класса поступил в артиллерийское училище в г. Прокопьевске. Позже, в 80-90-е гг., он неоднократно вспоминал об этом времени, мальчишеской дружбе тех лет, проказах, постоянном чувстве голода, мечтах убежать на фронт. Время окончания училища, по-видимому, совпало с концом войны, поэтому, получив звание лейтенанта запаса, он возвратился в Москву. Вскоре уехал в Ригу, где работала в то время его 'мать, и поступил на факультет журналистики Латвийского университета (право на обучение в вузе давал его диплом об окончании военного училища). В 1947 г. перевелся в Московский университет на

новое, только что открывшееся отделение логики II психологии филологического факультета. Учился с интересом, увлекся психологией. Дипломную работу по психологии мышления защитил в 1951 г., научным руководителем Полякова был профессор С.Л. Рубинштейн. В течение всей дальнейшей жизни он с благодарностью вспоминал своего первого учителя, считая себя его последователем, часто обращался к текстам С.Л. Рубинштейна.

За давностью лет трудно восстановить последовательность событий. Достоверно известно лишь одно: после окончания университета Юрий Федорович Поляков стал работать в лаборатории экспериментальной патопсихологии Московского НИИ психиатрии Минздрава РСФСР, руководимой Б.В. Зейгарник. Как рассказывала Блюма Вульфовна, Поляков, выполняя обязанности психолога лаборатории, в отделе кадров института был оформлен заведующим вивариумом. И данный «факт биографии» впоследствии был предметом дружеских шуток и розыгрышей.

Именно в этот период Юрий Федорович становится учеником Б.В. Зейгарник, ее соратником на всю последующую жизнь. В 1954-1956 гг. он работает практическим психологом Московской психиатрической больницы им. П.Б. Ганнушкина, осваивает сложные навыки общения с психически больными, экспериментальные приемы исследования нарушений психики. Общаясь с врачами-психиатрами, Ю.Ф. Поляков овладевает знаниями в области психиатрии и смежных с ней медицинских дисциплин. Среди психиатров, у которых учился Юрий Федорович в тот период, мы находим крупнейших специалистов, основателей научных школ, прославлявших отечественную науку. Это профессора Д.Е. Мелехов, С.Г. Жислин, И.Г. Равкин и многие другие. Здесь Поляков на всю оставшуюся жизнь подружился с замечательным врачом и человеком Г.Я. Авруцким.

В 1956-1959 гг. Ю.Ф. Поляков работает научным сотрудником, затем заведующим лабораторией патопсихологии Института судебной психиатрии им. В.П. Сербского. Как патопсихолог он в эти годы принимает участие в проведении судебно-психиатрических экспертиз, совершенствует навыки патопсихологической диагностики сложных нарушений психики.

Мои первые воспоминания о Ю.Ф. Полякове относятся к концу 1960 г. К

этому времени он снова стал сотрудником лаборатории Б.В. Зейгарник. Его облик, манера общения произвела на меня неизгладимое впечатление. Во всей его крупной фигуре, позе, движениях было обаяние и изящество хорошо воспитанного интеллигентного человека. В дальнейшем я наблюдала Юрия Федоровича в различных ситуациях, много лет работала под его руководством, убеждаясь снова и снова в том, что первое впечатление не обмануло меня. К нему прибавилось только более глубокое знание о личности Ю.Ф. Полякова как человека, постоянно размышляющего о жизни, надежного друга и партнера в профессии, интересного и самобытного исследователя. К тому времени, когда я начала общаться с Поляковым, он стал уже опытным специалистом-патопсихологом, а его знания в области патопсихологии и психиатрии, его виртуозная работа с больными произвела на меня, начинающего профессиональную деятельность психолога, чрезвычайно сильное впечатление.

**Ю.Ф. Поляков. В Центре  
психического здоровья**



Для успешной научной и практической работы психолога в психиатрии недостаточно знания академической психологии. Необходимы и определенные личностные качества самого специалиста: готовность понять человека, выслушать его, вызвать на откровенность, неназойливо и тактично выразить симпатию, сочувствие. Все эти качества были свойственны Ю.Ф. Полякову. Кроме того, он прекрасно владел тем психологическим "инструментом", который Б.В. Зейгарник назвала патопсихологическим экспериментом. Применяя простейшие, казалось бы, психологические пробы - рисунок, ассоциативный эксперимент, предметную классификацию и т.п., - Поляков мог многое увидеть в человеке.

Конкретная интерпретация увиденного - основа диагностических суждений психолога, важных не только для выбора правильной стратегии лечения больного, но и всей его судьбы. Я помню, что врачи-психиатры доверяли Юрию Федоровичу, его диагностические заключения высоко оценивались ими.

Основной научной тематикой лаборатории Б.В. Зейгарник в те годы была проблема познавательной деятельности, ее нарушений при различных психических заболеваниях. В 1957 г. была опубликована первая монография Б.В. Зейгарник «Нарушения мышления у психически больных». Анализ нарушений мышления с позиций концепции деятельности А.Н. Леонтьева позволил создать первую отечественную классификацию, упорядочить пеструю клиническую феноменологию расстройств мышления. Все клиническое многообразие нарушений было систематизировано при этом по единому критерию - месту феномена в структуре мыслительной деятельности. При таком подходе нарушения мышления (операциональные, динамические, мотивационные) предстают уже не в виде разрозненных неупорядоченных явлений, а как психологически сложная система, в структуре которой можно выделить нарушения разного уровня, установить иерархические связи между ними и т. п.

Ю.Ф. Поляков принимал самое активное участие в исследованиях этого цикла, был инициатором острых дискуссий, проходивших в лаборатории Б.В. Зейгарник в те годы. В центре этих дискуссий было обсуждение различных гипотез относительно природы описанных Б.В. Зейгарник нарушений мышления. В ходе обсуждений Ю.Ф. Поляков проявил себя не только как почтительный ученик, готовый принять точку зрения учителя, но и как самостоятельно мыслящий исследователь, с горячностью и убежденностью отстаивающий свою точку зрения.

Как известно, Б.В. Зейгарник именно на этом этапе исследований предложила гипотезу о том, ЧТО в основе нарушений мышления при шизофрении лежит механизм «смысловой смещенности» (по терминологии Б.В. Зейгарник), т. е. нарушение мотивационного звена деятельности. Эта гипотеза в те годы вызвала резкое возражение Ю.Ф. Полякова. Он высказывал мнение о том, что природу нарушений одного психического процесса неправомерно «выводить» из патологии другого. Им была сформулирована собственная гипотеза о природе

нарушений мышления при шизофрении.

Опираясь на ряд зарубежных исследований патологии мышления и работы отечественных патофизиологов того периода (И.М. Фейгенберга прежде всего), он выдвинул предположение, что в основе нарушений мышления при шизофрении лежит иное, чем в норме, использование прошлого опыта. Вследствие нарушения иерархической структуры прошлого опыта у этих больных, как предполагал Юрий Федорович, при решении мыслительной задачи с равной вероятностью извлекаются из него как существенные,

Ю.Ф.Поляков, Е.Д.Хомская - отдых на теплоходе



важные для решения признаки, так и несущественные, маловероятные, латентные. В соответствии с этой гипотезой им специально разработана система задач, позволяющая выявить ведущее нарушенное звено - использование больными прошлого опыта. Доказательству гипотезы посвящена кандидатская диссертация, защищенная им в 1962 г. Эта работа получила признание в научных кругах психиатров и патопсихологов, а сам Ю.Ф. Поляков тогда же был приглашен профессором А.В. Снежневским на должность заведующего патопсихологической лабораторией АМН СССР (в дальнейшем преобразованной в Центр психического здоровья АМН). До 1990 г. Юрий Федорович руководил этой лабораторией, даже после того, как в 1980 г. стал заведующим кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова.

Научные контакты Ю.Ф. Полякова с профессором Б.В. Зейгарник не прерывались и после того, как он перестал быть ее сотрудником. В течение всей жизни, несмотря на научные разногласия, Б.В. Зейгарник оставалась для него авторитетным и почитаемым учителем, соратником в области патопсихологии, высоким нравственным авторитетом.

Как ученый, посвятивший всю свою профессиональную жизнь изучению

проблемы психологии шизофрении, Ю.Ф. Поляков реализовался именно в годы работы в НИИ психиатрии АМН. Именно здесь с присущей ему последовательностью, тактом, искренним вниманием к людям он создал коллектив единомышленников, организовал несколько циклов научных исследований, выполненных на уровне самых современных экспериментальных работ в мировой психологии. Его соратниками в исследованиях познавательной деятельности больных шизофренией стали Т.К. Мелешко, С.М. Алейникова, В.А. Литвак, Т.Д. Савина, Н.С. Курек, Н.В. Захарова, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян и многие другие.

Результаты одного из циклов исследований были обобщены им в докторской диссертации, защищенной в 1968 Г., и монографии «Патология познавательной деятельности при шизофрении» (М., 1974).

Для Юрия Федоровича как человека науки характерна такая черта, которую традиционно принято называть целостностью натуры. Начиная с первых лет профессиональной жизни и почти на всем ее протяжении, его в наибольшей степени интересовали именно проблемы патологии психики при шизофрении. Выявив у больных шизофренией связь нарушений познавательных процессов с изменением (ослаблением) избирательности актуализации знаний «из памяти на основе факторов прошлого опыта»<sup>1</sup>, Ю.Ф. Поляков и сотрудники его лаборатории делают закономерный вывод: неравномерность, алогичность мышления больных шизофренией может быть объяснена с позиции разрабатываемого подхода. Действительно, фактор избирательности признаков из прошлого опыта играет разную роль в структуре различных процессов мыслительной, перцептивной, речевой деятельности. Именно включенность определенного звена в структуру процесса или его (звена) отсутствие позволяет понять, почему в ряде случаев более простые процессы могут быть изменены (искажены), другие же - более сложные - сохранены. К последним относятся, например, конструктивные, счетные, формально-логические операции. Вот как пишет об этом сам Ю.Ф. Поляков: «В зависимости от места и "удельного веса" данного звена в составе той или иной деятельности находится характер ее измененности, степень

---

<sup>1</sup> Сборник: Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. М., 1982, С. 15.

выраженности и проявления этой измененности»<sup>1</sup>.

С увлеченностью и энтузиазмом работал Ю.Ф. Поляков, заражая этим своих сотрудников, сторонников и единомышленников. Исследуя проблемы патологии психики при шизофрении, важно было понять, какие изменения вносит в психическую жизнь человека болезнь и какие особенности психики были присущи ему в преморбиде. Логика исследования привела к необходимости изучения здоровых родственников больных (родителей, сибсов). Проведенное под руководством Ю.Ф. Полякова трудоемкое исследование выявило преморбидный, доманифестный характер выявленных особенностей познавательной деятельности, их связь с конституционально-психологическими характеристиками индивида; более того – указало на необходимость обсуждения роли генетического фактора в возникновении феномена избирательности.

В данной статье мы не ставим перед собой задачи анализа научного творчества Юрия Федоровича. Хотелось бы только обратить внимание на то, как глубоко и всесторонне на протяжении многих лет под его руководством велась напряженная экспериментальная работа над одной из актуальнейших проблем современной науки. Работа эта, по замечанию одного из бывших сотрудников лаборатории не имеет аналогов ни в нашей стране, ни за рубежом. Международное признание - лучшее доказательство справедливости такой оценки.

Среди проблем, интересовавших Ю.Ф. Полякова на протяжении всей его жизни и ставших предметом исследования в его лаборатории, можно назвать: явления психического дизонтогенеза; нарушения общения и эмоций у больных шизофренией; проблема снижения психической активности; проблема регуляции психической деятельности при шизофрении; типология шизофренического дефекта; проблема психологической коррекции дефекта и социальной: адаптации больных шизофренией и др. Именно в работах Ю. Ф. Полякова и его лаборатории впервые в отечественной патопсихологии дано теоретическое обоснование возможности выделения особого патопсихологического - синдрома как важнейшего инструмента анализа нарушений психики; описаны варианты этого синдрома при шизофрении, а также его соотношение с клиническими

---

<sup>1</sup> Там же. С. 16

характеристиками шизофренического дефекта.

Как настоящего ученого Юрия Федоровича в науке интересовала прежде всего истина, получение объективных доказательств; мотивы престижа, успеха, первенства в соревновании с другими научными школами всегда отступали на задний план.

Исследования Ю.Ф. Полякова и созданной им научной школы, продолжившей научные традиции экспериментальной патопсихологии Б.В. Зейгарник, внесли значительный вклад в современную патопсихологию. Задача будущих историков психологии - тщательный содержательный анализ его научного творчества.

В течение многих лет работы в Центре психического здоровья АМН он с присущим ему тактом, вниманием к людям, дипломатичностью участвовал в общественной жизни этого сложного по структуре медицинского учреждения. Много лет выполнял обязанности секретаря партийной организации Центра. По отзывам работавших с ним в эти годы Юрий Федорович умел спокойно, бесконфликтно решать самые сложные вопросы.

В 1980 г. Ю.Ф. Поляков становится заведующим кафедры нейро- и патопсихологии на факультете психологии МГУ им. М.В. Ломоносова. Начинается новый этап его научной жизни и организаторской деятельности. Как преподаватель он должен был не только под новым углом зрения рассмотреть все сделанное им ранее, но и оценить, какое место занимает созданное им в структуре общепсихологического и общемедицинского знания. Читая курс лекций по медицинской психологии, он понимает, что проблематика этой области знания шире, т.е. выходит за пределы медицины, в обыденную жизнь. Проблемы и трудности общежитийского характера, не всегда связанные с состоянием здоровья, но способные его ослабить, также заслуживают специального исследования и практического вмешательства. Так у Ю.Ф. Полякова рождается идея расширения проблематики и изменения самого названия курса лекций, специализации студентов, наконец, специальности: «Клиническая психология».

Человек увлеченный, любящий свое дело, он, став заведующим кафедрой, смог объединить вокруг себя коллектив, нацелить его на решение новых не только содержательных задач, но и организационных. Под его руководством на



кафедре начаты новые циклы исследований. Вот некоторые из них: психологические проблемы психотерапии, коррекции и реабилитации больных, психосоматическая проблема; расширена проблематика исследования аномалий развития у детей, развернуты нейропсихологические исследования психически больных, заложена основа исследований в области психологии телесности. Ю.Ф. Поляков хорошо видел перспективу, умел выделить основные тенденции развития клинической психологии, пути ее внедрения в практику.

В годы его работы на кафедре нейро- и патопсихологии созданы новые циклы программ учебных курсов, составивших основу Госстандарта подготовки специалиста по клинической психологии. Под руководством Ю.Ф. Полякова произошло юридическое оформление новой специальности «клинический психолог», введенной в настоящее время в реестр специальностей страны.

Ю.Ф. Поляков – прекрасный организатор науки, умевший сплотить людей, направить их усилия на совместное творчество. Одно из личностных качеств, отмеченных разными людьми как характерные для него, – ответственность, «готовность совершить поступок» (по словам одного из ближайших его

**Ю.Ф.Поляков, В.В.Николаева в аудитории факультета психологии МГУ**



сотрудников). В жизни кафедры его интересовала не только работа как таковая, но и отношения между коллегами, заботы и проблемы сотрудников, их психическое состояние, здоровье членов их семьи и т.д. Искренность отношения, готовность вмешаться в текущие события, помочь (советом, участием, действием) располагали сотрудников кафедры к Юрию Федоровичу, создавали особый психологический климат: единения, эмоциональной привязанности, семейственности (в лучшем смысле этого слова).

Как руководитель Ю.Ф. Поляков был демократичен, прост в общении, интеллигентен. Склонен к шутке, иронии, заботился о том, чтобы не обидеть человека небрежным или резким замечанием. Мягкий бархатный голос располагал к общению. Любил, собрав в кружок студентов или молодых сотрудников, обсуждать с ними интересующие его проблемы.

Вместе с тем в ситуациях, связанных с решением значимых для кафедры вопросов, мог быть жестким, прямо сказать человеку (часто публично), что он думает о его поступке; был принципиален при обсуждении проблем кафедры. В принятии решений, касающихся жизни кафедры, проявлял твердость, уверенность, последовательность.

В качестве администратора обладал даром управления людьми, умел делать то, что в обиходе называют «сглаживать острые углы», снять конфликт, настроиться на сотрудничество, сплотить. Был настоящим лидером.

Главным увлечением Ю.Ф. Полякова в течение всей жизни была работа. Ей он отдавал все свое время. Кроме нас, была семья, тесный постоянный круг друзей, книги, театр, душевная щедрость, сердечность, искренность и эмоциональность - качества, привлекавшие к нему людей в течение всей его жизни. Круг близких друзей, общение с которыми продолжилось в течение всей жизни, сложился рано, в юности, в артиллерийском училище и в первые годы работы в патопсихологии. Верность дружбе, преданность друзьям - характерная черта Полякова. Все, кто знал его многие годы, чувствовали это и уважали его постоянство чувств. Как в отношениях с друзьями юности, так и в семье он верен и постоянен. По отзывам его жены - Нины Георгиевны - он был замечательным, любящим мужем, заботливым, внимательным, мягким. Его сын - Алексей Юрьевич - избрал профессию врача, наверное, не без влияния Полякова; многими

чертами характера, интересами, манерой держать себя он, конечно, напоминает своего отца. Ю.Ф. Поляков дома, в семье - мастер на все руки; ценил тепло и уют семьи и умел создавать его. Любил животных: в доме всегда была собака (и вся кафедра ее знала!), а в последние годы - еще и кот. Ему нравилось бродить по лесу, парку, наблюдать за жизнью природы, собирать причудливые ветки и древесные корни, мастерил из них различные предметы.

Был гостеприимен, сразу становился центром внимания, не прилагая специальных усилий для этого. Был лишен демонстративности, естественен.

Не любил грубости, пошлости в общении, необязательности в делах. Ю.Ф. Поляков - неординарная, крупная личность; понять и оценить такого человека в полной мере часто мы можем только после его ухода из жизни.

Жизнь и научная биография Ю.Ф. Полякова - ученика и соратника Б.В. Зейгарник - замечательного человека и ученого теперь являются неотъемлемой частью истории отечественной психологии.

## О МОЁМ УЧИТЕЛЕ

Т.Д. Савина

Судьба подарила мне встречу с Юрием Фёдоровичем Поляковым в далеком 1965 году. Холодный осенний вечер с неистовой силой гнал по мокрому асфальту опавшие листья по дорожкам психиатрической больницы. Лаборатория патопсихологии Института психиатрии АМН СССР, руководимая Ю.Ф. Поляковым, куда я направлялась, находилась на территории этой клиники, непосредственно в одном из ее отделений. Мне впервые в жизни пришлось переступить порог отделения, где находились на лечении психически больные люди. Не помня себя от охватившего меня страха, я почти достигла заветной двери, но неожиданно передо мной возник молодой человек-пациент и с насмешливым блеском голубых красивых глаз сочувственно сказал: "Девушка, что же вы нас так боитесь?". Видимо, мое лицо выражало такой ужас и смтение, что даже больной человек это неравнодушно заметил. Я смутилась, было ужасно стыдно за свою слабость, страх и, естественно, ничего не смогла ему ответить. И

вот уже в течение почти 47 лет работы в области психиатрии я с улыбкой и благодарностью этому пациенту иногда вспоминаю этот эпизод.

Беседа с Ю.Ф. Поляковым затянулась надолго. Он увлекательно и интересно рассказывал о проводимых в лаборатории экспериментальных исследованиях, научных достижениях, дальнейших планах, о своих сотрудниках, интересовался моей учебой, интересами. Эта встреча определила мою научную биографию. Мне, студентке-дипломнице факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, было предложено начать новое, психофизиологическое направление в цикле работ, проводимых коллективом умных и талантливых сотрудников лаборатории. Исследования были посвящены изучению нарушений познавательной деятельности у больных шизофренией.

Надо сказать, что тогда психофизиологические исследования в области психиатрии были весьма малочисленными и считались пионерскими. Кроме того, весьма немного было исследований, проводимых на стыке наук. В данном случае на стыке психологии, патопсихологии, психиатрии, электроэнцефалографии, нейрофизиологии. Ю.Ф. Поляковым и его сотрудниками было установлено, что при шизофрении отмечается нарушение вероятностных механизмов познавательной деятельности, в частности, нарушение избирательности актуализации прошлого опыта соответственно задаче деятельности. Предлагался другой, психофизиологический, уровень изучения этой патологии – попытаться выявить и проанализировать электрофизиологический механизм обнаруженного феномена. Это направление исследований в лаборатории Ю.Ф. Полякова было одобрено и поддержано А.Р. Лурия. На первом этапе исследований было проведено изучение ЭЭГ показателей. В частности, характеристик альфа-ритма при восприятии разнoverоятной (по контексту завершения фраз) речевой информации. Моим учителем ЭЭГ была Ф.А. Лейбович – высококлассный специалист и мудрый человек. Речевой материал был подготовлен совместно с В.П. Критской. Результаты проведенного исследования показали, что у больных шизофренией, в отличие от здоровых людей, наблюдается нивелирование, сглаживание адекватного изменения параметров альфа- ритма при восприятии разнoverоятной речевой информации в различных зонах коры головного мозга. Дальнейшее исследование нейрофизиологического механизма нарушения

избирательности актуализации знаний было направлено на изучении селективной активации мозга в ситуации активной психической деятельности, в состоянии преднастройки внимания, готовности к выполнению заданий. В качестве метода анализа процессов селективной активации мозга была взята методика вызванных потенциалов (ВП), анализ амплитуды и временных параметров его поздних компонентов. ВП одновременно регистрировались с шести регионов мозга. В проведенном исследовании было показано (с высокой степенью статистической достоверности) нарушение процессов селективной активации мозга у больных шизофренией. Иное, чем в норме, соотношение процессов локальной активации во время выполнения заданий больными и, что особенно интересно, на фоне изменений активности всего мозга – относительно низкую степень активности передних отделов мозга – особенно левой лобной области и левой премоторной зоны. Эти факты в известной степени служат нейрофизиологической основой (механизмом) клинической симптоматики, характерной для исследуемых больных – нарушение их познавательной деятельности.

По этой теме на факультете психологии МГУ им. М.В. Ломоносова мною успешно была защищена кандидатская диссертация, выполненная под руководством Ю.Ф. Полякова.

Проведенное исследование, его результаты вызвали большой интерес научной общественности как у нас, так и за рубежом. Результаты этой работы входили составной частью в программу совместных советско-американских исследований шизофренией.

Но жизнь состояла не только из работы. По ходатайству Ю.Ф. Полякова мне выделили собственную жилплощадь, в которой остро нуждалась моя семья. Большое ему спасибо!

К сожалению, психофизиологические исследования в лаборатории патопсихологии были прекращены. В связи с изъятием аппаратуры и наличием в институте лаборатории нейрофизиологии, руководимой профессором К.К. Монаховым.

Проблема изучения особенностей различных аспектов активности психической деятельности у больных шизофренией была продолжена на психогенетическом уровне. В другой лаборатории НЦПЗ РАМН совместно с

академиком РАЕН и ЕАЕН, доктором медицинских наук В.А. Орловой. По результатам этого исследования опубликовано большое количество работ у нас и за рубежом.

Ю.Ф. Поляков перешел на заведование кафедрой пато- и нейропсихологии психологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова, где вел активную научно-преподавательскую деятельность. Но он никогда не оставлял тесной связи с сотрудниками лаборатории, которую возглавила доцент той же кафедры Н.К. Корсакова.

Уроки, преподанные нам, молодым сотрудникам, его личным примером честного отношения к научным исследованиям в их многогранных проявлениях, бережного и внимательного отношения к людям остались навсегда. Удивительно, но в моей жизни не приходилось встречать людей, обладающим таким терпением, выдержкой, как у Юрия Федоровича – он никогда, ни при каких обстоятельствах не позволял себе повысить голос при общении с людьми любого ранга, какой бы напряженной ни была ситуация.

Я благодарю судьбу за то, что на моем жизненном пути в течение многих лет зримо и незримо присутствовал мудрый Учитель, талантливый ученый, психолог с большой буквы – Юрий Федорович Поляков с его неизменным оптимизмом, верой в большое будущее психологии и науки о мозге человека.

Светлая ему память!

## **К ЮБИЛЕЮ Ю.Ф.ПОЛЯКОВА (КАК ЭТО БЫЛО)**

В. В. Гульдман

Ю.Ф.Поляков, будучи без сомнения крупным ученым и организатором научных исследований, вопреки расхожему мнению о роли крупных ученых, никак не затормозил развитие отечественной медицинской психологии, а даже придал ей определенное ускорение. При нем и благодаря ему, в бытность заведования кафедрой нейро- и патопсихологии факультета Психологии МГУ им. М.В.Ломоносова. отечественная патопсихология (Б.В.Зейгарник,

С.Я.Рубинштейн) трансформировалась в современную клиническую психологию с включением в область интересов и компетенции психосоматики, психотерапии, личностной психодиагностики, нейропсихологического подхода к исследованию психических расстройств.

Но начиналось все в скромном бараке на территории Психиатрической больницы им. Кащенко - клинической базе Института психиатрии АМН СССР и кафедры психиатрии ЦОЛИУ врачей, в которой каким-то образом поместились патопсихологическая лаборатория (Ю.Ф.Поляков), отдел эпидемиологии психических расстройств (П.М.Жариков) и психофизиологическая лаборатория (И.М.Фейгенберг). В лаборатории Ю.Ф.Полякова чудесным образом сложился высокообразованный, мощный, изобретательный и трудолюбивый коллектив с такими звездами как Е.И.Богданов, В.П.Критская, Т.К.Мелешко и молодыми красавицами В.Филипповой, Л.Саблиной, Э.Замуруевой, которому трудно найти аналоги в сегодняшнем научном процессе. На период застоя в стране парадоксальным образом пришелся период расцвета и высших достижений в психиатрии и экспериментальной патопсихологии. Сверхценное отношение к науке, культивируемое А.В.Снежневским и Р.А.Наджаровым, создавало определенное мотивационное поле, не позволявшее сотрудникам уклоняться от исследования природы шизофрении. Не так уж важно (для вечности), кто первый сформулировал гипотезу о размытости прошлого опыта, нарушениях вероятностного прогнозирования у больных шизофренией, влекущих за собой специфические особенности и нарушения мышления и эмоциональных проявлений, И.М.Фейгенберг или Ю.Ф.Поляков, мне кажется, что все-таки И.М.Фейгенберг. но именно Юрий Федорович Поляков определил основные направления экспериментальных патопсихологических исследований, завидный методический арсенал, взаимодействие с клиницистами, генетиками, эпидемиологами, позволившее реализовать беспрецедентное комплексное исследование шизофрении. Предпринятые экспериментальные исследования восприятия, мышления больных шизофренией с разными формами заболевания, различным типом течения, родственников этих больных, стали фундаментом отечественной концепции шизофрении, являются классическим примером взаимодействия фундаментальной науки с клиникой. Сегодня, когда МКБ-10

полностью исключила возможность серьезных научных исследований в психиатрии, этот опыт остается уникальным и неповторимым.

## **ЮРИЙ ФЁДОРОВИЧ ПОЛЯКОВ И РАЗВИТИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ**

Д.Н. Хломов

Я познакомился с Юрием Федоровичем Поляковым в 1978 году, когда учился на факультете психологии МГУ им М.В.Ломоносова. Он был руководителем моей курсовой работы на 4-м курсе и моей дипломной работы. Эти работы были направлены на исследование особенностей коммуникативной деятельности больных шизофренией. С 1980 года, после окончания МГУ, я начал работать в лаборатории Ю.Ф.Полякова в Институте психиатрии АМН СССР. Это было замечательное время советских научных институтов, где можно было удовлетворить свое любопытство за государственный счет. В начале работы Юрий Федорович подключил меня к работе по диссертации психолога из Тбилиси Эмзари Елигулашвили. Так возникло в лаборатории направление исследований социальной сферы больных шизофренией. До этого основным направлением работы лаборатории было исследование познавательной деятельности больных шизофренией.

Юрий Фёдорович поддержал работы по исследованию особенностей коммуникативной сферы больных шизофренией, и кроме тестовых методик, разработанных для этой цели, у нас появилась возможность работать и экспериментально, в форме психологических групп. На этих группах была возможность непосредственного наблюдения за социальным поведением больных шизофренией во время тренинговых упражнений и обсуждений, и одновременно проводить реабилитационную работу по повышению социальной компетентности этих больных. Эти работы постепенно развивались, и внутри лаборатории возникла исследовательская группа, занимавшаяся этими исследованиями. В работу этой группы были включены психологи отделений, потом были добавлены научные сотрудники. В нашей группе по этой теме были включены в работу



Юрий Слоневский, Ольга Казьмина, Сергей Баклушинский, Елена Чемикова, позже - Наталия Гаранян и Алла Холмогорова и другие. Вообще в работе группы участвовали все сотрудники лаборатории. Благодаря организаторскому опыту Юрия Федоровича Полякова в лаборатории была очень поддерживающая атмосфера. Были выпущены методические рекомендации по организации групповой психологической работы с больными шизофренией в условиях клиники, выступления на многих конференциях, статьи в научных журналах и т.д. В 1985 году я защитил кандидатскую диссертацию под руководством Юрия Федоровича Полякова по исследованию особенностей восприятия больными шизофренией межличностных взаимодействий. Самым важным выводом в этом исследовании было выявление такой особенности больных шизофренией, что при высокой точности восприятия статических характеристик ситуации общения, больные не могут распознавать динамику, изменения в процессе диалога. Такая работа велась в разных отделениях клиники Центра Психического Здоровья, в который трансформировался Институт психиатрии АМН СССР.

В научной психиатрии того времени работы Юрия Федоровича Полякова и его лаборатории имели значительный вес и пользовались большим уважением. Такое новаторское направление, как практическая психологическая работа не с целью диагностики, а с целью повышения социальной адаптации больных шизофренией и исследование особенностей этой сферы в форсирующем эксперименте, удалось организовать при поддержке важнейших ученых-психиатров Института. Особенно важной была поддержка Мелы Яковлевны Цуцуйковской и ее научного коллектива.

С точки зрения теоретической психотерапии, наша работа того времени была вариантом поведенческой терапии (как сейчас говорят - когнитивно-бихевиоральной). Это было связано с тем, что это направление позволяет изучать техники работы по книгам, без реального обучения у людей, практикующих этот метод. В Советском Союзе контакты с иностранными специалистами были ограничены, из зарубежной литературы мы выбрали книги по тренингу социальных навыков и построили систему групп, развивающих социальную компетенцию больных шизофренией на стадии реабилитации. Эта система реально помогала больным лучше адаптироваться в обычной социальной среде.

В нашей исследовательской группе были разработаны оригинальные методики по исследованию межличностного восприятия, системы отношений человека, уровня освоения социальных навыков. В дальнейшем, после моего ухода из ВНЦПЗ АМН СССР, был издан сборник, в котором описаны некоторые из созданных методик. Этот сборник был выпущен в министерстве образования РФ и центре педагогических инноваций АПН РФ. В нем были описаны методики оценки уровня развития социального поведения старшеклассников.

В лаборатории Ю.Ф.Полякова в ВНЦПЗ АМН СССР была специально организована наблюдательная комната, в которой проводились группы, а наблюдатели могли находиться за зеркальным окном и видеть группу с другой стороны при помощи видеокамеры. Это непростое по тем временам оборудование показывает, насколько важное место занимали исследования нашей группы в лаборатории. Я думаю, что наша работа имела большое значение для развития психологической науки и практики. Сотрудники из этой исследовательской группы в настоящее время являются важными лицами в психологической науке и психологической практике.

Для меня работа в лаборатории Ю.Ф.Полякова не только предоставила возможность для свободного научного исследования, и возможность начать работу в области психологической практики с одной из самых интересных групп больных, но и сформировало важные философские и идеологические положения для моей дальнейшей работы. Очень важной философской позицией для меня оказалась идея, лежащая в основе докторской диссертации Юрия Федоровича. Творчество и патологические нарушения мышления при шизофрении, по сути, обслуживаются одним и тем же механизмом. Как и в случае мыслительной патологии при шизофрении творчество - также отклонение мыслительного процесса от стереотипных путей.

В 1987 году в Советском Союзе была организована первая независимая организация психологов - Общество Психологов Практиков. Я был в этой организации, начиная с инициативной группы до прекращения деятельности по причине разделения организации на отдельные общества, объединенные по разным психотерапевтическим школам. Я был последним президентом этой организации. В 1992 году мы организовали Московский Гештальт Институт, и с

этого времени - это основное мое занятие. В 2004 мы организовали Общество Практикующих Психологов (гештальтподход). Это профессиональная общественная организация, объединяющая частнопрактикующих психологов в России, Украине, Белоруссии, Казахстане. Членами организации могут быть только дипломированные психологи и врачи, прошедшие подготовку в течение 4-х лет по программам, соответствующим стандартам Европейской Ассоциации Гештальт Терапии. Направление, начатое в лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР, при поддержке Юрия Федоровича Полякова, привело к развитию системы частнопрактикующих психологов - 700 работающих профессионалов на огромной территории.

Для меня время работы в лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР, а затем ВНЦПЗ АМН СССР, было важнейшим временем развития и становления в свободной, интеллектуальной среде. Юрий Фёдорович Поляков и все сотрудники лаборатории составляли тогда великолепный творческий коллектив, влияние которого на жизнь психологической науки и практики трудно переоценить.

## **Ю.Ф.ПОЛЯКОВ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ В ПСИХИАТРИИ**

Ю.А. Слоневский

Одна из основных задач этой статьи состоит в том, чтобы с одной стороны прояснить суть отношения Ю.Ф. Полякова к психологической коррекции и психотерапии, а с другой стороны попытаться рассказать о его реальном, осознанном и ответственном вкладе в их развитие. Данные размышления – это послесловие к серии рабочих диалогов с Ю.Ф. Поляковым, как с талантливым и мудрым человеком, с коллегой, с ученым и одним из основателей новой психологической традиции.

Ю.Ф.Поляков в качестве приоритетного проекта научных исследований выбрал направление, связанное с развитием динамической междисциплинарной психодиагностики. Мы оцениваем диагностический потенциал психологической коррекции как ключевой аргумент в пользу развития неклинической

психотерапии. Ю.Ф.Поляков и его сотрудники научно обосновывали и искали пути реализации для законного и естественного права клинической психологии на активное участие в создании моделей реабилитационной, консультативной, психокоррекционной и психотерапевтической помощи и поддержки в клинике эндогенных расстройств.

Психологическая практика середины 70-х начала 80-х годов прошлого века значительно опережала науку в своем решительном и последовательном творчески-поисковом освоении сфер и областей многомерного жизненного пространства. Постоянно расширялся спектр социально-психологических запросов к психологам, как институционального, так и индивидуального характера. Изменения социально-исторического и общего бытийного контекста требовали от психологии незамедлительного и адекватного ответа на реальные вызовы.

Это было время интенсивного, разнонаправленного и инновационного создания принципиально новых психологических технологий, методов и моделей, а так же адаптации уже известных психотехник. В разных профессиональных областях формировался запрос на активное использование психологического знания. Особенно это касалось сфер, тесно соприкасавшихся с проблемами психического здоровья и предъявлявших повышенные требования к умениям и навыкам эффективно использовать личностный, эмоционально-волевой, коммуникативный, когнитивный и социальный ресурс человека.

Следует отметить, что по-настоящему знаковые, системообразующие события, касающиеся качественных изменений в содержании и формах профессиональной деятельности в психологии, происходили в это время не столько в академической, сколько в практической работе. У активных методов обучения, тренингов, психологической коррекции, разных форм консультирования и психотерапия становилось все больше союзников и последователей. Можно было говорить о возникновении комплекса социальных условий, создающих реальные возможности и условия для формирования новых граней и даже типов профессиональной идентичности в психологии. В это время создавались многочисленные неформальные профессиональные объединения. Успешный поиск решения целого ряда конкретных социально-психологических

проблем становился итогом объединения усилий специалистов из разных областей психологической практики и из жестко конкурирующих между собой научных школ и направлений.

Рождалась особая, качественно иная реальность профессионального поиска. В ней чрезвычайно высоко оценивались навыки и умения, связанные с владением современным психотехническим арсеналом. Самостоятельную ценность приобретали специфические способности изменять, трансформировать, оптимизировать течение многих психических процессов. При этом обязательный для «прежней» психологии этап предварительного обоснования любой коррекционной и образовательной программы с помощью экспериментально-диагностического исследования и осторожность в формулировании целей, задач и смысла изменений, как правило, просто игнорировался. Интерес к поиску путей качественного и системного изменения функционирования целостного и единого терапевтического пространства в интересах конкретных пациентов с их актуальным запросом вступал зачастую в противоречие со стремлением специалистов расширить арсенал своего рабочего инструментария и получить новый личный опыт. Характерной чертой этого времени было широко распространенное стремление не столько вникнуть в суть тех или иных конкретных психотехник и серьезно овладеть ими, сколько достаточно поверхностно ознакомиться с ними. В обществе формировалось весьма специфическое пространство активного применения этого знания с целью решения различных задач - от познавательных и психотерапевтических до экзистенциально-развлекательных. Простое любопытство чаще, чем осмысленный и целенаправленный профессиональный интерес, определяло круг изучаемых специалистом психотехник. К сожалению, это была общая для психологии и медицины проблема. Для специалистов из области медицины, образования и психологии наступил период искушения в связи с легким доступом к особому психотехническому знанию.

Следует отметить, что в области клинической психологии в это время существовал достаточно острый дефицит хорошо подготовленных кадров. В основном он преодолевался за счет привлечения профессионалов, не имеющих базовой специализации. В среде «новообращенных» патопсихологов

существовала стойкая анозогнозия к психотерапевтическому, консультативному и психообразовательному ресурсу традиционного патопсихологического экспериментального исследования. Все это было психологически понятно, так как овладение мастерством диагностики в рамках патопсихологии и нейропсихологии и использование всего спектра ее психотерапевтических возможностей требовало высокого уровня профессиональной мотивации и затраты больших сил и времени. Следует иметь в виду, что появились иные, достаточно привлекательные, варианты и пути личностного самоопределения в меняющемся пространстве профессиональной деятельности. Происходило размывание представлений о границах профессиональной компетенции. Внутри профессионального сообщества и около него формировался особый круг «универсальных» специалистов, «независимых», «свободных» от целого ряда нормативных и этических обязательств, обычно обусловленных спецификой деятельности в конкретных областях прикладной психологии. Основным полем их активности были тренинги, консультирование, ознакомление всех желающих с психотехниками. На уровне обычной жизни владение психотехниками из профессиональной проблемы все больше трансформировалось в особый культурный феномен и становилось важным элементом психологической моды, а так же средством экзистенциального поиска.

В этот сложный и интересный период, полный новых возможностей для психологии, я принял решение перейти на работу в одно из отделений клиники ВНЦПЗ АМН СССР, которое занималось исследованием разных вариантов шизофрении, дебютирующей в подростково-юношеском возрасте. ВНЦПЗ был в моем представлении учреждением, предоставлявшем сотрудникам условия для серьезного инновационного научно-практического профессионального поиска.

Для меня, как одного из учеников Б.В. Зейгарник, выпускника кафедры нейро-и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова, имевшего опыт разнообразной практической психологической работы в большой областной психиатрической больнице (в том числе экспертной, социально-реабилитационной, психокоррекционной и психотерапевтической работы с больными разных нозологических групп), достаточно поучительным было знакомство с опытом работы психологической лаборатории ВНЦПЗ АМН СССР,

которой руководил профессор Ю.Ф.Поляков. Она включала серьезные экспериментально-диагностические исследования когнитивных процессов и их нарушений при психической патологии определенного типа. Несколько необычным стало так же повседневное научно-практическое сотрудничество с сотрудниками лаборатории, которые были выпускниками других кафедр факультета психологии МГУ (в частности, социальной). Для них был характерен несколько иной подход в понимании и исследовании проявлений психической патологии, в выборе критериев и методов для оценки уровней психического благополучия и здоровья.

Достаточно важным оказалось согласование содержания некоторых важных и привычных, для работающего в клинике психолога, понятий. Речь, в частности, шла о широко используемом в практике понятии патопсихологического синдрома, а так же о психологическом понимании и путях исследования типов дефекта, а так же вариантов жизненного самоопределения и адаптации у больных с эндогенными расстройствами.

Несколько лет я работал практическим психологом в отделе эндогенных расстройств юношеского возраста. Именно в нем, под руководством и при активном личном участии М.Я. Цуцурьковской, осуществлялись программы комплексных междисциплинарных научно-практических исследований. Вся повседневная работа сотрудников отдела была сосредоточена на поиске ответов на многочисленные вопросы, связанные с дифференциальной диагностикой, с ранним прогнозом дальнейшего течения заболевания, с подбором лечения, адекватного состоянию, психофизиологическим и психологическим особенностям возраста, с обязательным и своевременным включением социальной реабилитации. Это была содержательно насыщенная, интенсивная, слаженная и по-настоящему командная работа.

В круг ключевых обязанностей практического психолога, наряду с экспериментально-психологической, социальной и психокоррекционной работой, входил активный поиск возможностей для расширения и углубления содержательно-тематического сотрудничества с сотрудниками психологической лаборатории. Отдел был прекрасной площадкой для проведения творчески-поисковой научно-практической работы. В нем была сформирована и продолжала

расширяться тщательно подобранная катamnестическая когорта больных шизофренией.

Ю.Ф. Поляков прекрасно это осознавал и использовал для планирования будущих исследований. Думаю, что большую роль в выборе тем для работы, играла его готовность найти и выслушать специалиста, способного выступить в роли эксперта при их оценке. Одним из таких серьезных и компетентных экспертов была Мэлла Яковлевна Цуцуйковская. Она обладала и обладает удивительной способностью инициировать и поддерживать многие из совместных клинико-психологических научно-практических проектов. Для Юрия Федоровича, высоко ценившего мнение серьезных клиницистов, умевших широко, креативно и ответственно мыслить, все это имело весьма важное значение при принятии целого ряда ключевых решений.

С самого начала моей работы практическим психологом в отделении наши беседы с Юрием Федоровичем, в частности, по поводу разных по целям и содержанию моделей работы практического психолога в клинике, приобрели регулярный характер. На них шло обсуждение круга возможных и фактических функциональных обязанностей практического психолога, о его месте и роли в построении системы конструктивного сотрудничества научного отдела, отделения клиники и психологической лаборатории.

Ю.Ф. Поляков высоко ценил все, что было сделано сотрудниками лаборатории в направлении исследования когнитивной сферы при шизофрении. Он был одним из лучших популяризаторов и лоббистов этих уникальных достижений. Однако он, как никто другой, понимал, что пришло время для рассмотрения основных итогов исследований в контексте постановки и решения задач реабилитации и психотерапии. Кроме того, по его глубокому убеждению они должны были быть дополнены оригинальными методами исследования личности, эмоциональной сферы, самооценки, уровня притязаний, механизмов осуществления психической регуляции не только с учетом психического состояния, но и совокупного социального контекста жизни больного.

У него не было никаких сомнений в правильности, своевременности и обоснованности курса, избранного руководством некоторых научных отделов и клинических отделений НЦПЗ РАМН, на развитие и внедрение индивидуальной и



групповой форм психокоррекционной работы в качестве обязательного и стандартного способа поддержки и сопровождения больных и их родственников. Ему были близки и интересны наши попытки соединения в рамках интегративной модели психологической помощи и поддержки сильных сторон и преимуществ некоторых психотерапевтических направлений. Речь, прежде всего, идет о потенциале логотерапии, когнитивно-бихевиорального, экзистенциального и некоторых других подходов.

Вместе с тем он опасался, что активное участие психологов в развитии разнообразных форм и методов психотерапии может подтолкнуть процессы, которые могут привести к размыванию границ профессиональной идентичности и выходу за пределы компетенции. Возможно, что именно поэтому он несколько медлил с включением научных исследований по социальной и личностной адаптации, роли методов психокоррекции, психотерапии и семейного консультирования. Так или иначе, он интересовался ходом практического поиска в этом направлении, который происходил в отделениях клиники при активном участии научных сотрудников отделов.

Можно утверждать, что ему импонировало наше стремление рассматривать методы индивидуальной и групповой психокоррекционной работы, прежде всего, в контексте возможностей их использования как специфического диагностического способа для качественной оценки общего реабилитационного потенциала и личностного ресурса жизнестойкости и социальной адаптации больных. Он приветствовал практику открытого обсуждения на рабочих семинарах всего круга мотивов, причин и поводов, которые помогали обосновать и понять важность развития практики консультирования и психологической коррекции в клинике эндогенных расстройств.

Особый интерес у него вызывало проводимое нами пилотажное исследование такого сложного конструкта как уровень психологической готовности и подготовленности больных и здоровых к участию в определенных формах и программах психологической помощи и поддержки. Юрий Федорович поддерживал так же идею косвенного и прежде всего индикативного управления сложными процессами, происходящими в рабочем психотерапевтическом пространстве. Серьезное внимание он уделял различным возможностям

оптимизации процессов непрерывного профессионального развития личности. При этом он подчеркивал важность своевременного формирования содержательной и конструктивной социальной идентичности и ее влияние на становление консолидированной и устойчивой системы личностных смыслов, ценностей и мотивов. Для него было свойственно побуждать коллег к обсуждению существенных различий в системе профессиональных требований и ожиданий, которые могут быть предъявлены к психологам, работающим в научных подразделениях центра или в отделениях клиники.

Юрий Федорович склонялся к тому, что определенная избыточность тем и направлений профессионального поиска в среде практических психологов является обязательным условием для развития плодотворного научного сотрудничества психологической лаборатории с научными отделами. Он всегда очень внимательно относился к анализу содержания докладов и выступлений практических психологов отделений на конференциях клиники. Он подчеркивал важность сохранения за ними права на определенную степень независимости в выборе адекватных задачам и обстоятельствам методического инструментария. Он верил в фактическую реализацию принципа естественного взаимного дополнения в едином проекте опыта научных и практических подразделений.

События последних лет подтвердили реальность многих прогнозов, опасений и надежд, высказывавшихся на регулярных рабочих встречах Ю.Ф. Полякова с коллегами, занимавшихся разработкой и апробацией проекта реабилитационного, консультативного и психокоррекционного сопровождения пациентов и их родственников. В частности, в то время его волновало сохранение и развитие клинических традиций уникальной психиатрической школы А.В. Снежневского.

Юрий Федорович считал, что любые по-настоящему серьезные инновационные исследования в медицинской психологии возможны лишь в конструктивном диалоге и тесном сотрудничестве с представителями отечественных психиатрических школ и направлений.

С другой стороны, он был уверен, что и будущее психиатрии все в большей мере будет зависеть от уровня развития психологии и прежде всего отечественной. Особое значение Юрий Федорович придавал постдипломному

образованию, и, прежде всего, активному поиску путей и средств становления профессиональной и личностной идентичности у специализирующихся в области психиатрии и медицинской психологии. Он высоко ценил способность и умение ориентироваться в том, что составляет основу содержания и смысла профессиональной компетентности и неразрывно связанной с ней личностной ответственности.

Важнейшими условиями плодотворного развития междисциплинарных исследований в области психического здоровья он считал сохранение традиций формирования клинического менталитета и бережного отношения к этике, культуре и технологии проведения научно-практических и фундаментальных исследований в психиатрии. Благодаря его личному авторитету и при непосредственном участии в истории НЦПЗ РАМН осуществлялась в течение многих лет регулярная, по-настоящему творчески-поисковая психокоррекционная и психотерапевтическая работа с амбулаторными и стационарными больными. Эффективность и слаженность этой работы была обусловлена оригинальными экспериментально-психологическими исследованиями сотрудников лаборатории Мелешко Т.К., Критской В.П., Хломова Д.Н., Зверевой Н.В., Гаранян Н.Г., а в последующем Казьминой О.Ю. и др.

В наше время существует огромное число психотерапевтических школ и направлений. Сложились и успешно функционируют многочисленные государственные и частные структуры, оказывающие помощь и поддержку психически больным и их родственникам, как в стационарных, так и амбулаторных условиях. В некоторых из них в основе отношений психологов и психиатров преобладает равноправное сотрудничество, в других психологи выполняют хотя и важные, но, по мнению врачей-психиатров, лишь второстепенные функции. В этих структурах врачи берут на себя избыточные, не свойственные их специальности функции самостоятельного психологического ведения и сопровождения больных. Впрочем, существуют обширные сферы и области, в которых врач-психиатр занимает явно второстепенные позиции. Нужно отметить, что имеют место настойчивые попытки некоторых религиозных конфессий, объединений и сообществ заниматься помощью и поддержкой дезадаптированных людей без учета важности специальной клинической и

психологической диагностики их психического состояния. Это подтверждает необходимость осознания границ профессиональной компетенции и овладения культурой и навыками сотрудничества. Увеличение числа психотерапевтических направлений, зачастую жестко конкурирующих между собой в разных областях жизни, приводит к реальному размыванию представления о границах компетенции и зонах профессиональной ответственности. Возрастают требования к личной ответственности и уровню профессионализма, предъявляемых к участникам междисциплинарных комплексных программ в сфере исследования проблем психического здоровья.

Ю.Ф. Поляков неоднократно предупреждал о подобном сценарии развития событий. Он подчеркивал, что в особо затруднительном положении может оказаться как сфера специального профессионального образования, так и области медицины и психологии, занятые оказанием психиатрической помощи. Разумеется, что он был уверен, что любой кризис в медицинской психологии и психиатрии может и должен быть преодолен в результате их совместных и согласованных усилий (на индивидуальном и институциональном уровне).

Важно подчеркнуть, что большое значение в тех условиях имели личный авторитет Юрия Федоровича, глубокие профессиональные знания, его умение осуществлять комплексное психологическое сопровождение инновационных междисциплинарных исследований на всех их основных этапах осуществления. Именно это позволило уже в самом начале 80-х годов развернуть широкую программу практических, а позднее и научно-практических многоцелевых исследований с целью обоснования и последующего решения задачи оптимизации процессов реабилитации и адекватного выбора структур, которые могли быть адекватной мишенью для психологической коррекции. Все это позволило выйти на создание и апробацию диагностико-коррекционных психологических комплексов. Была сформирована программа из серии авторских образовательных семинаров, имеющих целью приобрести навыки по применению индивидуальной и групповой форм психологической коррекции. Образовательные семинары проводились как со студентами университетов, так и слушателями курсов повышения квалификации. К безусловно положительным результатам можно отнести выделение в качестве отдельной и самостоятельной темы многогранного

исследования уникального диагностического потенциала как индивидуальных, так и групповых форм психологической коррекции. Было положено начало разработке специфических процедур «стресс-диагностики» и системы критериев для динамической оценки ее результатов. Созданный при активной поддержке Юрия Федоровича тренинг социальных навыков стал методом, который органично вписался в практику системной социально-реабилитационной, консультативной и психокоррекционной работы с пациентами и их родственниками, в том числе и во внебольничных условиях. Конечно, вызывает сожаление, что не удалось обсудить перспективы развития некоторых вариантов экзистенциальной, духовно-психологической помощи, в том числе с использованием «сакрального» ресурса текстов, традиций, социальных и культурных пространств, зачастую выполняющих спонтанно и естественно особые функции и задачи жизненной поддержки и сопровождения.

Как и предполагал Юрий Федорович, самыми востребованными инструментами и условиями эффективной работы в области психиатрии и психологии здоровья по-прежнему остаются интегральный институциональный ресурс психиатрии. Также очень важен присущий ее представителям специфический клинический менталитет, базирующийся на этике, нормах, принципах и культуре профессионального подхода к оказанию системной помощи и поддержки больных с душевной патологией.

#### Литература

1. Борисова О. А., Гусев В. В., Дробашенко Т. Г., Пятницкая Л. Н., Слоневский Ю.А., Комиссарова С.А. Опыт конфессионально-ориентированной реабилитационной работы с психически больными, основанной на анализе их религиозного мировоззрения //Журн. Консультативная психология и психотерапия, 2010, 3.
2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. - М., изд. МГУ, 1991.
3. Слоневский Ю.А., Бильжо А.Г. Реабилитация больных нервно-психическими заболеваниями и алкоголизмом. - Л., 1986. - С. 130-132.

4. Слоневский Ю.А., Бильжо А.Г., Владимирова Т.В., Василенко Е.В., Пожарицкая Д.А. Особенности организации психосоциальной и трудовой реабилитации больных с юношеской шизофренией (клинико-психологическое изучение малопрогрессирующих форм с благоприятным исходом) // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. - 1988. - Т. 8. - С. 101-108.
5. Слоневский Ю.А. Психологическая диагностика и выбор типа психотерапевтической поддержки подросткам и юношам/ Ю.А. Слоневский// Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы, М., 1995, №3.
6. Поляков Ю.Ф., Хломов Д.Н., Слоневский Ю.А. Место психологической коррекции в процессе реабилитации больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. — 1987- Т. 87. Вып. 7. С. 1059— 1064.
7. Хломов Д. Н., Слоневский Ю.А., Владимирова Т. В. и др. Применение методов психологической коррекции для профилактики социальной дезадаптации и оптимизации социального функционирования при эндогенных психических расстройствах юношеского возраста: Методические рекомендации. М., 1988.
8. Слоневский Ю.А. Пространства психотерапевтического поиска. Журнал Символдрама № 1(6) 2011.
9. “Programme of sociorehabilitational and psychotherapeutical held for psychic-disordered juvenile patients” // The system we live in/ Family therapy contexts, Book of abstracts.- Krakow. – September 2-7, 1990. –International Family Conference. – p. 169 (в соавт. со Слоневским Ю.А.)

## **РАЗВИТИЕ ПОДХОДА К ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В ЛАБОРАТОРИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ НЦПЗ РАМН: ОТ Ю.Ф.ПОЛЯКОВА ДО НАШИХ ДНЕЙ**

О.Ю. Казьмина, О.М. Бойко, О.Ю. Воронцова

Нововведениям всегда требуется вдохновитель. Руководитель, при котором подчиненные имеют возможности рисковать, работая на переднем крае науки, должен обладать рядом противоречивых качеств: любопытство и прагматизм, умение поддержать и способность быть строгим, требовательным. Юрию Федоровичу удавалось совмещать их. Высоко ценя интерес к исследуемой проблематике, он умело использовал все возможности, чтобы сделать доступными для сотрудников современные научные материалы и обеспечить практическую возможность реализации запланированных исследований и экспериментов, от организации участия в международных конференциях до выделения необходимых помещений. Будучи сам человеком жизнелюбивым, Юрий Федорович Поляков поощрял работу, помогающую повысить качество жизни людей, страдающих психическими заболеваниями.

Понимание пагубности именно негативной симптоматики при психических заболеваниях известно давно. Недаром аутизация входит в известные четыре «А» Э. Блэйлера, являясь, наравне с нарушением ассоциаций, амбивалентностью и снижением аффекта одним из важнейших проявлением шизофрении. При часто встречающейся относительной сохранности когнитивных функций, нарастание аутизации ставит крест на возможности человека достичь приемлемого уровня социальной адаптации. Экспериментальные исследования по предотвращению социальной дезадаптации, а также по ресоциализации людей, страдающих психическими заболеваниями, были начаты в отделе медицинской психологии НЦПЗ РАМН под руководством Ю.Ф. Полякова в 90-х годах прошлого века. Ориентируясь на лежащую на стыке социологического, психологического и биологического подходов концепцию социальных сетей и социальной поддержки, были разработаны две программы: краткосрочный тренинг социальных навыков (продолжительностью 6 месяцев), а также долгосрочная программа

психокоррекционной группы по методу «социальной поддержки» (длительность – 3 года). Обе программы направлены на достижение следующих целей:

1. Диагностика слабых звеньев,
2. Обучение пациента новым формам социального поведения,
3. Изменение структур, обеспечивающих это поведение,
4. Контроль изменений.

К результатам обоих видов психокоррекционных вмешательств относились уменьшение выраженности негативной симптоматики, повышение уверенности в различных социальных ситуациях, снижение уровня тревожности, увеличение уровня комфортности в своем социальном окружении и повышение жизненной удовлетворенности. Тренинг социальных навыков хорошо показал себя только на выборке пациентов с минимальным уровнем социальной дисфункции, однако в стойкости его результаты существенно проигрывали таковым у участников психокоррекционной группы по методу «социальной поддержки», даже с изначально более глубоким уровнем социальной дисфункции. [5]

Данные виды коррекционных мероприятий, продемонстрировав свою эффективность, были включены в практическую работу сотрудников отдела медицинской психологии НЦПЗ РАМН. Под влиянием запросов со стороны врачей было решено модифицировать краткосрочный тренинг социальных навыков в постоянно работающую открытую группу, главной задачей которой остается компенсация неглубокого дефицита социальных навыков, имеющаяся у участников.

В то же время оставалась большая группа пациентов с выраженной дефицитарной симптоматикой, также испытывавшие потребность в психосоциальной помощи, в работе с которыми имеющиеся программы были неэффективны. Углубленное исследование проблематики и анализ опыта современных зарубежных данных показало необходимость кардинальной смены подхода с фокусировкой на детальной проработке дефицитарных у данной группы социальных навыков. Кроме того, были учтены встречающиеся у преобладающей части участников нарушения ВПФ: снижение концентрации внимания, нарушения работоспособности, мотивационная дефицитарность. Для повышения «устойчивости пациентов к стрессовым воздействиям (требованиям



общества, семейным конфликтам)» целью работы стало «формирование навыков взаимодействия с различными учреждениями (в первую очередь медицинскими)», а также распределения домашнего бюджета, ведения домашнего хозяйства, покупок, «проведения свободного времени и навыков межличностных взаимоотношений (навыки беседы, дружеских и семейных отношений)». [4]

Важным преимуществом разработанной программы является гибкость и возможность приспособить ее к индивидуальным требованиям каждого участника. Так, «во время тренинга определяются проблемы, с которыми сталкиваются пациенты в повседневной жизни. Совместно с больными устанавливаются цели тренинга, затем проводится репетиция поведения в форме ролевых игр, которые имитируют реальные ситуации повседневной жизни, позже идет практика в реальной жизни - применение полученных навыков вне искусственных условий обучения, но при этом сохраняется контроль терапевта, и, наконец, самостоятельное применение пациентом полученных навыков в повседневной жизни». [4] Отдельное внимание уделяется с одной стороны поддержке ощущения пациентом собственной автономности и ответственности, а с другой его понимания доступности поддержки со стороны семьи, врачей и социальных служб при возникновении трудностей и обострении заболевания.

Результатом работы становится выработка стиля жизни пациента, максимально насколько это возможно для каждого конкретного пациента приближенного к полноценному здоровому образу жизни с семьей, работой, кругом общения, увлечениями. Всё «это помогает сохранить разрушаемое болезнью «Я» человека, благодаря стимулирующему ожиданию его окружения и стимулам», помогающим осознать и принять собственную ответственность, стремление к признанию и самоуважению. [4]

Общемировая тенденция к смене профессионального подхода в отношении как соматических, так и психических заболеваний, постепенный переход от патерналистской позиции специалистов к сотрудничеству с пациентом в борьбе с прогрессированием болезни, нашли отражение в проводимых специалистами отдела медицинской психологии психокоррекционных программах. Важная часть работы в настоящее время направлена не только на формирование критики к имеющемуся психическому заболеванию, но и на повышение комплаентности в

лечении. В этой связи особое развитие получила работа с врачами. Информировав специалистов, в ответ на их запросы, о способах поощрения ответственного поведения и проявлений личной ответственности пациента, предоставления ему возможности выбора и т.п., сотрудники отдела медицинской психологии вносят свой вклад во внедрение современных стандартов лечения. Именно по запросу от врачей, было принято решение об исследовании психологических механизмов формирования позиции родственников психически больных по отношению к пациенту и его болезни, которая имеет первостепенное значение в формировании терапевтического альянса, соблюдении пациентом установленного режима лечения и предотвращении обострений. Предварительное исследование дало возможность выделить следующие мишени коррекции. Прежде всего, это неумение использовать такую стратегию совладания со стрессом как обращение за эмоциональной поддержкой, которое положительно коррелирует с агрессивным неприятием психически больного и его заболевания. Последнее по всей видимости указывает на один из механизмов, усугубляющих социальную дезадаптацию пациента, и должно быть использовано в психокоррекционной работе. Кроме того, отрицательные корреляции между негативным отношением к психиатрии и интернальностью субъективного контроля в отношении здоровья дают возможность предположить его значимость для родственника, как неконструктивную форму совладания с переживаемым бессилием. Учет данного фактора может облегчить установление контакта и положительно отразиться на приверженности лечению. Более закономерными кажутся отрицательные корреляции такого показателя жизнестойкости как «контроль» с такими проявлениями психического неблагополучия испытуемых, как уровень обсессивно-компульсивной симптоматики, депрессии и тревоги. Ведь понимание того, что жизнь и ее отдельные важные области в целом контролируются и предсказуемы, является одним из базовых убеждений человека, придающих ему ощущение безопасности.

Прояснение ряда вопросов требовало разработки новых психотехнических инструментов. Так был создан опросник «восприятие социальной поддержки», который, выделяя четыре типа реакции на социальную поддержку (положительная, отрицательная, амбивалентная и нейтральная), помогает

установить ту, что свойственна для обследуемого в интересующих нас отношениях [1], обнаружить ее взаимосвязи с отдельными личностными чертами и поведенческими проявлениями и разработать пути коррекции. Так, выявилась корреляция между положительным восприятием социальной поддержки от пациента с представлениями о небιологических причинах заболевания, в качестве одного из объяснений которой можно предположить невозможность отделения проявлений психического заболевания от личности близкого человека, что приводит к выбору между принятием факта заболевания и отстраненному, обезличенному отношению к пациенту. [6]

Также важным направлением работы стала модернизация используемых методов в соответствии с изменившимися социальными и технологическими условиями. Так, например, повсеместное внедрение мобильных телефонов, а затем и интернет-технологий заставило исследователей, работающих в русле теории социальных сетей и социальной поддержки, учитывать привнесенные ими изменения в коммуникативное поведение человека. [8] Это породило новые области для изучения, как в нормативной популяции, так и у психически и соматически больных. [7] В настоящее время сотрудниками отдела медицинской психологии совместно с коллегами из отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний проводится изучение использования интернета людьми, страдающими психическими заболеваниями. Предварительные результаты демонстрируют низкий уровень коммуникативного использования интернет-ресурсов психически больными, с преобладанием стратегий по типу «развлекательного времяпрепровождения» с просмотром новостей, музыки, развлекательного контента. Реже отмечалось использование информационного потенциала всемирной сети – доступ к книгам и интересующей информации. Представляются важными выявленные на этапе предварительного исследования значимые «отличия в характере интернет активности у пациентов с сохранной социализацией от тех, чьи социальные связи существенно нарушены»: коммуникативное использование виртуального пространства положительно коррелировало с поддержанием контактов с друзьями и времяпрепровождением с ними, наличием близкого друга и интимной связи, а также с возможностью предоставить поддержку близким.

Таким образом, работа по повышению уровня социальной адаптации у психически больных, начало которой было положено Юрием Федоровичем Поляковым, продолжается и по настоящее время с расширением контингента потенциальных участников и учетом появления новых способов межличностных коммуникаций. Ее результаты нашли свое отражение как в практическом плане – в виде повышения качества жизни множества людей, страдающих психическими заболеваниями, так и в научной сфере. На их основании опубликован ряд статей, тезисов, и методических рекомендаций, а также сделаны доклады на конференциях. Полученные данные использованы при создании авторских курсов сотрудников отдела медицинской психологии «Групповая психотерапия психических заболеваний», «Семейный контекст психических расстройств», «Психологическая помощь родственникам психически больных», «Психологическая помощь психически больным», что помогает активно внедрять новые знания в практическую психологическую работу.

#### Литература

1. Бойко О.М., Казьмина О.Ю. Разработка опросника «восприятие социальной поддержки». // Экспериментальный метод в структуре психологического знания. М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2012 570-574
2. Бойко О.М., Казьмина О.Ю., Омельченко М.А., Щелокова О.А. Психопатологические и психологические корреляты стигматизации у родственников больных эндогенными психическими заболеваниями: результаты пилотажного исследования. // Актуальные проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения: материалы Международной научной конференции / под ред. Е.Л.Николаева. Чебоксары: Изд-во Чуваш. Ун-та, 2012,с. 104-107
3. Бойко О.М., Казьмина О.Ю., Щелокова О.А. Социальная адаптация юношей, страдающих эндогенными психическими заболеваниями: пилотажное исследование поддерживающего потенциала разных видов интернет-активности.// Актуальные проблемы психологии и медицины в условиях модернизации образования и здравоохранения: материалы Международной научной конференции / под ред. Е.Л.Николаева. Чебоксары: Изд-во Чуваш. Ун-та, 2012, с. 42-44
4. Ениколопов С.Н., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю. и др. Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией: Методические рекомендации – в печати
5. Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогрессирующей шизофренией: Дисс. на соискание уч. степ. канд. психол. наук. М. 1997

6. Солоненко А.В. Клинико-психологические аспекты межличностных отношений в семьях пациентов с первым психотическим эпизодом и эффективность семейной психотерапии в повышении уровня социального функционирования пациентов. автореф. дисс. на соиск. ученой степени канд мед. наук. , М., 2009
7. Miller S.M. The Effect of Frequency and Type of Internet Use on Perceived Social Support and Sense of Well-Being in Individuals With Spinal Cord Injury // Rehabil Couns Bull 2008 51: 148-158
8. Sarason I.G., R. Sarason B.R. Social support: Mapping the construct // Journal of Social and Personal Relationships, 2009, 26: 113-120

## РАЗДЕЛ 2

# СОВРЕМЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПСИХОЛОГИЯ: ОТ ТРАДИЦИЙ К ПЕРСПЕКТИВАМ

---

### ДЕФИЦИТ СОЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПРИ ПАТОЛОГИИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Т.К. Мелешко, В.П. Критская

С именем Ю.Ф.Полякова связана организация цикла исследований, посвященных роли дефицита социальной направленности в структуре шизофренической патологии. Юрий Фёдорович Поляков (1927 – 2002) - крупный специалист в области патопсихологии, ближайший ученик и соратник Б.В.Зейгарник. Память о нём увековечена в книге «Выдающиеся психологи Москвы» (М., 2007).

Наше знакомство и совместная с ним работа, длившаяся без малого 30 лет, началась с 1962 года, когда он был приглашен академиком РАМН А.В.Снежневским на должность руководителя лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР (в дальнейшем преобразованном в Научный Центр Психического Здоровья - НЦПЗ РАМН).

Институт начал работать по новой научной программе, в центре которой стояла проблема шизофрении, и было положено начало мультидисциплинарному исследованию этой проблемы. Такое исследование предполагало совместное изучение болезни на разных уровнях: биологическом, физиологическом, психологическом и клиническом. Для всех сотрудников Института и больницы им. П.П.Кащенко был организован цикл лекций по психиатрии. Лекции читали А.В.Снежневский, Р.А.Наджаров, Э.Я.Штернберг, Д.Е.Мелехов, А.С.Тиганов и др. Мы с большим интересом и пользой для себя прослушали этот курс. Следует отметить, что уровень психологического анализа наиболее тесно соприкасается с клиническим уровнем. Ю.Ф.Поляков специально подчёркивал, что если клиника

изучает проявления психической патологии, то патопсихология призвана выявлять закономерности нарушений психической деятельности при разных видах патологии.

Когда в 1962 г. Ю.Ф.Поляков пришел руководить лабораторией патопсихологии, в ней работали всего 4 сотрудника - Т.К.Мелешко, В.П.Критская, Е.И.Богданов, Л.А.Абрамян. С первого же дня знакомства в лаборатории установилась атмосфера творческого сотрудничества и взаимопонимания. Этому способствовало то обстоятельство, что мы, независимо, с разных концов экспериментально подошли к проблеме своеобразия шизофренического мышления, его несводимости к другим видам психической патологии. Юрий Федорович, изучая формирование искусственных понятий по методике Выготского – Сахарова, обратил внимание на склонность больных шизофренией к актуализации скрытых, латентных, обычно не используемых здоровыми испытуемыми, свойств предметов. Мы обнаружили даже некоторое преимущество интеллектуально сохранных больных шизофренией при решении некоторых творческих задач, решение которых основывалось на выявлении слабых латентных свойств, замаскированных более сильными, функционально зафиксированными признаками (например, в задаче Секея - свойство свечи терять вес при горении - замаскировано более сильным признаком - давать свет). Мы сразу же нашли общий язык, и как-то само собой исчезло состояние напряжённого ожидания, связанного с приходом нового руководителя. В связи с этим следует отметить, что Юрий Федорович являл собой пример нового, демократического стиля руководства, что было совсем нехарактерно и нетипично для того времени. Он не был кабинетным учёным-одиночкой, всегда стремился к диалогу, к обсуждению своих идей и мыслей с сотрудниками, был очень восприимчив и внимателен к мнению других, был склонен не только учить, но и учиться у других. Если к этому прибавить живость ума, оригинальность мышления и чувство юмора, которым он обладал, то создавалась неплохая почва для совместной работы и творчества.

На этой основе был создан целый цикл оригинальных методик, направленных на изучение своеобразия познавательной деятельности больных шизофренией: особенностей их восприятия, речи и мышления.

На первом этапе основным предметом исследования стало изучение особенностей познавательной деятельности больных шизофренией. Это потребовало специальной организации эксперимента, создания новых оригинальных методик, ранее не использовавшихся в патопсихологии. В исследовании были реализованы новые методические подходы к анализу полученных данных, всё более утверждавшиеся в мировой науке. Впервые в патопсихологии исследование больных проводилось в сопоставлении с результатами групп здоровых. Осуществлялся статистический анализ полученных результатов. Особое значение придавалось клинически определённым подбору больных для включения их в экспериментальное исследование.

Отличительной особенностью новых оригинальных методик являлось создание ситуации неопределённости, в которой пациент не мог действовать по установленному алгоритму, а вынужден был самостоятельно структурировать ситуацию, отбирая ту или иную информацию согласно своим субъективным предпочтениям. На основе этих методических приёмов было предпринято экспериментальное исследование у больных шизофренией разных сторон познавательной деятельности: зрительного восприятия, восприятия речи и мышления. Исследование проводилось в сопоставлении с репрезентативными группами здоровых испытуемых. Новые методические приемы и первые результаты исследования были обсуждены с Б.В.Зейгарник и её сотрудниками и получили поддержку и одобрение.

Проведённое исследование выявило ряд особенностей познавательной деятельности больных шизофренией (Поляков Ю.Ф., 1966, 1974). В зрительном восприятии у больных шизофренией отмечалось изменение системы привлекаемых для опознания образов-эталонов, что проявлялось в расширении круга образов-гипотез. Это снижало эффективность опознания обычных и несколько облегчало опознание необычных изображений в ситуациях, затрудняющих опознание, например, при недостаточной их сфокусированности (исследование Е.И.Богданова, 1967).

В исследовании В.П.Критской (1965, 1966) была выявлена меньшая зависимость восприятия речи больными шизофренией от смыслового контекста. При этом больные обнаруживали большую перцептивную точность и меньшую



опору на прошлый опыт при опознании речевых стимулов в условиях, затрудняющих восприятие (при наложении шума).

В исследовании мышления Т.К.Мелешко (1965, 1966) в заданиях на сравнение и классификацию предметов больным шизофренией была присуща тенденция к рассмотрению их в необычных аспектах и к актуализации широкого круга нестандартных, латентных свойств и отношений.

Таким образом, познавательная (когнитивная) деятельность больных шизофренией характеризовалась снижением избирательности, обусловленным недостаточной опорой на факторы социального опыта, обобщенного в общепринятых понятиях, категориях, знаниях. Природа такого снижения уходит корнями в ранний дизонтогенез. Большинство пациентов с эндогенными психическими расстройствами отличаются рядом специфических особенностей личности, относящихся к кругу шизоидных черт. Эти особенности включают в разной степени выраженности дефицит в сфере потребностей (дефицит потребности в эмоциональных контактах и потребности в общении), что проявляется уже в раннем возрасте.

В отечественной психологии общение рассматривается как одна из фундаментальных человеческих потребностей, которая выступает в качестве внутренней детерминанты развития, как родовая сущность человеческой психики, как проявление её изначальной социальности. Экзистенциальная потребность в другом человеке обусловлена историей развития человечества (Рубинштейн С.Л., 1989). «Уникальная целостность природного и социального, составляющая сущность человека и его психики, возникла в ходе антропогенеза и социогенеза и развивается дальше в процессе истории человечества и жизненного пути каждой личности» (Брушлинский А.В., 2003).

Реализуя системный подход в изучении формирования личности, Л.И.Анцыферова подчёркивает: «Психологическая организация личности формируется в процессе включения ребёнка в социальные системы. Но никакая система не могла бы включить его в социум, если бы в самой природе ребёнка не было ещё недифференцированного, но сильного устремления к социальному миру, если бы его глаза уже с первых дней жизни не задерживались на лице человека, если бы одобрение взрослого не было бы самой желанной наградой и

если бы, наконец, вся телесная организация ребёнка не была бы преадаптирована для тончайших форм общения с социальным миром» (Анцыферова Л.И., 1982).

Т.Н.Ушакова при рассмотрении природы речи и языка особо важное значение придаёт доречевым вокализациям, появляющимся с момента рождения ребёнка. Они проявляются не только в форме негативных эмоций. В гулении и лепете проявляются эмоции позитивного знака, становясь со временем всё более выразительными. Важной их особенностью является спонтанность проявления. Автор считает, что на дословесном этапе развития младенец уже пользуется средствами выразительности, имеющими эндогенный характер и практически не зависящими от языка окружающих. Это означает, что у него ещё нет языка, но уже есть речевая выразительность. «Экспрессивная активность имеет врождённый характер, формы её проявления одинаковы у новорождённых по всему миру, независимо от типа усваемого языка» (Ушакова Т.Н., 2004). Дефициты этих доязыковых форм выразительности могут быть предикторами эмоциональной и коммуникативной недостаточности в дальнейшем.

М.И.Лисина для обозначения самой ранней формы коммуникации ввела понятие «ситуативно-личностное общение», которое проявляется в «комплексе оживления», подчеркнув его активный, инициативный (а не реактивный) характер как выражение потребности в общении. В экспериментальном исследовании было показано, что «комплекс оживления» более интенсивно проявляется при восприятии человека, чем при восприятии предметов (Лисина М.И., 1986).

В свете существенных изменений, происшедших в последние годы в понимании ключевых проблем раннего онтогенеза, базовыми основаниями, обеспечивающими избирательность наиболее важных, экологически валидных характеристик окружающего мира, являются ранние репрезентации у младенцев. Младенцы рождаются со способностями, помогающими им быстро развивать понимание других людей. Они предпочитают человеческое лицо, голос, способны к имитации эмоций, жестов. На основе социальной направленности и общения у них формируется ментальная модель мира - способность сопоставлять свой внутренний мир с миром других, «когда возможность понимать не только своё психическое, но и психическое другого изменяет способность ребёнка понимать и принимать порядок социального устройства, отвечать иным, отличным от своих

требований» (Сергиенко Е.А., 2006). Автор исходит из положения об опосредовании процесса социализации внутренними моделями психического. Этот вывод сделан на основании обобщения большого числа зарубежных и отечественных исследований.

Установление эквивалентности с другим человеком возможно на основе выделения себя из физического мира, различения собственных движений и движений других, различения эмоциональных выражений. Важно подчеркнуть, что существуют значительные индивидуальные различия, касающиеся формирования ментальной модели мира как базовой основы социальной направленности субъекта. Эти базовые условия - лишь начало развития сложной, многоуровневой системы знаний о социальном мире.

На основании наших собственных исследований и данных других авторов (Баженова О.В., 1986; Козловская Т.В., Горюнова А.В. 1986) можно выделить ряд факторов в психическом развитии детей с генетически обусловленным повышенным риском к заболеванию шизофренией. Эти факторы свидетельствуют о дефиците базовых репрезентаций, обеспечивающих избирательность наиболее важных характеристик окружающего мира. Среди них - отсутствие отрицательных реакций на дискомфорт (такие эмоции отражают ожидание на устранение дискомфорта), отсутствие коммуникативного характера голосовых реакций в период предречевого развития, отсутствие предпочтительности выделять человеческое лицо, голос, сниженную способность к имитации эмоций, адресовать человеку свои потребности, отсутствие комплекса оживления при появлении близких. Речь идёт о дефиците способности осуществлять в дальнейшем первичные коммуникации, усваивать простейшие правила социального поведения, о дефиците построения ментальной модели мира - способности сопоставлять свой внутренний мир с миром других. По меткому выражению английского психотерапевта Р.Лэнга (Р.Лэнг, 1995) «шизоид неспособен переживать себя вместе с остальными».

Всё это послужило основанием для формирования гипотезы о дефиците ранних репрезентаций и потребности в общении у больных шизофренией и лиц шизоидного склада. Снижение потребности в общении рассматривается нами как проявление дефицита внутренней активности, направленной на других людей.

Факты симбиотической связи с матерью не противоречат этой гипотезе, так как это - проявление защитного механизма по отношению к воздействию социального мира. Отсутствие реакций на дискомфорт, «комплекса оживления» на появление близких, голосовых вокализаций, отражающих эмоциональное состояние ребёнка, отсутствие стремления к имитации эмоций и совместным действиям - всё это проявление недостаточности внутренней активности, порождающей в дальнейшем внутреннюю онтологическую несостоятельность пациентов.

Дефицит ранних репрезентаций препятствует как когнитивному аспекту развития (снижение избирательности), так и коммуникативному аспекту - способности оценивать социальный контекст и потребность инициировать общение. Потребность в общении и познавательная потребность на всех этапах развития тесно взаимосвязаны и выступают как общая потребность во взаимодействии с окружающим миром.

Избирательная готовность выявлять в предметах наиболее существенное, общезначимое, общее для целого класса ему подобных является основой коммуникации понимания человека человеком, установления межличностных отношений. Упомянутый выше Р.Лэнг говорит об особой «онтологической неуверенности», с которой рождаются шизоиды, поскольку существует разрыв в его соотношении с миром и раскол в отношении к самому себе.

Снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения было определено нами в качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома, специфического для шизофренической патологии (В.П.Критская, Т.К.Мелешко Ю.Ф.Поляков, 1991).

Следует отметить, что мы уже в начале 60-х годов прошлого столетия впервые в патопсихологии обратились к проблеме социального интеллекта, которая сейчас так широко обсуждается на страницах психиатрических и психологических публикаций. В те времена эта проблема не привлекла к себе особого внимания других исследователей. В дальнейшем в наших исследованиях проблема социальной регуляции деятельности и её дефицита при шизофренической патологии получила своё развитие и распространение на другие аспекты психической деятельности и поведения (Критская В.П., Мелешко Т.К., 1988, 2004, 2009).

Следствием снижения социальной направленности является недостаточная закреплённость в опыте базальных понятий, категорий и способов действий: по терминологии Келли не происходит «кристаллизации опыта». Можно гипотетически предположить, что знания больных шизофренией представлены в форме «рыхлых», неинтегрированных и неиерархизированных по социальной значимости, очень подвижных конструкторов. Их способы восприятия и интерпретации окружающего мира отличаются очень большой субъективностью, недостаточной оформленностью и однозначностью, о чём свидетельствуют в ряде случаев трудности формулировок (часто - через отрицание). Конструкторы больных шизофренией обладают очень большой проницаемостью: большим количеством объектов, к которым может быть отнесён данный признак. Это ведёт к формальным обобщениям, даёт возможность сопоставлять всё со всем. Например, «предметы материального мира», «содержат органические (или неорганические) вещества», «твёрдые», «мягкие», «блестящие», «оставляют следы» и т.д. Такая особенность способствует актуализации в предметах и явлениях скрытых, латентных свойств. Это при условии достаточно сохранной познавательной активности и регуляции деятельности помогает в решении нетривиальных задач, как мы видели на примере решения задачи Секея. Способность преодолевать функциональную фиксированность установки и стереотипов служит той почвой, на которой базируется представление о повышенной креативности, т.е. творческой способности больных шизофренией, что породило давнюю интригующую проблему «связи гениальности и помешательства».

В связи с этим следует отметить следующее. В соответствии с нашей гипотезой, в ментальном опыте больных шизофренией слабо закрепляются «стандарты», «норма», способы деятельности и поведения, поэтому им не приходится их преодолевать. Вследствие этого открывается возможность сблизать всё со всем, что часто порождает то наивное бесстрашие мысли, что ошибочно трактуется как креативность. Эта тенденция усиливается сниженной мотивацией быть понятым другими.

Другой важной стороной проблемы является то, что творчество не сводится к проблеме интеллекта, а креативность – это лишь одна из его предпосылок. В творческой личности гармонично интегрируется индивидуальное, уникальное и

общезначимое, универсальное. Сформированность формальных операций недостаточный фактор для творческих достижений. Для этого необходима интеграция различных психических содержаний: знаний, эмоциональных впечатлений, направленность в будущее, образование новых социальных связей, мобилизация всех личностных ресурсов, всех форм опыта, включая знания об объективном мире, других людях и собственном «Я» (Холодная М.А., 2002). Недостаточность отмеченных субъектных качеств значительно снижает творческий потенциал.

Если обратиться к основным ключевым проблемам, разработанным под руководством Ю.Ф.Полякова, то очень существенным этапом исследования было обнаружение тех же особенностей когнитивных процессов, которые мы обнаружили у больных шизофренией, у их непроцессуальных родственников. Это поставило вопрос о типологической природе этих особенностей и их наследственной (генетической) детерминации (Критская В.П., 1972, 1974; Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф., 1991). В связи с этим нами было проведено исследование близнецовых семей (совместно с сотрудником лаборатории генетики В.М.Гиндилисом), в результате которого был определён существенный вклад генетических факторов в детерминацию выявленных особенностей избирательности познавательной деятельности (Поляков Ю.Ф., Гиндилис В.М., Критская В.П., Мелешко Т.К., 1978).<sup>1</sup>

При исследовании проблемы общения были определены разные его уровни: инициативное общение, реактивное общение и резко сниженный его уровень. Для исследования делового общения (совместной деятельности) была разработана оригинальная методика на основе эксперимента с коммуникацией Коула и Скрибнер (Мелешко Т.К., 1985). Она позволила определить наличие или отсутствие перестройки деятельности с учётом действий партнёра в ситуации общения. Также возможно определить разные уровни мотивации и регуляции деятельности пациентов: 1) внутреннюю мотивацию, определяющую саморегуляцию деятельности; 2) регуляцию под влиянием мотивирующих стимулов со стороны; 3) отсутствие мотивации и, соответственно, низкий уровень регуляции деятельности, без учёта действий партнёра.

---

<sup>1</sup> См. статью в настоящем сборнике

Исследование психической активности обнаружило мотивационную природу его снижения у этих больных, что отличало его от снижения активности при других видах психической патологии, например, при органических заболеваниях. Именно с мотивационной природой активности были связаны разные возможности больных повышать её уровень под влиянием мотивирующих стимулов.

Оба указанных направления сомкнулись при рассмотрении проблемы регуляции психической деятельности (Критская В.В., Мелешко Т.К., 1988). Проблема саморегуляции деятельности и поведения становится ключевой, позволяющей подойти к интегральному изучению психической патологии больных шизофренией. Все проведённые исследования, носящие системный характер, привели к формулированию понятия патопсихологического синдрома шизофренического дефекта. Он был определён как система нарушенных и сохранных психических процессов и свойств личности, которые являются сплавом как конституционально детерминированных факторов «патоса», так и факторов, обусловленных самим болезненным процессом (факторов «нозоса» по А.В.Снежневскому, 1972).

В большинстве клинических исследований отмечается сложность структуры шизофренического дефекта, включающей разнородные его составляющие. Однако, несмотря на многообразие выделяемых типов, они имеют тенденцию к оформлению двух - диссоциированного и тотального, или псевдоорганического.

В патопсихологических синдромах, характеризующих разные типы дефекта, можно выделить и общие, и различные черты. Общей чертой является снижение потребностно-мотивационных компонентов социальной регуляции психической деятельности. Эта недостаточность проявляется нарушениями основных составляющих ведущего компонента патопсихологического синдрома: в снижении уровня общения, социальных эмоций, уровня самосознания, избирательности познавательной деятельности, при которой сохранность формально-логических операций сочетается с ещё большим заострением шизоидных черт, что проявляется как в когнитивной деятельности, так и в общении и поведении.

Ведущим компонентом второго типа дефекта, псевдоорганического, является нарушение потребностно-мотивационных характеристик психической активности, приводящее к тотальному снижению преимущественно всех видов и параметров психической деятельности. В этой картине общего снижения её уровня можно отметить лишь отдельные «островки» сохранной психической активности, связанной с интересами больных. Такое тотальное снижение сглаживает проявления диссоциации психической деятельности.

У больных прослеживается тесная связь негативных изменений, характеризующих парциальный дефект, с конституционально-обусловленными, преморбидными личностными особенностями. По ходу болезненного процесса эти особенности видоизменяются: часть из них ещё более усугубляется, а некоторые сглаживаются. Неслучайно, что у ряда авторов этот тип дефекта получил название дефекта шизоидной структуры. В формировании второго типа дефекта с преобладанием псевдоорганических расстройств, наряду с влиянием конституциональных факторов, выявляется более выраженная связь с факторами движения болезненного процесса, в первую очередь, с его прогрессивностью.

Результаты указанных исследований были обобщены и представлены в монографии «Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание», опубликованной в 1991 году (В.П.Критская. Т.К.Мелешко, Ю.Ф. Поляков, 1991).

В 1990 году Ю.Ф.Поляков перешел на заведывание кафедрой нейро- и патопсихологии психологического факультета МГУ. Исследования в указанном направлении не прекратились, а были продолжены. Целью последовательно расширяющегося исследования явилось раскрытие и квалификация патопсихологического синдрома как системного образования, т.е. необходимо было вскрыть внутренние связи между основными патопсихологическими характеристиками, образующими особое качество, определяющее своеобразие шизофренической патологии. Результаты предыдущих исследований послужили отправной точкой для новых циклов работ: произошло расширение границ применения патопсихологического синдрома - выход за пределы шизофрении и изучение с этих позиций всей группы эндогенных психозов: аффективных и шизоаффективных.



В соответствии с современными тенденциями развития психологической науки, произошли некоторые изменения в рассмотрении структурных компонентов патопсихологического синдрома, существенную роль в анализе которых приобрело понятие познавательного стиля как важной одновременно и когнитивной, и личностной характеристики, существенно определяющей избирательность познавательной деятельности, особенности общения и стиль поведения. Наряду с характеристиками избирательности, познавательный стиль включает такие понятия, как полезависимость/полenezависимость.

Полenezависимые личности характеризует ориентировка на внутренний опыт, независимость в оценках, способность выходить за пределы ситуации, креативность. Полезависимые личности более зависимы от наличной ситуации, мнения других, им присуща стереотипность определений и нетерпимость неопределённости. Познавательный стиль больных шизофренией часто характеризуют две противоположные тенденции. С одной стороны – это ориентация на свой внутренний опыт и независимость от мнения других, стереотипов и установок. С другой - слабoreгулируемая социальными факторами интеллектуальная деятельность и поведение больных шизофренией носят черты инфантильности и наивности, что ведёт их к полезависимости. В нашем исследовании это проявлялось в снижении социальной перцепции, в высвобождении из смыслового контекста, большей перцептивной точности, в снижении константности восприятия, а также в склонности к конкретно-ситуационным обобщениям.

Следует заметить, что при гармоничном развитии личности полезависимость, более присущая экстравертам, успешно компенсируется их коммуникабельностью, а самодостаточность полenezависимых интровертов лишь при учёте социально значимых потребностей может перерасти в истинно творческую деятельность. Эти компенсирующие факторы значительно ослаблены у больных шизофренией. Выраженность обеих тенденций у одного и того же пациента наблюдается достаточно часто, а поляризация пациентов относительно полюсов полезависимости/ полenezависимости тесно связана с типологией характеров.

Поскольку наряду с больными шизофренией в исследование были включены пациенты с аффективными и шизоаффективными расстройствами, которые характеризуются меньшей выраженностью психической патологии и по своим характеристикам ближе к норме, чем больные шизофренией, особый акцент был сделан на изучении их личностных характеристик, в первую очередь, преморбидных.

Известно, что устойчивость личностного склада определяют черты характера. При этом не меньшую роль играют движущие силы развития личности. К ним относятся её активность как интеграл притязаний, саморегуляция, удовлетворённость и ответственность, самостоятельность. Особое место в анализе личности занимает понятие личностной зрелости (противоположность инфантилизму): способность посмотреть на себя со стороны, видеть себя таким, как есть, а не таким, каким хочешь казаться, владеть своими эмоциями. Особенно важен выбор способа жизни в соответствии со своими способностями и возможностями, способность согласовывать свои интересы с требованиями социума, общества (Абульханова-Славская К.А., 1991). В связи с этими задачами был существенно расширен круг методических приёмов, выявляющих как общие закономерности, так и индивидуальные особенности отдельных личностей. Важное место занял анализ самооценок и самоотношения пациентов, которые исследовались методом направленного интервью и с помощью опросников. Самооценки больных соотносились с данными историй болезни пациентов и результативностью их конкретной деятельности по данным экспериментально-психологического исследования. На основании указанных методов определялся круг интересов пациентов, реалистичность их планов, степень их самостоятельности и ответственности.

Плодотворность системного подхода к изучению патологии психической деятельности с позиций патопсихологического синдрома получила подтверждение в психиатрической практике. В частности, определение и описание патопсихологического синдрома шизофренического дефекта содержится в последнем выпуске «Руководства по психиатрии» (1999).

В целях выявления взаимосвязи компонентов в структуре патопсихологического синдрома нами было проведено лонгитюдное

исследование больных эндогенными расстройствами - аффективными и шизоаффективными психозами и шизофренией. Повторные исследования проводились с интервалом от 3 до 15 лет. Исследование показало разные тенденции в динамике изучаемых компонентов психической деятельности больных: одни из них обнаружили стабильность, другие претерпели определённые изменения по мере течения заболевания. Наиболее устойчивыми оказались стилевые характеристики познавательной деятельности, к которым, в первую очередь, относятся показатели избирательности. К достаточно устойчивым параметрам относятся также показатели полезависимости/полнезависимости как индивидуальные способы познания: восприятия, структурирования материала, категоризации, понимания и интеграции происходящего. Они остаются относительно неизменными на протяжении длительного времени, независимо от факторов движения болезненного процесса.

Данные об устойчивости стилевых характеристик когнитивных процессов подтверждают факты, полученные другими авторами (Айзенк Г., 1999; Голубева Э.А., 2005; Русалов В.М., 2005 и др.), свидетельствующие о существенной роли конституциональных факторов в их детерминации. Это позволяет рассматривать стилевые характеристики когнитивных процессов в системе типологических особенностей личности.

Текущий болезненный процесс («нозос») вносит в структуру патопсихологического синдрома ряд изменений: снижение мотивации и уровня общения, психической активности и саморегуляции деятельности, нарушение адекватности самооценок, сужение круга интересов, эмоциональное снижение и т.д. Наиболее выражены эти изменения у больных шизофренией.

В заключение необходимо отметить: мы далеки от мысли, что нам удалось ответить на все поставленные вопросы и экспериментально подтвердить все сформулированные гипотезы. Работа по-прежнему носит поисковый характер и её цель - продолжающийся научный поиск. Ждёт своего разрешения гипотеза дальнейшего исследования, заключающаяся в утверждении, что устойчивые типологические свойства личности оказывают влияние, в первую очередь, на формирование клинических вариантов эндогенных расстройств (форму

течения, характер бредаобразования, типы аффективных расстройств). При этом глубина эндогенного болезненного процесса определяет изменение таких психических характеристик, как мотивация и регуляция деятельности и поведения, психическая активность, общение, эмоциональное реагирование, самоотношение, уровень притязаний и др.

Ждёт своей разработки проблема половых и гендерных различий в системе изучаемой патологии. С позиций полученных данных необходимо рассмотреть проблему психологической коррекции и социальной адаптации больных.

На протяжении многих лет наша работа проводилась в тесном контакте с ведущими клиницистами НЦПЗ РАМН: М.Я.Цуцульковской, Г.П.Пантелеевой, В.Г.Каледой, Л.И.Абрамовой, П.В.Бологовым, И.В.Олейчиком и др. Всем им мы выражаем свою признательность и благодарность. Ю.Ф.Поляков всегда придавал большое значение связям с клиникой и всячески способствовал их укреплению (Ю.Ф.Поляков, 1977).

Созданное под его руководством новое направление в патопсихологии живёт, развивается и приносит свои плоды. Реализация системного подхода с позиций патопсихологического синдрома в клинической практике способствует дифференциальной диагностике эндогенных расстройств, разработке их типологии, углубляет знания об этиологии и патогенезе этих заболеваний. Проведённые исследования вносят определённый вклад и в теории общей психологии: проблему индивидуальных различий и социальной регуляции психической деятельности и поведения, проблему общения, взаимоотношения патологии и творчества и многих других не менее важных проблем.

## **НАРУШЕНИЯ ОБЩЕНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ НЕЙРОНАУКИ**

М.В. Алфимова

Нарушения общения при шизофрении являются одним из наиболее ярких проявлений заболевания и входят в число фундаментальных симптомов болезни - в «четыре А» Е. Блейлера - в форме представлений об аутизме. Закономерно

поэтому, что изучение нарушений общения было одним из важнейших направлений работы Юрия Федоровича Полякова и его коллег [1]. В результате серии исследований ими была сформулирована идея о том, что «психологическую основу аутизма составляют недостаточность потребности в общении и связанное с ним снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения. Следствием этого является снижение социальной активности, недостаточное развитие социальных эмоций, формирование особого диссоциированного типа познавательной деятельности вследствие снижения ее детерминации факторами прошлого опыта» (с. 235 [2]). В этих представлениях подчеркивается тесная связь между мотивационными и когнитивными нарушениями при шизофрении, причем снижение потребности в общении рассматривается как первичное по отношению к целому ряду других проявлений болезни. В то же время в западной клинической психологии в 20 веке существовали две независимые линии исследований общения при шизофрении. В рамках одной из них преимущественно анализировали особенности коммуникаций больных, нарушения которых выводились из патологии нейрокогнитивных процессов – внимания, памяти, формирования понятий [8, 9]. Вторая была связана с представлениями о социальной ангедонии – неспособности переживать удовольствие от общения. Социальная ангедония рассматривалась как основной фактор генетической предрасположенности к шизофрении и ключевой аспект негативной симптоматики, лежащий в основе нарушений социальных взаимодействий больных [15]. В современных исследованиях эти две линии трансформировались в область изучения социальных когниций и в область изучения социальных мотиваций и эмоций.

*Социальные когниции представляют собой совокупность психических процессов, связанных с обработкой информации о социально значимых стимулах. Они включают в себя несколько взаимосвязанных конструктов, таких как распознавание эмоций, построение моделей психического (theory of mind, ТОМ), социальное восприятие и социальное знание (понимание социального контекста ситуации на основе знания социальных и коммуникативных правил, ролей), а также атрибутивные стили. Следует отметить, что из них при шизофрении наиболее изучено нарушение распознавания мимической экспрессии эмоций и ТОМ*

[3, 12].

Нарушение социальных мотиваций и эмоций изучается в последние годы в контексте представлений о негативной симптоматике. Выделяют две относительно автономных составляющих негативных симптомов – снижение экспрессии эмоций (эмоциональная уплощенность, бедность речи) и редукцию мотивации (безволие/апатия, ангедония/необщительность). Последнюю рассматривают как ключевой фактор, лежащий в основе негативных симптомов и определяющий социальную адаптацию больных [5, 10].

Недавно был предпринят ряд попыток интеграции данных о нейрокогнициях, социальных когнициях, мотивации и реальном поведении больных в социуме (функциональном исходе) в единую модель болезни с помощью анализа путей. В некоторых из этих моделей сделан акцент на различия между социальными когнициями, социальной компетентностью (т.е. способностью к эффективному межличностному взаимодействию) и применением социальной компетентности в реальной жизни. Большинство авторов выявлена связь, ведущая от нейрокогниций к социальной компетентности через социальные когниции [7, 17]. В то же время вопрос о месте нарушений мотивации в модели шизофрении не решен. Имеются данные в пользу различных точек зрения. Так, например, Couture et al. [17] в качестве показателя мотивационных аспектов поведения использовали оценку негативных симптомов и получили две статистически равнозначные модели. Согласно одной из них, негативные симптомы и нейрокогниции были взаимосвязаны, и каждый из этих доменов влиял на исход: негативные симптомы как непосредственно, так и через социальную компетентность, а нейрокогниции – через социальные когниции и далее через социальную компетентность. Такая модель соответствует представлениям о снижении мотивации как об одном из источников нарушений нейро-, социальных когниций, социальных навыков и в конечном итоге реальных социальных взаимодействий при шизофрении. Во второй модели негативные симптомы частично опосредовали влияние других доменов на исход. Вторую модель можно объяснить тем, что мотивация определяет, будут ли когнитивные способности и социальная компетентность реализованы в жизни. В работе Gard et al. [11] модель, в которой мотивация была каузальным фактором вариативности

нейрокогниций, а от них пути вели к социальным когнициям и исходу, хуже объясняла данные, чем модель, в которой мотивация служила посредником между социальными когнициями и исходом. В этом исследовании мотивацию оценивали с помощью опросника, и она отражала интерес к окружающей жизни. Выявленные связи авторы объясняют тем, что при шизофрении дефицит социальных когниций может вести к отсутствию положительного подкрепления социальных взаимодействий и к снижению вследствие этого мотивации к последующим коммуникациям, что и проявляется в виде негативных симптомов.

*В последнее десятилетие быстро растет число исследований социальных когниций и негативных симптомов при шизофрении методами нейронауки. Толчком для этого послужили данные, согласно которым после редукции позитивных симптомов качество жизни больных зависит от наличия и степени когнитивного дефицита и негативной симптоматики. Когнитивные и негативные симптомы болезни стали рассматриваться как потенциальные мишени для медикаментозного воздействия. При этом нарушения социальных когниций были включены в перечень основных компонентов когнитивного дефицита при шизофрении [16]. Для разработки соответствующих лекарств понадобились трансляционные исследования, с помощью которых психические феномены можно перевести на язык биологических процессов.*

*В настоящее время в рамках социально-аффективной нейронауки сформированы представления о «социальных мозговых модулях», или нейронных системах, обладающих определенной специфичностью относительно обработки информации о социальных объектах по сравнению с другими объектами физического мира [4]. Так, круг структур, связанных с восприятием мимической экспрессии эмоций, включает в себя в качестве основных кластеров отделы миндалины/парагиппокампальной извилины и фузиформной извилины. Миндалина играет ведущую роль в распознавании биологической значимости стимулов, сигналов опасности, в том числе разгневанных и испуганных лиц; она вовлечена в быструю автоматическую обработку социальных сигналов. Нижневисочная часть фузиформной извилины опосредует восприятие лиц. У больных активация этих отделов при восприятии лицевых эмоций снижена, так же как и некоторых*

*отделов дорсальной префронтальной коры и базальных ганглиев, а в области островка – структуры, связанной с осознанием и регуляцией собственных эмоций, повышена [13].*

Нейросеть, активирующаяся при решении задач с высокой нагрузкой на ТОМ, в качестве ключевых узлов вовлекает обширную зону вентромедиальной префронтальной коры (вмПФК), включая часть передней поясной извилины, а также задние отделы верхней височной борозды и височно-теменное соединение. В нее, по-видимому, входят и другие височные отделы неокортекса и миндалина [14]. Височно-теменное соединение преимущественно активируется при решении задач, требующих суждения о чужих мыслях, особенно о ложных представлениях второго порядка (мыслях одного человека о мыслях другого), а вмПФК связана с иными аспектами репрезентации ментальных состояний людей, включая намерения. У больных шизофренией нарушения ТОМ коррелируют с нейроанатомической и функциональной недостаточностью этих отделов мозга. В частности, обобщенные данные указывают на снижение у них вызванной ТОМ-задачами активации вмПФК, височных регионов и таламуса при повышении активации в соматосенсорной и задней поясной коре [18]. Височные отделы и вмПФК играют важную роль и в применении социальных знаний и атрибуции социально-значимых качеств. В целом можно говорить о комплексе гибких, зависящих от контекста и степени произвольного контроля, перекрывающихся нейросетей, опосредующих различные аспекты социальных когниций [4].

В отличие от представлений о нейроанатомической организации социальных когниций, представления о том, какие нейротрансмиттерные системы вносят наибольший вклад в их обеспечение, остаются неразработанными. Ситуация с социальной мотивацией/ангедонией иная. Исследования на животных позволяют говорить о том, что в социальных взаимодействиях большую роль играет мезокортиколимбическая сеть обработки информации о награде. Ее принципиальным компонентом являются проекции дофаминовых нейронов вентральной покрышки в вентральный стриатум (прилежащее ядро), образующие мезолимбическую систему подкрепления. Показано участие этой системы в формировании различных форм привязанности у животных и человека, в механизме сопоставления выгод и потерь от предстоящего действия и в обучении



на основе подкрепления [21]. Эти представления стимулировали исследования активности вентрального стриатума в связи с социальной ангедонией. Выяснилось, что у больных шизофренией при ожидании награды имеет место недостаточная активация вентрального стриатума. При этом больные, как правило, не отличаются от контроля по активации данной области мозга во время получения награды. В совокупности с другими исследованиями эмоций при шизофрении, этот факт позволил пересмотреть взгляды на социальную ангедонию и заключить, что центральным компонентом негативных симптомов следует считать редукцию побудительной силы мотивов, а не неспособность испытывать удовольствие [5]. Следует отметить, что согласно классическим представлениям, патология дофаминергической системы является центральной для шизофрении. При этом когнитивные и негативные симптомы долгое время связывали с недостаточностью дофаминовой сигнализации преимущественно в лобной коре. Синтезируя имеющиеся представления, Barch и Dowd [5] предложили модель, согласно которой нарушения дофаминергической трансмиссии при шизофрении могут быть фактором, объясняющим дисфункции различных узлов и связей внутри префронтально-стриатной системы, которая участвует в трансляции информации о награде в побудительные мотивы и поведенческий ответ организма. Эти узлы включают в себя: 1) стриатум, связанный с обучением на основе подкрепления, 2) орбитальную префронтальную кору, которой приписывают приписывание определенной ценности цели/награде на основе учета потребностей организма, 3) переднюю поясную кору, отвечающую за оценку количества усилий, необходимых для достижения цели/награды, и 4) дорсолатеральную префронтальную кору, дисфункция которой ведет к неспособности использовать репрезентации эмоционального опыта, предыдущих наград и мотивирующих целей для управления текущим поведением.

Интересно отметить, что аномалии дофаминергической трансмиссии, играющей важную роль в обучении на основе подкрепления, могут быть привлечены для объяснения связи между редукцией мотивационно-эмоциональных компонентов общения и нарушением избирательности актуализации знаний из памяти на основе прошлого опыта, постулированные в работах Ю.Ф. Полякова с коллегами. В широком смысле подкрепление

представляет собой способ формирования и усиления ассоциаций через опыт. Фазовые выбросы дофамина играют важную роль в подкреплении [20], соответственно дисфункция этого механизма может вести к ослаблению влияния опыта на формирование ассоциативной семантической сети памяти.

Помимо дофаминовой сигнализации, внимание в связи с социальными взаимодействиями привлечено и к другим нейромедиаторам и нейропептидам, в частности к окситоцину [6]. При этом многие современные данные о роли нейромедиаторов и нейропептидов в социальных взаимодействиях получены методами молекулярной генетики, а именно с помощью трансгенных мышей. Для изучения различных аспектов «общения» у мышей разработан ряд парадигм. Так, социальное приближение обычно оценивают как расстояние между двумя незнакомыми животными, помещенными в новую среду, или как время, которое пара проводит в определенном видо-специфичном социальном взаимодействии. Имеются приемы и для изучения собственно мотивации. Например, в недавней работе показано, что у мышей с генетически обусловленной гиперэкспрессией рецепторов дофамина DRD2 в стриатуме нарушена оценка привлекательности награды и как следствие механизм взвешивания выгод и потерь. В отличие от «диких» собратьев, трансгенные мыши ели то, что дают, и не нажимали на рычаг, чтобы получить то, что вкуснее [19].

У человека связь между генами и поведением изучают с помощью метода ассоциаций, для чего сравнивают лиц с разными формами определенного гена по поведенческим признакам. Исследования социальных когний и социальных мотиваций этим методом находятся в самом начале. С целью выяснения роли дофаминовой трансмиссии в нарушениях общения при шизофрении мы провели у больных и здоровых поиск ассоциаций между распознаванием эмоций, ТОМ, и оценками социальных навыков и коммуникабельности, полученными с помощью различных психометрических инструментов, с одной стороны, и генами, кодирующими рецепторы дофамина типа 2 (DRD2) и типа 4 (DRD4) и фермент COMT, разлагающий дофамин, с другой. Рецепторы DRD2 можно рассматривать как важный фактор функционирования мезолимбической системы мотивации/подкрепления, в то время как DRD4 и COMT являются такими факторами для работы префронтальной коры. В отсутствие корреляций между

геном *DRD2* и изученными признаками, мы обнаружили у больных влияние гена *COMT* на успешность решения задач на ложные представления второго порядка у женщин и на негативные симптомы у мужчин. Более выраженные нарушения в обоих случаях наблюдались при наличии генотипа, кодирующего низкоактивную форму фермента и ведущего к повышению уровней дофамина в лобной коре (носительство аллеля *Met*). Общий паттерн взаимосвязей между различными признаками позволил предположить, что у женщин ассоциация данного гена с ТОМ, по-видимому, опосредована повышенной реакцией обладательниц аллеля *Met* на стресс, вызванный остротой состояния, и ее последствиями для когнитивного функционирования. Эти данные показывают, что молекулярно-генетические исследования могут прояснить не только биологические, но и психологические механизмы нарушений отдельных компонентов социальных когниций при шизофрении.

Приведенный краткий обзор свидетельствует, что поднятые в работах Юрия Федоровича Полякова и его коллег проблемы взаимосвязи мотивационно-потребностных и когнитивных особенностей социальных взаимодействий больных остаются актуальными. Современная нейронаука позволяет исследовать эту проблему на новом – биологическом – уровне организации поведения, с привлечением животных моделей и экспериментальных приемов, которые выявляют реакции человека и процессы внутри него, обычно скрытые от глаз стороннего наблюдателя. Накопленные к настоящему моменту данные складываются в чрезвычайно сложную, хотя еще далеко не полную, картину взаимосвязей между различными проявлениями нарушений общения при шизофрении, раскрывая множество потенциальных путей, через которые патология мозга может влиять на снижение коммуникабельности больных.

Работа выполнена при поддержке грантом 12-06-00040-а Российского фонда фундаментальных исследований.

#### Литература

1. Зверева Н.В., Ениколопов С.Н. Юрий Федорович Поляков: человек, ученый, организатор науки и образования // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 3 (14). – URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 25.11.2012).

2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М: Изд-во МГУ, 1991. -256 с.
3. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия/ Социальная и клиническая психиатрия. - 2009. - Т. 19, № 4. – С. 92-104.
4. Adolphs R. The social brain: neural basis of social knowledge // *Annu. Rev. Psychol.* – 2009. – V. 60. - P. 693–716.
5. Barch D.M., Dowd E.C. Goal representations and motivational drive in schizophrenia: the role of prefrontal-striatal interactions // *Schizophr. Bull.* – 2010.- V. 36. – P. 919-934.
6. Bora E., Yucel M., Allen N.B. Neurobiology of human affiliative behaviour: implications for psychiatric disorders // *Curr Opin Psychiatry.* - 2009.- V. 22.- P. 320-325.
7. Couture S.M., Granholm E.L., Fish S.C. A path model investigation of neurocognition, theory of mind, social competence, negative symptoms and real-world functioning in schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2011.- V. 125. – P. 152-160.
8. DeLisi L.E. Speech disorder in schizophrenia: review of the literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language // *Schizophr. Bull.* - 2001.- V. 27. - P. 481-496.
9. Docherty N.M., Hall M.J., Gordinier S.W., Cutting, L.P. Conceptual sequencing and disordered speech in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* - 2000.- V.26. – P. 723-735.
10. Foussias G., Remington G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam's razor // *Schizophr. Bull.* - 2010. - V. 36. – P. 359-369.
11. Gard D.E., Fisher M., Garrett C. et al. Motivation and its Relationship to Neurocognition, Social Cognition, and Functional Outcome in Schizophrenia // *Schizophr. Res.* – 2009. – V. 115. – P. 74–81.
12. Green M.F., Horan W.P. Social Cognition in Schizophrenia // *Curr. Direct. Psychol. Sci.* – 2010. – V. 19. – e243.
13. Li H., Chan R., McAlonan G.M., Gong Q. Facial Emotion Processing in Schizophrenia: A Meta-analysis of Functional Neuroimaging Data // *Schizophr. Bull.* – 2010. – V. 36. – P. 1029-1039.
14. *Mar R.A. The Neural Bases of Social Cognition and Story Comprehension // Annu. Rev. Psychol.* - 2011. – V. 62. – P. 103–134.
15. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // *Am. Psychology.* – 1962. – V. 17. – P. 827–838.
16. Nuechterlein K.H., Robbins T.W., Einat H. Distinguishing separable domains of cognition in human and animal studies: what separations are optimal for targeting interventions? A summary of recommendations from Breakout Group 2 at the Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia New Approaches Conference // *Schizophr. Bull.* – 2005. – V. 31. – P. 870–874.
17. Schmidt S.J., Mueller D.R., Roder V. Social cognition as a mediator variable between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: empirical review and new results by structural equation modeling // *Schizophr. Bull.* – 2011. – V. 37 (Suppl. 2). – P. S41- S54.
18. *Sugranyes G., Kyriakopoulos M., Corrigall R. et al. Autism Spectrum Disorders and Schizophrenia: Meta-Analysis of the Neural Correlates of Social Cognition // PLoS ONE.* – 2011. – V. 6. - e25322.
19. *Ward R.D., Simpson E.H., Richards V.L. et al. Dissociation of hedonic reaction to reward and incentive motivation in an animal model of the negative symptoms of schizophrenia // Neuropsychopharmacology.* – 2012. – V. 37. – P. 1699-1707.

20. Wise R.A. Dopamine and reward: the anhedonia hypothesis 30 years on // *Neurotox. Res.* – 2008. – V. 14. – P. 169-183.
21. Yacubian J., Büchel C. The genetic basis of individual differences in reward processing and the link to addictive behavior and social cognition // *Neuroscience.* – 2009. – V. 164. – P. 55–71.

## **СТИГМАТИЗАЦИЯ И ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ**

С.Н. Ениколопов

Стигматизация психически больных традиционно рассматривается как отношение к психическим больным, характеризующееся дискриминацией - то есть отношением, которое отрицательно сказывается на больных. Стигматизация не только ухудшает их социальную адаптацию и приводит к снижению качества жизни, но и препятствует комплаенсу с врачом. Большое количество больных, имеющих относительно легкий уровень психических расстройств, страдают от стигматизации в большей степени, чем от самих проявлений болезни (Hinshaw, 2007). Большинство американцев не желает создавать с ними семью (68 %), работать в тесном сотрудничестве с ними (58 %) или проводить с ними свободное время (56 %) (Martin, J. K., 2000). Социальные последствия действия стигмы проявляются в трудностях трудоустройства психически больного, сложностях с получением образования, получением социальной и медицинской помощи, с сокращением круга общения и т.д. (Corrigan, 2004; Link, 1999; Михайлова и др. 2002). Стигматизируемые люди сталкиваются с общим дискриминирующим настроением, который зачастую сопровождается сильной враждебностью (Ениколопов С.Н., Мешкова Н.В. 2007). И именно из-за этих проблем дестигматизация начинает рассматриваться как один из ключевых аспектов не только социальной реабилитации, но и возможности лечения вообще.

Стигма может также быть препятствием для выздоровления от психического заболевания, т.к. служит барьером для обращения за помощью. Так, 32% участников исследования признали, что у них были проблемы психического здоровья, но из-за стигмы, они первоначально были не в состоянии обратиться за помощью, а 62% участников исследования заявили, что они или их знакомые отказывались искать профессиональную помощь, несмотря на то, что знали, что они нуждались в ней (Alvidrez, 2008). Стигма продолжает оказывать

влияние на людей с психическими заболеваниями, даже после того, как первоначальная помощь получена. Многие преждевременно прекращают лечение (Sirey , 2001).

Психология стигматизации психически больных связана с развитием психиатрии, клинической психологии, и идеей о том, что этот объект "не просто больной". Изучение стигматизации с самого начала сопровождалась конкретными практическими задачами помощи этим людьми.

При анализе работ в области психологии стигматизации можно обнаружить две тенденции: 1) развитие концепции стигмы и стигматизации, исходящих изначально из теорий общеметодологического плана, или 2) изучение стигмы с обилием эмпирических данных, но не основанной на четко-обоснованной методологии (Кабанов, 2001; Михайлова и др., 2002; Серебрянская и др., 2002).

Проблема стигматизации психически больных получила свою разработку с введением в психологию понятия стигмы И. Гофманом (Goffman, 1963). Гофман выделял три отличающихся типа стигм: 1) "телесные уродства", 2) индивидуальные недостатки характера, воспринимаемые другими как слабость воли, включающие такие девиации, как: психиатрический диагноз, тюремное заключение, наркомания, гомосексуальность, беззаботность, суицидальные попытки и 3) маргинальные социальные и политические положения. Все эти стигмы имеют одну общую черту: они несут в себе коннотат "неправильного индивида" ("spoilt identity", по Гофману), который накладывается на самосознание этих людей и восприятие их в социуме. Гофман считал, что стигматизации подвергаются отнюдь не все нежелательные особенности, а только те из них, которые в представлении группы несовместимы с образом индивида, с тем, "каким он должен быть". Гофман акцентировал внимание на том, что стигма - это не естественная маркировка менее достойного, а результат социального приписывания. Стигматизация, в его понимании, это проекция на индивида или группу суждений о том, что является "недостойным", "неподходящим".

Стигма всегда эмоционально окрашена и может быть абсолютно не оправдана фактами. Это и является основным отличием стигм от стереотипов. Наглядным примером стигмы является то, что большинство людей считают алкоголиков намного менее опасными и вызывающими больше симпатии, чем

шизофреников, гомосексуалистов и представителей других традиционно стигматизируемых групп. Эти заблуждения распространяются и на восприятие причин заболеваний. Так, причиной шизофрении более 50% американцев называют "химическую природу мозга", в то время, как 40% считают алкоголизм следствием "повышенных стрессов"; а причиной наркомании 30% называют "плохой характер" (Crisp, 2001b). Нелогичность и не соответствие этих представлений научным фактам явно указывают на то, что за стигмой психически больных стоят глубинные психологические детерминанты.

Стигма как социальное представление имеет информационную основу, состоящую из научных и культуральных мифов, которые структурируются в систему коммуницируемых значений и приобретают эмоционально-личностную окраску.

Стигматизация психически больного описывается как процесс выделения индивида из общества по факту наличия психиатрического диагноза с последующим восприятием его окружающими через призму стереотипных представлений о психически больных и эмоциональным и поведенческим реагированием, основанным на отношении к категории "душевнобольных" (Link et. all, 1999). Авторы описали этот процесс как длительный и многоаспектный, протекающий на психологическом и социальном уровнях. Развитие стигматизации проходит следующие этапы: 1. выделение и "маркирование" человека с психиатрическим диагнозом; 2. присвоение ему негативных качеств в соответствии с бытующими в данной культуре представлениями о душевнобольных; 3. отнесение его к "категории" душевнобольных, которая противопоставлена обществу и 4. последующее снижение социального статуса этого человека. Иными словами, стигма формируется сначала определением Другого, потом называнием его "недостойным", а затем приписыванием и внушением вины тому, кто Другой за то, что он отличается (Porter, 2001).

Феноменология психологических последствий стигмы для самих больных подробно описана психиатрами, социологами и психологами. Основной акцент исследователи делают на изучении вины и стыда, возникающих у этих людей в связи с атрибутами, содержащимися в мифологии стигм (Gilbert 2001; Михайлова и др., 2002). Пинел ввел понятие "стигма-осознанность" (Pinel, 1999) для описания

того, насколько больные осознают влияние собственной стигмы и какие психологические последствия это вызывает. В литературе также описан близкий к этому процесс - самостигматизации (Link, 1999; Михайлова и др., 2002) - осознания больным наличия психиатрического диагноза, усвоения и применения к себе мифов о своем психическом заболевании, с последующим дистанцированием от потенциальных стигматизаторов; это, по мнению авторов, ведет к снижению социального статуса, самооценки больных, что в свою очередь усиливает стигматизацию, т.е. этот процесс представляет собой порочным круг. Обобщая имеющийся материал, можно сделать вывод, что "реакция психически больного на стигматизацию определяется теми же факторами, что и мотивация к стигматизации (степень удовлетворенности своей жизнью, иерархия ценностей, обобщенный образ психически больного), а также клинической картиной заболевания и личностной структурой," - это значит, что можно рассматривать стигматизацию и самостигматизацию как единый процесс (Михайлова и др., 2002). Важным моментом в психологическом изучении стигм психически больных является выявление зависимости последствий действия стигм от той или иной нозологии. Описаны отличия стигм и процесса стигматизации у людей с диагнозом шизофрения, МДП, депрессия и т.д. Хотя социологические данные указывают на существование дифференциации восприятия различных психически больных в социуме, психологическое объяснение детерминации всех видов стигм психически больных считается фундаментально одинаковым. Но главным объектом изучения является, естественно, шизофрения.

Важно отметить, исследователи мало внимания уделяют тем, кто создает и поддерживает существование стигм в обществе. "Стигматизирующий" может пониматься в двух смыслах: 1) тот, кто создает условия и информацию, способствующие появлению стигм (продуцирующие мифы и их распространяющие) и 2) те, кто усваивает эти мифы и, действуя посредством них, - стигматизирует. Такое различие важно учитывать, ведь в заявлениях о том, что "психиатрия и психиатры - главные стигматизаторы" указывается лишь то, что они продуцируют мифы психических болезней. В нашем анализе "стигматизирующий" понимается именно во втором значении. Важным является



выявление именно эмоционально-личностных и мотивационных особенностей субъекта, детерминирующих этот процесс.

Исследования стигматизирующих, обнаружили взаимосвязь этого процесса с абсолютно разными характеристиками, как социологическими (зависимость от образования, количество детей, возраста), так и психологическими - и, исходя из них, авторы моделировали мотивацию стигматизирующего. Вот несколько таких наблюдений: "... лица с более высоким интеллектом и более высокой самооценкой скорее будут поддерживать положительное отношение с психиатрическим пациентом, потому что им не нужно принижать психически больных, чтобы чувствовать себя умными или положительными" (Nunally, 1971). "Люди с повышенной враждебностью, меньше готовы принять или помочь психически больным" (Corrigan et. all, 2001).

В области психологии стигматизации есть несколько собственных теоретических построений, описывающих мотивацию стигматизирующего. Одна из широко обсуждаемых теорий сейчас - это "унитарная теория стигматизации" (Haghighat 2001), представляющая собой структурированную модель, пытающуюся охватить одним понятием - "личная выгода" - все аспекты, стоящие за различными видами стигматизации. Автор теории рассматривает конституциональное, психологическое, экономическое и эволюционное происхождения стигматизации, и доказывает, что все они, в конце концов, служат "личной выгоде стигматизирующего". Вот какой пример автор приводит к "психологическим предпосылкам": "... сталкиваясь со стигматизируемым, по-видимому, мы чувствуем себя беспокойно лишь потому, что странное поведение или, например, обезображенное лицо могли бы бросить вызов нашим нормам, ценностям и ожиданиям. Чтобы уменьшить напряженность, мы избегаем тех, у кого стигмы, что ... означает... психологическую личную выгоду". Основной упор автор делает на социо-экономическом факторе стигматизации, при этом видя ее корни в эволюционном происхождении человека: "Стигматизация - как тактика выживания и репродукции... предполагает генетически обусловленный внутренний импульс к "дискриминации" тех кто "репродуктивно негоден". "Личная выгода" - в тех разных аспектах, который описывает автор, сложно назвать чем-то единым являющим собой реальную сущность, которую можно

было бы обобщить и использовать как объяснение. Nighat, создает модель человека, основанную на методологии социобиологии и близких к этому направлений. Соответственно и малообъяснительным кажется главное замечание, которое автор выводит относительно дестигматизации: "в конце концов стигматизация будет меньше только по мере того, как мы будем меньше заботиться о собственной личной выгоде".

Стоит отметить, что такие построения можно встретить в литературе по стигматизации повсеместно, но они не являются столь глобальными. Скажем в другом исследовании, Гильберт рассматривает (Gilbert, 2001) "эволюционные корни", лежащие за социальными и психологическими проявлениями стигм. Они заключаются в: 1. избегании опасного члена общества и связанный с этим страх; 2. восприятию психически больных как генетически негодных; 3. как сексуально негодных; 4. как негодных для совместной деятельности; 5. а также, потребности в чувстве превосходства. Мотивация стигматизирующего, таким образом, сводится к биологическим механизмам и потребностям, а восприятие человеком другого - как детерминированная эволюционным развитием.

Многие авторы описывают психические детерминанты стигматизации на языке социальной психологии. Такие теоретические построения чаще всего несут в себе феноменологическую характеристику групповых процессов, каузальное объяснение которых отсылают к социальному уровню анализа. Вот пример таких рассуждений: "Основная предпосылка человеческого сосуществования заключается в том, чтобы члены одной группировки могли полностью полагаться на предсказуемость поведения других членов этой группировки. Поэтому отклонение в поведении предусматривает применение санкций независимо от того, было ли отклонение умышленным или неумышленным." (Финзен, 2001). Стигматизацию связывают с групповыми процессами, способствующими выделению "отличного" в группах, т.к. психологическая и антропологическая характеристика человеческой природы заключается в демаркации "себя - и других". А причиной этого процесса является бессознательная природа человека. Социальный субъект - вынужден каждый раз для поддержания чувства своего "я" отдалять "их", а это легко реализуется в патологизации и отвержении другой группы.

Оригинальное описание мотивации стигматизирующих предложил М.М. Кабанов, который связал стремление стигматизировать с наличием трех мотивационных компонентов: 1. потребности в сохранении удовлетворительных условий своей жизни 2. потребности в сохранении нормального уровня функционирования - сохранении своего интеллектуального уровня и 3. потребности в сохранении своей эмоциональной стабильности. Соответственно психически больные со стигмой, в представлении автора, являются "угрожающими" удовлетворению этих потребностей. (Кабанов, 2001). Исследование, проведенное М.Кабановым совместно с Г.Бурковским, связала эти потребности с некоторыми личностными характеристиками, таким образом, создав своеобразную типологию. Первая потребность чаще у людей принципиально удовлетворенных жизнью, но с негативным отношением к девиантам. Вторая потребность связывается с представлением о психических болезнях как заразных, и как о когнитивных расстройствах. Третья - с психотической уязвимостью, негативным восприятием своей жизни, и представлением о психическом заболевании - как эмоциональном. Эти данные, полученные эмпирическим путем, являются уникальными, так как связывают воедино мотивационную структуру, социальные представления и личность стигматизирующего (Кабанов М.М., Бурковский Г.В 2000).

Одним из главных психологических механизмов стигматизации, описываемый практически всеми авторами является проекция: приписывание другому (или группе других) черт отвергаемых человеком (или референтной группой) в себе.

В литературе страх по отношению к психически больным связывают с восприятием этих людей как "опасных", "враждебных". Установлено, что болезнь вообще, т.е. отклонение от заданной телесной или психической нормы, является одним из основных источников страха в любом обществе: "... болезни приобретают смысл, занимая место наиболее глубинных страхов... Создается впечатление, что обществу необходимо иметь недуги, которые будут отождествляться со злом, а заодно и приписывать вину их "жертвам"... (Sontag, 1988). На психологическом уровне анализа этот страх считается базовым для человека. Так, согласно классификации Кемпинского, страх, заключающийся в

боязни того, что социально опасно или неприемлемо, относится к так называемым "социальным страхам" и является одним из четырех общечеловеческих страхов (Кемпинский, 1975). В социальной психологии описано множество близких этому феноменов. Например, экспериментально доказано, что любой другой, "не своей" группе часто приписываются характеристики "опасности" (Майерс, 1998). Исследователи агрессии также выявили массу фактов, подтверждающих усиление враждебности и проявление различных типов агрессии по отношению к социально-отличающимся (Ениколопов, 2007) и восприятием последних как "опасных", "страшных".

Тесно связанными с герменевтическими моделями страха являются концепции "защитных механизмов", отсылающие к психоаналитическим теориям. В разные периоды творчества Фрейд понимал страх либо как базовую, неспецифическую характеристику человека в социуме, находящую себе объект, либо как "защитный механизм Я" (Бержере, 2002), возникающий специфично по отношению к объекту. Оба эти понимания природы страха находят свою реализацию в теориях стигматизации. Так, в первом случае страх "другого" связан с тем, что психически больной подходит для объективирования внутренней тревожности и страха. А во втором случае представляется, что в ходе социализации закрепляются объекты, которые специфическим образом угрожают тем или иным объектным отношениям. Выбор объекта страха определяется в первую очередь степенью его возможной опасности или ценности. В наибольшей степени "подходящими" оказываются области, плохо контролируемые самим субъектом, - предметы, представляющие реальную или возможную опасность, болезнь, инфекции, стихийные события, случайности, межличностные отношения; либо наиболее ценное - собственное "Я", ближайшее окружение, здоровье, жизненные достижения и пр." (Тхостов, Колымба). И в том, и в другом случае тесно связанной с понятием страха оказывается концепция "проекции". Считается, что проекция обеспечивает психическую "безопасность субъекта", устанавливает энергетическое равновесие между психическими инстанциями и является способом канализации вытесненных желаний. Чаще всего предполагается, что объект, на который направляются проекции, хоть и является специфичным, не является четко закрепленным. На уровне анализа групп

отмечается, что негативные и отрицательные качества личности часто проецируются на представителей какой-либо табуируемой, маргинальной группы (Михайлова и др., 2002). Подразумевается, что людям с психиатрическим диагнозом не просто будут приписываться те или иные черты, закрепленные в мифе или стереотипе, а то, что их поведение будет негативно оцениваться в зависимости от черт воспринимающего. Об этом же пишет Кабанов М.М.: "человек склонен представлять психическую болезнь поражающей то, что он считает наиболее ценным в человеческой личности" (Кабанов, 2001).

Хорошо известно, что представления о болезни сильно варьируют в разных культурах (Александр, Селесник, 1995; Тхостов, 2002; Littlewood, 1998 и др.) Данные о специфике культуральных воззрений на проблему отражают (порой даже прозрачнее других политических или социальных представлений) некую существенную характеристику культуры, проявляющую ее базовое отношение к человеку и его месту в мире.

Кросс-культурные различия стигм психически больных указывают на тесную связь стигм с культурой в целом, представлениями в обществе о месте человека в нем, и более конкретно - с социальными учреждениями, устанавливающими каноны восприятия психически больных.

Сегодня в западных обществах, как показывают исследования, слово "психиатрия" явно ассоциируется с ограничением свободы или с репрессивными мерами (Angermeyer, 2001). Сами больные жалуются на то, что врачи стигматизируют их в большей степени, чем представители какой-либо другой социальной группы (Lawrie, 1999).

Описаны стигматизирующие последствия, возникающие в связи с той или иной моделью психической болезни; предполагается, что каждая модель содержит в себе акцент, формирующий основу стигмы. По одной классификации, рассматривающей психиатрию - как практику, а не науку выделяются три тенденции рассмотрения психических недугов: 1. магический подход; 2. органический подход. 3. психологический подход. (Александр, Селесник, 2001). Каждый подход предполагает те или иные контекстные мифологические связи, в которые включаются психические заболевания.

Медицинская или биологическая модель психических заболеваний является до сих пор самой распространенной. В соответствии с ней, психические болезни рассматриваются как сопоставимые с остальными соматическими заболеваниями, т.е. "больными". Такие люди, согласно модели, нуждаются в первую очередь медицинской (медикаментозной) помощи. Положительными чертами принятия такой модели, исследователи считают то, что снимается чувство вины и ответственности за свое заболевание (Серебрянская и др., 2002), а отрицательными последствиями, ведущие к фасцилитации стигматизации, является в первую очередь четкое различие нормы и патологии, и идея наследственного характера заболевания.

Не только в примитивных обществах, но и в культуральных мифах до сих пор сильно развиты религиозные и мистические представления о психических заболеваниях, где указывается ее таинственное происхождение и связь с сверхъестественными силами. Здесь стигма может выражаться в абсолютно разных сферах, в зависимости от мифов.

Дестигматизация - главная практическая задача, стоящая перед психологами, изучающими стигматизацию. Но для психиатра или клинического психолога ответ на вопрос о необходимости социальной реабилитации психически больных является очевидным. Поэтому дестигматизация рассматривается как важный подраздел социальной реабилитации психически больных (Кабанов, 2001).

Распространенным является мнение (Corrigan et. all, 2001) о трех способах, которые могут быть использованы для изменения взглядов людей на психические заболевания. Это: 1.изменение когнитивной составляющей стигм через внедрение других мифов, т.е. через образование. Здесь главной проблемой является поиск такой информации, которая противоречила бы стигмам в наибольшей степени. Идея о мифологической структуре стигм указывает на то, какие проблемы надо учитывать в решении этой задачи и в выделении того, что действительно является адекватной дестигматизирующей информацией. 2. контакт с больными, влекущий за собой новое эмоционально-личностное отношение к ним. Различные исследователи многократно подтверждали гипотезу

об улучшении отношения к психически больным после общения с ними (Haghighat, 2001). 3. запрет проявления социальных дискриминаций.

Исследователи пришли к выводу о том, что только запрет оказывается неплототворным для решения задач дестигматизации. Самым эффективным способом дестигматизации психозов и депрессий оказался контакт с психическими больными.

Некоторые авторы, напротив, находят конечное решение проблемы стигматизации в усовершенствовании психиатрии. Только лечение, способствующее тому, что психически больные становятся более адекватными и начинают следовать социальным нормам, приведет к тому, что таких пациентов общество перестанет отличать как "других", воспринимать их в качестве "плохих" членов общества и соответственно ассимилирует значение психиатрического диагноза как "не опасного". Это действительно является решением конкретной проблемы стигматизации относительно психически больных, но, во-первых, это пока не реализуемо, а, во-вторых, такой подход решает частную проблему и ничего не говорит об остальных проблемах стигматизации.

Если раньше мысль о полном преодолении стигматизации высказывалась лишь в утопических моделях общества, то сейчас подобные идеи можно услышать из уст самих психологов, исследующих социальные представления. Так, Haghighat возлагает основную надежду на то, что человечество "повзрослеет" и общество станет более "заботливым и дружественным, избавившись от своей биологически обусловленной конкурирующей природы", начнет развиваться в соответствии с "гуманными" идеологиями. Этому могут способствовать просветительское, эмоциональное, законодательное, лингвистическое и политическое вмешательство. Такой подход перекликается с идеями психологии толерантности.

#### Литература

1. Александр Ф., Селесник Ш. Человек и его душа: познание и врачивание от древности и до наших дней. М. Прогресс-Культура. 1995.
2. Бержере Ж. Психоаналитическая патопсихология М.2001.
3. Ениколопов С.Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии. Терапия психических расстройств. 2007,1,18-22.

4. Ениколопов С.Н., Мешкова Н.В. Направления исследования предрасположенности в западной психологии межгрупповых отношений. *Вопросы психологии*. 2007,1, 148-158.
5. Кабанов М.М. Проблема реабилитации психически больных и качество их жизни *Соц клин психиат* 2001; 1: 22 – 27.
6. Кабанов М.М., Бурковский Г.В. Редукция стигматизации и дискриминации психически больных *Обзор психиат и мед психол*. 2000; 1: 3 – 8.
7. Кемпински А. Психопатология невротозов. — Варшава, 1975.
8. Майерс Д. Социальная психология.. СПб.: Питер, 1997.
9. Михайлова И.И., Ястребов В.С. Ениколопов С.Н. Клинико-психологические и социальные факторы, влияющие на стигматизацию психически больных разных нозологических групп. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*.2002, №7,с.58-65.
10. Серебряйская Л.Я., Ястребов В.С. Ениколопов С.Н. Социально- психологические факторы стигматизации психически больных. *Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова*.2002, №9,с.59-68.
11. Тхостов А. Ш. Психология Телесности. М. Смысл. 2002.
12. Финзен А. Психоз и стигма. М 2001.
13. Alvidrez, J., Snowden, L. R., & Kaiser, D. M. The experience of stigma among Black mental health consumers. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 2008, 19, 874–893.
14. Angermeyer, M. C., Buyantugs, L., Kenzine, D. V., & Matschinger, H. Effects of
15. labelling on public attitudes towards people with schizophrenia: Are there cultural differences? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 2004,109, 420–425.
16. Corrigan, P. W. How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 2004, 59(7), 614–625.
17. Crisp A.H. Every Family in the Land: Understanding prejudice and discrimination against people with mental illness 2001.
18. Gilbert, P. Shame, stigma and the family: "skeletons in the cupboard" and the role of shame". In A.H. Crisp (ed.), Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness.2001.
19. Goffman, E. Stigma: Notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. 1963.
20. Haightat R. A unitary theory of stigmatization // *British Journal of Psychiatry*. 2001. V. 178. P.207-215.
21. Hinshaw, S. P.. The mark of shame: Stigma of mental illness and an agenda for change. New York: Oxford University Press. 2007
22. Lawrie S. M. Stigmatization of psychiatric disorders. *Psychiatric Bulletin* 1999, 23, 129-131.
23. Link, B. G., & Phelan, J. C. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, 2001, 27, 363–385.
24. Littlewood R. Cultural variation in the stigmatisation of mental illness // *Lancet*. 1998. P.1056-1057
25. Martin, J. K., Pescosolido, B. A., & Tuch, S. A. . Of fear and loathing: The role of “disturbing behavior”, labels, and causal attributions in shaping public attitudes toward people with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 2000, 41, 208–223.
26. Nunally J. Popular Conceptions of Mental Health: Their Development and Change. New York: 1961.
27. Pinel E. C. Stigma Consciousness. The psychological legacy of social stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1999, 76(1), 114-128.



28. Porter R. Is mental illness inevitably stigmatizing. In A.H. Crisp (ed.), *Every family in the land: understanding prejudice and discrimination against people with mental illness*. 2001.
29. Sirey J, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Raue P, Friedman SJ, & Meyers BS: Perceived stigma as a predictor of treatment discontinuation in young and older outpatients with depression. *Am J Psychiatry*, 2001, 158:479-481,
30. Sontag, S. *Illness as metaphor and AIDS and its metaphors*. New York, NY: Picador. 2001.

## **ПСИХИЧЕСКИЙ И КОГНИТИВНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ В ДЕТСКОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Н.В. Зверева

Термин «психический дизонтогенез» имеет свою историю, его содержание и использование психиатрами в случаях определения болезненных по своей природе вариантов онтогенеза несколько отличается от предложенного психологами взгляда на классификацию типов нарушенного развития. Известный детский психиатр М.Ш.Вроно (1986) – рассматривал дизонтогенез как нарушенное развитие, которое может относиться ко всей жизни человека, а Д.Н.Исаев предлагал более очерченное и узкое понимание дизонтогенеза, близкое и дизонтогенезам. Типологии психического дизонтогенеза при шизофрении и сходных расстройствах в детском возрасте были посвящены специальные работы (Юрьева, 1970; Козловская, 1995, Горюнова, 1996).

Психический дизонтогенез, по мнению психиатров, - это нарушение психического развития у детей с разнообразными типами отклоняющегося развития. Отечественные психиатры выделяли первые формы психического дизонтогенеза и его типы: ретардация; асинхрония; регресс, акселерация (М.О. Гуревич, Т.П. Симсон, С.С. Мнухин, Г.Е. Сухарева, Г.К. Ушаков, В.В. Ковалев, М.Ш. Вроно и др.). Медики и биологи обычно используют термин «дизонтогенез» для обозначения различных форм нарушений онтогенеза, которые ограничены теми сроками развития, когда морфологические системы организма еще не достигли зрелости (В.В.Ковалев, М.Ш.Вроно и др.). Психический дизонтогенез В. В. Ковалев определяет как нарушение психического развития в детском возрасте в результате расстройства морфофункционального

созревания головного мозга. Таким образом, в медицинском подходе на первый план выступают биологические параметры нарушенного онтогенеза при аномальном развитии.

Нарушения психического развития при разных вариантах дизонтогенеза изучаются с давних пор и по настоящее время (Ж-Э.Эскироль, А.Валлон, В.Штерн, М.Раттер, Х.Ремшмидт, П.Риделиус, Г.Е.Сухарева, В.В.Ковалев, С.С.Мнухин, М.Ш.Вроно, Б.Леденев, Д.Н.Исаев, Н.К.Сухотина, В.А.Аверин, С.Я.Рубинштейн, А.Р.Лурия, В.И.Лубовский, А.Я.Иванова, М.П.Кононова, В.В.Лебединский, Н.Л.Белопольская, О.С.Никольская, Т.К.Мелешко, С.М.Алейникова, Н.В.Захарова (Зверева), И.И.Мамайчук, Н.Я.Семаго, Л.П.Лассан, А.Е.Назаренко, Р.А.Туревская, Е.И.Жигэу и др.).

Ю.Ф.Поляков как руководитель лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР (ныне отдел медицинской психологии НЦПЗ РАМН), был среди инициаторов обращения к проблеме экспериментально-психологического изучения нарушенного развития при шизофрении в детском возрасте в последней четверти 20-го века. Эта проблема оказалась в фокусе внимания, поскольку встал вопрос о том, как и когда, посредством каких механизмов формируется обнаруженная отечественными патопсихологами особенность психической деятельности у больных шизофренией юношеского возраста - снижение опоры на прошлый опыт при решении целого ряда познавательных задач (мышление, речь, зрительное восприятие) (Мелешко, 1968, Критская, 1967, Богданов, 1968). Очевидно, что вопрос о генезисе особенностей познавательных процессов при шизофрении у детей был инициирован полученными ранее данными о наличии аномалии познавательной деятельности у взрослых, больных шизофренией (Поляков, 1974). Психологами, совместно с генетиками, было показано, что данная аномалия познавательной деятельности связана с определенным психическим складом личности<sup>1</sup>. Фактически, это было обращение к теме дизонтогенеза и его специфики при шизофрении. Новое направление работ сотрудников лаборатории патопсихологии осуществлялось в тесном сотрудничестве с отделом детской психиатрии Института психиатрии. В 70-80е гг. этим отделом руководил М.Ш. Вроно, заинтересованный в проведении

---

<sup>1</sup> См. статью Ю.Ф.Полякова и соавторов в настоящем сборнике

психологического исследования генеза нарушений познавательной деятельности при шизофрении у детей с использованием метода возрастных срезов.

Экспериментально-психологические исследования своеобразия познавательного развития у детей при шизофрении (на примере становления психических процессов мышления и восприятия) были начаты сотрудниками лаборатории патопсихологии в середине 70-х годов, т.е. в то время, когда В.В.Лебединским еще не была сформулирована классификация типов дизонтогенеза (до 1985 года). Можно сказать, что начатое под руководством Ю.Ф.Полякова исследование нарушений мышления при шизофрении у детей и подростков, способствовало развитию самостоятельной новой для отечественной патопсихологии области – клинической патопсихологии детского возраста, основным направлением которого стало изучение эндогенной патологии в детстве. Пути исследователей (Т.К.Мелешко, Н.П.Щербаковой, С.М.Алейниковой, Н.В.Захаровой) пролагались в соответствии с психологической концепцией нарушений познавательной сферы при шизофрении, сформулированной Ю.Ф.Поляковым, опытом детских патопсихологических исследований (М.П.Кононова, Э.С.Мандрусова, М.М.Райская, А.Я.Иванова), клиническим методом Жана Пиаже, теорией деятельности и теориями психического дизонтогенеза, разработанными детскими и подростковыми врачами-психиатрами.

Экспериментально-психологические исследования нарушений психического развития, проводимые под руководством Т.К.Мелешко, убедительно показали, что при шизофрении в детском возрасте (5-12 лет) выявляется особый, отличный от здоровых сверстников, аномальный тип формирования познавательной деятельности (Алейникова, 1984, Захарова, 1985). Опираясь на имеющиеся в отечественной психологии представления о генезе общения и типах дизонтогенетического развития, обобщая данные экспериментальных исследований, научная группа под руководством Т.К. Мелешко выделила и описала своеобразный тип формирования познавательной деятельности детей, больных шизофренией, который выражается в опережении сроков становления мыслительных операций в тех методиках, где роль предметно-содержательного опыта незначительна, с одновременной тенденцией к

отставанию при формировании перцептивных действий и выраженным отставанием в сроках формирования социально-практической стороны интеллектуальной деятельности, связанной с избирательной актуализацией знаний. Дисгармонию, асинхронию развития мыслительной и перцептивной деятельности детей, больных шизофренией, выявляемую экспериментально-психологическими методами, можно рассматривать как один из вариантов аномального психического развития, дизонтогенеза. (Мелешко, Алейникова, Захарова, 1986).

В отечественной психологии в это время активно обсуждается предложенная В.В.Лебединским типология аномального развития ребенка (Лебединский, 1985). Используя опыт психиатров в анализе нарушенного психического развития ребенка, В.В.Лебединский попытался найти психологические механизмы и факторы, определяющие его варианты. Были предложены три механизма (остановка, поломка и асинхрония развития), которые позволили выделить 6 типов отклоняющегося развития (варианты психического дизонтогенеза: недоразвитие и задержанный тип, дефицитарное и поврежденное развитие, искаженное и дисгармоничное развитие). Наибольший интерес для автора представлял искаженный тип дизонтогенеза, в качестве клинического примера ему соответствует детский аутизм, хотя в ранних работах этот тип дизонтогенеза ассоциировался у В.В.Лебединского с детской шизофренией, им были даже описаны общие особенности нарушения психического развития при шизофрении (Лебединский, 1985). Свою авторскую трактовку типологии отклоняющегося развития (психического дизонтогенеза) разработали Н.Я. Семаго и М.М. Семаго (2011). Они предложили создать систему собственно психологических показателей развития ребенка, которые определяют, но и в то же время отграничивают содержательное поле деятельности психолога от направлений работ других специалистов (логопедов, дефектологов, психиатров). Были предложены четыре основные группы собственно психологических синдромов: недостаточное, асинхронное, поврежденное развитие, дефицитарное развитие. Каждый из типов определяется спецификой, последовательностью и темпом формирования всей иерархической структуры психического развития

ребенка. Эта типология имеет значение больше для психологов образования, чем для клинических.

Общее направление развития концепции психического дизонтогенеза отечественными психологами связано с его пониманием как многоуровневого образования (В.В.Лебединский, М.М.Семаго и др.). Психический дизонтогенез предполагает гетеро- и асхронность следующих видов развития: моторное развитие, познавательное (когнитивное) развитие, эмоциональное развитие, мотивация и произвольная регуляция деятельности, личностное развитие и др. Глубина теоретической и экспериментальной проработки каждого из этих аспектов различна. В работах психологов и психиатров нередко используются новые термины, обозначающие не тип дизонтогенеза как общего нарушенного психического развития, а лишь его основные проявления в определенной сфере психики (эмоциональной, сексуальной, общения и др.), или даже в рамках отдельной функции (Рощина, Зверева, 2012). Такое понимание позволяет говорить об основном уровне нарушения психического функционирования при разных типах дизонтогенеза и его конкретной феноменологии.

Психиатр Д.Н.Исаев полемизирует с психологами по поводу некритичного использования термина «дизонтогенез», предлагая психологам обратиться к классическим истокам – работам Л.С.Выготского, в которых были описаны основные механизмы и законы психического развития ребенка. В этих замечаниях особо акцентируется то, что развития нормального и аномального ребенка подчинено одним и тем же законам, проходит те же стадии, возможно, растянутые во времени и только наличие дефекта определяет специфику каждого варианта аномального развития. Кроме того, претензия к применению термина «дизонтогенез», по Д.Н.Исаеву, обусловлена тем, что дизонтогенез оказался своего рода дополнительным образованием между этиологией, патогенезом, с одной стороны, и клинической формой – с другой. В этом русле рассуждения, по мнению Д.Н.Исаева, этиология дизонтогенеза ограничена определенным набором вмешивающихся в нормальное и отклоняющееся развитие вредностей. При этом сам конструкт «дизонтогенез» не может учитывать существующую множественность воздействий на организм и психику в ходе их формирования. С уважением относясь к позиции классика ленинградской психиатрической школы,

не во всем с ним можно согласиться. Психологический анализ нарушенного развития как раз предполагает системный многоуровневый подход, который позволяет установить функциональный диагноз, работать с зоной ближайшего развития ребенка, учитывая своеобразие изменения разных сфер психики под влиянием факторов болезни, обширности/незначительности поражения, времени воздействия вредности с учетом критических периодов развития психических функций и т.п.

К сожалению, в зарубежной медицинской психологии и психиатрии данный подход практически не реализуется, за границей более принятым является понятие «психопатология развития» (“developmental psychopathology”) (Remshmidt, Cohen, 2011). Изучение аномального познавательного развития при шизофрении проводилось как психиатрами, так и психологами. Важнейшие проявления эндогенных психозов - это позитивные и негативные расстройства, а также нарушения познавательных (когнитивных) процессов: восприятие информации, ее обработка, запись в память и извлечение из памяти, передача информации с помощью речи. (Milev P.2005; Keefe R., 2008).

L.Bender и V.Fish давно показали, что существуют неопровержимые доказательства того, что шизофрения является расстройством общего развития. На современные представления психиатров о вариантах нарушенного развития ребенка оказывают влияние диагностические критерии классификационных систем (МКБ-10 и DSM-IV).

Выраженные изменения познавательного развития у детей и подростков хорошо изучены для вариантов умственной отсталости и задержек развития, однако нарушения когнитивного развития, связанные с эндогенными психическими заболеваниями, изучены существенно меньше.

Показано, что данные психологической квалификации нарушения когнитивного развития, во многом совпадают с данными наблюдений и клинической квалификации психического дизонтогенеза при шизофрении (шизотипического диатеза), проводимой врачами-психиатрами. Современные нейрокогнитивные исследования не всегда оправдывают всех возлагаемых надежд, т.к. идея изолированных когнитивных дефицитов недостаточна для понимания полноты нарушенного познавательного функционирования или

нарушенного познавательного развития при эндогенной патологии у детей и подростков.

Следует дифференцировать понятия дизонтогенез, дефект и дефицит и проанализировать их в связи с нарушенным развитием при разных вариантах аномального развития. Дизонтогенез – самое общее понятие, характеризует всю совокупность нарушений психического развития при различных вариантах патологии, обеспеченных одним или несколькими взаимосвязанными психологическими механизмами. При таком понимании дизонтогенеза можно говорить о его проявлениях в разных сферах психики: эмоционально-личностной, когнитивной, социальной (Зверева, 2005, Зверева, Рощина, 2012). Понятие «дефицит» отражает кратковременное или, возможно, более стойкое нарушение психической деятельности, психической функции или ее составляющих. В основе дефицита лежит временное нарушение деятельности мозга в связи с текущим заболеванием (снижение продуктивности, своеобразие протекания психических процессов и т.п.), или стойкое, не вызванное заболеванием нарушение развития (например, слепота, глухота и т.п.). Понятие «дефект» обычно связывается со стойким нарушением психики, или ее компонентов, связанных с течением прогрессивного психического заболевания или существующих от рождения. Учитывая вышеизложенное, дизонтогенез может проявляться в сочетании дефицитов и дефектов, причем последние могут иметь как первичное так и вторичное происхождение.

Анализ специфики отклоняющегося развития (дизонтогенеза), его этиологии - важные задачи теории и практики психологической науки, прежде всего клинической и специальной психологии.

Не случайной для отдела медицинской психологии НЦПЗ РАМН стала психологическая квалификация когнитивного дизонтогенеза при шизофрении и других формах отклоняющегося развития в детском и подростковом возрасте с опорой на полимодальный многофункциональный подход к исследованию гармоничности или искажения формул возрастного развития мышления, восприятия, произвольной памяти при шизофрении и в норме развития. (Зверева, 2005). Когнитивный дизонтогенез (термин введен Н.В.Зверевой) следует рассматривать как:

- Общие проявления дизонтогенеза в познавательной сфере для каждого из типов аномального развития (указание на поражение когнитивной сферы при развитии).

- Особенности проявления нарушенного развития познавательной сферы при отдельных типах дизонтогенеза по В.В.Лебединскому, например, искаженном (изучены виды когнитивного дизонтогенеза при шизофрении, протекающей с аутистическими расстройствами) или недоразвитии.

Описанное в работах сотрудников лаборатории патопсихологии дисгармоничное, диссоциированное развитие разных сторон познавательной, когнитивной деятельности детей, страдающих шизофренией по сравнению со здоровыми ровесниками можно рассматривать как признак особого нарушения развития при шизофрении – когнитивного дизонтогенеза.

Когнитивный дизонтогенез как проявление психического дизонтогенеза характеризуется нарушениями формулы развития различных сторон познавательных процессов (мышления, восприятия, памяти), и «профиля» развития психики с учетом межфункциональных связей и модальностей функций. Соотношение уровней развития отдельных психических процессов, определение «профиля» развития психики должно определяться типом общего психического дизонтогенеза. На примере исследования разных видов памяти при некоторых типах дизонтогенеза (искаженный, задержанный, поврежденный) нами было показано, что характер нарушений памяти при искаженном развитии варьирует от нормативного до дефицитарного при запоминании стимулов разных модальностей. Больные шизофренией дети и подростки могут не отличаться значимо по показателям тактильной памяти от детей с задержанным типом дизонтогенеза, тогда как слухоречевая память при шизофрении оказывается более сохранной (Зверева, 2008). Когнитивный дизонтогенез проявляется в изменении соотношения успешности работы в разных модальностях реализации психических функций у детей и подростков при эндогенной психической патологии по сравнению с нормой развития (Зверева, 2011).

Опыт анализа видов когнитивного дизонтогенеза у детей и подростков с эндогенной патологией, протекающей с расстройствами аутистического спектра



показал, что могут быть представлены 3 вида когнитивного дизонтогенеза (А.А.Коваль-Зайцев, Н.В.Зверева):

- Искривленный - это сочетание опережения и отставания от нормативного уровня развития отдельных компонентов психических функций и деятельности в целом.

- Дефицитарный - сочетание ретардации с нормативными показателями уровней развития разных сфер психической деятельности.

- Регрессивно-дефектирующий - неравномерно проявляющаяся грубая ретардация и/или снижение уровня развития отдельных сфер психической деятельности.

Для характеристики психического дизонтогенеза базовым понятием является асинхрония развития – устоявшийся общепринятый термин, обозначающий механизм нарушенного развития в противовес гетерохронии развития, свойственной нормальному онтогенезу (Д.Н.Исаев, В.В.Ковалев, К.С.Лебединская, В.В.Лебединский, О.С.Никольская, и др.). Мы полагаем, что асинхрония распада психики – один из механизмов формирования дефекта при психической и нервно-психической патологии в детстве и в другие возрастные периоды (Рощина, Зверева. 2011).

Выделенные виды когнитивного дизонтогенеза могут использоваться для квалификации психического дизонтогенеза при других нарушениях психического развития, например, искривленный тип возможен при синдроме Аспергера, легких формах шизофрении (шизотипическое расстройство); дефицитарный – возможен при синдроме Каннера, органической патологии мозга (резидуальной прежде всего), некоторых формах эпилепсии, детской шизофрении, умственной отсталости; регрессивно-дефектирующий – отражает приобретенное слабоумие при эпилепсии, шизофрении, генетических синдромах.

В последних работах по исследованию психического, в том числе когнитивного дизонтогенеза у детей и подростков при эндогенной психической патологии, было показано, что существует связь вида когнитивного дизонтогенеза и основных клинических параметров заболевания (нозологическая, тяжесть и давность заболевания, терапевтические изменения). (Хромов, Зверева, 2010).

Очевидно, что базовыми факторами, определяющими степень выраженности психического и когнитивного дизонтогенеза являются возрастные (время начала болезни или воздействия вредности) и клинические факторы (степень тяжести заболевания, его прогрессивность).

#### Литература

1. Cohen D. The development being: modeling probabilistic approach to child development and psychopathology. – Brain, mind, and development and psychopathology in childhood. Ed. By E.Garralda and J-P Raynald. – Jason Arososn. 2012. P3-31.
2. Богданов Е.И. Изменение зрительного восприятия у больных шизофренией. В кн. Психологические исследования. Проблемы патопсихологии под ред. Б.В.Зейгарник, вып.8 . Изд. МГУ, 1971, с.77-86.
3. Зверева Н.В. Дисгармоничность как специфический признак когнитивного дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте// «В.М.Бехтерев и современная психология» Материалы докладов на российской научно-практической конференции. Казанский госуниверситет, 29-30 сентября 2005 г., Казань, Центр инновационных технологий, 2005
4. Зверева Н.В. Нарушения произвольной памяти в структуре когнитивного дизонтогенеза у детей с разными видами отклоняющегося развития // Культурно-историческая психология, 2008, №3 с.79-85
5. Зверева Н.В. Патопсихология в клинике эндогенных психозов детского возраста // Психиатрия, 2008 , № 2, с.28-37
6. Зверева Н.В., Власенкова И.Н., Тимофеев И.В. Полиmodalные вербальные ассоциации у детей в норме и при шизофрении // Вестник МГУ Серия 14. Психология, 2006 вып.4, с.32-40
7. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Диагностика когнитивного дизонтогенеза при расстройствах шизофренического спектра в детском возрасте // Мир психологии, 2010, №1, с.145-156.
8. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Проблемы дизонтогенеза в клинической психологии // Культурно-историческая психология,2008, № 3, с.39-43
9. Исаев Д.Н. Дизонтогенез или патопсихология развития? //Рождение и жизнь: материалы междунар.конф.по клинической психологии детства/ под общей редакцией В.А.Аверина, А.Н.Корнева- Спб.: СПбГПМА, 2010, с.22-27.
10. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. Издательство МГУ, 1991.
11. Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском возрасте.- М. Академия. 2003
12. Лебединский В.В. Нарушения психического развития у детей М., МГУ, 1985
13. Мелешко Т. К, Алейникова С. М., Захарова Н В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. - В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста/ под. ред. Вроно М. Ш. М. 1986.
14. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., Медицина, 1974.
15. Ремшмидт Х. Аутизм. Клинические проявления, причины и лечение. - М: Медицина, 2003. – 120 с.

16. Рощина И.Ф., Зверева Н.В. Клиническая психология развития и проблемы дизонтогенеза// Мир психологии, 2012, №2 .- с.163-171.
17. Семаго М.М., Семаго Н.Я. Типология отклоняющегося развития: Модель анализа и ее использование в практической деятельности.- Под общ. ред. М.М. Семаго. – М.: Генезис, 2011. – 400 с.
18. Хрестоматия по психологии аномального развития ребенка в 2-х тт.\ред.М.К.Бардышевская. В.В.Лебединский, М. 2002.
19. Хромов А.И., Зверева Н.В. Возрастная динамика когнитивного дефицита у детей и подростков при эндогенной психической патологии. //Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения. Материалы Всероссийской юбилейной научно-практической конференции. М. 2011, с.169-174.
20. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / под ред. Ю.Ф. Полякова. – М.: Труды института психиатрии АМН СССР, 1982. – Т. 1.

## **МОЗГ И ДУША: СТАРАЯ ПРОБЛЕМА В НОВЫХ УСЛОВИЯХ**

А.Б. Холмогорова

В 2010-х гг. на русском языке одна за другой начали выходить книги западных авторов (чаще всего ученых-нейробиологов) с очень многообещающими названиями, рекламируемые как бестселлеры. Например: «Мозг и душа: новые открытия о влиянии мозга на характер, чувства, эмоции», или: «Мозг и счастье: загадки современной нейропсихологии», или: «Мозг и душа: как наша нервная деятельность формирует наш внутренний мир». Эти научно-популярные книги, рассчитанные на массового читателя, создают иллюзию, что современная наука уже решила вечные проблемы человечества или весьма близка к этому. При чтении этой литературы веет чем-то очень знакомым из истории психологии. Столь же щедр на подобные обещания в первой половине прошлого столетия был американский бихевиоризм, легко «решавший» проблемы психического здоровья, этики, морали и счастья на основе теории научения и провозгласивший психологию наукой о поведении, находящейся «по ту сторону свободы и достоинства». И хотя, к счастью, человечеству не удастся пока изолировать психологические проблемы от вечных нравственных и философских, все же стоит задуматься о новых предлагаемых рецептах их решения и вытекающих из этих рецептов последствиях для практики психологической помощи.

Приведем цитату из книги известного нейробиолога Д.Амена, который на собственном примере иллюстрирует роль головного мозга в следовании моральным ограничениям.

Многие испытывают сомнения и беспокойство, когда сделали что-то неправильное. Если бы мне понадобились деньги, и в голову пришла идея ограбить соседний магазин, то следом за ней появились бы тревожные мысли: а вдруг меня поймут? «Не хочу, чтобы меня судили», «Не хочу потерять лицензию врача». Эта тревожность не дает мне послушаться криминальной мысли. Но если, как предполагают исследования доктора Рейн, лобная кора работает плохо и не вызывает никакой тревожной реакции, то я вполне могу отправиться на преступление, не думая о последствиях своего поведения (Амен, 2012, с.128).

Читаем чуть далее.

У людей нарциссического склада часто оказывается сверх активной передняя часть поясной извилины, из-за чего они не способны переключить внимание и посмотреть на себя со стороны. А плохая работы лобной коры приводит к недостатку эмпатии (там же. с.129).

Далее автор, который одним из первых стал активно использовать компьютерную томографию в психиатрии и психотерапии, уверенно заявляет: «Увидев проблемы через призмы нейробиологии и посмотрев свой скан ОЭКТ, люди начинают исцеляться» (с. 135).

Процитируем других авторов.

Добродетель подразумевает регулирование своих поступков, слов и мыслей ради того, чтобы по возможности приносить окружающим людям и себе больше добра, чем зла. В мозге эта функция связана с префронтальной, или лобной корой. Префронтальная значит «окололобная», т.е. самая передняя часть мозга сразу за лбом и над ним. Кора – это верхний слой мозга, она состоит из так называемого серого вещества. Кроме того, добродетель опирается на умиротворяющее действие парасимпатической нервной системы и положительных эмоций, с которыми связана лимбическая система (Хансон, Мендиус, 2012, с. 31)

Что стоит за таким пристальным вниманием к мозгу в новых рецептах счастья, нравственности и добродетели? Возвращаясь к серьезной научной литературе, можно говорить о значительной активизации сторонников

биологических моделей психической патологии на фоне впечатляющего прогресса в технике исследований современных нейронаук. Так, современные техники нейровизуализации позволяют в буквальном смысле слова «заглядывать» в мозг человека, оценивать его морфологические особенности и наблюдать происходящие там процессы. Как это уже не раз случалось в истории изучения психических расстройств, у многих исследователей возникло искушение отождествить процессы в мозге и психические процессы, установить их точное взаимное соответствие.

Вот уже более 30 лет прошло со времени публикации исторической статьи Дж. Энгеля «Потребность в новой медицинской модели: вызов биологической медицине» (Engel G. – 1977), но перестройка в направлении предложенной им системной биопсихосоциальной модели происходит очень медленно и болезненно, хотя данные, поддерживающие ее, существенно расширились за последние годы: «Значительный объем исследований обосновывает роль стрессогенных событий, а также хронических и повторяющихся средовых стрессоров в переходе состояния уязвимости в состояние болезни» - пишет известный итальянский исследователь и психотерапевт Дж. Фава (Fava, 2008, p. 1). Далее, он отмечает, что спустя 30 лет после первой публикации Дж. Энгеля о биопсихосоциальном подходе по-прежнему имеет место недооценка значимости психосоциальных факторов и тенденциозное распределение ресурсов в исследованиях и практике лечения психических расстройств.

При игнорировании или недооценке роли социальных и психологических факторов в психической патологии, роли культуры в становлении и развитии человеческой психики успехи современных нейронаук ведут к возрождению биологического редукционизма, который К. Ясперс метко назвал «церебральной мифологией» - поиску жесткого соответствия между психическими функциями и определенными зонами головного мозга. И если в начале прошлого века известный немецкий психиатр К. Клейст мечтал найти седалище «Я» в стволе головного мозга (Клейст, 1924), то сегодня исследователи спешат, например, объявить об открытии «социального мозга» - тех его зон, которые ответственны за восприятие социальных объектов и в которых локализованы функции социального интеллекта (Burns, 2006). Часть научного сообщества возлагает

большие надежды на эту последнюю концепцию, которая начала развиваться более 20 лет тому назад (Brothers, 1990).

Сомнения в возможности отыскания мозгового субстрата, непосредственно ответственного за регуляцию высших психических функций в отличие от натуральных, высказывались в 1980-г.г. Дж. Зубиным – одним из первых создателей диатез-стрессовых моделей психической патологии: «Большинство психо-социальных реакций возникли только тогда, когда процесс биологической эволюции человека закончился и не оказывал больше существенного влияния на человеческое поведение, а его место заняла культурная трансляция... другими словами, речь идет скорее о продукте научения и опыта, пластичных свойствах головного мозга, чем генетически унаследованных функциях мозга. Поэтому достаточно трудно определить мозговые пути, с которыми связаны культуральные и психосоциальные факторы, а также определить их масштабы» (Zubin, 1989, s.18).

Далее Дж. Зубин ссылается на своего единомышленника, другого известного автора оригинальной трехфазной диатез-стрессовой модели шизофрении Л. Чомпи, который постулировал, что внутренние структуры и процессы возникают из внешних: «Они, можно сказать, представляют собой конденсат всего конкретного опыта, превратившуюся во внутреннюю структуру внешнюю динамику. Ясные и однозначные социальные отношения, интерперсональные связи, коммуникативные процессы и т.д. должны, таким образом, отразиться в таких же ясных и однозначных внутриспсихических системах, напротив, конфузирующе-противоречивые внешние связи выражаются в неясных внутренних структурах. Это делает понятным патогенное влияние конфузирующей коммуникации» (Ciompi, 1986, s. 51-52). Таким образом, делает вывод Дж.Зубин: «Эти внутренние структуры передаются не генетически, а культуральным путем, а именно, через нейропластичные части головного мозга, а не через те, за которыми жестко закреплены какие-то функции» (Zubin, 1989, s. 19).

На 50 лет раньше Л. С. Выготский с позиций культурно-исторического подхода к психике выступил с критикой концепции интеллекта Э. Торндайка, который, кстати, предложил столь популярный сейчас термин «социальный интеллект»: «Тот разрыв между эволюцией содержания и форм мышления, которые допускает в своей теории Торндайк, как и его принципиальное уравнивание

влияния среды на развитие интеллекта животных и человека, неизбежно приводит к чисто биологической концепции интеллекта, игнорирующей историческое развитие интеллектуальной деятельности человека. С этим связана попытка Торндайка исходить в своих построениях из анатомической и физиологической основы, а не из психологической концепции человеческого интеллекта, нарушая основное методологическое правило: *Psychologica psychologica*» (Выготский, 2007, с. 109).

Но похоже, что многие современные ученые солидарны с предсказанием известного немецкого психиатра 19 века Г. Майнерта о том, что психиатрия будущего будет наукой о нарушениях переднего мозга с той лишь поправкой, что это будет «социальный мозг». Так, представители группы по развитию психиатрии (The Research Committee of the Group for the Advancement of Psychiatry – GAP) заявляют, что по аналогии с другими отраслями медицины, имеющими свою субстратную телесную основу, «релевантной основой для психиатрии является «социальный мозг» (Bakker et al, 2002, p. 219): подчеркивая, что именно это физиологическое образование, сколько бы сложным и, возможно, не вполне структурно раскрытым оно ни являлось, отвечает нахождение задачи того телесного органа, который опосредует отношения между биологическим телом и социальным поведением индивида. При этом, правда, в соответствии с современными эмпирическими данными подчеркивается, что не только наследственность, но и средовые воздействия меняют мозг и через эти изменения вторично влияют на поведение индивида. Однако такая уступка в виде признания роли опыта в развитии мозга принципиально не меняет позицию биологического детерминизма человеческого поведения (Рычкова, Холмогорова, 2012).

В печатном органе Всемирной Психиатрической Ассоциации (WPA) “World Psychiatry” (2007. – V. 6) широко дискутировалась другая, но близкая по методологическим основаниям концепция психической патологии, автор которой предлагает определить психическое расстройство как «harmful dysfunction» (Wakefield, 1992; 2007), т.е. вредоносную, дезадаптирующую дисфункцию, в основе которой лежат определенные повреждения структур головного мозга, ответственных за обеспечение эволюционно предзаданных психических функций. Эти повреждения и рассматриваются как непосредственная причина психической патологии. В своем критическом анализе такой попытки выхода из

методологического кризиса в науках о психическом здоровье известный австралийский ученый-психиатр А. Яблинский отмечает: «Определение дисфункции как невозможности органом, обеспечивающим работу определенного механизма, осуществлять «натуральную функцию», для выполнения которой он был «сформирован» путем естественного отбора, предполагает существование целенаправленного эволюционного процесса, результатом которого являются заранее предопределенные фиксированные структуры и функции, предположительно локализованные в головном мозге». Такой взгляд игнорирует тот факт, что естественный отбор представляет собой оппортунистический процесс, не регулируемый заранее заданной целью или планом, и что его общим итогом являются возрастающие интер-индивидуальные различия». (Jablinsky, 2007, p. 157).

Концепция «вредной дисфункции» по разным основаниям была подвергнута критике и другими авторами (Bolton, 2007; Sartorius, 2007 и др.). В частности, подчеркивалось, что в этой концепции игнорируется роль культуры в развитии психических функций: «Концепция нормальных психических функций варьирует в зависимости от требований, предъявляемых к психике культурой. Она не может быть детерминирована только теорией эволюции» (Gold, Kirmayer, 2007, p. 166). Тем не менее, игнорирование роли культуры многими учеными - весьма важная и устойчивая примета нашего времени вопреки «большому количеству работ по философии, социальной психологии и антропологии, показывающих как внутренний мир личности конструируется на основе дискурсивных практик в социальном пространстве» (Kirmayer, 2005, p. 194).

Многие представители наук о психическом здоровье по-прежнему уверены, что «настоящая» болезнь по аналогии с соматической медициной должна быть обязательно связана с четко локализуемыми органическими повреждениями. Имеют место даже предложения отказаться от термина «психическое заболевание» и заменить его термином «заболевание мозга» с целью укрепления позиций психиатрии в общей медицине (Baker, Menken, 2001). При таком подходе психические процессы и их нарушения неизбежно оказываются эпифеноменами биологических процессов. Именно для преодоления такой тенденции еще в 1912 г. в Германии В. Шпехт совместно с П. Жане, А. Бергсоном, Г. Мюнстербергом и



другими прогрессивными деятелями европейской медицины и психологии создал «Патопсихологический журнал» и обосновывал необходимость развития патопсихологии, как раздела психологической науки в противовес чисто биологически ориентированной психопатологии. За прошедшие сто лет разрешение этого противостояния наметилось в рамках системного биопсихосоциального подхода, но споры вспыхивают вновь и вновь.

Л. С. Выготский - основатель московской психологической школы, будучи блестящим методологом науки, посвятил немало усилий доказательству того, что специфику человеческой психики и ее нарушений следует искать, прежде всего, в культуре, в языке (Выготский, 1960, 1983). Культурно-историческая концепция зарождалась в оппозиции к натуралистической, рассматривающей психику человека как полностью естественное природное образование. Л. С. Выготский развел натуральные, природные и высшие (собственно человеческие) психические функции по критерию опосредствованности последних. Это означает, что собственно человеческие или высшие психические функции не предзаданы эволюционно, а формируются в процессе интериоризации определенных культурных средств их организации. Т.е. они являются продуктом и функцией, прежде всего, развития культуры, а не эволюции мозга, именно в этом заключается принципиальное отличие человеческой психики от психики животных. Главным же достижением биологической эволюции является максимальная пластичность человеческого мозга, обеспечивающая возможность интериоризации широкого спектра специфических для разных культур средств в процессе освоения различных культурных практик и способов поведения.

Идея пластичности мозга – одна из важнейших идей современной научной нейропсихологии, доказанная многочисленными данными. Приходится только сожалеть, что иностранные ученые, обращаясь к ней, как правило, не упоминают имена Л.С.Выготского и А.Р.Лурия и не указывают, что восстановительная практика в клинике черепно-мозговой травмы и неврологии развивалась российскими пионерами нейропсихологии именно на основе этого чудесного свойства головного мозга человека – высокой нейропластичности (Лурия, 1962).

В этом аспекте особенно актуальными кажутся идеи Л.С.Выготского о роли обучения в развитии (Выготский, 1983). Современные исследования

демонстрируют колоссальные изменения, которые происходят в мозге под влиянием процессов обучения даже у взрослого человека. Эти данные просто поражают! Под влиянием тренировки может изменяться объем гиппокампа, перестройка регулярной активности приводит к перераспределению целых областей коры под новые формы деятельности, до глубокой старости именно регулярное освоение нового позволяет вопреки прежним взглядам специалистов до определенной степени обновляться структурам мозга и создавать новые функциональные системы. И вот, наконец, научно-популярная книга Н.Дойджа, в которой говорится о том, как наша психическая деятельность, наши мысли меняют наш мозг, а не наоборот (Дойдж, 2012).

В свете другой важной идеи отечественной психологии – идеи интериоризации внешней деятельности во внутреннюю и представления психики как системы внутренних действий – не кажется откровением открытие так называемых зеркальных нейронов (один из важнейших козырей теории социального мозга) как особой структуры, ответственной за восприятие социальных объектов.

Создатели культурно-исторической концепции и теории деятельности могли бы только снисходительно улыбнуться, читая восторженное описание открытия зеркальных нейронов К.Фритом – автором, активно развивающим теорию нарушений социального мозга применительно к шизофрении (Frith С. – 1992). Ведь эта активность – не что иное, как следы свернутой деятельности по освоению культурного опыта, наличие которых необходимо вытекает из теории интериоризации.

Одно из первых удивительных открытий, сделанных с помощью томографии мозга, состояло в том, что активность того же характера наблюдается и в тех случаях, когда мы готовимся совершить такое же движение или просто представляем себе, что совершаем его. То же происходит, когда мы наблюдаем за движениями кого-то другого. Наш собственный мозг при этом активизируется в тех самых участках, которые активировались бы, если бы сами совершали эти движения. Главное отличие, разумеется, состоит в том, что мы сами при этом не движемся (Фрит, 2012, с.223)

Вместе с американским психологом М. Коулом, одним из немногих западных экспертов в области культурно-исторической концепции происхождения психики Л.С.Выготского, мы можем зафиксировать недостаточное внимание к роли культуры в современной психологической науке: «По моему убеждению, современные исследования роли культуры в развитии человека тормозятся устойчивым неприятием психологов выводов из коэволюции филогенетического и культурно-исторического факторов в формировании процессов развития в рамках онтогенеза. Широкое принятие психологами и нейрочеными центральной значимости биологической эволюции в формировании человеческих свойств, создает, как я считаю, ситуацию, в которой роль культуры в процессе создания человеческой природы рассматривается как вторичная, и поэтому ею легко пренебрегают. С этой точки зрения культура – не более чем слой патины, мешающей увидеть четкую картину механизмов мышления, переживания и деятельности» (Коул, 2007, с. 3).

Культурно-историческая теория происхождения психики Л. С. Выготского, развитые А.Р.Лурией идеи о системном строении ВПФ, их обусловленности культурными факторами (условиями), прижизненном формировании и несводимости к процессам в центральной нервной системе выглядят вполне современными в контексте споров о природе психической патологии. Вместе с системным подходом они могут служить методологической опорой в осмыслении современных форм редукционизма и механистического детерминизма.

Многолетний спор выдающихся отечественных патопсихологов Ю.Ф.Полякова и Б.В.Зейгарник о природе нарушений мышления при шизофрении разрешился полным консенсусом о ведущей роли мотивационного аспекта, нарушении социальной направленности мышления больных. В отечественных исследованиях, выполненных под руководством Б. В. Зейгарник (Зейгарник, Холмогорова, 1985; Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989; Холмогорова, 1983) и Ю.Ф. Полякова (Поляков, 1982; Критская, Мелешко, Поляков, 1991), показана специфика нарушений психических процессов, лежащих в основе взаимодействия с другим человеком. Эти процессы были обозначены как нарушения социальной направленности, коммуникативной направленности, рефлексивной регуляции мышления. В современных западных психологических исследованиях шизофрении

эти процессы описываются с помощью понятий социальные когниции, «theory of mind», ментализация. Они находятся в центре внимания ученых, с их нарушением связываются наиболее негативные последствия для социальной адаптации больных. Важно отметить, что в отечественной клинической психологии уже в 1980-х гг. был сделан вывод о дефицитности вышеназванных процессов и их центральной роли для понимания природы и специфики нарушений мышления у больных шизофренией.

Данные отечественной патопсихологии склоняют чашу весов в пользу традиции, идущей от Е. Блейлера и Н. Камерона, согласно которой нарушения мышления при шизофрении тесно связаны с нарушениями социально обусловленной мотивации. Полученные данные можно также интерпретировать как подтверждение культурно-исторической концепции происхождения высших психических функций Л. С. Выготского, который предчувствовал, что исследования шизофрении могут пролить дополнительный свет на тайны устройства и происхождения человеческой психики (Выготский, 1933).

Таким образом, мы все еще в преддверии установления сложных взаимосвязей и решения сложнейших проблем взаимоотношений психической жизни и ее материального субстрата. Простые решения старой проблемы «мозг и душа» в новых условиях являются одним из проявлений «ренессанса» биологических моделей психики, упорно возрождающихся на каждом новом этапе развития техники вопреки принципам методологии изучения сложных объектов (Холмогорова, 2010; Юдин, 1997). Решение проблемы психической патологии невозможно без построения сложных биопсихосоциальных моделей, а попытки установить непосредственные связи между мозговым субстратом и душевной жизнью человека даже в опоре на самые передовые технологические инновации методологически не обоснованы и представляют собой «новые одежды» биологического редукционизма. Их опасность заключается в том, что они могут задавать ложные ориентиры людям, обращающимся за психологической помощью, представляя сложные проблемы в упрощенном механистическом виде. Роль культурно-исторической психологии для теории и практики психологической помощи нуждается в дальнейшем осмыслении, ее

эвристический потенциал далеко не исчерпан (Холмогорова, Зарецкий, 2010, 2011).

#### Литература

1. *Амен Д.* Мозг и душа: новые открытия о влиянии мозга на характер, чувства, эмоции. – М., 2012.
2. *Выготский Л. С.* Развитие высших психических функций. – М., 1960.
3. *Выготский Л. С.* К проблеме психологии шизофрении // доклад на конференции «Современные проблемы шизофрении». – М., 1933.
4. *Выготский Л. С.* Принципы социального воспитания глухонемых детей // Собр. соч.: в 6 т. / под ред. А. М. Матюшкина. – М., 1983. – Т. 5.
5. *Выготский Л. С.* Проблема высших интеллектуальных функций в системе психотехнического исследования // *Культурно-историческая психология.* – 2007. – № 3.
6. *Дойдж Н.* Пластичность мозга: потрясающие факты о том, как мысли способны менять структуру нашего мозга. – М., 2012.
7. *Зейгарник Б. В., Холмогорова А. Б.* Нарушение саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // *Журн. невропатол. и психиатр. им. С. С. Корсакова.* – 1985. – № 12.
8. *Зейгарник Б. В., Холмогорова А. Б., Мазур Е. С.* Саморегуляция в норме и патологии // *Психол. журнал.* – 1989. – № 2.
9. *Клейст К.* Современные исследования в психиатрии. – Берлин, 1924.
10. *Коул М.* Переплетение филогенетической и культурной истории в онтогенезе // *Культурно-историческая психология.* – 2007. – № 3.
11. *Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф.* Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М., 1991.
12. *Лурия А.Р.* Высшие корковые функции человека. – М., 1962.
13. *Поляков Ю. Ф.* Проблемы и перспективы экспериментально-психологических исследований шизофрении // *Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении* / под ред. Ю. Ф. Полякова. – М., 1982.
14. *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.
15. *Фритт К.* Мозг и душа: как нервная деятельность формирует наш внутренний мир. – М., 2012.
16. *Хансон Р., Мендиус Р.* Мозг и счастье: загадки современной нейропсихологии. – М., 2012.
17. *Холмогорова А. Б.* Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: автореф. дис. ... канд. психол. наук. – М., 1983.
18. *Холмогорова А.Б.* Общая патопсихология. Том 1. // *Учебник Клиническая психология в четырех томах* / Под ред. А.Б.Холмогоровой. М: Академия. 2010.
19. *Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К.* Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2010. N 4. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (8.11.2010).

20. Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли культурно-историческая концепция Л.С.Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? Культурно-историческая психология. 2011. №3. С.108-119.
21. Юдин Э. Г. Методология науки. Системность. Деятельность. – М., 1997.
22. Baker M. G., Menken M. Time to abandon the term mental illness // Br. Med. J. – 2001. – V. 322.
23. Bakker G., Gardner R., Koliatsos V., Kerbishian J., Looney J. G., Sutton B., Swann A., Verhulst J., Wagner K. D., Wamboldt F. S., Wilson D. R. The Social Brain: A unifying Foundation for Psychiatry // Academic Psychiatry. – 2002. – V. 26.
24. Bolton D. The usefulness of Wakefield's definition for the diagnostic manuals // World Psychiatry. – 2007. – V. 6(3).
25. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia // World psychiatry. – 2006. – V. 5(4).
26. Brothers L. The neuronal basis of primate social communication // Motivation and Emotion. – 1990. – V. 14.
27. Ciompi L. Auf dem Weg zu einem kohärenten multidimensionalen Krankheits- und Therapieverständnis der Schizophrenie: Konvergierende neue Konzepte / H. Brenner, W. Böker (Hrsg.) // Bewältigung der Schizophrenie. – Bern, 1986.
28. Fava J. The biopsychosocial model thirty years later // Psychotherapy and Psychosomatics. – 2008. – V. 77.
29. Frith C. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. – Hove, 1992.
30. Gold I., Kirmayer L. J. Cultural psychiatry on Wakefield's procrustean bed // World Psychiatry. – 2007. – V. 6(3).
31. Jablinsky A. Does psychiatry need an overarching concept of "mental disorder"? // World Psychiatry. – 2007. – V. 6(3).
32. Kirmayer L. J. Culture, context and experience in psychiatric diagnosis // Psychopathology. – 2005. – V. 38(4).
33. Wakefield J. S. Disorder as Harmful disfunction: a conceptual critique of DSM-III-R's definition of mental disorder // Psychol. Rev. – 1992. – V. 99.
34. Wakefield J. S. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis // World Psychiatry. – 2007. – V. 6(3).
35. Zubin J. – Die Anpassung therapeutischer Interventionen an die wissenschaftlichen Modelle der Ätiologie / W. Böker, H. Brenner (Hrs.) // Schizophrenie als systemische Störung. – Bern, 1989.

## **КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ СТАРЕНИЯ В РОССИИ: ИСТОКИ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

И.Ф. Рощина, Е.Ю. Балашова

Авторы предлагаемой вниманию читателей статьи в разное время учились и работали под руководством доктора психологических наук, профессора Юрия Федоровича Полякова (1927-2002) – выдающегося отечественного клинического психолога. Ю.Ф. Поляков был одним из первых учеников Б.В. Зейгарник, вместе

с которой он много сделал для создания как научной, так и практической клинической психологии в СССР и в России. Профессор Ю.Ф. Поляков 28 лет руководил лабораторией патопсихологии в Институте психиатрии АМН СССР, преобразованном ныне в ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, а также 21 год возглавлял кафедру нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова. Под его руководством выполнена целая серия ставших уже классическими научных работ, посвященных раскрытию своеобразия познавательной деятельности у больных шизофренией (Поляков, 1974; Критская, Мелешко, Поляков, 1991).

Интенсивное и осмысленное развитие теоретических и прикладных аспектов клинической психологии было, несомненно, в центре смысловой сферы профессиональной деятельности Ю.Ф. Полякова в течение двух последних десятилетий его жизни. Одним из наиболее важных и интересных направлений клинико-психологических исследований, стартовавших в России в начале 80-х гг. прошлого века, стала нейропсихология старения (Поляков и соавт., 1985; Корсакова, 1996). Нам хотелось бы обсудить ряд вопросов, связанных с причинами возникновения этой области научного знания и с особенностями, характеризующими ее современный облик.

Внимание российских ученых-психологов к проблемам старения было обусловлено целым рядом причин. Это и глобальные изменения демографической ситуации, связанные с быстрым увеличением доли в населении многих стран мира людей пожилого и старческого возраста, и впечатляющие успехи отечественной геронтологии и гериатрии (Мечников, 1987; Павлов, 1973; Давыдовский, 1966; Шахматов, 1996; Фролькис, 1969; 1970; 1988; Штернберг, 1967, 1977). Напомним, что Ю.Ф. Поляков долгие годы был хорошо знаком с Э.Я. Штернбергом по совместной работе в Институте психиатрии АМН СССР. Не следует забывать и о том, что основоположники российской патопсихологии, учителя Ю.Ф. Полякова Б.В. Зейгарник и С.Я. Рубинштейн живо интересовались проявлениями распада познавательной деятельности и нарушениями различных психических функций, которые могут возникать при патологическом старении.

Например, в монографии Б.В. Зейгарник «Основы патопсихологии» (1986), в разделе, где речь идет о нарушениях восприятия, специально и подробно рассматриваются т.н. «псевдоагнозии», возникающие при органических деменциях позднего возраста. Эти расстройства восприятия выражаются, по мнению Б.В. Зейгарник, в диффузности, недифференцированности гностической деятельности, в трудностях узнавания «силуэтных и пунктирных рисунков, ситуационных картинок» (Зейгарник, 1986, с. 137). Блюма Вульфовна пишет о том, что слабоумные больные, не понимая смысла сюжета, часто описывают отдельные предметы, не видя их сюжетной связи. Отдельные части рисунка сливаются, смешиваются с фоном, изображения предметов не узнаются. Предмет узнавания обуславливается той частью рисунка, на которой больной фиксирует свое внимание (там же). Ссылаясь на описание Г.В. Биренбаум (1934, 1935), Блюма Вульфовна упоминает о том, что у некоторых больных органической деменцией наблюдаются не только перечисленные выше симптомы, но и нарушения восприятия структуры и формы объектов, сочетающиеся с дефицитом оптического внимания. Трудности узнавания у слабоумных больных может вызывать и необычная пространственная ориентация изображений (Зейгарник, 1986).

Б.В. Зейгарник указывает, что при сосудистых заболеваниях головного мозга (особенно характерных для пожилого и старческого возраста) нарушается умственная работоспособность. Об этом свидетельствует тот факт, что у больных резко замедляется или делается крайне неравномерным темп поиска чисел в таблицах Шульте. Эти изменения умственной работоспособности могут быть, по мнению Б.В. Зейгарник, одной из причин неравномерности выполнения интеллектуальных заданий, могут приводить к колебаниям уровня достижений или к истощаемости.

Внимание Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн и их коллег привлекали и изменения при патологическом старении таких принципиальных для реализации психической деятельности функций, как память и мышление. В исследованиях больных в возрасте от 60 до 83 лет (Зейгарник, 1962) были констатированы грубые нарушения опосредованного запоминания, снижение объема и прочности запоминания при заучивании 10 слов, отвлекаемость, соскальзывание на



побочные ассоциации, неадекватность и нелепость суждений. Было также выявлено, что нарушения памяти и мышления часто сопровождаются амнестической дезориентировкой в месте и времени.

С.Я. Рубинштейн, исследуя у таких пациентов оптико-моторные координации и другие навыки, пришла к выводу о наличии у них нарушений динамических параметров психической деятельности, колебаний умственной работоспособности, трудностей сосредоточения и распределения внимания (Рубинштейн, 1965).

В концентрации внимания клинических психологов на проблемах старения сыграло роль и осознание необходимости развития нейропсихологических представлений о возрастных особенностях мозговой организации психических функций в раннем и позднем онтогенезе.

В 21 веке в России клиническая психология старения (в тесном контакте с геронтопсихиатрией) продолжает давнюю и плодотворную традицию многоаспектных научных исследований. Изучая характерные для периода позднего онтогенеза системные изменения психической деятельности и возрастные перестройки отдельных психических функций, психологи неизбежно сталкиваются с необходимостью как осмысления и развития базисных теоретико-методологических представлений, так и разработки и использования отвечающих разнообразным диагностическим задачам методических приемов.

Что касается теоретико-методологического базиса клинической психологии старения, то он, разумеется, не ограничивается только нейропсихологической парадигмой, хотя идеи А.Р. Лурии о системной динамической локализации психических функций и трех структурно-функциональных блоках мозга всегда будут принципиально важными для этой области научного знания (Лурия, 1962, 1973; Корсакова Н.К., 1996; Корсакова Н.К., 1997; Рощина И.Ф. и др., 2007). Методология российской клинической психологии старения сегодня тесно интегрирована и с другими фундаментальными теориями отечественной психологии. Так, интерпретация нормальных и патологических изменений психических процессов и когнитивных навыков при физиологическом старении и психических расстройствах позднего возраста с позиций теории деятельности А.Н. Леонтьева (Леонтьев, 1977, 1981) и теории поэтапного формирования

умственных действий П.Я. Гальперина (Гальперин, 1965) открывает нам сложную картину разноуровневых перестроек психики и поведения стареющего человека. Идеи Л.С. Выготского о знаково-символическом опосредовании высших психических функций, об их реализации с помощью разнообразных «психологических орудий» находят применение в исследованиях саморегуляции, компенсаторных приемов и стратегий, адаптирующих пожилых и старых людей к возрастным изменениям в работе мозга и когнитивной сферы (Корсакова, Балашова, 1995; 2007).

Наряду с использованием классической методологической парадигмы предпринимаются и попытки создания оригинальных концептуальных теоретических моделей позднего онтогенеза (Корсакова, 1996; Корсакова, Московичюте, 2003; Корсакова, Рощина, 2009). Так, в рамках нейropsychологического подхода рассматриваются идеи о том, что нормальное старение, наряду с возрастными ограничениями всех психических процессов, характеризуется наличием компенсаторных феноменов, гетерохронностью, гетеротопностью и гетеродинамичностью изменений психики, наличием индивидуальных различий, обусловленных влиянием биологических и средовых (в том числе, социокультурных) факторов (Корсакова, Рощина, 2009, 2010).

Специфика российского подхода к разработке клинической психологии старения состоит, на наш взгляд, в неразрывной связи методологических и методических аспектов изучения функционирования психики в позднем онтогенезе, и заслуживает детального обсуждения. Ведь сегодня происходит не только постоянный поиск новых методических приемов, позволяющих исследовать различные аспекты когнитивной сферы при нормальном и патологическом старении, но и осмысление возможностей, достоинств и ограничений этих приемов.

Известно, что в современной геронтопсихиатрии для оценки психической сферы больных позднего возраста с мнестико-интеллектуальным снижением и деменциями различного генеза применяются методы: клинко-психопатологический, нейровизуализационный, нейropsychологический. Клинко-психопатологический метод, кроме сбора анамнеза и описания психического статуса пациента, включает использование клинических шкал,

оценивающих наблюдаемые у него симптомы. Нейropsychологическое обследование сегодня является необходимым компонентом исследования пациентов с когнитивным снижением. Оно может быть как комплексным (т.е. полным), так и носить скрининговый характер.

Скрининговые методики позволяют довольно быстро (за 10-20 минут) получить количественные данные о состоянии когнитивных функций у больного. Эти методики отличаются небольшим набором проб и системой количественной оценки, которая указывает на степень мнестико-интеллектуального снижения пациента. Среди скрининговых методик наиболее часто используются такие методики, как Минитест оценки психического статуса (MMSE, Mini Mental State Examination), Монреальская шкала когнитивной оценки (МОСА), Шкала оценки деменции Маттиса (MDRS, Mattis Dementia Rating Scale), Тест рисования часов (CDT, Clock Drawing Test), Тест лобной дисфункции (FAB, Frontal Assessment Battery) (Гаврилова, 2003). Методика MMSE представляет собой набор из 30 проб на ориентировку в месте и времени, память, счет, речь, конструктивный праксис, понимание, письмо, чтение. Если испытуемый набирает по результатам MMSE меньше 26 баллов, то можно предполагать наличие когнитивного дефицита. Шкала МОСА построена аналогично, но включает более сложные пробы на ориентировку в месте и времени, внимание, память, речь, оптико-пространственную деятельность, вербальное мышление. Данная методика учитывает уровень образования пациента (к сумме баллов добавляют один балл, если обследуемый имеет менее 12 лет образования). Максимальное количество баллов – 30; психически здоровые испытуемые обычно набирают 26 баллов или больше. Тест рисования часов направлен на диагностику одного конкретного вида оптико-пространственной деятельности, которая снижается или нарушается практически при всех деменциях позднего возраста. Шкала оценки деменции Маттиса включает довольно много заданий, исследующих внимание, память, речь, мышление, конструктивный праксис, произвольную регуляцию деятельности. Это позволяет количественно оценить больше составляющих когнитивной сферы, чем вышеперечисленные методики. Тест лобной дисфункции был предложен для скрининга деменций с преимущественным

поражением лобных долей или подкорковых церебральных структур, то есть когда чувствительность MMSE может быть недостаточной.

Все разработанные в зарубежных странах шкалы для оценки мнестико-интеллектуального функционирования в позднем возрасте обладают определенными достоинствами. Прежде всего, они позволяют оценить когнитивную сферу посредством использования портативных методик. Кроме того, эти шкалы могут быть применены для оценки динамики психической сферы и поведения в ходе заболевания. Вместе с тем, комбинация из двух-трех методик для разграничения нормы и патологии, особенно на ранних стадиях развития процессов, ведущих к слабоумию, является недостаточной с позиций развиваемого отечественной нейро- и патопсихологией синдромного (системного) анализа изменений психической деятельности (Лурия, 1962; Зейгарник, 1986). Синдромный анализ, безусловно, открывает более широкие возможности для определения целостной картины изменений психической деятельности при старении.

В частности, нейропсихологические исследования, опирающиеся на концепцию А.Р. Лурии о трех структурно-функциональных блоках мозга, позволили выявить комплексы мозговых зон и систем, приоритетно вовлеченные в патологический процесс при атрофических деменциях позднего возраста (Поляков и соавт., 1985; Рощина, 1993; и др.). Реализованное в той же логике исследование здоровых испытуемых пожилого и старческого возраста позволило описать типологию нормального старения (Корсакова, Рощина, 2010). В основу выделения вариантов нормального старения положен принцип выявления наиболее слабого и сензитивного к нагрузке в клинико-психологическом эксперименте нейропсихологического фактора, связанного с функциями первого, второго или третьего структурно-функциональных блоков мозга. В основе первого, наиболее часто встречающегося, варианта старения лежит снижение уровня энергетического обеспечения психической и поведенческой активности. Второй вариант старения связан с дефицитом симультанности в переработке информации, что в первую очередь проявляется в зрительно-пространственной сфере.

Третий вариант характеризуется снижением произвольной регуляции деятельности в таких ее звеньях, как прогнозирование результата и построение программ, адекватных задаче и возможностям индивида.

Анализируя в целом методический арсенал современной отечественной клинической психологии старения, можно констатировать следующее. Методики, с помощью которых исследуются лица пожилого возраста, одновременно должны быть: 1) чувствительны к выявлению индивидуальных паттернов сохранных и уязвимых звеньев психической деятельности; 2) адресованы не к одной психической функции, а к совокупности психических процессов, чтобы позволить реализовать их комплексный синдромный анализ; 3) способны улавливать динамические параметры изменений в работе мозга и психики. При патологическом старении (т.е. при деменциях различного генеза и при аффективных расстройствах) имеют место достаточно выраженные нарушения различных компонентов и уровней когнитивной сферы, заметное сужение спектра компенсаторных возможностей, вовлечение в патологические процессы многих зон и систем головного мозга. Это диктует дополнительные требования к используемым диагностическим приемам. Они должны быть, в достаточной степени, портативными, учитывать характер и степень когнитивного снижения больных, ограничения их нейродинамического, операционального и регуляторного потенциала.

Все эти принципы реализуются в ряде новейших методик, разработанных в контексте идей А.Р. Лурии отечественными нейропсихологами. В качестве показательных примеров можно упомянуть Шкалу количественной оценки нарушений высших психических функций (ВПФ) у больных позднего возраста (Рощина, 1993; Рощина, Жариков, 1998; Рощина, Гаврилова, Федорова, 2007) и Экспресс-методику оценки когнитивной сферы при старении (Корсакова, Балашова, Рощина, 2009).

Шкала количественной оценки нарушений ВПФ построена на основе концепции о трех структурно-функциональных блоках мозга А.Р.Лурии (Лурия, 1973). Нейропсихологическое исследование включает оценку операциональных и регуляторных компонентов психической деятельности. При оценке регуляции психической активности учитываются активационное обеспечение и

динамические параметры деятельности, которые связаны с работой первого блока мозга согласно структурно-функциональной модели мозга А.Р. Лурии (т.е. глубинных структур). Также оцениваются программирование, контроль и произвольная регуляция деятельности, связанные с работой третьего блока мозга (т.е. лобных отделов). Исследование операциональных составляющих психической деятельности включает оценку всех компонентов праксиса, гнозиса, оптико-пространственной деятельности, импрессивной и экспрессивной речи, различных сторон мнестической деятельности, интеллектуальных операций. Количественной оценке подвергаются все выполняемые пробы; оценка 4 балла означает невозможность выполнения самого элементарного задания, а 0 баллов – самостоятельное безошибочное выполнение. В зависимости от количества и качественной характеристики совершаемых ошибок в задании ставятся оценки 1, 2 или 3 балла. Использование данной шкалы специалистом - клиническим психологом позволяет описать структуру дефекта и степень нарушения регуляторных, нейродинамических и операциональных составляющих психической деятельности у больных с разными вариантами когнитивного снижения в позднем возрасте (Рощина, Жариков, 1998).

Экспресс-методика оценки когнитивной сферы при старении включает 12 заданий, часто применяемых в отечественной и зарубежной нейропсихологической и патопсихологической диагностике и направленных на исследование разных аспектов мнестической и интеллектуальной деятельности. В методике исследуются: слухоречевая память (объем и скорость запоминания слухоречевого материала с разной степенью смысловой организации, а также прочность его сохранения в памяти), зрительно-пространственная деятельность и зрительно-пространственная память, возможности избирательной актуализации из памяти слов, связанных общим смысловым признаком, и знаний, упроченных, в том числе и в прошлом опыте, а также процессы вербального мышления в операциональном, дискурсивном и динамическом аспектах.

Применение Экспресс-методики дало возможность получить интересные данные о возрастных различиях. Они позволили заключить, что самые существенные изменения в мнестико-интеллектуальной сфере происходят в возрастном диапазоне от 20-30 до 50-64 лет. Достаточно заметны и изменения,

протекающие в интервале от 50-64 до 76-90 лет. Период от 65 до 75 лет, напротив, характеризуется относительной стабильностью большинства показателей мнестико-интеллектуальной деятельности. Поэтому предложенная Экспресс-методика, безусловно, может быть использована как для изучения динамики возрастных изменений, так и для дифференциальной диагностики состояния мнестических и интеллектуальных функций при различных вариантах нормального старения. Результаты исследования показали наличие существенных индивидуальных различий у психически здоровых испытуемых, обусловленных кристаллизованным индивидуальным опытом жизни; они свидетельствуют о важности этого параметра при описании когнитивных особенностей стареющих людей. Экспресс-методика чувствительна к выявлению не только сохранных, но и дефицитарных звеньев познавательных процессов. Это открывает возможности для ее применения в отношении патологического старения. Опыт применения Экспресс-методики у больных с болезнью Альцгеймера указывает на возможность оценки у них степени и структуры когнитивных нарушений. Особенности выполнения субтестов Экспресс-методики позволяют проводить анализ структуры когнитивного дефекта у пациентов с синдромом мягкого когнитивного снижения.

В последние годы также ведется интенсивная разработка диагностических нейропсихологических шкал, позволяющих оценивать текущий когнитивный статус и прогноз состояния больных при аффективных расстройствах, в частности, депрессиях позднего возраста. Применение таких специальных шкал, оценивающих степень подкорковой, лобной и височной дисфункции, дает возможность реализовать балльную оценку нарушений работы тех мозговых зон и систем, которые в максимальной степени вовлечены в перестройки церебрального функционирования при поздних депрессиях (Балашова, Ряховский, Щербакова, 2011). Результаты показывают, что больные с неблагоприятным исходом депрессии демонстрируют более значительную степень выраженности симптомов мозговых дисфункций. Катамнестическое наблюдение выявляет более заметное уменьшение частоты проявлений и степени тяжести нейропсихологических симптомов у больных с благоприятным исходом заболевания.

Заметим, что, наряду с созданием методик, интегрирующих приемы, направленные на комплексное исследование целостной психической деятельности, разрабатываемый отечественными учеными системный подход открывает широкую перспективу эмпирического исследования тех когнитивных процессов, которые пока недостаточно изучены. В качестве примера следует указать на цикл работ, посвященных изучению психологических закономерностей и мозговых механизмов изменений и нарушений психического отражения пространства и времени при нормальном и патологическом старении (Балашова, 1996, 1998; Портнова, Балашова, 2006; Сурнов и соавт., 2007; Балашова, Ковязина, 2011). В этих работах получен обширный пласт эмпирических данных об особенностях восприятия пространства и времени, пространственной памяти, пространственной и временной организации произвольных движений у психически здоровых людей пожилого и старческого возраста, о нарушениях этих процессов при атрофических и сосудистых деменциях и при депрессивных расстройствах.

Клиническая психология, по мнению Ю.Ф. Полякова, не только важное направление психологической науки, но и область практической деятельности десятков тысяч психологов. В чем же состоит специфика работы психолога в геронтологии и гериатрии? Чем занимаются сегодня такие психологи?

Во-первых, нейропсихологической диагностикой когнитивной сферы у пациентов с мнестико-интеллектуальным снижением. Эта диагностика включает оценку психических функций пациента для выявления структуры дефекта в нозологическом и этиологическом аспектах. Важной задачей является описание текущего состояния психических функций и его динамики с точки зрения прогноза негативных изменений и возможного восстановления психических функций и качества жизни больного. Часто клинические психологи участвуют в оценке динамики состояния когнитивной сферы пациентов позднего возраста в ходе лечения.

Во-вторых, проведением коррекционной работы (когнитивного тренинга) с пациентами с признаками усиленного психического старения, при синдроме мягкого когнитивного снижения, при деменциях, депрессиях и других психических заболеваниях позднего возраста.



В-третьих, разработкой и проведением разных форм когнитивного тренинга при различных вариантах нормального старения.

В-четвертых, нейропсихологической диагностической экспертизой дееспособности при деменциях позднего возраста.

В-пятых, работой с родственниками больных депрессиями и деменциями позднего возраста с целью выявления у них ранних симптомов мнестико-интеллектуального снижения и улучшения качества жизни членов семьи.

Для решения перечисленных задач нейропсихологическая диагностика реализуется в разных вариантах. Работая в гериатрической клинике, психолог может проводить комплексное нейропсихологическое обследование, позволяющее оценить состояние большинства высших психических функций и обеспечивающих их мозговых зон и систем. В ряде случаев это обследование предваряется или дополняется применением портативных скрининговых методик, о возможностях и ограничениях которых мы говорили выше.

Другой вариант деятельности нейропсихолога мы видим в тех случаях, когда он участвует в решении научно-исследовательских задач, актуальных для развития, как клинической психологии старения, так и геронтологии и гериатрии. Здесь классическое комплексное нейропсихологическое обследование дополняется рядом специальных методик, направленных на более детальное изучение интересующих исследователя аспектов психической деятельности или отдельных психических процессов (например, произвольной регуляции, опосредования, памяти, пространственных функций, восприятия времени).

Наконец, сегодня, все чаще работающие в гериатрической клинике психологи сталкиваются с необходимостью включения в диагностическое обследование как нейропсихологических, так и патопсихологических диагностических методик. Такая необходимость возникает, например, при исследовании больных пожилого и старческого возраста, страдающих расстройствами аффективного и шизофренического спектра, инволюционными параноидами. Патопсихологические методы позволяют оценить специфические особенности познавательной деятельности и личности больных. Хочется вспомнить в этой связи замечательного клинического психолога ФГБУ «НЦПЗ» РАМН Н.П. Щербакову (1936-2012), которая успешно сочетала в

диагностической работе применение нейропсихологических и патопсихологических методик. Эта сфера психологической практики в геронтологии и гериатрии, безусловно, заслуживает особого внимания, поскольку пока патопсихология старения является скорее прикладным аспектом деятельности психологов, чем теоретически фундированным направлением клинической психологии. Об этом свидетельствует немногочисленность отечественных работ, посвященных патопсихологическим исследованиям нормального старения и психических заболеваний позднего возраста (Критская, Литвак, 1985).

Таким образом, активность клинического психолога, работающего сегодня в геронтологии и гериатрии, является достаточно разносторонней, требует серьезного багажа профессиональных навыков (как в плане применения многочисленных диагностических методик, так и интерпретации полученных с их помощью результатов). Это заставляет задуматься о качестве вузовской и послевузовской подготовки специалистов по психологии старения, о необходимости передачи знаний работающих ныне опытных профессионалов новым когортам молодых психологов, которые делаются все более и более востребованными в практике геронтологии и гериатрии.

#### Литература

1. Балашова Е.Ю. Особенности пространственной организации произвольных движений при старении // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1996. №2. С. 37-46 .
2. Балашова Е.Ю. Роль пространственных расстройств в формировании нарушений психической деятельности при деменциях позднего возраста // Доклады 1-й Международной конференция памяти А. Р. Лурия. Под ред. Е.Д. Хомской, Т.В. Ахутиной. М., 1998. С. 273-276.
3. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Восприятие времени при нормальном старении и аффективных расстройствах в позднем возрасте // «Нейрореабилитация-2011». Материалы III-го Международного конгресса. М., 2011. С. 12-14.
4. Балашова Е.Ю., Ряховский В.В., Щербакова Н.П. К вопросу о значении нейропсихологического обследования при прогнозировании исхода депрессии в позднем возрасте / «Нейрореабилитация-2011». Материалы III-го Международного конгресса. М., 2011. С. 14-15.
5. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М., 2003.
6. Гальперин П.Я. Основные результаты исследований по проблеме «Формирование умственных действий и понятий». М., 1965.
7. Давыдовский И.В. Геронтология. М, 1966.

8. Зейгарник Б.В. Патология мышления. М, 1962.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.
10. Корсакова Н.К. Нейропсихология позднего возраста: обоснование концепции и прикладные аспекты // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1996. № 2. С.32-37.
11. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю. Опосредование как компонент саморегуляции психической деятельности в позднем возрасте // Вестник МГУ. Сер.14, Психология. 1995. № 1. С.18-23.
12. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю. Компенсаторные возможности саморегуляции мнестической деятельности в позднем возрасте // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Том 17. Вып. 2. С. 10-13.
13. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Клиническая нейропсихология. М., 2003.
14. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. М., 1985.
15. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2009. Том 109. № 2. С. 44-50.
16. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Нейропсихологический подход к исследованию нормального и патологического старения // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2009. № 3-4. С.4-8.
17. Корсакова Н.К., Рощина И.Ф. Когнитивные функции при нормальном старении и при болезни Альцгеймера. Нейродегенеративные заболевания. Фундаментальные и прикладные аспекты. Под ред. академика М.В. Угрюмова. М., 2010. С. 304-312.
18. Критская В.П. Литвак В.А. Экспериментально-психологическое исследование больных шизофренией позднего возраста // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1985. Т. 85. Вып. 12. С. 1829-1833.
19. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991.
20. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1977.
21. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М., 1981.
22. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М., 1962.
23. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., 1973.
24. Мечников И.И. Этюды о природе оптимизма. М., 1987.
25. Павлов И.П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей деятельности (поведения) животных. М., 1973.
26. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М., 1974.
27. Поляков Ю.Ф., Корсакова Н.К., Щербакова Н.П., Концевой В.А., Медведев А.В., Верещагин Н.В., Вавилов С.Б. Нейропсихологический подход в комплексном изучении деменций позднего возраста // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова. 1985. № 9. С.1349-1357.
28. Портнова Г.В., Балашова Е.Ю. Возрастные особенности психического отражения времени // Психология зрелости и старения. 2006. № 3. С. 5-23.
29. Рощина И.Ф. Структура и динамика нейропсихологического синдрома при сенильной деменции. Автореф...канд. психол. наук. М. 1993.
30. Рощина И.Ф., Жариков Г.А. Нейропсихологический метод в диагностике мягкой деменции у лиц пожилого возраста // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 1998. Т.

98. № 2. С. 34-39.
31. Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б. Нейропсихологическая структура и прогноз синдрома мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте // Психиатрия. 2007. № 2. С.42-49.
  32. Рубинштейн С.Я. Исследования распада навыков и психических больных позднего возраста / Вопросы экспериментальной психологии. Под ред. Б.В. Зейгарник. М.,1965.
  33. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Каравайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогаев Е.И. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, т.112, 10, 2012, стр. 8-13
  34. Сурнов К.Г., Балашова Е.Ю., Ковязина М.С., Портнова Г.В. Часы как предмет культуры: попытка психологического анализа // Вопросы психологии. 2007. № 3. С. 99-105.
  35. Фролькис В.В. Природа старения. М., 1969.
  34. Фролькис В.В. Регулирование, приспособление и старение. Л., 1970.
  35. Фролькис В.В. Старение и увеличение продолжительности жизни. Л., 1988.
  36. Шахматов Н.Ф. Психическое старение: счастливое и болезненное. М., 1996.
  37. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М., 1977.
  38. Штернберг Э.Я. Клиника деменций пресенильного возраста. Л., 1967.

## **ЭТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ДЕМЕНЦИЙ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА**

Н.М. Михайлова

Этические аспекты деменций позднего возраста приобретают все большую значимость с возрастанием общественного внимания к этой патологии, частота которой среди населения старших возрастных групп неуклонно растет. Ожидается значительный прирост числа больных деменцией к середине столетия и возрастание глобального бремени болезни Альцгеймера (БА) в мире [8]. Неоднозначные ситуации, постоянно возникающие в практической медицине как порождение прогресса биологической науки и медицинского знания, требуют постоянного обсуждения, как в медицинском сообществе, так и среди широкой общественности. Не касаясь философской направленности биоэтики и специальных разработок медицинской психологии, представляется целесообразным рассмотреть в ракурсе биомедицинской этики клинические ситуации, связанные с проявлениями деменции у пожилых и стариков.

**Биомедицинская этика**, предметом которой выступает нравственное отношение общества в целом и профессионалов – медиков и биологов в особенности – к человеку, его жизни, здоровью, смерти, представляет собой

систематическое исследование человеческого поведения в свете моральных ценностей и принципов. Являясь системным ответом на так называемые «проблемные» ситуации этико-правового характера, объективно возникающие под влиянием научно-технического прогресса в экологии, биологии и медицине, - в частности, в современной клинической практике, - биоэтика определяет, какие действия по отношению к живому с моральной точки зрения допустимы, а какие недопустимы.

Примечательно, что основные положения биоэтики и сам термин были выдвинуты американским онкологом – химиотерапевтом В. Р. Поттером в отношении, прежде всего, клинических ситуаций «на грани жизни и смерти», преимущественно в условиях применения новейших медицинских технологий. В отечественной медицине разработка этических принципов принадлежит также онкологу Н.Н.Петрову, создателю не только отечественной онкологии, но и трудов по медицинской деонтологии, то есть учения о врачебном долге. Обращает на себя внимание то, что на современном этапе развития биоэтики ведущие позиции в отечественной науке занимают психиатр и философ А.Я.Иванюшкин, невролог и философ Михаловска-Карлова Е.П., которым принадлежат научные разработки в этой области [1,2,]. В настоящее время наблюдается уверенное становление этого самостоятельного раздела биомедицинской этики в целом и в отдельных областях медицинского знания, психиатрии, в частности.

Анализ этических проблем психиатрии осложняется различиями больных по глубине и степени выраженности психических нарушений, интеллектуальному уровню, сохранности критики, возможности понимать значение своих действий и контролировать их, способности к волеизъявлению, выражению и защите своих интересов [1]. Поэтому в зависимости от состояния пациента может применяться *патерналистская* либо *автономная* модели отношений, предусматривается возможность/необходимость применения к больным прямого или косвенного *принуждения (ослабленный патернализм)*. Сегодня госпитализация больного по решению врача-психиатра без согласия его или родственников производится только в том случае, если больной представляет непосредственную опасность для себя или окружающих. Вместе с тем добровольность лечения и право больного на отказ от него содержит серьезные противоречия. Приоритетом здесь должно быть

оказание медицинской помощи пациентам (с соблюдением их гражданских прав) и только во вторую очередь – изоляция тех больных, которые представляют опасность. Этим обусловлено более строгое этическое регулирование деятельности психиатров, чем врачей других специальностей. Одним из способов такой регуляции является *этический кодекс профессионального поведения психиатров*, регулирующий характер и границы отношений между психиатром и пациентом, его родственниками, средствами массовой информации, обществом.

Хотя еще в 2001 году МЗ РФ была принята Программа по биоэтике, в отечественной науке и медицинской практике основные положения биоэтики деменций вряд ли можно считать достаточно разработанными. Скорее круг этических проблем деменций позднего возраста только очерчен [3]. Переходя к их рассмотрению, невозможно обойти стороной **этические проблемы геронтологии**, медицинской дисциплины, занимающейся особенностями диагностики, лечения и профилактики болезней у лиц пожилого возраста. Актуальность этих проблем обусловлена тем, что в пожилом возрасте большинство заболеваний не поддается радикальному излечению, а эффект терапии заключается только в продлении жизни и сохранении ее качества. К ним относятся психические расстройства, болезни сердечнососудистой системы и опухоли. Целый ряд этических проблем встает не только перед врачом, но и перед членами семьи и ухаживающими лицами. Тяжелые формы заболеваний в случае неблагоприятного их прогноза ставят перед врачом проблему сообщения пациенту диагноза и ожидаемой продолжительности жизни. Большинство специалистов склоняются к сообщению пациенту правдивой информации. Лечение заболеваний в пожилом возрасте в некоторых случаях приводит только к удлинению продолжительности жизни, но не улучшению ее качества. Серьезной проблемой является справедливое распределение ресурсов на лечение различных заболеваний и групп больных. В условиях дефицита ресурсов пожилые пациенты находятся в невыгодной ситуации. Скрытыми формами дискриминации пожилых пациентов является отказ им в госпитализации и назначении им дорогих методов лечения. Между тем проблема справедливости в здравоохранении, прежде всего доступности высококачественной медицинской помощи, достижений современной биомедицинской науки является в настоящее время приоритетной

проблемой в биоэтике [1]. Все названные проблемные ситуации являются моральными дилеммами, т. е. допускают альтернативные морально оправдываемые решения.

Переходя к рассмотрению конкретных клинических ситуаций, в которых этический императив обусловлен проявлениями деменции во всем спектре когнитивных и поведенческих расстройств, следует отметить, что в докладе ВОЗ «Деменция 2012» [8] вопросам этики посвящена отдельная глава. Защита прав лиц, страдающих деменцией, рассматривается в числе первоочередных задач медицинского сообщества и общества в целом. Подчеркивается, что больные деменцией и ухаживающие лица обладают теми же правами человека, как и любые другие люди.

Конвенция ООН по правам лиц с инвалидностью обязывает государства обеспечивать полное осуществление всех прав человека и фундаментальных свобод всем лицам с инвалидностью и соблюдение уважения их человеческого достоинства. Рассмотрение этических аспектов деменции часто сосредоточено на таких «больших» проблемах как отказ от лечения и принятие решения о конце жизни. В то время как эти вопросы очень важны, существуют еще и другие проблемные этические ситуации, которые возникают в ходе обычного повседневного ухода и которые обычно игнорируются [10, 11].

К числу этических проблем, требующих широкого внимания общества, относят следующие: преодоление стигмы, что предполагает применение стратегий по улучшению знаний и понимания в обществе проблемы деменции и признанию ценности работы ухаживающих лиц, принятие лиц с деменцией как видимой части общества; ресурсное обеспечение; включение лиц с деменцией в жизнь общества (право жить в обществе и пользоваться здравоохранением, социальной и другими видами поддержки); необходимость проведения научных исследований (обеспечение финансирования, соблюдение процедуры согласия), что может в результате привести к уменьшению заболеваемости и улучшению качества жизни лиц с деменцией. Структурируя категории этических проблем при БА и других деменциях позднего возраста, St.T. DeKosky [6, 7] выделяет в качестве основных следующие: моральные, культуральные и социально-политические вопросы; уважение к личности и признание самостоятельности;

правдивость диагностической информации; роль биомаркеров в подтверждении диагноза, ранней диагностике, оценке риска у нормальных лиц. Автор утверждает в качестве основного принципа поддержку уважения к лицам с БА, составляющей большинство случаев деменции, и другими расстройствами, включающими потерю Я («глубоко слабоумным»), и считает ответственность в отношении глубоко слабоумных всеобщей - и семьи, и общества, и правительств. Специальное внимание привлекается к предоставлению отдыха ухаживающим лицам (с учетом роста частоты заболеваний и смертности среди них). Автор обращает внимание на культивирование специалистами по этике «культуры принятия» по принципу «стакан наполовину полный», то есть позитивно оценивается еще сохранившееся, не оплакивая утерянное.

Этические проблемы возникают на протяжении всего периода (траектории) жизни человека с деменцией, начиная с момента постановки диагноза деменции. С этого времени перед лицом клиницистов, пациентов, членов семьи, ухаживающих лиц и исследователей встает множество этических вопросов, которые варьируются в зависимости от стадии заболевания и тяжести проявлений [14]. Некоторые ядерные этические вопросы рассматриваются в том порядке, как они возникают в течение болезни. На ранних стадиях это вопрос границ признания самостоятельности пациентов (направление для более определенного диагностического тестирования, действия психиатра, когда пациенты требуют генетического обследования, границы обсуждения с пациентом тяжелых исходов при фиксации заранее даваемых распоряжений). На средней и поздней стадии болезни основной конфликт возникает между максимальным сохранением самостоятельности пациентов и патерналистскими попытками защитить их. Это включает поведение и действия против воли пациентов, сообщение информации, которая может быть непереносимой, особенно на поздних стадиях, когда приходится лгать во избежание психологического стресса. При приближении смерти возникает проблема пределов поддержания жизни. То есть основная тенденция поддержания самостоятельности наиболее полно и как можно дольше определяет этическую обоснованность вмешательства в одно время и становится противоречивой, когда состояние ухудшается. Психиатр тогда пользуется собственными этическими представлениями [10]. Сталкиваясь с этими или



другими этическими проблемами, считается важным понимать, что с течением болезни для пациентов становятся все более значимыми отношения с родными, а не утрата собственных когнитивных способностей [11].

**Установление диагноза и сообщение его пациентам и членам семьи.** Как известно, диагноз БА устанавливается со всей определенностью посмертно, но в будущем это может измениться. Нейровизуализация позволяет видеть амилоидные бляшки при жизни, однако накопление бляшек имеет место только на поздней стадии. Этическим императивом процедуры клинической диагностики признается право пациента на максимально возможное уточнение диагноза [10]. Первоначально исключаются другие состояния со сходными симптомами, нередко обратимые, при этом одинаково важно стремиться снизить риск как ложнопозитивных, так и ложнонегативных результатов. Первый и важнейший клинический и этический долг психиатра или врача исключить возможность того, что он имеет дело с проявлениями нормального старения или относительно доброкачественными и излечимыми заболеваниями [16]. Когда пациент впервые жалуется на память, психиатр должен быть насторожен в отношении БА. Полагают, что должно проводиться ежегодное тестирование лиц старше 65 лет и более молодых с семейной отягощенностью.

Одна из основных этических проблем – это степень полноты информации о риске БА [10]. Утверждается, что ответ должен быть правдивым, но проблема состоит в том, чтобы убедить пройти тестирование и повторять его в дальнейшем. Еще недавно медицина мало что могла предложить пациентам с БА. Есть опасения, что пациент, узнав о возможности БА, может лишиться себя жизни. Психиатры считают, что избегание суицида важнее, чем поддержание самостоятельности. В реальности требуется балансирование между этими подходами. Хотя суицидальные реакции исключительно редки, риск суицида сегодня еще существует и должен рассматриваться, особенно у лиц с высоким образованием, сохранностью критики и признанием отсутствия улучшения на терапии, даже когда депрессия и другие факторы риска отсутствуют. В противовес этим взглядам, два аргумента говорят в пользу продолжения тестирования. Первый касается более раннего применения лекарств и психологического вмешательства. Хотя раннее вмешательство не изменяет

окончательный исход болезни, но оно может замедлить процесс. Второй – редкость депрессивных реакций на сообщение диагноза. Это позволяет решать другие этические вопросы – генетическое тестирование и обсуждение заранее даваемых распоряжений. Признается только одно этическое исключение – когда пациенты не хотят узнавать эту информацию и упорствуют в этом. Психиатр, по мнению автора, должен принимать эту позицию, уважая независимость пациента и даже осознавая, что отсутствие информации у пациента может быть вредоносным, но обязан предупредить о риске недостаточного обследования, имея в виду вероятность того, что пациенты вернуться в последующем, позже. Еще одна этическая проблема диагностики, в представлении исследователя, состоит в предоставлении возможности тестирования всем или только желающим. Считается, что соблюдение принципа равных возможностей, право на выбор поддерживает самоуважение. Поступая таким образом, психиатры парадоксальным образом не только более широко поддерживают чувство собственного достоинства пациентов, но одновременно улучшают качество помощи. В настоящее время существует большое разнообразие способов сообщения диагноза профессионалами с учетом способности понимания и/или удержания информации, психологического влияния и терапевтического нигилизма. Согласно взглядам автора, этический процесс сообщения диагноза должен принимать во внимание уровень понимания, биографию, верования, психологическое состояние и желание узнать диагноз. Необходимо учитывать состав семьи и уровень ее вовлечения в уход, обеспечивать возможность обсуждения опций лечения и поддержки, так же как планирования будущего, включая финансовые, юридические и вопросы ухода, обеспечить возможность последующего наблюдения, включая психологическую поддержку при необходимости.

Этическая проблема сообщения пациенту его диагноза имеет два аспекта – раскрытие диагноза или правдивость информации и переживания человека с диагнозом деменции. Отмечается, что деменция не всегда является пациент-центрированной проблемой в отношении раскрытия диагноза [15]. Врачи и родственники не всегда ясно и прямо раскрывают диагноз. Считается, что негативные последствия раскрытия диагноза (депрессия, суицидальные

тенденции) не являются характерными в этих случаях. Обсуждаются позитивные моменты, включая представление о когнитивных нарушениях как о симптомах болезни, а не следствии возрастных изменений, а также возможность планирования лечения и последующей жизни. По аналогии с онкологическими больными утверждается, что пациент имеет право на знание диагноза. Диагноз должен обсуждаться многократно, не только для облегчения стратегий копинга, но и для решения практических вопросов.

Как показали результаты специально проведенного исследования [17] из 233 ухаживающих членов семьи (средний возраст 60 лет, образование 13 лет, женщин 64%, супруги 48% и дети 45%), все участники (100%) хотели знать диагноз, но 58% не хотели, чтобы врач сообщал диагноз их больному родственнику. При этом 96% хотели бы знать диагноз, если бы у них самих развилась деменция, а 66% хотели бы знать диагноз с самого начала, чтобы успеть разработать стратегии управления ситуацией (юридические, этические и финансовые и др.). Авторы подчеркивают, что сообщение диагноза должно сопровождаться консультированием и оказанием поддержки, так же как информацией о полезных контактах с альцгеймеровскими организациями. Это дает возможность планирования на период инвалидности, помогает определить предпочтения пациентов в отношении лечения и участия в исследованиях, облегчает доступ к службам помощи и поддержки. Однако это должно происходить в обстановке учреждения поддержки при наличии достаточного времени для ответов на вопросы и коррекции эмоциональных реакций. Всестороннее обсуждение разных проблем лечения, течения болезни, природы заболевания и доступности разных форм поддержки, которая понадобится в будущем и даже обсуждения распоряжений по поводу поддержания жизни в терминальной стадии. С другой стороны, сообщение определенного диагноза и его последствий может привести к значительному дискомфорту и для пациента и для семьи, и эти вопросы должны подниматься постепенно при последующих визитах или обсуждаться только с ответственным за пациента членом семьи [18].

Этические аспекты установления диагноза деменции и его раскрытия теснейшим образом связаны с проблемой **стигмы**. По данным исследований ВОЗ [8] стигма как результат неосведомленности о природе деменции превалирует в

большинстве стран и касается как общества в целом, так и самих пациентов, членов их семей и даже работников служб здравоохранения и социальной помощи. В 25 из 30 стран стигма деменции негативная, в 10-ти – объяснения касались того, что лица с деменцией изолированы или прячутся из-за стыда или опасений, что симптомы будут замечены другими. Непонимание природы заболевания приводит к страху развития деменции. Представление о том, что ничего нельзя сделать, ведет к чувству безнадежности, которое может повлиять на благополучие людей. Стигма и дискриминация распространяются на ухаживающих членов семьи и становятся причиной избегания общения. Этот страх за здоровье стоит на втором месте после страха ракового заболевания. Он усиливается негативными или неопределенными обозначениями в названии. Стоит упомянуть о том, что в Японии правительство официально изменило обозначение деменции на когнитивное заболевание. В Национальной программе Франции по болезни Альцгеймера на 2008-2012 г.г. особое место занимает развитие инициатив по преодолению стигмы, окружающей больных, страдающих деменцией, их друзей и родных, особенно в отношении продвижения знаний о ранней и умеренной стадиях болезни [5]. Стигма деменции постоянно является предметом изучения в исследованиях Международной Альцгеймеровской Ассоциации [19], включая изучение критики у пациентов и ухаживающих лиц, попытки рассмотрения различных аспектов стигмы и поиск способов преодоления стигмы. Стигма рассматривается как один из основных барьеров для понимания болезни, обращения за помощью, получения диагноза и доступа к службам помощи. Это закрывает пути открытого обсуждения болезни и заставляет врачей думать, что они ничего не могут предложить.

**Этические аспекты развернутой стадии деменции.** Множество этических вопросов возникает как повседневно, так и в особых ситуациях на протяжении деменции. Они включают, но не ограничиваются следующими моментами [10, 11]:

- балансирование между конфиденциальностью в отношении больного и информированием членов семьи (в том числе в отношении диагноза);
- балансирование между прежними взглядами и ценностями пациента и настоящими взглядами, включая роль поддержки принятия решения;

- балансирование между безопасностью и соблюдением свободы;
- использование вспомогательных технологий (часто баланс между безопасностью и приватностью);
- принятие решения о конце жизни, включая отказ от продолжения поддержания жизни и паллиативной помощи в отсутствие данных ранее распоряжений.

Подчеркивается, что эти установки должны отвечать высоким стандартам этики, но быть гибкими и чувствительными в специфических ситуациях. Этические принципы, признающие фундаментальные права человека, предполагают равную доступность ресурсов и помощи для всех членов общества, независимо от их социального положения, культуральной и географической принадлежности [1,10].

Со временем пациенты утрачивают способность самостоятельно принимать решения. На стадии умеренной деменции утрачиваются права вождения, этически правильным считается использование стандартизированного алгоритма оценки при лишении лицензии на вождение [14]. Этические аспекты на этой стадии болезни могут в большей степени касаться поведения родных, прибегающих к «мягкой» лжи или даже прямому обману. Отдается предпочтение соблюдению спокойствия больного, чем достижению правды, например, при многократном повторении одного и того же вопроса или при неузнавании близких. К таким же приемам «святой лжи» относят сокрытие или сообщение в последний момент о событии, которого пациент побаивается (посещение врача, помещение в отделение по уходу). Всякое отделение от близких, нарушение единения рассматривается как стресс и, напротив, поддержание общения и взаимодействия является позитивным, что, по данным аутопсии, патогенетически обосновано побуждением альтернативных мозговых механизмов в качестве компенсации дефицитов.

Как отмечал еще М. Roth [16], на ранней и средней стадии болезни этические, медицинские и психологические проблемы встают перед лицами, ответственными за больных, в парадоксальном и проблемном для решения виде. Для некоторых родственников продолжающаяся жизнь с любимой матерью, отцом или супругом сохраняет свою ценность. Пока они находятся под влиянием

представлений о прежней значимости близкого человека, у них вызывает удивление необходимость или желательность лечения на ранних стадиях БА. Смерть для них это враг, с которым надо бороться, пока все индивидуальные следы личности и психической жизни не сотрутся. Эти чувства должны восприниматься с уважением и значением.

Обсуждение этических проблем терапии касается того, что современные симптоматические средства – ингибиторы холинэстеразы и мемантин – относительно просты в употреблении, но их доступность ограничена во многих странах по экономическим соображениям или вследствие терапевтического нигилизма. Хотя их эффект умеренный, они влияют на дизайн протоколов испытания новых лекарственных средств, поскольку применение плацебо в клинических исследованиях на пациентах с установленным диагнозом редко разрешается за пределами 3-х месяцев [14]. Мнения психиатров могут различаться в отношении того, должны ли психиатры назначать антипсихотики больным деменцией. Считается, что эти препараты увеличивают риск серьезных нежелательных явлений или даже смерти, однако они могут эффективно ослабить возбуждение и агрессию, что облегчает контакт с ухаживающими лицами, которые дольше смогут обеспечивать уход в домашних условиях. Необходимо информировать об этом назначении и пациентов, и членов семьи. Даже если пациент недопонимает, важно проявить уважение привлечением его к обсуждению [11]. Вместе с тем подчеркивается, что позиция врача должна быть очень гибкой, допускать исключения. Это касается, в частности, назначения антиандрогенов при сексуальной расторможенности. Этичным считается в первую очередь испробовать поведенческое вмешательство и только потом выписать антиандрогены.

Меры физического стеснения еще широко используются на стадии умеренной и тяжелой деменции, но альтернативные нефармакологические виды терапии и программы обучения ухаживающих лиц еще не оценены в рандомизированных исследованиях [14]. Поведение больных деменцией может быть стрессогенным для окружающих и для них самих. Установки по этике ухода за больными БА опираются на изменение социально-средовой обстановки и поддержание деятельности для сохранения независимости и самоутверждения,

например, создание безопасных зон для стереотипного движения или блуждания. Этически обосновывается запрет на меры стеснения как механические, так и химические [18].

В аспекте этики обсуждается вопрос, должны ли психиатры поощрять упражнения по когнитивной стимуляции при БА. Считается, что нужно сопоставлять их пользу и риски, под последними имеют в виду заниженную самооценку, утрату самоуважения при ошибках, иногда опасения разочаровать близких, то есть всегда надо учитывать влияние на взаимоотношения с близкими. Оптимизация этой ситуации с этической точки зрения предполагает совместное выполнение этих упражнений, решение кроссвордов, составление пазлов [11].

**Этические дилеммы на поздних стадиях болезни.** Этические проблемы терминальной стадии деменции обсуждаются чаще всего и в наибольшем объеме. Более четверти века назад современный классик геронтопсихиатрии М. Roth посвятил специальную работу этой проблеме [16]. Это произошло вслед за принятием в Дании закона, регулирующего проведение эвтаназии. Признавая, что желание клинициста вылечить или облегчить болезнь и страдание и переживание сострадания могут быть ослаблены шаг за шагом аргументами целесообразности, исследователь отмечает, что большинство пациентов с БА в последние годы болезни находятся в особом вегетативном состоянии без следов остаточной личности. При этом автор обращает внимание на то, что отчасти апатия, заторможенность, отсутствие внимания и даже отчасти когнитивное снижение в средней стадии болезни обусловлены нахождением в учреждении длительного пребывания. У части пациентов с БА рутинное обследование обнаруживает полный крах, но в некоторых ситуациях могут оказаться сохранены некоторые способности. Вместе с тем единственно гуманным и этичным в ведении больного в терминальной стадии БА при развитии пневмонии или коматозного состояния он считает позволение того, чтобы процесс умирания шел до конца, поскольку попытки реанимировать таких пациентов возвращают их к состоянию, которое уже не является жизнью в истинном смысле. Автор упоминает о том, что в 37 штатах Америки действует право умереть.

Учитывая, что в биоэтике больше всего дискуссий вызывают вопросы «на грани жизни и смерти», М. Roth обращается к размышлениям об эвтаназии

английского философа начала XVII в. Ф. Бэкона. Обеспечение безболезненного и спокойного умирания Бэкон назвал греческим словом «эвтаназия», которое означает добровольную безболезненную смерть и отражающее естественное для каждого человека желание умереть легко и спокойно. Умиравший имеет право определить, что для него важнее: быть человеком, обладающим самосознанием и рассудком, или просто оставаться еще какое-то время живым, в состоянии искусственного поддержания жизни. Такое решение связано с ценностным подходом к жизни и может быть рассмотрено как проявление самоуважения личности.

Актуальность проблемы эвтаназии сегодня во многом связана с тем, что старая врачебная этика уже не способна указать решение многих проблем в новых условиях. Различают пассивную и активную, добровольную и ненамеренную эвтаназию. Пассивная эвтаназия – это решение о прекращении лечения ввиду безнадежного состояния больного; активная – прекращение страданий и жизни безнадежных больных введением высоких доз наркотиков. Наиболее дискуссионным с точки зрения биоэтики является вопрос о добровольной активной эвтаназии. По мнению М. Roth, это прямо противоречит этическому чувству. Хотя некоторые философы скептически настроены в отношении различия между убиванием и позволением умереть, большинство докторов придерживаются различий между ними. Эта позиция укоренена традиционно, обучением и опытом, руководит принятием решения. В отношении БА интенсивность этого морального императива живуча, несмотря на прессинг представлений о доказательности возможности ускорения умирания. Оценивая достижения научных исследований в последние десятилетия, исследователь уже тогда считал, что появился свет в конце туннеля для общества из-за разработки новых лекарств и надежда на возможность приостановить прогрессирование болезни, а, возможно, и предупредить ее.

Признается, что абсолютно безупречных с морально-этической и правовой точек зрения способов решения проблем терминальной стадии деменции не существует, поскольку выбор делается не между добром и злом, а между меньшим и большим злом [14]. Использование новейших технологий позволяет сохранить жизнь и тем пациентам, организм которых навсегда утратил



способность самостоятельно справляться с важнейшими жизненными функциями. Так благородная и гуманная задача медицины — борьба с болезнью — становится своей противоположностью — борьбой за поддержание болезни в течение длительного срока. Главным является вопрос, когда и следует ли продолжать поддержание жизни лечением, назначением антибиотиков при пневмонии или диализа при почечной недостаточности. Представляет проблему избавление от боли, когда пациенты могут быть неспособны жаловаться на боли, так же как искусственное (зондовое) кормление при нарушении глотания. Признается необходимость разъяснения родственникам осложнений и рисков при осуществлении мер по поддержанию жизни.

Другие этические проблемы терминальной стадии деменции касаются назначения антипсихотиков, участия в исследованиях, стандартов, которыми пользуются при принятии решений за глубоко слабоумных. Эти решения основаны на том, какими были когда-то больные или какими они стали, что делает возможным существование диаметрально противоположные взглядов.

**Заранее даваемые распоряжения.** Составление заранее распоряжений или волеизъявления в отношении вмешательства в терминальной стадии рассматривается как этически обоснованный выход в этих ситуациях [16; 10]. В период составления распоряжений состояние пациента должно расцениваться как аутентичное, компетентное и информированное проявление предпочтения действий в случае развития респираторной или гастроинтестинальной инфекции, или впадения в кому на стадии неизлечимости. Оно не должно быть сделано под влиянием депрессии или нигилистической безнадежности, чувства вины или суицидальных размышлений. Поскольку состояние может меняться, должна быть предоставлена возможность изменить распоряжения. Если такое распоряжение предусматривает продолжение жизни, врач обязан обеспечить лечение и поддержание жизни. Это может вступить в конфликт с клиническим суждением и этическими стандартами врача, но для врача нет закона, позволяющего лишить жизни больного. Второе — есть разница между убиванием и позволением продолжить умирание без вмешательства. Врач, не признающий последнего, находится в положении не только лечащего, но и экзекутора. Альтернативой является хосписный уход.

Третье – больные в состоянии полного слабоумия должны быть защищены от нарушения их достоинства и в том, что им позволено умереть. В этих случаях прекращение лечения и искусственного кормления не должны расцениваться ни как незаконные, ни как неэтичные действия. Но эти последние принципы неприменимы на протяжении большей части длительности заболевания, только к последним 2-3-м годам. Этот момент нуждается в дальнейшей разработке в свете широко распространенных в последние годы суждений о необратимой «смерти мозга». Это приравнивается к смерти личности, но это верно только для длительного коматозного состояния.

Стало общей практикой спрашивать у пациентов на ранних стадиях о предпочтениях принятия решений по лечению и уходу в терминальной стадии (искусственное кормление, меры стеснения, искусственное дыхание и др.) [10]. Избегание этого обсуждения обусловлено опасениями вызвать депрессивное состояние и другие страхи (страх агрессивного поведения и т.п.). На всех стадиях болезни большинство пациентов хотят быть наиболее полно вовлеченными в определение своего будущего, насколько возможно, и в жизнь семьи. Противоречивые чувства свойственны членам семьи. В отсутствие заранее данных распоряжений им приходится решать эти этически трудные вопросы. Пока пациенты компетентны, психиатры занимают патерналистскую позицию и поощряют обсуждение пациентами этих вопросов с родственниками и следят за тем, чтобы это обсуждение не было травматичным. Обязательно обсуждение с больным возникающих переживаний, что само по себе является психотерапией.

Есть крайние позиции – с одной стороны, продолжение жизни в стадии глубокого слабоумия, с другой – предоставление возможности прекратить бессмысленное существование. Промежуточная позиция – желание продолжения жизни до тех пор очевидно, пока она доставляет радость и не сопровождается страданием. Психиатр должен знать, что даже если пациенты заранее дали распоряжения, их предпочтения могут меняться существенным образом в зависимости от исходов болезни. Наконец, не всегда ясно, когда прекращать обсуждение с пациентом его директив на конец жизни. Определенно, если это является психической травмой. Вопрос этики состоит еще и в том, должны ли

психиатр и члены семьи принудительно удерживать интеграцию их взаимоотношений с пациентом.

Ситуации конца жизни лиц, которые не оставили заранее распоряжений и чьи предпочтения неизвестны, должны быть обсуждены на совещании этического комитета [18]. Когда заболевание прогрессирует, утрачивается способность понимать информацию и делать выбор, клинические, этические и юридические вопросы информированного согласия различаются в клинических и исследовательских учреждениях. Этические установки Международной Альцгеймеровской Ассоциации относительно терминальной стадии предусматривают следование заранее данным распоряжениям; отказ/прекращение лечения и хосписный уход [19]. Это такая медицинская, психологическая и социальная помощь умирающему, когда его смерть становится «смертью с достоинством». В работах современных исследователей биоэтики [1] отмечается, что Ф.Бэкон за 350 лет до открытия первого хосписа в 1967 г. сформулировал суть современной паллиативной медицины. Уход за больными деменцией в конце жизни медленно движется в сторону паллиативного подхода, сходного с таковым в конечной стадии рака [14]. В биомедицинской этике при исследовании проблемы права человека на жизнь, «умирания с достоинством», нравственных проблем эвтаназии и т.п. актуализируется понятие апатии (от греч. *apatheia* – бесчувственность) в значении термина античной этики, означающего бесстрашие, безмятежность, умение властвовать над собой. В качестве одного из важных моментов хосписной этики рассматривается атараксия (от греч. *ataraxia* – невозмутимость) – термин античной этики, означающий состояние душевного покоя, перенос внимания с внешних обстоятельств на внутреннее состояние, сосредоточение на «самом общем и главном», помогающее отрешиться, прежде всего, от мыслей о смерти.

Этические проблемы умирания и смерти неразрывно связаны с понятиями «биологической смерти», «полной смерти мозга», вегетативного состояния» (церебральной смерти) и стандартами клинического определения смерти мозга [1]. В историческом анализе истории биоэтики А.Я.Иванюшкин обращает внимание на два события полувековой давности. Одно из них – это церковное обоснование допустимости прекращения реанимации некоторых пациентов.

Второе - описание французскими неврологами полвека назад состояния «запредельной комы» (смерти мозга), поставило одну из фундаментальных проблем биоэтики — обоснование нового определения смерти. Как указывает автор, их глубинное воздействие не только на здравоохранение, но и на общество в целом сказалось гораздо позже, когда пришло время хосписов.

В обобщенном виде этически обоснованные действия практического психиатра сводятся к следующим положениям [10];

- на инициальных стадиях деменции иметь в виду важность для этих пациентов находиться под контролем и оставаться вовлеченными в жизнь семьи, насколько это возможно. Этический приоритет состоит в предоставлении правдивой информации о болезни, вовлечении в план лечения и помощи, обсуждении составления распоряжений заранее.

- при прогрессировании ухудшения эта позиция честности может не быть наилучшей. Целью становится ослабление стресса, а этические установки должны удовлетворять эмоциональные потребности пациентов. Допускать проявления лжи или сохранение честности – индивидуально вариабельно. Психиатр должен и в этом оказывать поддержку ухаживающим лицам.

- в последней стадии БА при вероятности наступления смерти в обозримом будущем – обсуждение с родными вопросов искусственного кормления, при этом иногда может сохраняться речь и желание жить, важно отсутствие болей и продолжение общения с любимыми. То есть рассматриваются обе возможности – и позволить умереть и начать меры по поддержанию жизни. Роль психиатра – не в принятии решений за пациента, а в помощи пациенту и членам семьи принять решение.

**Этические аспекты преклинической стадии БА** представляют наибольшую сложность для рассмотрения, вместе с тем постепенное возрастание значимости не только ранней диагностики, но и оценки риска заболеть у асимптомных лиц объясняет растущее внимание к обсуждению этих проблем. Болезнь Альцгеймера – это клинический диагноз. Однако растет число исследований, позволяющих полагать, что альцгеймеровская патология начинается задолго до клинических проявлений, и что биомаркеры, такие как ПЭТ и ликворные пробы, прямо доказывают эту патологию [4,6,7]. Как результат,

станет возможным отделить диагноз БА от клинического выражения болезни [13]. В ответ на эти исследования научное сообщество предлагает диагностические критерии, которые охватывают лиц, у которых нет клинических признаков или симптомов. Считается необходимым признать, что преклиническая БА изменяет границы между «нормальным когнитивным старением» или «здоровым старением мозга» и болезнью. Это должно изменить представление о том, что БА среди заболеваний, характерных для позднего возраста, наиболее определенно ухудшает способность лица самостоятельно действовать и относится к наиболее устрашающим болезням старости, вызывающим наиболее часто опасения заболеть.

Сдвиг границ между нормальным мозговым старением и заболеванием представляет три вызова исследователям, клиницистам, пациентам и политикам в области здравоохранения: 1) установление руководящих принципов для исследователей и клиницистов в отношении безопасности и результативности сообщения диагноза; 2) создание программ, эффективно транслирующих диагноз в практику и политику; 3) адаптацию законов, регулирующих профессиональной практику в отношении диагноза преклинической БА.

Обсуждаются этические аспекты уже вошедшего в клиническую практику диагноза мягкого когнитивного снижения (МКС) [11]. Ставится вопрос о том, как строго должны психиатры следовать диагнозу МКС, имея в виду, что у пациентов с МКС может развиться БА, а может и не развиться. Преобладает мнение, что за установлением диагноза МКС должно следовать регулярное наблюдение, чтобы как можно раньше начать лечение, если разовьется БА. Против этого тот факт, что пока не существует лечения МКС, которое бы потом уменьшало тяжесть БА. Некоторые пациенты с МКС предпочитают не следовать диагнозу МКС, так как знание ухудшает качество жизни. Психиатр должен обсудить этот диагноз и с пациентом и с членами семьи. Врач может предложить пациенту дополнительную возможность проходить тестирование у другого сотрудника без интерпретации результатов. Информация к врачу поступит только, когда балл мини-теста станет критическим.

Предлагаются новые критерии диагностики с использованием биомаркеров для подтверждения и увеличения точности диагноза МКС, а также оценки риска

у асимптомных лиц [4,6,7], но остается предметом дискуссий, имеют ли они только исследовательское значение или могут быть общедоступными. Хотя признается, что концептуальную модель преклинической БА поддерживают только исследовательские критерии, однако особое значение имеют лонгитудинальные исследования корреляции биомаркеров со снижением в когнитивных и функциональных параметрах и эксперименты по испытанию препаратов, которые могут замедлить когнитивное снижение. Научное сообщество сходится на концепции преклинической БА как состояния риска, определяемого биомаркерами и другими факторами риска и отделяемого от клинических симптомов болезни. Эта модель отражает основной сдвиг в концепции болезни от категории, определяемой патологией у лица, которая вызывает симптомы, до определенных факторов риска болезни, то есть от установления клинико-патологических корреляций до определения факторов риска для здоровья при потребности вмешательства, уменьшающего этот риск. Достижения в нейробиологии, нашедшие свое воплощение в недавних пересмотрах диагностических установок БА, превращаются в увеличивающийся сдвиг по направлению к диагнозу на стадии преддеменции, когда у пациентов имеется полная критика в отношении прогноза [14].

Этические аспекты выявления факторов риска рассматриваются как в отношении их совокупности, так и по отдельным группам биомаркеров, среди которых выделяют структурные и биохимические маркеры, а также генотипирование. Нейровизуализация (МРТ, функциональная ПЭТ, визуализация амилоида) используется для подтверждения диагноза у лиц с симптомами, для раннего определенного диагноза у лиц с мягкими или неопределенными симптомами (МКС) и для обнаружения альцгеймеровской патологии у асимптомных лиц. Полагают, что комбинации методов нейровизуализации будут наиболее плодотворными в предсказании диагноза. Их внедрение в практику несвободно от сложностей, однако, поскольку культура и ценности изменяются в пределах того, что определяет пользу и риски, для кого конкретно польза, а для кого - риск, утверждается, что планирование этического и общественного влияния предсказания болезни стареющего мозга чрезвычайно

важно и принесет пользу как ведущим исследователям, пациентам и семьям, организаторам здравоохранения и политикам в этой области [12].

К биохимическим маркерам, с высокой вероятностью определяющим наличие альцгеймеровской патологии в мозгу относят содержание бета-амилоида, тау-белка и, фосфорилированного тау в ликворе. Этические проблемы, связанные с биомаркерами, касаются объема диагностической и прогностической информации, предоставляемой участникам исследований о ненадежных результатах исследований.

В области генетического тестирования БА или генотипирования этические вызовы заставляют балансировать между желанием человека узнать риск развития у себя деменции и желанием клинициста смягчить потенциальный вред этой информации. Генетические проблемы значимы в редких случаях семей с ранним началом (до 65 лет) вследствие наличия определенных мутаций. В то время как генотипирование APO E – основного гена риска спорадической БА – широко обсуждается, оно может стать необходимым в контексте создания новых нозомодифицирующих препаратов [14]. В исследовании «REVEAL» проследили взгляды и реакции индивидуумов с объявленным генетическим статусом в сравнении с неразглашением этой информации и получили благоприятные результаты при обследовании спустя 10 лет. В качестве ключевых проявлений исследовали частоту аффективных реакций и их лечения. Показано, что раскрытие генотипа асимптомным пациентам не является травматичным, может даже уменьшить тревогу у APO E e4 негативных носителей. Влияние знания носительства APOEε4+ оказалось меньше, чем ожидалось. Это связывают с тем, что в исследование включались лица с исходным принятием их собственного риска; имело значение и то, что, узнав APOE генотип, лица могут изменить свои страховые распоряжения, также более вероятно изменят стиль жизни и питания, прибегнут к витаминам, упражнениям, тренингу, даже зная недоказанность этих приемов.

Пересмотр законов и инструкций позволит эффективно наблюдать пациентов с преклинической БА, следить за утратой способности выполнять деятельность высокого уровня и в то же время минимизировать стигму, сохранить личную неприкосновенность и максимально ценить самостоятельность. Другой

этической дилеммой является реакция врача или исследователя на требование генетического тестирования [10]. Хотя превентивного лечения не существует, этический консенсус достигается в том, чтобы предоставить возможность генотипирования, так как это проявление уважения к личности и эта информация может быть существенно полезной при планировании будущего. Однако генетическое тестирование при БА отличается принципиально от других наследственных заболеваний (например, хорей Гентингтона) тем, что при БА этот маркер - только констатация предрасположенности. До недавнего времени не считалось необходимым сообщать о результатах генотипирования при отсутствии симптомов заболевания и об этом предупреждают при проведении научных исследований. Этот патерналистский подход преувеличивает этическое значение защиты пациентов от травмирующей информации. Приемлемая модель объяснения неразглашения результатов участникам, членам семьи и врачам состоит в том, что эти результаты не имеют значения для лечения. Но многие пациенты хотят знать результаты, даже положительные, хотя они могут переоценивать значимость предварительных научных данных. От врача или исследователя требуется тщательное их разъяснение, имея в виду, что предоставление генетической информации может улучшить комплаенс и повлиять на более ранний поиск помощи. Последний вопрос – это позиция страховых компаний, на который пока ясного ответа нет. Психиатр должен объяснить, что страховое покрытие не предусмотрено при генотипировании.

Безопасность и эффективность сообщения диагноза преклинической БА представляет самую сложную проблему с точки зрения биомедицинской этики. Один из первых вопросов касается того, кого рассматривать в качестве кандидатов для тестирования и для диагностики преклинической БА. Этический вызов состоит в том, что результаты тестирования альцгеймеровского биомаркера являются потенциально травмирующей информацией, при этом может развиваться тревога, депрессия или даже суицидальные мысли. Опросы показали, что среди американцев страх БА превосходит страх болезни сердца, диабета, инсульта, а у лиц старше 55 лет страх БА сильнее, например, страха ракового заболевания, что объясняет популярное выражение, что «большая А(льцгеймер) заменила большую



Р(ак)». Тем не менее, этически более правильно сообщать «биомаркерпозитивным» о результатах обследования.

Ответ «доказательной медицины» на вопрос о том, какие пациенты с преклинической БА должны получать лечение, в настоящее время не может быть получен, поскольку назначение лечения предусматривается в случае демонстрации пользы этого лечения, однако еще не существует золотых стандартов доказательств пользы этого вмешательства. Когда в клинических исследованиях будет показано, что вмешательство уменьшает риск перехода от преклинической стадии к клиническим проявлениям БА или промежуточным состояниям, таким как МКС, принципиальным изменениям будет подвергнут процесс клинического принятия решения и разработка диагностических и лечебных установок. Логика этого подхода основана на связи двух различных видов доказательств: прогностического доказательства того, что биомаркер надежно означает риск клинического события, и предсказания того, что вмешательство имеет мишенью снижение риска.

До настоящего времени сохраняется устойчивость противоречий в отношении того, насколько широко распространять лечение при болезнях с факторами риска. Чтобы предупредить и смягчить противоречия в отношении того, что преклинический диагноз готов для внедрения из исследований в клиническую практику и какие лица с диагнозом должны получать лечение, ученые, клиницисты и политики должны разрабатывать национальные образовательные программы в области болезни Альцгеймера. Эти программы нацелены на то, как перенести результаты исследований преклинической стадии БА в клиническую практику, включая адаптацию профессиональной практики, социальной политики и законов к диагнозу преклинической БА. Ожидается, что с внедрением в практику диагноза преклинической БА изменится значение ярлыка болезни Альцгеймера. Клинические исследования не просто изменят то, как и насколько лечится БА, но и что имеется в виду, когда говорят о БА. Предполагается, что в будущем можно будет говорить не о БА, а о «мозговой амилоидопатии». Соответствующие законы должны быть пересмотрены во избежание стигматизации и дискриминации. В отношении лиц с преклинической БА, которые, несмотря на лечение, обнаружат когнитивное снижение, возникнут

вопросы лицензирования вождения, профессиональной несостоятельности, способности ведения финансовых дел, и основная причина в ситуации злоупотребления и эксплуатации будет связана с этим диагнозом. Лицам с преклинической БА потребуется помощь в планировании и мониторинге возникающей несостоятельности. Открытие преклинической БА может показать, насколько общество готово к «цунами» альцгеймеровской деменции. Появление новых лекарств, некоторые из которых могут отсрочить прогрессирование от продромальных стадий до деменции, потребует тщательных правил прекращения их применения [14].

Возвращаясь к тому, что операциональные исследовательские критерии преклинической БА не направлены на клиническую диагностику и прогностическая польза этих биомаркеров для отдельных лиц остается неясной, исследователи указывают на целесообразность информационного прессинга в целях возможно более ранней идентификации групп повышенного риска по развитию БА. В частности, предлагается в 50 лет начинать амилоидное сканирование и повторять каждые 5 лет (по аналогии с колоноскопией для доклинической диагностики рака кишечника) [6,7].

**Этика клинических исследований** – область биомедицинской этики, определяющая взаимоотношения между субъектом и объектом в процессе проведения клинических исследований (КИ) с участием человека. Предполагает соответствие условий проведения КИ общепринятым нормам морали, требованиям соблюдения прав, интересов и личного достоинства участников КИ, подчиненность интересов науки и иных интересов приоритету прав и свобод личности. КИ регулируются правилами GCP (надлежащей клинической практики), следование которым рассматривается как общественная гарантия того, что права и здоровье испытуемых, а также их личная жизнь защищены, а собранные клинические данные достоверны.

Самостоятельную проблему представляют этические вопросы проведения клинических исследований на больных деменцией. Уже упоминалось, что применение плацебо в клинических исследованиях на пациентах с установленным диагнозом деменции редко разрешается за пределами 3-х месяцев [14]. Основные вопросы – вовлечение больных деменцией в исследование и защита их

благополучия, информированное согласие, риски, польза и бремя, донаторство мозга и тканей, публикации и диссеминация результатов исследований, различные аспекты, касающиеся конца жизни и медицинских исследований (клинические испытания, эпидемиологические и генетические исследования) [9]. Ключевым моментом является получение информированного согласия пациента. В США правительство установило 8 общих правил информированного согласия для участия в исследованиях. Пациенты с когнитивным снижением не могут охватить эту массу сложной информации, поэтому исследователи и надзирающие команды должны тщательно взвесить риски и пользу для этих пациентов и рассмотреть модификации протоколов для защиты пациентов. Наконец, в процесс получения согласия должны быть вовлечены члены семьи или суррогатные ухаживающие лица [18]. Представляет интерес, что в 1971 г. Департамент здравоохранения США был преобразован в Департамент здравоохранения и *защиты человека*. Он и создал этические комитеты современного типа, в частности, Общественный совет по надзору научных учреждений, в США это государственный орган. Основные принципы его деятельности во многом воспроизводятся в деятельности всех этических комитетов. Комитет должен оценивать соответствие этическим принципам исследовательских проектов, в особенности процедуры получения от испытуемых письменного информированного согласия на участие в экспериментах, контролировать ход экспериментов и в случае необходимости приостанавливать их. Как известно, требования биомедицинской этики при проведении клинических исследований основаны на 10 правилах знаменитого Нюрнбергского кодекса, своего рода этической азбуки проведения медико-биологических экспериментов на людях. Женевская декларация, принятая Всемирной медицинской ассоциацией, считается современным аналогом «Клятвы Гиппократата», целый ряд созданных в последующем этических документов регулируют деятельность врачей и исследователей.

Считается необходимым получение образования в области этики [13]. Такой тренинг профессионалов должен быть направлен на признание этического аспекта принятия решения и планирования помощи, знание положений и законов и применения их в специфических ситуациях, поддержку лиц с деменцией, их

семей и непрофессиональных ухаживающих. Целям оптимизации этого процесса должны служить предлагаемые автором следующие шаги:

- разработка этически адекватных стандартов ухода, основанных на Конвенции ООН по правам инвалидов;
- обеспечение ясной стратегии и механизмов достижения этих стандартов;
- создание юридических ограничений и установок по предупреждению злоупотреблений больными деменцией, в вопросах принятия решений, при осуществлении ухода в конце жизни и в вопросах прав человека;
- учебные программы по правам человека для профессиональных клиницистов, ухаживающих членов семьи и непрофессиональных ухаживающих лиц.

Во всех цивилизованных странах именно национальные ассоциации врачей сегодня заинтересованы в развитии биоэтики, разрабатывают и поддерживают на должном уровне стандарты профессиональной медицинской этики в учреждениях здравоохранения. Биомедицинская этика является важнейшим социальным институтом современного общества, одной из важнейших задач которого является разработка мер по защите прав и здоровья населения старших возрастных групп в целом и возрастающего по численности контингента пожилых с когнитивным снижением.

#### Литература

1. Иванюшкин А.Я. От этики Гиппократ к биоэтике// Россия в окружающем мире. Устойчивое развитие: экология, политика, экономика: Аналитический ежегодник / отв. ред. Н.Н. Марфенин; под общей редакцией Н.Н. Марфенина, С.А. Степанова. — М.: Изд-во МНЭПУ, 2009. —С.186-212
2. Михаловска-Карлова Е.П. Принципы биоэтики и эпилептология //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2010; т.110, вып. 2, С.4 – 8.
3. Тихоненко В.А., Иванюшкин А.Я., Евтушенко В.Я., Покуленко Т.А. Этика практической психиатрии. Руководство для врачей. Под ред. Тихоненко В.А. М.: ГНЦС и СП, 1996, с.
4. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease//Alzheimer's Dement. 2011 May; 7(3), P.270-279.
5. Beck F., Leon C., Arwidson P. Perspectives on Alzheimer's disease among general public, family and professional caregivers in France//Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, P16.2
6. DeKosky St.T. 2010 [http.scribd.com/doc/52857525/](http://scribd.com/doc/52857525/)
7. DeKosky St.T. Advances in Alzheimer's Disease: New technologies, new ethical issues 2011(Dr.) [http.scribd.com/doc/56380703/](http://scribd.com/doc/56380703/)

8. Dementia: a public health priority WHO 2012 P. 41-48
9. Gove D. The European Dementia Ethics Network – Overview of statements on dementia research// Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, PL4.3
10. Howe E.G. Ethical Issues in Diagnosing and Treating Alzheimer Disease // Psychiatry, 2006, May, 3(5), P.43-53
11. Howe E. Five Ethical Questions Involving Alzheimer’s Disease//Psychiatry, 2007, 4(8); P.31-34
12. Illes J., Rosen A., Greicius M., Racine E. Prospect for prediction: ethics analysis of neuroimaging in Alzheimer’s disease // Ann N Y Acad Sci, 2007, Feb; 1097, P.278-295
13. Karlawish J. Addressing the ethical, policy, and social challenges of preclinical Alzheimer disease//Neurology, 2011, vol.77, P.1487-1493
14. Leuzy A., Gauthier S. Ethical issues in Alzheimer’s disease: an overview//Expert Rev Neurother, 2012, vol.12, N5, P.557-567
15. Mitchell G., McCollum P., Monaghan C. //Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, P1.2
16. Roth M. Euthanasia and related ethical issues in dementias of later life with special reference to Alzheimer’s disease//Brit Med Bull, 1996, vol. 52, N2, P.263-279
17. Sakka P., Margioti E., Lymperpoulu O., Kalligerou F. Disclosure of Diagnosis – Greek and European prospective//Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, PO14
18. Weiner M.F. Legal and Ethical Issues for Patients With Dementia and Their Families//Geriatric Times, 2004, vol.Y, Issue 1
19. Wortmann M. World Alzheimer report 2012 on stigma//Changing perceptions, practice and policy/Vienna 2012, PL18

## **Нейропсихологический контекст понятия «регуляция психической деятельности»**

Ю.В. Микадзе

Одной из характеристик современного развития отечественной клинической психологии, осложняющей решение ряда ее методологических проблем, является недостаточная проработанность используемого понятийного аппарата. Многозначность и разноплановость, расширительный или зауженный, иногда и просто разный характер толкования содержания ряда используемых в практической работе клинических психологов терминов часто приводит к размыванию исходных теоретических положений, на основании которых формировался терминологический словарь. В качестве примера можно привести многозначность и недостаточную дифференцированность таких понятий как «фактор», «синдром» и «синдромный анализ», «управляющие функции», «произвольная регуляция» и многих других часто используемых в нейропсихологических и патопсихологических работах. Операционализация

понятий, уточнение их смыслового наполнения является необходимым и нужным шагом в решении практических и исследовательских задач, который позволит снять трудности взаимопонимания, возникающими как между отдельными исследователями, так и между разными направлениями клинической психологии, использующими сходный терминологический аппарат.

В предлагаемой статье приводятся некоторые соображения относительно нейропсихологического содержания термина «регуляция», который часто используется в клинической психологии в контексте «произвольной/непроизвольной» регуляции психической деятельности. В значительной степени они возникли в связи с подготовкой к Круглому столу «Проблемы и перспективы изучения нарушений произвольной регуляции деятельности», а также выступлениями коллег (А.Ш.Тхостова, Т.В.Ахутиной, Е.Ю.Балашовой, С.Н.Ениколопова, Н.К.Корсаковой и др.), которые прозвучали во время заседания (Круглый стол... 2012).

Исходной посылкой является присутствие того факта, что в содержание терминов «регуляция», «произвольная/непроизвольная» регуляция часто вкладывается разный смысл, что затрудняет их использование и требуют определенной коррекции в понимании сущности явлений, обозначаемых этими понятиями. В статье не ставится вопрос общеметодологического анализа этих явлений, а предпринята попытка практического «рабочего» их определения, связанного в первую очередь с содержанием работы конкретных механизмов регуляции, обнаруживаемых в нейропсихологических исследованиях.

Ключевым в определении термина «произвольная/непроизвольная регуляция» выступает понятие «регуляция», поэтому необходимо, в первую очередь, уточнить его смысловое содержание.

Во многих работах употребление термина «регуляция» приобретает некое абсолютное значение - как управление поведением, деятельностью вообще. В зарубежной психологии употребляется термин «executive functions», который буквально переводится как «исполнительные функции», но используется в ином контексте - как «организующие функции», «управляющие функции», «регуляторные функции». Это «многочисленные функции, которые обеспечивают такие виды произвольной активности, как планирование, организацию, самосознание, саморегуляцию и инициацию действий» (Penguin Dictionary of Psychology, 2009, p.276). Речь идет о ряде функций, с помощью которых

осуществляется целенаправленное поведение, т.е. подразумевается, что поведение организуется, управляется с участием многих компонентов. Эти функции не достаточно определены, трудно привести их полный список, поскольку он варьирует у разных авторов, но в то же время подразумевается, что это не одна функция. Например, P.V.Burgess (2007) пишет, что роль управляющих функций состоит, в общем смысле, в том, что они дают возможность субъекту формировать новые паттерны поведения и способы мышления. И тогда это должен быть «широкий круг функций, таких как творческое и абстрактное мышление, интроспекция, и все процессы, которые необходимы субъекту для понимания того, что он хочет, как он может достигнуть этого (т.е. формирование плана, основанного на реорганизации прошлого опыта) и, наконец, выполнения этого плана» (стр.303). Объединение же всех этих функций как управляющих проводится на основании того, что они связаны с работой лобных отделов мозга, выполняющих функцию управления поведением (“supervisory” по Shallice (1988) или “executive” по Pribram (1973)).

В отечественных исследованиях также часто можно видеть, что термин «регуляция» используется как собирательное понятие включающее ряд функций, всю совокупность явлений и процессов, обеспечивающих возможность целенаправленного выполнения деятельности, поведения.

В то же время, если обратиться к смыслу того, что обычно вкладывается в термин «регуляция» в узком контексте, то можно найти следующие определения. Например, в БСЭ регулирование определяется как «упорядочивание, налаживание, приведение чего-либо в соответствие с установленными нормами, правилами» (БСЭ,1955, т.36, с.226). Сходно по смыслу и определение нервной регуляции как координирующего влияния нервной системы на клетки, ткани и органы, приводящее их деятельность в соответствие с потребностями организма и изменениями окружающей среды (Биологич. энциклопед. словарь, 1986).

Основной функцией психической регуляции в отечественной психологии рассматривается обеспечение соответствия действий человека отражаемой им действительности (К. А.Абульханова-Славская, 1982).

Психическая регуляции связана с психическими процессами, свойствами и состояниями, которые имеют связь с работой соответствующих отделов мозга и их участие в деятельности должно быть согласовано с ее требованиями. Конкретные формы деятельности формируются на основе потребностей человека,

выступающих источником активности и на основе программы, определяющей ее содержание и структуру.

Следует вспомнить, что С. Л. Рубинштейн разделял регуляцию на побудительную и исполнительную, выделяя тем самым в общей идее психической регуляции ее конкретные формы и механизмы (Рубинштейн С. Л., 1957). Побудительная регуляция определяет, какое действие будет совершаться. Она связана с предметом потребности, и служит побуждениями к возможному действию и определяет его направление. Исполнительная регуляция приводит действие в соответствие с условиями, в которых оно совершается. К работе С.Л.Рубинштейна обращается и Н.К.Корсакова, связывая эти два вида регуляции с работой первого и третьего блока мозга, выстраивая на этой основе уровневую организацию регуляции (Круглый стол...2012). Но можно рассмотреть и другую интерпретацию термина регуляция.

Если говорить о уже выполняемой деятельности, то соответствующая ей программа, алгоритм ее выполнения, направленного на достижение ожидаемого результата определяет необходимый для этого набор средств и становится той нормой, в соответствие с которой должна быть приведена выполняемая деятельность. Для осуществления деятельности на основе программы необходимо инициировать ее запуск, поддерживать последовательность ее выполнения, контролировать правильность выполнения, остановку при достижении ожидаемого результата или при необходимости провести коррекцию. Вероятно, все эти процессы, определяющие правильность выполнения деятельности, соответствующей заданной программе, следует рассматривать как связанные с регуляцией уже исполняемой деятельности.

Если обратиться к работам А.Р.Лурия, к его описанию роли лобных отделов мозга в управлении сложными формами психической деятельности, то можно видеть двойное толкование термина «регуляция». В одном случае он пишет о лобных долях и их роли в регуляции психической деятельности, рассматривая регуляцию как ведущий компонент управления поведением человека. В то же время, говоря об организации активной, сознательной психической деятельности, он выделяет такие компоненты управления как программирование, регуляцию и контроль, среди которых регуляция выступает соположенной с другими функциями (программированием и контролем), обеспечивающими управление.



Термин «регуляция», таким образом, употребляется в двух смыслах. В одном, глобальном, как управление всей деятельностью в целом, в другом, более узком, как одна из функций, участвующих в управлении. В этой связи возникает вопрос, какую роль в поведении играет регуляция как один из компонентов управления.

Организация деятельности и ее выполнение подразумевают наличие потребностей, мотивов, программ, контроля, т.е. задействования ряда психических процессов, свойств и состояний. Смысл, который вкладывается в широкое толкование понятия «регуляция» деятельности, подразумевает формирование, реализацию и взаимодействие всех перечисленных компонентов. Но, с другой стороны, потребность оказывает регулирующее влияние на формирование программы. Программа будет сформирована в зависимости от ряда требований и условий деятельности, ее пространственно-временные, операциональные и другие характеристики будут соотноситься с отдельными психическими процессами и оказывать регулирующее влияние на алгоритм выполнения деятельности. Контроль как процедура сопоставления того, что делается, с тем, что должно быть получено оказывает регулирующее влияние на прекращение или продолжение деятельности. Если понимать регуляцию в широком смысле, как управление активностью, то в этом случае все компоненты участвуют в регуляции, в ее побудительной и исполнительной (по С.Л.Рубинштейну) формах.

В то же время целенаправленная активность подразумевает, что работа механизмов, обеспечивающих управляющие роли каждого компонента, должна быть скоординирована. Вероятно, феноменами, которые детерминируют активность (поведение, деятельность) и управляют ею являются потребности, мотивы, программы, обратная связь (контроль), а собственно регуляцию следует рассматривать как процесс, обеспечивающий общую координирующую функцию, связанную с инициацией, пролонгированием, прекращением деятельности. Можно упомянуть, что И. М. Сеченов рассматривал работу механизма регуляции движения с точки запуска, остановки, регуляции параметров движений. Представляется, что этот второй, более узкий смысл в большей степени соответствует содержанию термина «регуляция» активности (поведения, деятельности). Он отражает специфику взаимодействия, содружественной работы конкретных механизмов выполняемой деятельности,

выводит его из более широкого контекста, связанного с понятием «управление», и создает перспективу более предметного изучения феноменов регуляции. Использование термина «регуляция» в широком смысле сохраняет недифференцированность его содержания и неизбежно потребует дальнейшей операционализации этого понятия.

Еще одним аспектом терминологических затруднений в нейропсихологических работах является употребление термина «регуляция» в сочетании с прилагательным «произвольная/непроизвольная».

В своих работах А.Р.Лурия не использует сочетания «произвольная регуляция». Он пишет о программирующей, регулирующей и контролирующей роли лобных отделов мозга, рассматривая регуляцию как синоним управления или как один из компонентов, необходимых для выполнения сознательной деятельности. Термин «произвольность» при этом соотносится не с регуляцией, а с тем, что регулируется. «Человек не только пассивно реагирует на поступающие сигналы. Он формирует *планы, программы своих действий*, следит за их выполнением и *регулирует* свое поведение, приводя его в соответствие с этими планами и программами; наконец он контролирует свою сознательную деятельность, сличая эффект своих действий с исходными намерениями и *корректируя допущенные ошибки*» (Лурия А.Р. 1973, с.108).

Представляется более правильным сместить акценты и говорить не о произвольной/непроизвольной регуляции, а о регуляции произвольной или непроизвольной деятельности.

Регуляция присутствует и в непроизвольной и в произвольной деятельности. Регуляция, обусловленная различиями в управлении непроизвольной и произвольной деятельностью, возможно, осуществляется по-разному, на основе координации иного состава управляющих поведением компонентов. Более общий вопрос касается того, а можно ли описать случаи, когда имеет место произвольная/непроизвольная регуляция? В классическом примере непроизвольной речи, описанным У.Говерсом и прокомментированным Х.Джексоном - «Нет, доктор, я не могу сказать слово «нет»» - пациент, непроизвольно произнося эту фразу, регулирует её построение. Это не непроизвольно всплывающие слова, никак не относящиеся к ситуации. Его речевая деятельность регулируется, но она не соответствует той программе, которая должна быть сформирована в соответствии с инструкцией. Регуляция

имела место, была осуществлена в отношении компонентов, которые необходимы для выполнения речевой, но лишенной свойства произвольности, деятельности. То есть произвольная деятельность тоже регулируется в плане координации работы тех механизмов, которые принимают участие в ее осуществлении, также как регулируются и автоматизированные, рефлексорные акты.

И в произвольном и в произвольном поведении принимает участие целый комплекс психических процессов, состояний, свойств, и в каждом случае должна иметь место регуляция, направленная на скоординированную работу механизмов, обеспечивающих поведенческий акт. Свойство произвольности присутствует в активности, деятельности, поведения в том случае, если достигаемый в ходе этой активности, деятельности результат требует планирования, то есть он не может быть получен автоматизировано, за счет уже апробированных ранее программ.

Представляется целесообразным рассматривать регуляцию как общее свойство активности субъекта, обеспечивающее инициацию произвольной или произвольной деятельности, координацию взаимодействия входящих в состав выполняемой деятельности компонентов, и завершение этой деятельности.

Три основных сферы участия лобных отделов в регуляции рассматривались А.Р.Лурия как регуляция состояний активности, регуляция движений и действий, регуляция мнестических и интеллектуальных процессов (А.Р.Лурия, 1969,1973).

Можно интерпретировать это описание в аспекте основных функций регуляции связанных: а) с инициацией на основе побуждения (мотивов) и завершением деятельности (регулирование динамических аспектов деятельности); б) с координацией различных компонентов деятельности (регулирование, обеспечивающее вовлечение в деятельность и взаимодействие всех необходимых по программе операциональных компонентов); в) с пролонгированием деятельности, определяемым на основе соответствия/несоответствия полученных и ожидаемых результатов (регулирование, обеспечивающее целенаправленный, «правильный» характер взаимодействия операциональных компонентов программы).

В такой интерпретации разных функций регуляции можно видеть определенный подход как к анализу различий регуляторных процессов в произвольной и произвольной деятельности, так и к специфике возможных нарушений регуляции.

Использование понятия «регуляция произвольной/непроизвольной» активности (поведения, деятельности) в рассмотренном контексте позволяет развести функции управления и регулирования, и оценить роль регуляции в предложенной А.Р.Лурия триаде «программирование – регуляция – контроль».

#### Литература

1. Абульханова-Славская К. А. Личностные механизмы регуляции деятельности. В кн.; Шорохова Е.В. (ред) Проблемы психологии личности М.: Наука, 1982.
2. Биологический энциклопедический словарь. Гл. ред. М. С. Гиляров. 2-е изд., исправл., М.: Сов. Энциклопедия, 1986
3. БСЭ, т.36, М., Бол. Сов. Энциклопедия, 1955
4. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека М., МГУ, 1969
5. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М., МГУ, 1973
6. Рубинштейн С. Л. Бытие и сознание. М., Изд-во АН СССР, 1957.
7. Круглый стол «Проблемы и перспективы психологического изучения нарушений произвольной регуляции деятельности». В сб.: Наследие А.Р. Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: К 110-летию со дня рождения А.Р. Лурии/ Сост. Н.К. Корсакова, Ю.В. Микадзе. М.: Факультет психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, 2012, с.286-327.
8. Burgess P.V. Assessment of executive functions. In.: Handbook of clinical neuropsychology. Ed. P.W. Halligan, I.Kischka, J.C.Marshall. Oxford University Press. 2007
9. The Penguin Dictionary of Psychology. A.S.Reber, R.A.&E.S.Reber. Penguin Books, 2009

## **Нейропсихологический дефицит у детей и подростков с генетическими синдромами**

Л.А. Троицкая

**Наследственные болезни** широко распространены среди населения. 50-60 из 1000 родившихся детей имеют генетические дефекты.

Генетические нарушения — это универсальная проблема. Они встречаются у представителей всех рас, возрастов и обоих полов.

Основное направление борьбы с распространением наследственной патологии в обществе в течение ряда лет было тесно связано со сложными вопросами диагностики врожденных и наследственных болезней и дефектов. Достижения различных научных дисциплин — молекулярной и медицинской генетики, биохимии, иммунологии и др. — обусловили практическую

возможность своевременной идентификации значительного числа наследственных нарушений. Появились реальные предпосылки для подхода к разрешению многообразных задач медицинской и социально-психологической реабилитации пораженных этой патологией детей и подростков. Комплекс разработок при этом включает различные способы коррекции наследственных дефектов:

- Целенаправленная система диспансеризации больных детей и их ближайших родственников.
- Генетический регистр семей с наследственными заболеваниями.
- Проведение эффективного про- и ретроспективного генетического консультирования.

Генетическое консультирование — смежная специальность. В ней могут работать врачи различных специализаций и генетики. Однако область работы не ограничивается только медицинскими работниками. Для проведения высокоинформативной, адекватной генетической консультации готовится большое количество специалистов смежных специальностей: по медицинской этике и психологи, логопедии и социальные работники.

Многие наследственные болезни нередко сопровождаются тяжелыми нарушениями нервно-психического и физического развития, в частности, болезни обмена веществ, частота которых достигает от 1:1000(2) до 1:500 новорожденных. Заболевания отличаются высокой летальностью, особенно в раннем возрасте.(1)

Около 20% генетических синдромов, согласно литературным данным, не имеют расстройств психического спектра и умственной недостаточности. К ним относятся, в частности, пациенты с соединительнотканной патологией и нарушениями опорно-двигательного аппарата (рахитоподобным синдром).(3)

#### Клиническая характеристика наследственных болезней с нарушением соединительной ткани

Наибольший удельный вес в нарушениях соединительной ткани принадлежит синдрому Элерса-Данлоса и несовершенному остеогенезу.

Синдром Элерса — Данлоса - это гетерогенная группа наследственных заболеваний соединительной ткани, в основе которых лежит недостаточное развитие коллагеновых структур в различных системах организма. Проявляется патологией кожи, опорно-двигательного аппарата, сердечнососудистой системы, глаз. Относится к моногенным заболеваниям с различными типами наследования: аутосомно-доминантным, аутосомно-рецессивным и X-сцепленным.

Генерализованность клинических проявлений при синдромах Элерса-Данлоса обусловлена тем, что элементы пораженной соединительной ткани присутствуют практически во всех тканях и системах организма. Основным клиническим признаком синдрома Элерса-Данлоса является гиперрастяжимость кожи — взятая в складку кожа легко оттягивается. При этом оттянутая кожная складка быстро возвращается в исходное положение. Кожа тонкая, нежная, бархатистая на ощупь, слабо фиксирована с подлежащими тканями. На ладонях и подошвах кожа морщинистая. Повышение растяжимости кожи может отмечаться с момента рождения ребенка или проявиться в дошкольном возрасте, эластичность кожи с возрастом снижается. Одним из симптомов синдрома Элерса-Данлоса является «хрупкость» кожи, ее легкая ранимость, проявляющаяся в возрасте старше 2—3 лет. При минимальном травмировании возможны разрывы тканей, которые медленно заживают, оставляя после себя атрофичные рубцы с лоснящейся морщинистой поверхностью — так называемые папиросные рубцы. Поражение суставов обычно обнаруживается, когда ребенок начинает ходить. Гиперподвижность суставов может приводить к повторным подвывихам и вывихам. Частыми признаками синдрома Элерса-Данлоса являются врожденный вывих бедра и переразгибание коленного сустава. С возрастом гиперподвижность суставов обычно становится менее заметной.

Патология сердечно-сосудистой системы характеризуется разнообразными врожденными пороками сердца, пролапсом митрального клапана, аневризмами сосудов.

Мышечно-скелетные изменения при синдроме Элерса-Данлоса включают деформации грудной клетки (воронкообразную, килевидную), кифоз, сколиоз, косолапость. Зубы у больных могут быть неправильно сформированы, аномально

расположены, уменьшены в размерах или частично отсутствуют. Умственное развитие больных в большинстве случаев соответствует возрасту ( 8, 9, 12)

К группе тяжелых наследственных болезней соединительной ткани, встречающихся в педиатрической практике, относится также **несовершенный остеогенез**.

Общими и характерными клиническими признаками несовершенного остеогенеза являются частые патологические переломы. При врожденной форме ребенок рождается с деформациями конечностей в результате внутриутробных переломов. При поздней форме переломы появляются в старшем возрасте. У новорожденных кости черепа могут быть чрезмерно мягкими. Зубы прорезываются поздно, часто имеют янтарную окраску и поражаются кариесом. Чаще всего наблюдаются переломы длинных трубчатых костей и позвоночника, однако не являются исключением переломы и других костей. Количество переломов не зависит от формы несовершенного остеогенеза. Течение заболевания у детей, которые родились с внутриутробными переломами и у которых переломы начались с 3-5 - летнего возраста, может быть легким (редкие переломы) и более тяжелым (частые множественные переломы). Тугоухость у больных с несовершенным остеогенезом обычно возникает в возрасте 20-30 лет. (9;10)

Клиническая характеристика рахитоподобных заболеваний.

Рахитоподобные болезни — группа наследственных тубулопатий, клиническая картина которых в ранние сроки заболевания имитирует рахит, но не связана с дефицитом поступающего в организм витамина D. Их ведущим синдромом являются аномалии скелета (почечные остеопатии).

К рахитоподобным синдромам относятся витамин-D-резистентный рахит, витамин-D-зависимый рахит, болезнь де Тони — Дебре — Фанкони и почечный тубулярный ацидоз.

**Витамин-D-резистентный рахит** (семейный гипофосфатемический рахит, фосфат-диабет) характеризуется доминантным типом наследования, сцепленным с полом, возможен также аутосомно-доминантный тип. Патогенез метаболических расстройств при этом заболевании сложен и в достаточной степени не исследован. Развитие его связывают с первичным нарушением

процессов всасывания кальция и фосфора в кишечнике; с первичным дефектом транспорта неорганических фосфатов в почках и повышением чувствительности эпителия канальцев почек к действию паратгормона. (10)

Заболевание проявляется у детей в 1—2 года, но может начаться в старшем возрасте. Основными проявлениями болезни служат задержка роста и выраженные прогрессирующие деформации скелета, особенно нижних конечностей (по варусному типу). D-образные искривления, что сопровождается нарушением походки ребенка («утиная походка»). Наблюдается значительная болезненность костей и мышц, нередко мышечная гипотония; гипофосфатемия и гиперфосфатурия при нормальном содержании кальция в крови (дифференциально-диагностический признак). Выявляются рентгенологически рахитоподобные изменения костей, преимущественно нижних конечностей. Интеллект больных детей сохранен.

**Витамин-D-зависимый рахит** (псевдовитамин-D-дефицитный рахит псевдорахит). Имеет аутосомно-рецессивный тип наследования, однако встречаются и спорадические случаи заболевания, обусловленные, видимо, свежими первичными мутациями. Деформации скелета, нижних конечностей имеет вагусный тип.

Клинически патология выявляется чаще всего в первые 3—5 мес. жизни ребенка (реже болезнь начинается в 3—5-летнем возрасте). В начальных стадиях характеризуется функциональными изменениями ЦНС и вегетативной нервной системы (потливость, нарушение сна, вздрагивания и др.), к которым позднее присоединяются костные поражения. (8,9,10, 14).

В работах отечественных и зарубежных психологов практически отсутствует оценка формирования и развития когнитивной функции у детей с нарушениями соединительнотканной патологии и рахитоподобными синдромами.

Цель настоящего сообщения – представление первых итогов расширенного нейропсихологического исследования когнитивной сферы детей и подростков с наследственными синдромами.

Работа проводилась группой студентов и аспирантов МГППУ факультета КСП, кафедры нейро- и патопсихологии на базе МНИИ педиатрии детской



хирургии отделения врожденных и наследственных заболеваний у детей с нарушениями ЦНС и психоневрологии.

Было сформировано три экспериментальных группы: 1-ая – дети в возрасте 6-7 лет с соединительно-тканной патологией, 2-ая - подростки с нарушениями соединительно-тканной патологией в возрасте 14-17 лет; 3-ья- подростки с рахитоподобным синдромом того же возраста, количество детей в каждой группе около 25 человек.

Нейропсихологическое обследование включало следующие тесты:

- пробы, направленные на оценку зрительно-пространственного гнозиса и праксиса: проба Хеда, копирование рисунков, фигуры Рея – Тейлора, фигуры с поворотом на 180°, узнавание времени по часам без стрелок, проба на понимание логико – грамматических конструкций;
- пробы, направленные на оценку динамического праксиса: проба кулак-ребро-ладонь, проба на реципрокную координацию рук;
- пробы, направленные на оценку кинестетической организации
- пробы, направленные на исследование сомато-сенсорного гнозиса: локализацию прикосновений и дермолексию;
- пробы, направленные на мнестической функции памяти: пробы на слухоречевое и зрительное запоминание;
- пробы, направленные на оценку слухомоторной координации: воспроизведение ритмов по образцу и по инструкции;
- пробы, направленные на оценку предметного гнозиса: узнавание реалистических изображений, перечеркнутых, наложенных и незаконченных изображений;
- пробы, направленные на оценку мышления: пробы на понимание смысла сюжетных картин, методика “Четвертый лишний”, решение задач.

Количественная оценка полученных результатов осуществлялась с учетом возрастных нормативов выполнения отдельных проб (2, 7). Выраженность выявленных нарушений оценивалась по балльной системе:

- 0 баллов - отсутствие нарушений;

- 1 балл – легкие нарушения и возможность самостоятельной коррекции ошибок (до 30% ошибок);
- 2 балла – средняя степень выраженности дефекта, возможность коррекции и выполнения задания при подсказках экспериментатора (от 30 до 70% ошибок);
- 3 балла – выраженный дефект (от 70 до 100% ошибок).

### Полученные результаты

Все пациенты экспериментальной группы дети и подростки с наследственными заболеваниями соединительной ткани и опорно-двигательного аппарата обучались по программе массовой школы, и, тем не менее, в ходе исследования был выявлен значительный нейропсихологический дефицит мнестических функций, кинестетического, пространственного и динамического праксиса, тактильной чувствительности, квазипространственных представлений, зрительного гнозиса, графических навыков. Результаты исследования представлены в таблице 1.

**Нейропсихологический дефицитВПФ функций экспериментальных групп ( в %)**  
Таблица 1

	Группа 1 Нарушения соединит. ткани-мл.возраст	Группа 2 Нарушения соединит. ткани- старш.возр.	Рахитопод.с- м группа 3
Мнестическая функция	24,80	25,60	23,30
Слухоречевая память	21,4	32,1	31,90
Семантическое запоминание	24,5	24,2	20,20
Кинестетический праксис	46,3	18,3	15,90
Пространственный праксис	40,5	33,3	20,80
Динамический праксис	34,9	23,9	21,30
Проприочувствительность	63,9	37,0	46,80
Тактильная алексия	71,2	37,0	41,50
Квазипространственные представления	51,4%	27,7%	26,70%
Зрительный гнозис	30,4	18,3	17,70
Графические навыки	57,1	18,5	13,30

Нейропсихологический дефицит ВПФ у детей младшего возраста первой группы более выражен, чем у пациентов этой патологии старшего возраста.

Уровень психологической недостаточности у больных трех групп различен, но имеет одинаковую тенденцию, в больше степени наблюдались расстройства

тактильной чувствительности, кинестетического, пространственного, динамического праксиса и понимания квазипространственных отношений.

### ***Праксис***

В группах 1 и 2 пациентов с нарушениями соединительной ткани мы обнаруживаем выраженные нарушения кинестетического, пространственного и динамического праксиса, причем, компенсации в подростковом возрасте практически не происходит.

По литературным данным, в частности, в исследованиях Манелис Н.Г. было установлено, что 91% здоровых детей должен выполнять пробы на кинестетический праксис без ошибок уже в 7 лет. (6)

В нашей работе выявлено, что ошибки и трудности в выполнении этих проб встречаются у детей и подростков с соединительнотканной патологией и опорно-двигательными нарушениями в более позднем возрасте. Та же тенденция наблюдается в трех экспериментальных группах при выполнении динамического праксиса, в то время как в выборке у 84,6% здоровых детей в возрасте 7 лет ошибок в этой пробе нет.(11). А в проведенном нами исследовании практически каждый ребенок всех возрастных групп имел нейропсихологический дефицит в этих пробах.

### ***Тактильная чувствительность***

В группе детей с опорно-двигательными заболеваниями установлено значительное снижение проприоочувствительности и тактильная алексия, по сравнению с пациентами соединительнотканной патологии. По всей вероятности, это связано с характером и особенностями прогрессирующего нарушения опорно-двигательного аппарата.

### ***Квазипространственные представления***

У детей с генетическими синдромами наблюдается недостаточность квазипространственных представлений, что негативным образом сказывается на успеваемости и вызывает определенные трудности при решении математических задач, понимании логико-грамматических конструкций и т.п.

### ***Мнестические функции***

При оценке мнестических функций, слухоречевого запоминания с помощью методики «Заучивание 10 слов» учитывались следующие параметры:

объем непосредственного запоминания и отсроченного, наличие литеральных и вербальных парафазий, интерференций, стереотипных повторений. В ходе работы были получены следующие результаты:

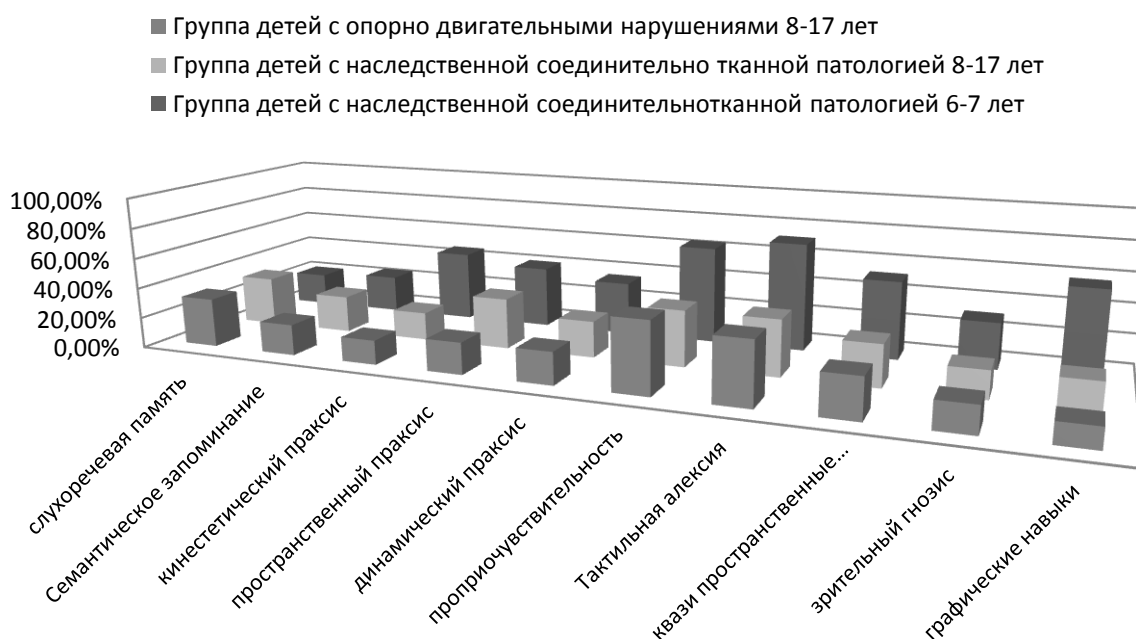
- в группе 1, детей 6-7 лет с нарушением соединительной ткани дефицит слухоречевой памяти соответствовал 21,4%, наиболее часто встречаемыми ошибками были литеральные и вербальные парафазии, снижение объема непосредственного и отсроченного запоминания.

- в группе 2, с нарушениями соединительно-тканной патологии старшего возраста наблюдалось увеличение мнестических расстройств до 32,1%, но характер ошибок был иным, преобладало снижение объема непосредственного и отсроченного запоминания.

- в группе 3, с рахитоподобным синдромом, недостаточность слухоречевого запоминания составила - 31,9%, преобладало снижение объема непосредственного и отсроченного запоминания и влияние гетерогенной интерференции.

Полученные результаты исследованиями высших психических функций трех экспериментальных групп представлены на диаграмме 1.

**Сравнение результатов выполнения нейропсихологических проб пациентами трех экспериментальных групп**  
**Диаграмма 1**



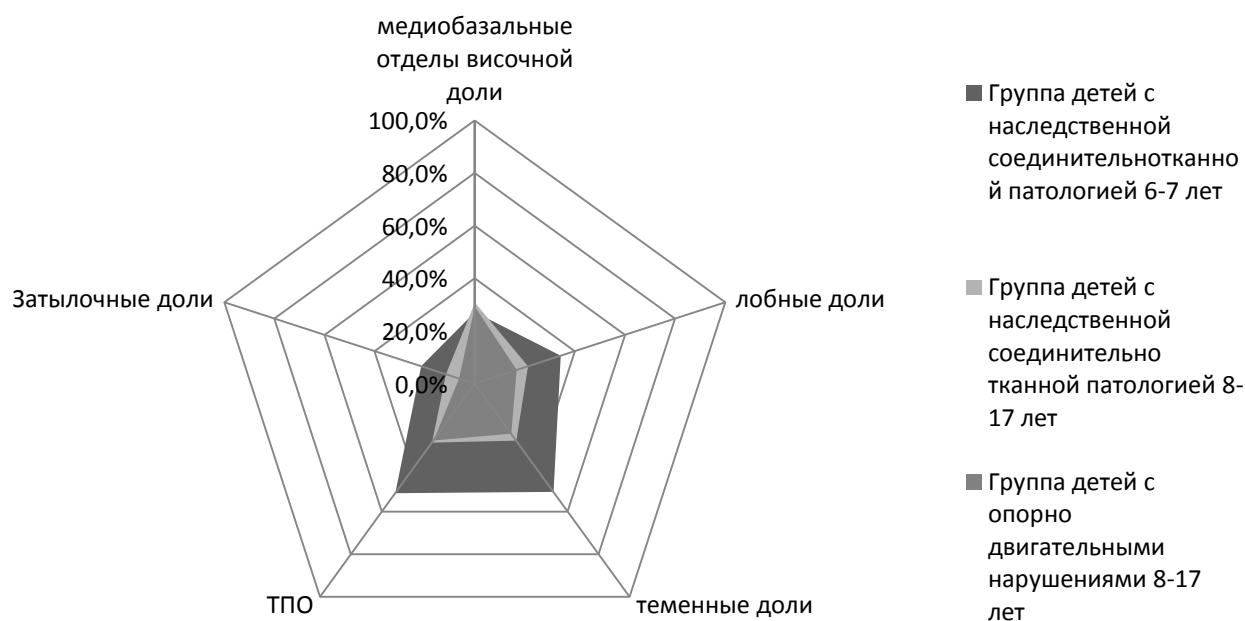
После проведенного анализа полученных результатов состояния высших психических функций у больных с генетическими синдромами и оценки характера выявленных нарушений были установлены следующие нейропсихологические синдромы: верхне- и нижнетеменного синдрома (в большей степени, нижнетеменного), синдрома ТПО и синдрома поражения премоторных отделов коры головного мозга ( 15).

Морфологические изменения подчинены определенным закономерностям развития, они иллюстрируют отдельные фазы процесса, обычно стереотипного и циклического, придают всему процессу относительную устойчивость. Патогенез поэтому подразумевает территориальность процесса, а последняя находит свое отражение в клинической истории болезни.

Результаты представлены на диаграмме 2.

**Нейропсихологическая недостаточность зональных отделов головного мозга у детей с наследственными заболеваниями соединительной ткани и опорно-двигательного аппарата**

**Диаграмма 2**



Было установлено, что наибольшая депривация у детей и подростков экспериментальных групп наблюдается в теменных отделах головного мозга и в зоне ТПО.

Таким образом, патогенез определяет клинику заболевания, его симптоматику, направленность синдрообразования, форму течения

патологического процесса, его исход. Но ни этиология, ни патогенез, взятые отдельно, не определяют собой существа нозологической формы. В нозологической форме этиология и патогенез выступают в единстве: к одной и той же нозологической форме относятся лишь случаи с одинаковыми этиологией и патогенезом. А впервые примененный нейропсихологический подход изучения когнитивных процессов у пациентов с представленными генетическими синдромами, с одной стороны, установил схожесть особенностей нервно-психического развития детей и подростков с нарушениями соединительно-тканной патологии и опорно-двигательными нарушениями. С другой стороны, представлена дифференцировка различий состояния психической деятельности. Выявленный значительный нейропсихологический дефицит приводит к трудностям обучения, к недостаточности социализации (адаптации, интеграции, индивидуализации) и как следствие, к нарушению эмоционально-личностной сферы (агрессии, тревожности, дисгармоничному развитию личности). Большинство детей с соединительнотканными заболеваниями и патологиями опорно-двигательного аппарата попадают к психологам в подростковом возрасте с проблемами в перечисленных сферах деятельности, поэтому своевременная и грамотная диагностика, в частности, с помощью нейропсихологического метода исследования позволит подобрать адекватные методы коррекции, улучшающие качество жизни пациентов.

#### Литература

1. Brown T, Jenkins E. Krawczun M, Wisniewski K, Rudelly R, Cohen I, Fisch G. The Fragile X syndrome.in Mental retardation: research, education, and technology transfer. Annals of the Ney York Academy of sciences. Vol. 477. 2006.)Ковязина М.С., Балашова Е.Ю. О пространственных представлениях у детей с разной степенью сформированности межполушарного взаимодействия. Психологические исследования 2009 - No. 1(3)
3. Козлова С.И. Демикова Н.С. Семанова Е. Блинникова О.Е. Наследственные синдромы. М.1996.)
4. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: Учебное пособие.: Академия, 2006 г. – 384 с.
5. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга – «Питер» 2008.
6. Манелис Н.Г., Касаткин В.Н., Горина И.С., Виноградова Н.М., Чиркова О.Ю. Нейропсихологическая модель мозговой организации высших психических функций у детей, страдающих бронхиальной астмой.
7. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста Учебное пособие. СПб.: Питер, 2008

8. Новиков П.В., Ходунова А.А. Неонатальный скрининг на наследственные болезни обмена веществ в Российской Федерации. – Российский вестник перинатологии и педиатрии. Выпуск 5, 2012. Том 57, с.5-12
9. Новиков П.В., Вельтищев Ю. Е. Роль наследственности в патологии детского возраста: методы диагностики, терапии, профилактики. М.2004 г., 81
10. Ньюссобаум Р.Л., Мак-Инесс Р.Р., Виллард Х.Ф.. Медицинская генетика: учебное пособие. М: ГЭОТАР-медиа 2010, 624 с.
11. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М.: Изд-во «Академия». – 2002. - 232 с.
12. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. - М.: Изд-во «Академия». – 2002. - 232 с.
13. Симерницкая Э. Г. «Мозг человека и психические процессы в онтогенезе». МГУ 1985.
14. Троицкая Л.А. – Докт. Дисс. Особенности эмоциональной сферы и познавательной деятельности у детей и подростков норме и при патологии ЦНС – М., 2009 г. 52 с.
15. Хомская Е. Д. Нейропсихология, Москва, 1987 г.

## **МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПСИХОСОМАТИЧЕСКИМИ РАССТРОЙСТВАМИ**

А.А. Северный

Прежде чем формулировать задачи организации помощи детям с психосоматическими расстройствами, необходимо определиться с тем, что мы понимаем под этими расстройствами. Несмотря на огромное количество работ по психосоматике, несмотря на почти двухвековую историю самого термина и активную разработку проблемы в последние 80 лет, начиная с психоаналитических исследований F. Dunbar [5] и F. Alexander [3, 4], до сих пор мы не имеем какого-либо нормативного определения, более или менее четко описывающего данную область. Более того, во многих монографиях, посвященных психосоматической патологии как в общей медицине, так и в педиатрии, вообще отсутствуют попытки такого определения, и авторы ограничиваются последовательным описанием широкого спектра расстройств, относимых ими к психосоматическим, правда, по не совсем ясным критериям.

Если обратиться к современным классификациям, и прежде всего к МКБ-10, то мы увидим, что термин «психосоматический» не используется в обозначениях категорий в МКБ–10, очевидно, в связи с различием его значений в различных языках и психиатрических школах, а также потому, что использование этого термина косвенно подразумевает, что психогенетический фактор не играет

никакой роли в возникновении, течении и исходе других заболеваний, для которых этот термин не применен. Расстройства, относимые в общем понимании к психосоматическим, могут быть найдены в МКБ–10, в первую очередь, в рубриках F45 (соматоформные расстройства), а также F50 (расстройства аппетита), F52 (сексуальные дисфункции), F54 (психологические и поведенческие факторы, связанные с расстройствами и болезнями любой рубрики классификации) и др. Здесь следует обратить ваше внимание на то, что все соматоформные (соматизированные и т. п.) расстройства априорно отнесены к невротическим, т. е. подразумевается их исключительно психогенный в узком понимании этого слова характер, хотя указывается, что психогенный фактор может и не обнаруживаться. Такая узкая трактовка психосоматического, очевидно, имеет психоаналитические исторические корни. Отсюда становится понятной и достаточно узкая трактовка психопатологического компонента психосоматических расстройств. Если собственно соматический компонент может рассматриваться предельно широко, подразумевая участие любой физиологической и органной системы, то психопатология, по мнению большинства известных нам авторов, трактуется исключительно как различные варианты депрессивного симптомокомплекса с тревожным, как правило, компонентом, что, впрочем, и естественно для расстройств невротического круга. Отсюда и строятся предпосылки для коррекционной работы, направленной, в первую очередь, на редукцию депрессивных расстройств с помощью психофармакологических, психотерапевтических и психосоциальных методов.

Наряду с таким, достаточно ограниченным феноменологическим подходом к характеристике психосоматических расстройств, существуют и, наоборот, крайне широкие трактовки, позволяющие включить в этот круг чуть ли не половину всех пациентов общесоматической сети. В этом отношении можно указать на хорошо известную классификацию одного из ведущих отечественных исследователей в данной области А.Б. Смулевича [1], который противопоставляет клиническую трактовку психосоматической медицины очерченной выше традиционной психогенетической. При этом в круг психосоматических расстройств включается и широчайший круг психических нарушений, вызванных собственно органическими соматическими заболеваниями. Таким образом, по А.Б.



Смулевичу, клинические образования, отражающие структуру психосоматических соотношений, могут быть сгруппированы в пределах следующих четырех основных категорий:

I. Психическая патология, реализующаяся в соматической сфере при отсутствии аргументированной медицинским обследованием соматической патологии.

II. Сочетанные (имплицированные) психопатологически-соматические расстройства.

III. Психопатологические расстройства, обусловленные/провоцированные соматическим заболеванием.

IV. Соматические расстройства, психогенно спровоцированные (психосоматические заболевания).

Предлагаемая классификация включает и тесно связанные со сферой телесного «Я» нарушения - ипохондрию или расстройства ипохондрического спектра. В свете такого подхода, позволяющего рассматривать в клиническом единстве проявления психосоматической дихотомии, ипохондрия, по автору, представляется наиболее адекватной психопатологической моделью с психопатологической квалификацией последовательно утяжеляющихся синдромов психосоматического ряда (невротические, психопатические, аффективные, бредовые).

В данном сообщении мы не ставим своей целью обозреть все многообразие современных трактовок психосоматических расстройств. Представляется целесообразным лишь показать их 2 полюса – с максимально узкими и максимально широкими интерпретациями. Но если мы ставим своей целью определиться с конкретной организацией помощи детям, страдающим психосоматическими нарушениями, то нам следует попытаться избежать как неоправданной узости, так и избыточной широты этих интерпретаций. С этой целью мы предлагаем ввести рабочее определение психосоматической патологии, в котором нет указаний, даже косвенных, на этиопатогенетические механизмы страдания, а предпринимается попытка дать собственно клиническую и, возможно, сугубо прагматическую характеристику данной патологии.

Психосоматическая патология – симптомокомплексы, включающие

функциональные психические и функциональные (во всяком случае, на первых этапах заболевания) вегетосоматические расстройства с преобладанием в клинической картине последних, которые и служат первоначальной диагностической и терапевтической «мишенью».

Данное определение требует некоторых уточнений – понятий функциональных вегетосоматических расстройств и психовегетативного синдрома.

Функциональные вегетосоматические расстройства – клинически верифицируемые нарушения в вегетосоматической сфере при отсутствии верифицированного органического патологического субстрата, выступающие в единстве с психопатологической симптоматикой в рамках целостного психовегетативного синдрома.

W. Thiele [8, 9]: психовегетативный синдром – «... закономерное взаимовлияние психических (аффективных) и вегетативных проявлений».

Исходя из этого, мы компилируем классификацию расстройств у детей, относимых нами к психосоматическим, используя как данные литературы (прежде всего классификацию Н. Zimprich [10]), так и собственный клинический опыт.

#### КЛАССИФИКАЦИЯ ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

1. Состояния, связанные с ранней эмоциональной депривацией, - младенческий маразм, анаклитическая депрессия.

2. Соматовегетативные расстройства как проявление конституциональной предрасположенности невропатического типа к патологическому реагированию на психогенные воздействия.

3. Соматовегетативные расстройства как проявление тревоги и невербализуемых (подавляемых) страхов – экзистенциальных и ситуативных.

4. Многообразные синдромально очерченные детско-подростковые специфические и типические расстройства с вегетосоматической манифестацией: анорексии, ожирения, ювенильная желтушность, диарея и запоры, энурез и энкопрез и др., а также менее привязанные к возрасту – неспецифические дерматиты, мигрени, язвенный колит, астматические состояния и др.

5. Наиболее многочисленная группа разнообразных проявлений т. н. ВСД – дискинезии и другие расстройства ЖКТ, проявления колебаний сосудистого тонуса (гипер- и гипотензия), нарушения сердечного ритма, астмоподобные расстройства дыхания (диспноэ), псевдоневрологические нарушения (астеноподобные расстройства, тики, кривошея и др.).

Как видно, сюда не включаются собственно соматогенные психические нарушения, возникающие при верифицируемом патологическом органическом субстрате (будем называть эту патологию соматопсихической). В эту классификацию также не включаются так называемые психосоматозы, т. е. классические психосоматические заболевания (типа язвенной болезни желудка, инфаркта миокарда и пр.), не потому, что они не встречаются у детей (к сожалению, встречаются все чаще), но потому, что, как справедливо замечает А.Б. Смулевич [1], если даже эти заболевания и манифестируют психогенетически, дальнейшее их течение подчиняется преимущественно закономерностям собственно органического соматического заболевания, и они входят в компетенцию, прежде всего, соматологов.

Наш собственный клинический опыт опирается на многолетнее исследование двух независимых когорт больных детей и подростков, насчитывающих в целом 457 человек в возрасте от 3 до 17 лет: 115 больных с наджелудочковой пароксизмальной тахикардией, 159 – с функциональной гипертермией и разнообразными функциональными сердечно-сосудистыми нарушениями, т. н. ВСД, 140 - с расстройствами желудочно-кишечного тракта, 43 – с атопическими дерматитами и функциональными расстройствами дыхания. Мы не даем более детальное диагностическое распределение, во-первых, поскольку в рамках данного сообщения это не представляется столь существенным, а во-вторых, поскольку вегетососудистая патология в большинстве случаев носит сочетанный характер. Если на определенном этапе заболевания выявляется ведущий соматовегетативный синдром, то он, как правило, сопровождается и другими, менее выраженными расстройствами того же уровня, а на других этапах заболевания он может отойти на задний план и картина будет определяться преимущественно другими типами расстройств. Здесь мы попытаемся изложить лишь общие закономерности психопатологии и течения.

## ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ВЕГЕТОСОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

<b>СИМПТОМОКОМПЛЕКСЫ</b>	<b>ВСЕГО</b>	<b>%%</b>
Аффективная симптоматика, в т. ч. биполярная	244	53,39
Аффективно-бредовые, в т. ч. с галлюцинациями	37	8,10
Личностные расстройства	66	14,44
Невротические и неврозоподобные	65	14,22
Психоорганические, в т. ч. эпилептиформные	45	9,85
<b>ВСЕГО</b>	<b>457</b>	<b>100,0</b>

Таким образом, мы видим, что функциональные вегетосоматические расстройства у детей могут быть фасадом, или маской, самой разнообразной психопатологии, а отнюдь не только депрессивной, что, несомненно, необходимо учитывать в организации психокоррекционной работы.

Далее, на данном этапе исследования было необходимо отработать и оценить применимость такого комплекса диагностических методик, который, наряду с собственно клиническим (анамнестическим, психопатологическим) методом, предоставил бы возможность оценивать особенности проявлений задатков личности (характера) больных детей до возникновения собственно клинических проявлений функциональной соматовегетативной патологии, с тем, чтобы в последующем вынести суждение о возможной предрасполагающей (или санирующей) роли тех или иных доманифестных проявлений детской индивидуальности в сочетании с влиянием семейного (ситуативного) и наследственного фона.

Были апробированы следующие психолого-диагностические методы: Тест Кетелла (детский и подростковый варианты), Тест Люшера и его специализированный вариант – Цветовой тест отношений (ЦТО), рисунок «несуществующего животного», рисунок семьи, рисунок «семьи животных», пиктограмма, рисунок «дом, дерево, человек».

Анализ соотносимости результатов тестирования и клинического обследования дает возможность предположить, что наиболее определенно корреспондируются с клиническим методом (с учетом принятой в нашей клинике системы оценки личностных особенностей и девиаций, наиболее близкой в системам К. Шнайдера и П.Б. Ганнушкина) рисуночные методики, которые, при

соответствующей квалифицированной обработке, должны позволить не только оценить актуальное психологическое (психопатологическое) состояние ребенка, его взаимоотношения и место в семейной среде, но и выделить базисные черты его индивидуальности, что важно не только в плане решения исследовательских задач, но и для формирования адекватной психотерапевтической тактики. Это бывает крайне необходимо во многих случаях семейной терапии при функциональных вегетосоматических расстройствах у детей и подростков. Метод ЦТО в этом отношении также весьма полезен. Что касается собственно методики Люшера, то она в основном отражает актуальное эмоциональное (аффективное) состояние больного. Наиболее сложно использовать в соотнесении с клинической оценкой результаты обследования тестом Кетелла.

Сложной и не в полной мере решенной остается задача получения наиболее приближенных к объективности анамнестических данных, касающихся индивидуально-личностных особенностей ребенка в их становлении и развитии, особенно в младенческом периоде, получаемых от родителей. Представляется очевидным, что в силу многих субъективных факторов (этно-культуральные особенности семьи, опасения представить ребенка в «невыгодном» с социальных позиций свете при стремлении соответствовать общепринятому «нормативу» развития и поведения, вытеснение в родительском сознании психотравматичных аспектов микросоциального бытия и др.) сведения, представляемые о ребенке родителями при их прямом расспросе, могут в большей или меньшей степени искажаться. В связи с этим возникает задача разработки полуструктурированного опросника с соответствующими шкалами, в т. ч. и в отношении достоверности, который позволил бы сопоставить (и соответственно в определенной мере валидизировать) получаемые при расспросе сведения с результатами такого тестирования. Такая задача требует привлечения высококвалифицированных патопсихологов и применения соответствующего порядка разработки достоверных тестовых методик.

В целом комплексное патопсихологическое обследование невыборочной группы пациентов (45 чел.) показало значительное разнообразие их основных личностных черт, выявляемых и как доманифестных, и в актуальном обследовании. Не вдаваясь в детали, укажем лишь, что наиболее часто (у 12

больных) выявлена такая черта, как тревожность – либо как ведущая особенность, либо как дополнительный радикал другой личностной структуры. К ним примыкают 4 больных с той или иной выраженностью психастенических (ананкастных) черт, у 9 больных преобладали особенности шизоидного (шизотимного) круга, также в 9 случаях можно было говорить о выраженных циклоидных, чаще гипертимных и эмоционально лабильных особенностях, лишь у 4 больных обнаруживались более или менее отчетливые черты демонстративности (истероформности). В отношении 7 больных не удалось вынести определенного суждения об их индивидуально-личностных особенностях в преморбиде, причем чаще всего это относилось к больным с отчетливыми проявлениями резидуально-органического поражения ЦНС, что само по себе с младенчества накладывало специфический отпечаток на проявления детской индивидуальности (аффективная неустойчивость, истощаемость, гипердинамика и т. п.). Психологическая диагностика выступает важным компонентом как в собственно диагностической процедуре, так и в выстраивании психокоррекционной тактики.

Не менее важной является и диагностика семьи. На нашем материале мы практически не встретили семей с родителями без тех или иных проявлений психопатологии, естественно, преимущественно пограничного уровня, аффективной и невротической, с преобладанием тревожного аффекта. Не встретились нам и гармоничные семьи. Как правило, их можно было квалифицировать по систематике S. Minuchin [10], описавшего семьи, предрасполагающие к появлению психосоматических расстройств у детей. Это, по его терминологии, семьи с безысходностью, сверхпротективностью, ригидностью и неспособные к разрешению конфликта. Особенности внутрисемейных отношений и психопатологические расстройства у членов семьи создают, естественно, особую ситуацию в построении стратегии и тактики психокоррекционной работы.

Наконец, для формулирования общепатологической оценки описываемых психосоматических расстройств у детей и подростков коротко скажем об их течении. Его наиболее типичный стереотип заключается в смене доманифестных стертых личностных отклонений, девиаций развития и мягких субклинических

аффективных расстройств манифестными психовегетативными расстройствами с ведущей соматовегетативной симптоматикой, вслед за которыми, на более поздних возрастных этапах, на первый план выходят собственно психопатологические нарушения, оттесняя на задний план функциональную соматовегетативную симптоматику. Однако в менее характерных случаях возможны и другие варианты динамики, когда доманифестные психопатологические проявления не выявляются либо выражены крайне незначительно (не верифицируются анамнестически и не квалифицируются психопатологически), а первые проявления психовегетативного диатеза выражаются отчетливой соматовегетативной симптоматикой. В этих случаях «психовегетативный» этап наступает позже, тем не менее в последующем, как правило, сменяясь этапом более или менее отчетливых психопатологических расстройств.

Таким образом, в случае функциональных психосоматических нарушений у детей и подростков мы имеем дело с психовегетативным диатезом, который определяется нами следующим образом. Психовегетативный диатез - клинические проявления многофакторной наследственно-конституциональной предрасположенности как к собственно психическим (преимущественно аффективным), так и к функциональным соматовегетативным расстройствам, протекающим в виде фаз и реакций на фоне дизонтогенетических нарушений и онтогенетических кризовых влияний в предрасполагающих условиях семейных и других микросоциальных воздействий. При этом регуляторные расстройства, связанные с эмоциональной сферой, могут сочетаться с конституциональными (врожденными) органическими аномалиями. В частности, на примере кардиальной патологии (пароксизмальной тахикардии) была показана конвергенция врожденных аномалий проводящих путей сердца и экстракардиальных регуляторных расстройств, обусловленных психическими нарушениями.

Являясь более широким понятием, чем невропатия, психовегетативный диатез, в отличие от последней, не связан с каким-либо определенным конституциональным типом личности и понятие психовегетативного диатеза ассоциируется с понятием психовегетативного синдрома, аффективных и невротических нарушений. Однако в данном случае речь идет именно о диатезе,

т. е. о непроцессуальных проявлениях предрасположения, а не о патологическом процессе.

Что касается динамики проявлений диатетических расстройств, то во всех группах больных с приблизительно равной частотой (68%-76%) преобладал фазный вариант над личностным и реактивным (в понимании С.Ю. Циркина [2]). Кроме того, на основании предварительного анализа можно предположить, что отчетливая неравномерность в динамике психофизического развития, склонность к эмоциональной неустойчивости, к сезонным и другим аутохтонным колебаниям психофизического статуса в доманифестном периоде предполагает более отчетливую фазность с более частой сменой патологических состояний, в то время как «устойчивый» преморбид с равномерно-поступательным развитием и более стабильным эмоциональным фоном может служить предиктором психовегетативных и собственно психопатологических расстройств, к затяжному и даже хроническому течению.

Конечно, в ряде случаев диатетическое, непроцессуальное течение может перейти в процессуальное как по органическому типу (с развитием заболевания, текущего по закономерностям органического соматического процесса), так и по психопатологическому, что мы наблюдали у единичных наших больных, обнаруживших со временем в том числе шизофренический процесс.

Таким образом, психовегетативные расстройства в рамках психовегетативного диатеза представляют собой в каждом отдельном случае сложную констелляцию дизонтогенетических, реактивных, фазных, онтогенетических кризовых факторов, проявляющихся в условиях патологической семьи и под влиянием других психосоциальных факторов, создающих предпосылки для клинического проявления диатетической предрасположенности. Коротко перечислим факторы, способствующие микросоциальной дизадаптации<sup>1</sup> детей, страдающих психосоматическими

---

<sup>1</sup> Мы полагаем, что понятие нарушенной, искаженной адаптации следует обозначать как «дизадаптация» вместо более распространенного в последнее время «дезадаптация». Употребление термина «дизадаптация» в данном контексте более адекватно, что подтверждается и литературными источниками, и справочными изданиями. Впервые в отечественной справочной литературе нарушенная адаптация была обозначена именно термином «дизадаптация» (см. Энциклопедический словарь медицинских терминов. Т. 1. – М.: Советская энциклопедия. - 1982. – 464 с.); то же: Большой толковый психологический словарь (Arthur S. Reber. The Penguin Dictionary



расстройствами:

1. Глубина и тяжесть собственно психопатологической и соматовегетативной симптоматики.
2. Особенности критической оценки болезненного состояния самими пациентами (анозогнозия, неполная и двойственная критика) и их ближайшим окружением (фиксация на соматовегетативных нарушениях, недостаточные оценка и понимание психической измененности больного ребенка).
3. Толерантность населения к пограничной психической патологии.
4. Оппозиционное отношение к психиатрической помощи не только больных и их родственников, но и многих врачей-интернистов.
5. Отсутствие специализированной психиатрической и психотерапевтической помощи в первичном педиатрическом звене.
6. Ориентированность существующей системы психиатрической помощи детям преимущественно на манифестную, тяжелую психическую патологию.
7. Недостаточность знаний о психосоматической и пограничной психической патологии в среде педиатров.
8. Вытекающий отсюда существенный дизадаптирующий фактор, который мы обозначаем как ятрогенную дизадаптацию, а именно создание искусственной и неоправданной социальной депривации больных детей вследствие необоснованных ограничений, накладываемых врачами на их деятельность.

Каким же образом следует организовать службу, позволяющую проводить адекватную профилактику, своевременную коррекцию и полноценную реабилитацию больного ребенка с функциональной психовегетативной патологией?

Для нас очевидно, что это не может быть какая-то специальная психосоматическая служба, но собственно служба психического здоровья детей должна быть организована таким образом, чтобы оказывать необходимую помощь и детям с психосоматической патологией. Очевидно, что для этого

---

of Psychology. 2nd Edition). Пер. Е.Ю. Чеботарева. – М.: Вече, Аст, 2001. – Т. 1. – С. 238; то же на сайте [www.glossary.ru](http://www.glossary.ru). В других зарубежных справочных изданиях и словарях (таких, как Springer Lexikon Medizin, Marriam-Webster's Medical Dictionary, и др.) и в различных монографиях понятие нарушенной адаптации также обозначается как дизадаптация (dysadaptation).

необходимо психотерапевтическое звено в амбулаторном педиатрическом учреждении – в детской поликлинике. Основной принцип организации такого кабинета - бригадный, заключающийся в комплексном обследовании и коррекции больного группой специалистов, минимальный набор которых включает детского психиатра, семейного терапевта/психотерапевта, клинического психолога и социального педагога. Следующее звено в данной системе – психотерапевтическая служба в многопрофильном педиатрическом стационаре. Она может быть представлена в 2 формах: либо консультативно-коррекционный отдел с необходимым набором специалистов, обслуживающий все отделения стационара (в некотором смысле этому соответствует наш консультативный кабинет в МНИИ педиатрии и детской хирургии Минздрава РФ), либо специальное стационарное отделение по типу того, какое было организовано, к примеру, в клинике НИИ физиологии СО РАМН в Новосибирске. Пока трудно сказать, какая из двух форм предпочтительней, возможно, нужны обе в зависимости от местных организационных и кадровых условий. Наконец, для реализации реабилитационного этапа необходима организация межведомственного и междисциплинарного взаимодействия в системах семья - здравоохранение, семья - образовательное учреждение, учреждение здравоохранения - образовательное учреждение. В этих условиях основным действующим лицом становится социальный педагог поликлинического психотерапевтического кабинета, задача которого состоит в координации действий всех участников реабилитационного процесса.

Следующим, а точнее первоочередным организационным условием, с выполнения которого должно начинаться создание системы помощи детям с психосоматическими расстройствами, является кадровое обеспечение, т. е. создание «эшелонированной» системы обучения специальным образом ориентированным общепсихиатрическим, социально-психиатрическим и психосоматическим знаниям всех участников указанной системы, а также педиатров поликлинической и стационарной сети. Это обучение не должно приводить к тому, чтобы непсихиатрические специалисты подменяли психиатров, что, к сожалению, в последнее время принимает неуправляемый характер, и к чему, как нам ни странно, призывают и некоторые авторитетные психиатры.

Необходимо, чтобы все специалисты, работающие с детьми, могли своевременно заподозрить наличие у ребенка психосоматических нарушений, своевременно направить его и его семью к соответствующим специалистам и адекватно своей профессиональной компетенции включиться в сложный мультидисциплинарный коррекционно-реабилитационный процесс.

И, наконец, необходимым условием развития системы психосоматической помощи детям является создание научно-методического центра, желательного федерального уровня, с понятной целью анализа, обобщения и продвижения в практику мирового и национального научно-клинического опыта в данной сфере. Возможно, данное направление стало бы одним из тех, что стал бы разрабатывать предлагаемый нами Центр психосоциальных проблем детства.

#### Литература

1. Смулевич А.Б. Психосоматическая медицина. - [http://consilium-medicum.com/media/prom/07\\_01/4.shtml](http://consilium-medicum.com/media/prom/07_01/4.shtml) (последнее обращение 11.12.12.г.)
2. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. – М.: Фолиум, 2005. – 200 с.
3. Alexander F. Psychological aspects of medicine. *Psychosomatic Medicine*, 1939, V. I, N. 1, January. – P. 7-18.
4. Alexander F. (Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение. – М.: Эксмо, 2002. – 453 с.)
5. Dunbar F. Character and Symptom Formation—Some Preliminary Notes with Special Reference to Patients with Hypertensive, Rheumatic and Coronary Disease (1939). *Psychoanalytic Quarterly*, 8:18-47
6. Minuchin S. *Families and Family Therapy*. - Cambridge: Harvard University Press., 1974. – 268 p.
7. Minuchin S., Baker L., Rosman B., et al. A conceptual model of psychosomatic illness in children // *Arch. Gen. Psych.* – 1975. – Vol. 32. – P. 1031-1038.
8. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom. // *Muench. Me. Wochenschr.* – 1958. – Jg. 100, N. 49. – S. 1918-23.
9. Thiele W. Das psycho-vegetative Syndrom, sein Natur und Behandlung // *Med Welt*. 1966 Jan 1;1:9-14. German.
10. Zimprich H. *Kinderpsychosomatik*.//Thieme, 1984, Stuttgart-New York. - 185 S.

## **ИСКАЖЕНИЕ ТЕЛЕСНОГО ОПЫТА ПОЛОВОГО СОЗРЕВАНИЯ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Г.А. Арина, В.А. Леонова, В.В. Николаева, Л.В. Харланова

Как известно, в работах школы Ю.Ф. Полякова [2,3,6] были показаны единые для когнитивных процессов и патогномоничные для структуры

шизофренического дефекта психологические механизмы нарушений, создающие характерную клиническую картину психопатологии, получившую название «схизис». Богатство феноменологии, красота и строгость экспериментальных моделей, полнота и аналитичность обсуждения результатов делают эти работы методологически эталонными и ставят вопрос о возможности дальнейшего расширения поля исследования за границы начально обрисованного пространства познавательных функций. Феноменологической почвой для такой «экспансии» может служить психология телесности: образ тела и обыденные представления о телесных процессах<sup>1</sup>. В самом общем виде гипотеза может быть сформулирована следующим образом: в условиях психического расстройства шизофренического спектра фактор, отвечающий за структуру дефекта, организует определенным образом не только когнитивные, мотивационные и эмоциональные процессы, но также развитие и функционирование телесного опыта. «Схизис», обнаруживаемый в организации интеллектуальных и эмоциональных процессов, будет определять и явления искажения телесного опыта. В качестве ключевых механизмов искажения телесности могут выступать описанные в работах Ю.Ф. Полякова нарушения избирательности и социальной направленности личности.

По нашему мнению, адекватной эмпирической реальностью, позволяющей исследовать нарушения телесного опыта по аналогии с нарушениями познавательных процессов, является феноменология представлений и переживаний, адресованных телу, в период полового созревания у девушек-подростков. Релевантность в данном случае обеспечивается ключевыми характеристиками изменений телесности в подростковом возрасте:

- Опыт полового созревания в подростковом возрасте проходит сложный путь социализации за короткое время. В это время меняется не только сомато-перцептивная составляющая образа тела (в частности, вызванная гормональными перестройками), но и ценностное значение тела, эмоциональное отношение к нему. Появляются новые феномены и практики обращения с собственным телом: заботы, ухода, украшения, создания физического удовольствия, наказания и др. Социальные стереотипы начинают переопределять и регулировать телесные

---

<sup>1</sup> Сам факт нарушений образа тела и телесного самосознания при расстройствах шизофренического спектра хорошо известен и имеет обширную научную библиографию [4,8]

практики, табуируя одни (прямо или косвенно - через стыд) и поощряя другие (в соответствии с нормативом образа внешности и приличий). В это время вокруг подростка создается очень специфическое, требовательное «поле экспертизы», с характерными оценочностью и давлением; от подростка ожидается, что он правильно ориентируется, присвоит «взрослые», в том числе и гендерные программы, станет таким, каким его хотят видеть. Кроме того, сама ситуация воздействует таким образом, что девушка-подросток не ограничивается привычным репертуаром само-восприятия (восприятия своего тела, своей внешности), телесность также попадает в контекст взаимных оценок. Образ тела становится важным фактором регуляции коммуникации девушек.

- В развитии телесного опыта наблюдается кризис и трансформация средств психологической регуляции, как и в развитии собственно психологических феноменов – самосознания и идентичности. То, в каких значениях девушка сможет присвоить себе признаки своего взросления, зависит не только от транслируемых социокультурных стереотипов, но и от собственных выборов: это не обязательно осознанные выборы, а часто скрытая работа предпочтений, которые будут определять, какие именно характеристики многозначного явления полового созревания будут восприняты. Ситуация менархе (период первой менструации и установления цикла) ставит задачу не только освоения и категоризации телесных ощущений и переживаний, но и наделения их смыслом в контексте деятельности, общения, самоидентичности. Телесный опыт, социализированный и опосредованный психологической регуляцией, входит особым - «телесным» - основанием в идентичность девушки.

Таким образом, процесс социализации и структурирования телесного опыта на подростковом этапе может опираться на женский гендерный опыт как в самом широком, общечеловеческом смысле, так и в узком, семейном и близкородственном [9]. Другим вариантом может быть «отказ» от опоры на культурные и контекстные смысловые поля; отказ сознательный, либо эмоционально-негативистичный (в рамках сепарационных процессов), либо обусловленный особенностями организации психических процессов при психическом расстройстве. Условия интериоризации категориальной сетки телесного опыта полового созревания можно рассматривать как достаточно

неопределенные, «зашумленные» социальными влияниями и драматическими переживаниями подросткового кризиса. Понимание собственной телесности и действий с ней является задачей выбора: смыслового, эмоционально-ценностного отношения, понятийного определения и объяснения, действенно-практического обращения с телесными явлениями. Описанные особенности подростковой телесности в варианте естественного эксперимента аналогичны параметрам, моделируемым в лабораторных экспериментах школы Ю.Ф.Полякова: организации избирательности понятийной системы и социальной направленности психических процессов. Это позволяет предполагать существование в структуре телесного опыта явлений и механизмов схожих, а возможно, и структурно-функционально единых с системой регуляции когнитивных процессов.

В соответствии с гипотезой в эмпирическом исследовании было проведено сравнение телесного опыта полового созревания у психически здоровых девушек 12-14 лет и страдающих психическим расстройством шизофренического спектра. Общая задача конкретизировалась в следующих вопросах: отличаются ли переживание и организация обыденных представлений о менструальном опыте в норме и при психической патологии; как особенности переживания менструального опыта в ситуации психической патологии соотносятся с психологической структурой психических нарушений. Методический комплекс был направлен на изучение телесного опыта полового созревания на нескольких уровнях: эмоционально-ценностного отношения, смысловом, рефлексивно-понятийном, коммуникативном и поведенческом. На основе полуструктурированного интервью была разработана специальная анкета, фиксирующая индивидуальные представления о феноменах полового созревания, декларируемое отношение к телу и его проявлениям, представления и отношение родителей и друзей и т.д. Эмоционально-ценностное отношение (ЭЦО) к телу и его феноменам в контексте отношения к себе и другим значимым людям и объектам социальной ситуации развития изучалось с помощью специально модифицированных методик Цветовой Тест Отношений [7] и Дембо-Рубинштейн.

Патопсихологическое обследование проводилось со всеми больными по стандартной программе для определения структуры индивидуального дефекта.

Анализ системы представлений о новом телесном опыте показал, что они формируются под влиянием различных источников, прежде всего, в ситуациях межличностного общения. Девушки обеих групп одинаково часто — в 80% случаев — указывают, что впервые узнали о существовании менструации от матери или другой близкой родственницы. Но оказывается, что ситуация общения на эту тему не была одинаково желаемой и комфортной для двух сравниваемых групп. Так, девушки группы нормы в 70% случаев отвечают, что хотели бы узнать впервые о существовании менструации «из рассказа мамы»; 15% предпочли бы узнать эту информацию «из разговоров с подругами», а 15% девушек выбрали другие источники – СМИ. Среди девушек с психическими расстройствами только 15% хотели бы получить информацию от мамы; 10% предпочли бы узнать эту новость от подруг, а остальные девушки ориентировались на «безличные» источники информации. Девушки этой группы предпочитают получать значимую информацию из более «нейтральных» источников, если возможно, избегая общения вообще. 35% этих девушек отметили, что они нашли объем информации, которую предоставила мать, «избыточной». Также существенные различия обнаружились в эмоциональном сопровождении соответствующих тематических диалогов: по их воспоминаниям больные девушки в 60% случаев испытывали дискомфорт и неловкость, а также стыд при первом разговоре с матерью о менструации. Такая эмоциональная коннотация практически не встречалась в группе нормы, девушки с заметно большим удовольствием общаются со своими матерями, в том числе и на «гендерные темы», создавая ситуацию совместно-разделенного телесного опыта как необходимого этапа интериоризации, присвоения соответствующих представлений и переживаний.

Ценностно-смысловое содержание системы представлений в норме имеет разветвленную, многозначную структуру: девушки связывают менархе со здоровьем, взрослением, физиологическими и биологическими процессами, возможностью иметь детей, сексуальностью и «взрослыми отношениями». В группе нормы отсутствовали глобальные недифференцированные оценки явления. Девушки группы с расстройствами шизофренического спектра определяли смысл менструации либо через ее физиологическую функцию (одна из функций организма, как пищеварение или дыхание), либо давали глобально-

оценочные ответы: «это хорошо», «это плохо». У них не встречаются рефлекслируемые смыслы, которые соотносятся с взрослением, сексуальностью, с отношениями с людьми.

Таким образом, протекающий искаженно процесс социализации представлений выстраивает искаженное содержательно-смысловое поле рефлекслируемого телесного опыта, что находит свое отражение в эмоциональном сопровождении переживаемых изменений телесности.

Нерефлекслируемый – эмоционально-ценностный - слой телесного опыта в норме и патологии также различается. Так, в группе нормы эмоциональная реакция на менархе (первую менструацию) была различной и распределялась между позитивной, амбивалентной и негативной (45%). У девушек с психическими расстройствами позитивная реакция на ситуацию менархе отсутствовала полностью, при этом объектом негативных (65%) или амбивалентных переживаний становились не сам факт наступления менструации, а тело, «с которым это случилось», «все женское» и «женщины». Этот феномен указывает на генерализацию негативного отношения к гендерным признакам в целом, а не только к опыту менархе. Более того, все телесные явления, телесное самосознание, оказываются негативно окрашены. Все, что относится к телу, автоматически попадает в область негативного.

Искажение эмоционально-ценностного компонента телесного опыта проявляется в таком специфическом его компоненте как переживание боли. Во-первых, в отличие от группы нормы все больные девушки предъявляли жалобы на боль как устойчивый и тягостный симптом. Во-вторых, социализация этого феномена протекает у них иначе, чем в норме. Для здоровых девушек боль – одна из важнейших тем коммуникации с близкими и подругами, со временем симптом обретает «вторичную выгоду», позволяя больше жалеть и заботиться о себе, искать эмоциональной и практической поддержки, избегать неприятных ситуаций (например, оправдывает пропуски уроков, дополнительное время для сна и т.д.). Таким образом, боль в норме становится смысловым регулятором жизнедеятельности, создающим определенные преференции практического характера. Ни одна из девушек группы с расстройствами шизофренического



спектра не рефлексивует и, вероятно, не создает на основе боли соответствующей «вторичной выгоды».

Неспособность первично переживать или извлекать позитивный смысл феноменов телесного опыта, трансформировать неприятное ощущение в приятное и выгодное ситуационное положение - может быть рассмотрена как особый вариант ангедонии. Важнейшая нерелексируемая направленность на удовольствие как смысловая доминанта мировосприятия оказывается дефектной и не может выполнять соответствующую регуляторную функцию.

Представления о ценности менструации в норме осознаются прежде всего следующим образом: девушки в основном отмечают такие ценностные функции ее как знака здоровья и вступления в «женский клуб», особого гендерного единства, что на уровне образа «Я» отражается в развитии полоролевой идентичности, осознании себя как женщины. Менструация встраивается в этот процесс как «пропуск» в новый женский мир. Для девушек с психическими расстройствами ценность этого явления чаще заключается в декларации того, что само половое созревание есть знак какой-то полноценности, содержание которой никак не может быть раскрыто, не только в силу невысокого уровня образования и обобщения, но и в силу недоступности переживания себя как интегрального целого.

Можно констатировать, что смысл менструации как телесного феномена может встраиваться в существующую – дефицитарную - мотивационно-смысловую систему, выполняя функцию восполнения, компенсации отсутствующего и необходимого смыслового узла – переживания взросления. В патологии наблюдается нарушение процесса полоролевой идентификации, и ценность менструации как признака «вступления в женский клуб» для девушек искажена или не формируется. В ситуации, когда поле приобщения к человеческому опыту (через общение с матерью, подругами) у данной категории больных сужено, психологический смысл данного телесного феномена расщеплен, он выполняет самую примитивную смысловую роль приобщения к неизвестному, идеализированному и компенсаторному переживанию полноценности (то, что есть у других женщин), но при этом позитивное переживание себя женщиной недоступно. В описанном феномене наглядно

просматривается сходство с характерным для больных шизофренией расщеплением мотивов на «знаемые» и «реально действующие» [1]. Один и тот же телесный феномен является пропуском в полноценность и одновременно мешает чувствовать себя здоровой. Устойчивое переживание стыда в отношении менструации показывает еще одну грань расщепления и амбивалентности: ожидание полноценности, создаваемой половым созревaniem, часто сопровождается переживанием стыда. На базе искаженных представлений и амбивалентных переживаний строятся псевдокомпенсаторные механизмы, которые призваны как-то интегрировать поло-ролевую идентичность, поддержать самоуважение, понять свой телесный опыт.

Теоретический анализ и эмпирическое изучение телесного опыта периода становления менструального цикла доказывает сложную биопсихосоциальную природу этого явления. Развитие телесного опыта девушек-подростков сложным образом связано с феноменами становления идентичности, обретением психологических новообразований в гендерном, феминном «Я». Кроме того, это такой телесный опыт, развитие которого уточняет, иногда и задает место девушки в координатах отношений с противоположным полом. Развитие телесного опыта на данном этапе делает возможным переживание феминности не в «идеальном» образе, а в виде интегрального и интегрированного «в тело» переживания. Эмоциональное отношение к «менструирующему телу» в ситуации психического расстройства оказывается глобально негативным; при этом его невозможно скомпенсировать смысловыми и ценностными аспектами телесного опыта, потому что осознание ценности гендерного опыта оказывается заблокировано или амбивалентно. Важно подчеркнуть, что при данном спектре психических расстройств негативной эмоциональной оценки удостоивается не просто (или не только) тело, а тело гендерное, женское. Организация и функционирование представлений о телесных явлениях могут быть охарактеризованы как бедные, формально социализированные и «не стандартные» (пользуясь терминологией Ю.Ф.Полякова). Таким образом, когнитивные, эмоционально-ценностные и смысловые компоненты нарушений телесного опыта при расстройствах шизофренического спектра имеют значительное структурно-содержательное

сходство с феноменами и факторами синдрообразования, описанными в работах школы Ю.Ф.Полякова.

#### Литература

1. Коченов М.М., Николаева В.В. Нарушения мотивации при шизофрении. – М.: изд-во МГУ, 1978
2. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М.: Изд-во МГУ, 1991. – 256 с.
3. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. – М., Медицина, 1974.
4. Соколова Е.Т. Самосознание и самооценка при аномалиях личности. Изд-во Моск. ун-та. М., 1989.
5. Холмогорова А.Б. Клиническая психология: в 4 т. – М.: Академия. 2011. – Т. 1: Общая патопсихология.
6. Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / под ред. Ю.Ф. Полякова. – М.: Труды института психиатрии АМН СССР, 1982. – Т. 1.
7. Эткинд А.М., Бажин Е.Ф. Общая психодиагностика. М., 1987
8. Cleveland, S. E. and S. Fisher (1962), Perception of body size in schizophrenia, *Arch. Gener. Psychiatry* 7, 277-285
9. Daughtering and Mothering: Female Subjectivity Reanalysed. J. Van Mens-Verhulst, K. Schreurs, L. Woertman - Eds., Routledge. New York. 1993

### **ИССЛЕДОВАНИЕ СВЯЗИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЭЭГ С КОГНИТИВНЫМИ И ЛИЧНОСТНЫМИ ОСОБЕННОСТЯМИ ПАЦИЕНТОВ С РАССТРОЙСТВАМИ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА**

Н.Л. Горбачевская, М.П. Кобзова, К.Р. Салимова, А.И. Хромов, А.А. Иванова

ЭЭГ отражает сложную структуру активности коры головного мозга и является основным неинвазивным методом оценки ее функционального состояния. Исследования биоэлектрической активности мозга в онтогенезе показывают существование определенных закономерностей ее формирования. Наличие четкого временного курса формирования разных ритмических компонентов ЭЭГ в норме может служить основой для изучения нарушения этих закономерностей у пациентов с болезнями развивающейся нервной системы. Учитывая имеющиеся данные об устойчивом характере когнитивных нарушений у пациентов с психической патологией, особый интерес представляет исследование корреляции показателей ЭЭГ с различными психологическими параметрами, позволяющее понять физиологическую базу выявленных

нарушений. Еще в 1972 году Ю.Ф.Поляков указывал на то, что «познавательные процессы детерминированы, прежде всего, биологическими, нейрофизиологическими особенностями деятельности мозга»[1]. Сопоставление параметров ЭЭГ с данными психологического обследования дает возможность составить представление о связи определенных паттернов ЭЭГ-активности и уровня когнитивного функционирования больных. В настоящей работе исследуется связь параметров фоновой ЭЭГ пациентов с расстройствами шизофренического спектра подросткового и юношеского возраста.

### **Материалы и методы исследования**

Были исследованы подростки, страдающие шизофренией (F.20), и подростки и пациенты юношеского возраста с шизотипическим расстройством (F.21.) Пациенты юношеского возраста находились на стационарном лечении в 4 отделении клиники НЦПЗ РАМН (руководитель клиники - профессор М.Я. Цицульковская), а все пациенты подросткового возраста - в детском отделении НЦПЗ РАМН (руководитель - д.м.н. Симашкова Н.В.). Контрольные группы были представлены здоровыми испытуемыми подросткового и юношеского возраста.

В таблице 1. представлен количественный состав исследованных групп испытуемых.

Диагноз		первичное обследование (без лечения)	повторное обследование (на лечении)
F20	11 -16 лет	46	23
F21	11-16 лет	41	29
F21	17-28 лет		<b>33</b>
Контрольная группа	11-16 лет	37	
Контрольная группа	17-28 лет	24	

**Табл. 1.** Состав исследованных групп.

Подростки исследовались до лечения и на фоне терапии, юноши с шизотипическим расстройством (ШТР) - только на фоне терапии. Исследовались параметры фоновой ЭЭГ в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами и психологические показатели памяти, внимания, мышления, а также личностные особенности. Все ЭЭГ-исследования проводились при помощи 16-канального электроэнцефалографа фирмы «NeuroKM» (Россия), мостиковые электроды располагались в соответствии с Международной системой 10:20, в качестве референтных использовались объединенные ушные электроды. Запись

проводилась от 16 активных электродов: F3, F4, F7, F8, C3, Cz, C4, P3, PzP4, O1, O2, T3, T4, T5, T6. Во время регистрации ЭЭГ пациенты находились в затемненной комнате в положении сидя. Частота оцифровки 128 Гц. Полоса пропускания от 0,5 до 30 Гц. Осуществлялась запись ЭЭГ монополярно, с объединенным ушным электродом в состоянии спокойного бодрствования при открытых и закрытых глазах.

Использовались следующие психологические методики: методика «Корректирующая проба» (Б. Бурдон, 1885), методика "Отыскивание чисел" (таблицы Шульте), методика словесно-цветовой интерференции (Тест Струпа - StroopTest) (Римская и др, 2005). Для исследования произвольной слухоречевой памяти была использована методика «Заучивание десяти слов». Для оценки показателей мышления - «Малая предметная классификация» (модификация Ю.Ф. Полякова и др.), личностных особенностей - опросник «Формы и показатели агрессивности» Басса-Дарки.

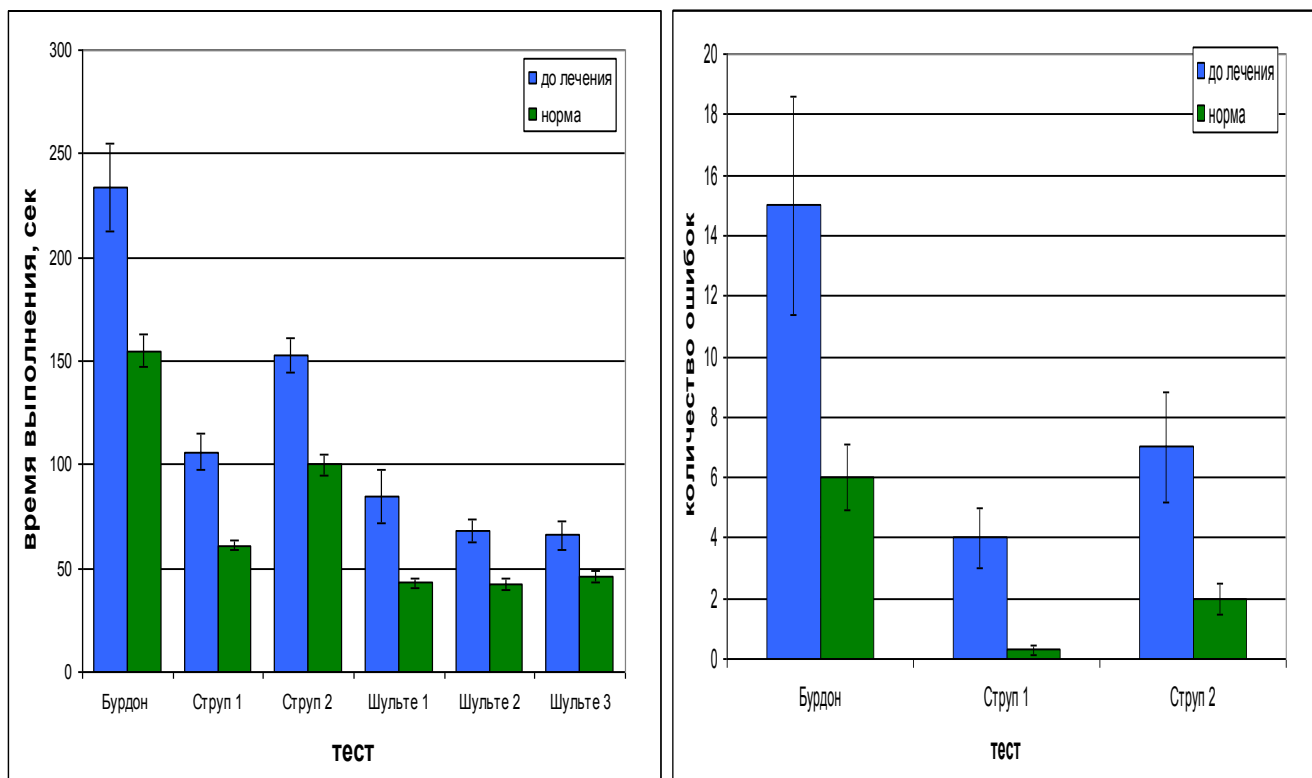
### **Результаты исследования**

**Исследование показателей внимания и их корреляции с показателями ЭЭГ.**

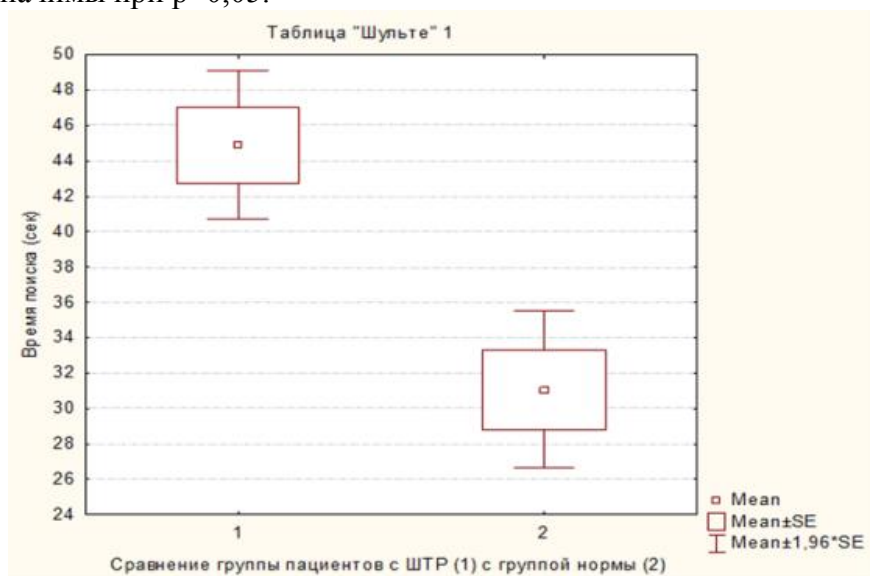
#### ***Результаты психологического исследования.***

Проведенные исследования выявили нарушения в сфере внимания и памяти у всех исследованных пациентов: как у подростков с ранней детской шизофренией и ШТР, так и у юношей с ШТР по сравнению со здоровыми сверстниками. У пациентов подросткового возраста с шизофренией до терапии наблюдается достоверно большее количество ошибок во всех тестах, а также достоверно большее время их выполнения (Рис.1). В результате терапии время выполнения тестов незначимо увеличивается, а количество ошибок несколько уменьшается, однако, эти изменения недостоверны ( $P > 0.05$ ). Сравнение показателей внимания у пациентов на фоне терапии с контрольной группой здоровых испытуемых также как и до начала терапии демонстрирует значимые различия. Это может говорить о стойком нарушении устойчивости внимания и способности к его концентрации. Подростки с ШТР по сравнению со здоровыми детьми хуже справлялись с заданиями на оценку различных параметров внимания. Однако, различия между качеством выполнения тестов здоровыми

детьми и детьми, страдающими ШТР, были достоверно значимыми только в тестах Струпа с применением второй стимульной карты (ошибки) и по методике Шульте (вторая таблица). Время выполнения таблиц Шульте достоверно возросло на фоне терапии. Можно предположить, что у больных на нейролептической терапии снизилась работоспособность и устойчивость внимания за счет снижения уровня активации.



**Рис. 1.** Сравнение средних значений времени выполнения (слева) и количества ошибок (справа) тестов на внимание в группе больных до лечения по сравнению с нормой. Все отличия статистически значимы при  $p < 0,05$ .



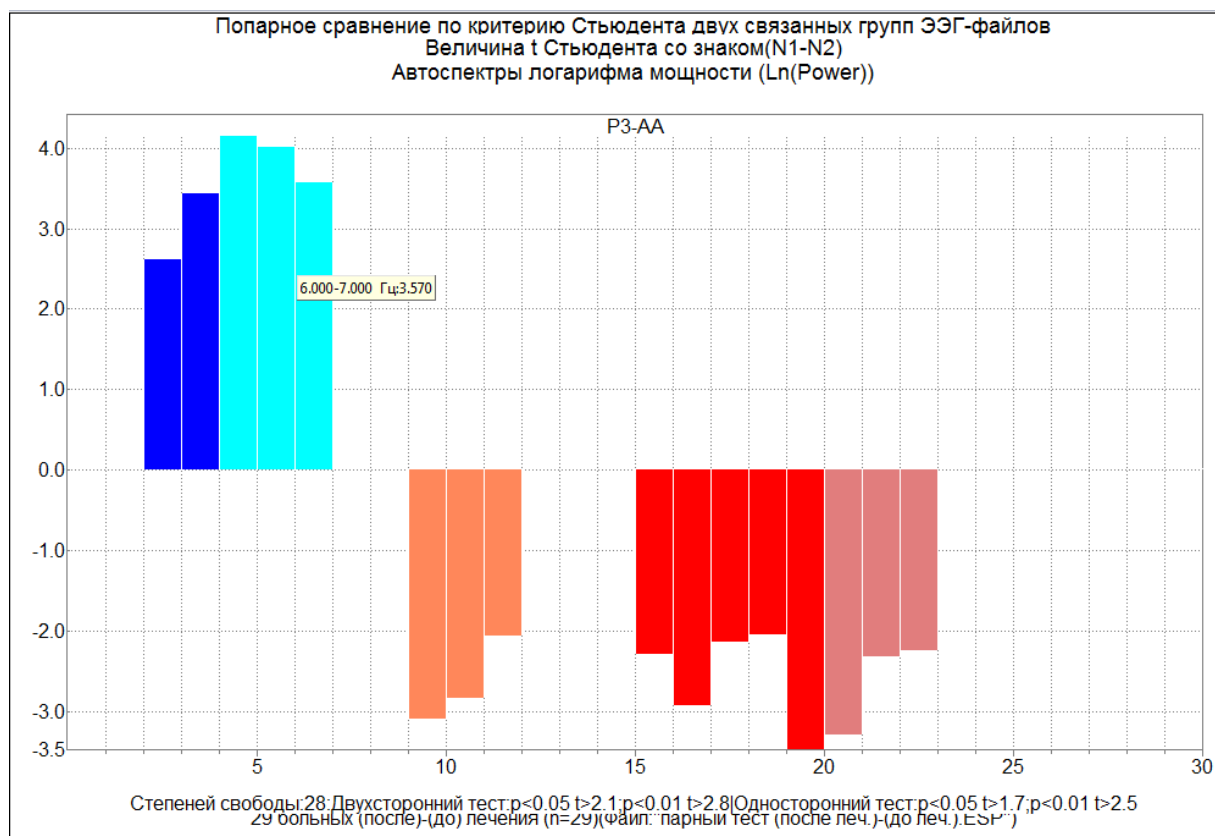
**Рис.2.** Время отыскания чисел по 1-ой таблице Шульте у пациентов юношеского возраста с ШТР. На оси абсцисс представлены группы испытуемых: 1-группа ШТР и 2- контрольная группа. По оси ординат – время отыскивания чисел в секундах.

Юноши с ШТР также затрачивали больше времени на отыскание чисел в таблице Шульте, чем здоровые сверстники. На графике видно, что в контрольной группе испытуемые достоверно быстрее отыскивают числа. Таким образом, показатели внимания хуже у подростков и юношей с расстройствами шизофренического спектра и эти изменения сохраняются на фоне терапии.

### *Исследование параметров ЭЭГ в разных группах испытуемых.*

Картина ЭЭГ также имеет сходные во всех группах изменения по сравнению со здоровыми сверстниками: у подростков с шизофренией (F20.8) на фоне существенного дефицита альфа-активности отмечается выраженное увеличение дельта-активности и высокочастотной тета- активности (6-7 Гц) преимущественно в центральных и теменно-затылочных областях коры, а также увеличение высокочастотной бета-активности в теменно- височных и затылочных отделах коры левого полушария. У пациентов с ШТР в подростковом возрасте увеличена мощность дельта и бета-2 активности и снижена мощность активности альфа-полосы частот (9-11 Гц).

Сравнение ЭЭГ подростков на фоне нейрорепитивной терапии с исходной ЭЭГ показывает, что терапия достоверно ( $P < 0,01$ ) увеличивает значения индексов дельта и тета диапазонов частот и снижает индексы активности в альфа и бета-полосах частот. Следует заметить, что уменьшение уровня бета-активности наблюдалось преимущественно в полосе 17-23 Гц. На фоне терапии стал более выраженным дефицит альфа-активности в теменно-затылочных зонах коры. Увеличение индекса медленной активности коррелировало с ухудшением психологических показателей внимания. Клинически отмечалась редукция позитивных симптомов, что возможно, отражалось в снижении уровня бета-активности.



**Рис.3.** Представлены гистограммы, отражающие изменение значений спектральной плотности в левом теменном отведении у 29 пациентов с ШТР подросткового возраста на фоне терапии в сравнении с их же ЭЭГ до начала медикаментозной терапии в состоянии спокойного бодрствования с закрытыми глазами. Представлены только достоверные различия между двумя записями ЭЭГ ( $P < 0,01$ ). Столбики направленные вверх от нулевой линии – достоверное увеличение мощности ритмов на фоне лечения, вниз – уменьшение. По оси абсцисс - частота в Гц, по оси ординат – значения стандартного отклонения.

Все пациенты с ШТР юношеского возраста на момент ЭЭГ-обследования получали терапию. В их ЭЭГ было повышено содержание дельта и тета-активности практически во всех зонах коры. Уровень бета-1 активности повышен преимущественно в лобных зонах коры и височных зонах, увеличен преимущественно в передних отделах правого полушария. Можно полагать, что изменения в виде повышенного содержания медленной активности и дефицита альфа-активности, которые мы обнаружили у пациентов юношеского возраста, вероятно, связаны частично с применяемой терапией.

***Исследование корреляции показателей ЭЭГ с данными психологических исследований.***

Исследование корреляции параметров ЭЭГ с данными психологического исследования у больных шизофренией подростков показало, что количество



ошибок в тесте Струпа было положительно связано с выраженностью бета-активности в полосе 17-22 Гц, а также низкочастотного альфа-ритма в лобно-центральных и височных отведениях. Количество ошибок в тесте Бурдона положительно коррелировало с уровнем дельта-активности. У больных с детским типом шизофрении была также выявлена положительная связь между временем, затраченным на отыскание чисел по таблицам Шульте, и индексом различных ритмов ЭЭГ. Чем больше представлена в ЭЭГ медленная активность в теменно-затылочных отведениях, тем больше времени требовалось испытуемым для выполнения задания. Наблюдалась также положительная корреляция с уровнем низкочастотной альфа-активности (8-9 Гц) и бета-1 и бета-2 активности в центральных и лобных зонах коры. На фоне терапии время выполнения положительно коррелирует с уровнем тета- (затылочные и правые височные отведения) и дельта-(левое височное отведение) активности. У подростков с ШТР до лечения показатель внимания – ошибки в тесте Струпа по второй стимульной карте - достоверно положительно коррелировал со спектральной мощностью бета-1 и бета-2-активности максимально в лобных зонах полушарий ( $P < 0,01$ ) и отрицательно – со спектральной мощностью дельта и тета-активности в затылочных отведениях. После лечения, параметр, описывающий состояние внимания достоверно положительно коррелирует со значениями спектральной плотности дельта активности в лобных и передне-височных зонах коры, максимально в отведении F3.

Исследование корреляции показателей ЭЭГ и скорости отыскания чисел по таблицам Шульте у юношей с ШТР обнаружило значимые корреляция только для узкого альфа-поддиапазона 9-10 Гц. Чем больше был выражен сенсомоторный ритм в правом полушарии на этой частоте, тем больше времени тратил пациент с ШТР на отыскание чисел по второй таблице Шульте.

Ретикулярная система, которая связывает лобные отделы коры с аппаратами верхних отделов ствола, играет существенную роль в обеспечении избирательного внимания, и именно нарушения в функционировании этой системы могут проявляться в нарушении таких амплитудно-частотных характеристиках ЭЭГ этих больных, как ослабление возрастной альфа-активности, а также большей представленностью бета-активностью [Itil, 1977].

## **Исследование показателей памяти и их корреляции с показателями ЭЭГ**

В данном разделе представлены значимые ( $p < 0.05$ ) корреляции, полученные в разных диагностических группах с помощью вычисления корреляции Пирсона между психологическими данными и соответствующими ритмами ЭЭГ в определенных зонах коры больших полушарий.

### ***Корреляция показателей ЭЭГ с объемом непосредственного запоминания***

В группе подростков с РДШ выявлены отрицательные корреляции с медленной и бета-активностью. Оказалось, что чем меньше в ЭЭГ бета-активности и медленной (тета- и дельта) активности, тем выше у пациентов этой группы объем слухоречевой памяти. У подростков с шизотипическими расстройствами объем непосредственной слухоречевой памяти также отрицательно коррелировал со значениями спектральной плотности в бета-2 и дельта-полосах частот, однако значимые корреляции наблюдались лишь в отдельных зонах коры (лобно-центральных и теменных) и в узких частотных полосах. Аналогичные данные получены и у пациентов ШТР юношеского возраста : чем больше слов воспроизводит сразу после предъявления испытуемый, тем меньше у него бета-активности в полосе 17-27 Гц в теменно-центральных зонах коры.

Таким образом, у всех групп больных выявлены сходные корреляции, проявляющиеся в том, что повышенный уровень бета-2 активности препятствует запоминанию. Следует также заметить, что у пациентов с ШТР юношеского возраста с каждым новым воспроизведением уменьшаются размеры зон коры, в которых отмечены эти изменения, при сохранении отчетливых достоверных различий. Иные тенденции отмечены при исследовании корреляции данных ЭЭГ с отсроченным воспроизведением. Чем больше слов отсрочено воспроизводит испытуемый, тем меньше у него бета-активности в полосе 23-30 Гц в затылочных зонах коры и дельта-активность в теменно-затылочных отведениях и больше индекс альфа-активности в большинстве зон коры в полосе 9-11 Гц. Отмеченные отчетливые корреляции ЭЭГ с данными психологического исследования памяти указывают на то, что на начальных этапах запоминания (при непосредственном

воспроизведении) наблюдается активация процессов возбуждения, что негативно влияет на процессы запоминания. На последующих этапах, особенно при отсроченном воспроизведении, на этот процесс больше влияет дефицит тормозных процессов, что проявляется в корреляциях в альфа-частотном диапазоне.

### ***Корреляция параметров активности ЭЭГ узких частотных диапазонов и показателей мышления***

Исследовались корреляции с ЭЭГ двух психологических показателей, полученных при применении методики «Малая предметная классификация»: «нарушение мышления» и «способность к операции обобщения» у пациентов с ШТР юношеского возраста. В первом случае вычислялись корреляции между значениями показателя и параметрами ЭЭГ, во втором - сравнивались ЭЭГ пациентов, справившихся и не справившихся с операцией обобщения. Оказалось, что чем более выражены нарушения мышления, тем более выражена бета-активность 18-27 Гц в лобно-центральных зонах коры и тем меньше выражена активность в полосе 3-5 Гц в лобных зонах коры и активность 6-8 Гц в теменно-затылочных отведениях. Способность к обобщению хуже выражена у пациентов с повышенным уровнем активности в полосе 10-21 Гц в лобно-центральных зонах коры и пониженным уровнем активности в полосе 3-5 Гц в лобных зонах коры и активности 6-8 Гц в теменно-затылочных. Таким образом, показатели мышления также коррелируют с теми нарушениями ЭЭГ, которые наблюдаются при этом заболевании до лечения - уровнем бета-активности - и не связаны с терапией. Следует заметить, что уровень медленной активности отрицательно коррелирует с нарушением мышления, чем он ниже, тем больше выражены нарушения.

### ***Корреляция параметров активности ЭЭГ и личностных показателей***

Исследование корреляции показателей агрессивности с параметрами ЭЭГ были проведены у пациентов с ШТР юношеского возраста. Были получены значимые корреляция параметров ЭЭГ со следующими показателями агрессивности: «вербальная агрессия», «негативизм», «подозрительность», «раздражительность» «обида» и «чувство вины». Чем больше была выражена вербальная агрессия, тем ниже был индекс сенсомоторного ритма в центральных зонах коры в полосе 10-11 Гц и также сенсомоторного ритма в бета-полосе частот.

Это совпадает с данными, полученными ранее при корреляции показателя физической агрессии и ЭЭГ у пациентов с соматической патологией и у здоровых испытуемых [2]. Оппозиционная манера в поведении (негативизм) коррелировала с дефицитом активности в узкой альфа-полосе частот 9-10 Гц практически во всех зонах коры. Готовность к проявлению негативных чувств при малейшем возбуждении (раздражительность) коррелировала с дефицитом тета-ритма в полосе 6-7 Гц в затылочных зонах коры и высоким индексом бета-активности в полосе – 18-26 Гц в лобно-центральных зонах коры. Зависть и ненависть к окружающим за действительные или вымышленные действия (обида) коррелировала отрицательно с мощностью бета-1 активности (13-21 Гц) в теменно-центральных и затылочных зонах коры. Недоверие и осторожность по отношению к людям (подозрительность) коррелировали в ЭЭГ с дефицитом сенсомоторного ритма в широкой полосе частот от 8 до 15 Гц. Чувство вины было больше выражено у пациентов с ШТР, в ЭЭГ которых был больше выражен бета-ритм в лобно-центральных отведениях. Т.о. личностные особенности пациентов также коррелировали с показателями ЭЭГ.

В целом можно сказать, что для пациентов с расстройствами шизофренического спектра до начала терапии были обнаружены изменения ЭЭГ в виде повышенного уровня бета-активности в полосе 17-27 Гц и дефицита возрастного альфа-ритма. По современным представлениям, расстройства шизофренического спектра связаны с нарушением дофаминэргической (ДА) регуляции, в частности, увеличение уровня D2 рецепторов. Как было показано Ли в модельном эксперименте, их повышенная экспрессия в стриатуме увеличивает активацию пирамидных нейронов 5 слоя коры головного мозга и уменьшает тормозную активность нейронов префронтальной коры [3]. Тогда становится понятным механизм нарушений когнитивных функций у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Он связан с дисбалансом тормозных и возбуждающих процессов в лобных зонах мозга из-за нарушенных связей между стриатумом и префронтальной корой. Вещества, снижающие ДА активность стриатума и нормализующие повышенное возбуждение, являются антипсихотиками. В нашем исследовании мы, с известной долей осторожности, можем предположить, что бета-активность в полосе 15-27 Гц, которая достоверно

снижается на фоне нейролептической терапии, как раз может быть связана с повышенной активацией D2 рецепторов. Именно с повышением индекса этой частотной полосы были связаны практически все исследованные нами в этой работе нарушения когнитивного функционирования. Определенное ухудшение показателей памяти и внимания на фоне терапии, коррелирующее с повышенным уровнем медленной активности, может быть обусловлено побочным эффектом терапии.

#### Литература

1. Поляков Ю.Ф. Патология познавательных процессов// в Кн. Шизофрения, М. Медицина, 1972, С.261.
2. Itil T.M. Qualitative and quantitative EEG findings in schizophrenia // Schizophrenia bulletin. 1977. V.3. №1. P.61-79.
3. Li et al, Li YC, Kellendonk C, Simpson EH, Kandel ER, Gao WJ: D2 receptor overexpression in the striatum leads to a deficit in inhibitory transmission and dopamine sensitivity in mouse prefrontal cortex. Proc Natl Acad Sci 2011, 108(29):12107–12112.
4. Панюшкина С.В. Электроэнцефалографические закономерности динамики нейромедиаторных процессов у больных с невротическими расстройствами: Автореф. дис. д-ра...мед.наук. М.: НИИ психиатр.им. Сербского, 2000.48 С.

## **НА ПУТИ К МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНОМУ СИНТЕЗУ В ПСИХИАТРИИ: МЕТОДЫ НЕЙРОВИЗУАЛИЗАЦИИ**

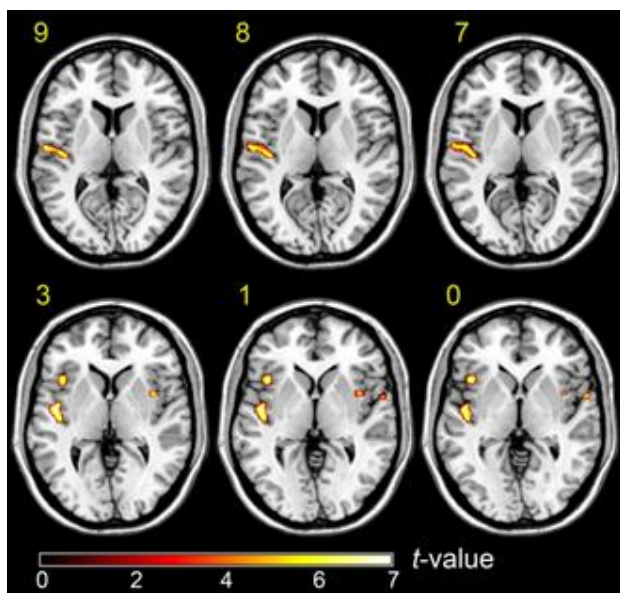
И.С. Лебедева, Т.А. Ахадов, Н.А. Семенова, А.Н. Бархатова, В.Г. Каледа

Не вызывает сомнения, что синтез данных различных областей познания, в той или иной степени связанных с изучением головного мозга человека, то, что называют мультидисциплинарными исследованиями, является одним из наиболее перспективных подходов для решения как теоретических, так и прикладных задач в условиях современной психиатрической клиники. Тесное взаимодействие врача-психиатра со специалистами - клиническими психологами, нейрофизиологами, генетиками, иммунологами позволяет с большей эффективностью решать задачи дифференциальной диагностики, прогноза и планирования лечебных мероприятий.

В последние десятилетия арсенал исследователей был пополнен целым рядом новых высокотехнологичных, т.н. нейровизуализационных методов,

которые дают возможность получить прижизненные неинвазивные объективные количественные данные о нарушениях в ЦНС.

Хотя в большинстве случаев в настоящее время применяются лишь единичные такие методы и, преимущественно, в рамках экзогенно- и эндогенно-органических психических заболеваний, увеличение числа томографов, бурный технический прогресс в медицинской физике, развитие новых подходов к обработке данных, экспоненциальный рост научно-практических исследований, в том числе при эндогенных психозах, не оставляют сомнения в том, что в ближайшие годы различные методы нейровизуализации войдут в ежедневную практику при широком диапазоне психической патологии. Очевидно, что этот процесс требует бóльшей информированности медицинского и научного сообщества о содержании, преимуществах и недостатках данных подходов, и в



настоящем сообщении, хотя и не претендующем на полноту обзора, мы попытались описать наиболее перспективные и доступные методы нейровизуализации<sup>1</sup>, выбрав в качестве иллюстраций результаты совместного исследования ФГБУ «НЦПЗ» РАМН и НИИНДХиТ ДЗ г.Москвы, проведенного на больных юношеской приступообразной шизофренией.

**Рис.1.** Результаты межгруппового сравнения по объемам серого вещества (метод воксельной морфометрии, программа SPM8) между группой больных юношеской шизофренией (17 человек) и подобранной по возрасту и полу группой психически здоровых испытуемых (15 человек). Объем серого вещества ниже у больных в области верхней височной извилины и островка левого и правого полушария, при этом заинтересованности префронтальной коры не выявлено (взято из Лебедева с соавт., 2013 (в печати)).

### **Структурная МРТ**

Метод позволяет оценить структурные особенности головного мозга, именно его используют в подавляющем числе случаев для исключения органической патологии ЦНС. Помимо этого, однако, широко распространены исследования, в которых анализируют различные морфометрические показатели (например, объемы серого и белого вещества, толщину коры больших полушарий) для определения аномалий, свойственных тем или иным видам психических заболеваний.

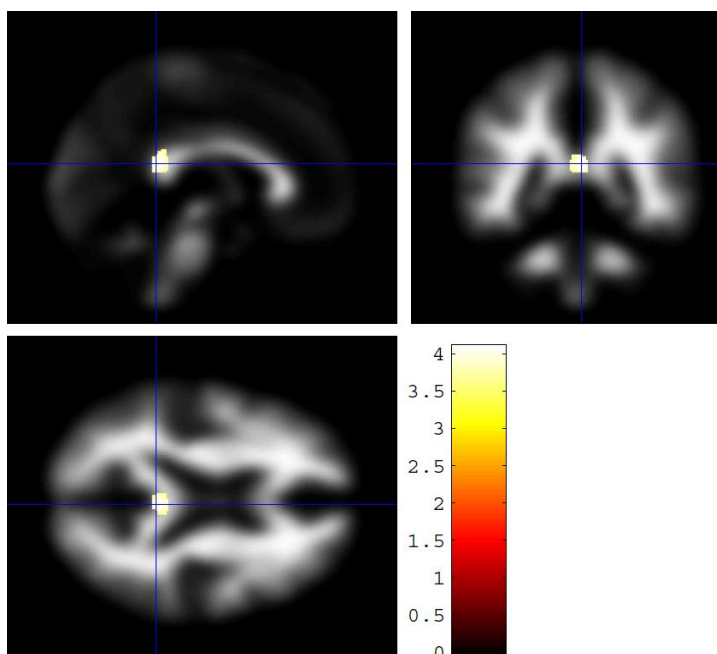
### **Функциональная МРТ**

Метод основан на парамагнитных свойствах дезоксигемоглобина, соотношение которого с оксигенированным гемоглобином определяет т.н. BOLD (blood oxygenation level dependence)-контраст. Так как изменение кровотока в определенных областях головного мозга во время выполнения тех или иных задач связывают с изменением нейрональной активности данных топографических зон (Logothetis, et al 2001), метод получил широкое распространение как возможный способ связать структуры головного мозга и их функции.

### **Локализационная протонная**

### **МР-спектроскопия**

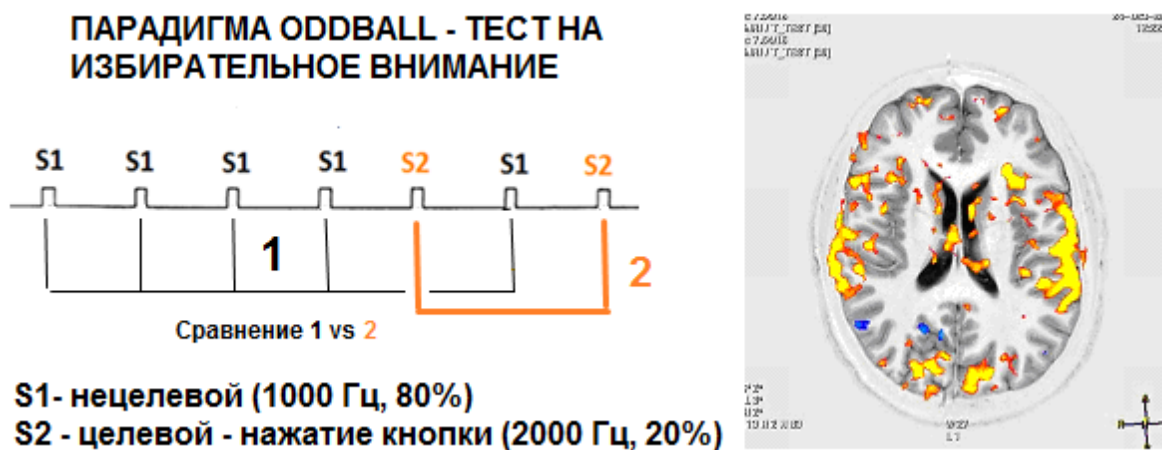
В основе  $^1\text{H}$  МРС лежит сдвиг резонансной частоты протонов, обусловленный химической структурой соединения, в которую они включены. В стандартных клинических обследованиях, которые проводятся в



**Рис.2.** Результаты межгруппового сравнения по объему белого вещества (метод воксельной морфометрии, программа SPM8, область интереса, VOI «мозолистое тело») между группой больных юношеской шизофренией (26 человек) и подобранной по возрасту и полу группой психически здоровых испытуемых (26 человек). Объем белого вещества ниже в валике мозолистого тела – области, через которую проходят комиссуральные волокна, соединяющие теменные, затылочные и височные доли (взято из Лебедева с соавт., 2012).

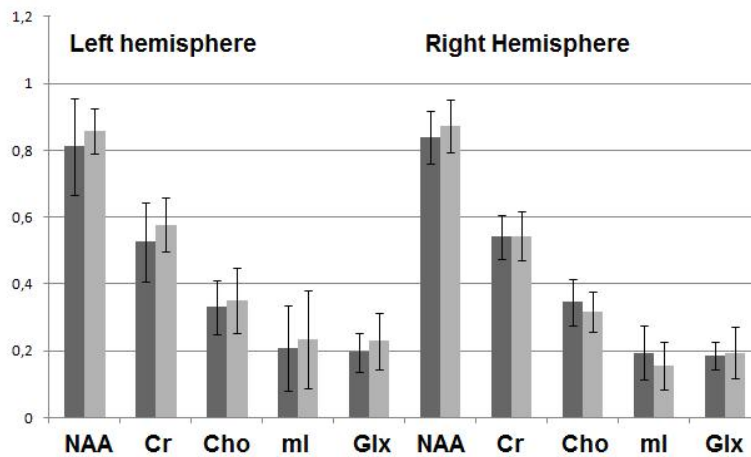
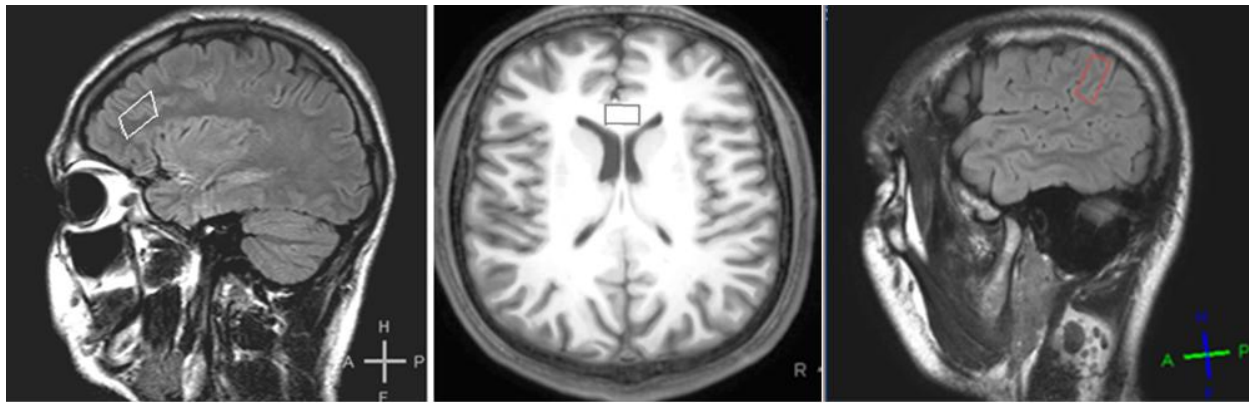
магнитных полях с напряженностью не более 3 Тесла, в  $^1\text{H}$  МР спектрах мозга человека определяются концентрации ряда метаболитов, к которым относятся N-ацетиласпартат (NAA) – маркер состояния нейронального субстрата, холинсодержащие соединения (Cho) - метаболиты, играющие значительную роль в жировом обмене, фосфокреатин и креатин (Cr) - соединения, которые участвуют в энергетическом обмене, миоинозитола (mI) - маркер состояния астроцитов, индекс глутамат\глутамин (Glx) – показатель состояния глутаматэргической системы головного мозга (Dager et al., 2008).

Оценка содержания описанных выше метаболитов в локализационной МР-спектроскопии усредняется для выбранного объема – т.н. вокселя, который помещается в выбранную топографическую область (как правило, это зона головного мозга, наиболее значимая для объекта исследования).



**Рис.3.** ФМРТ-вариант парадигмы избирательного внимания (oddball) – аналог нейрофизиологического варианта данной методики с предъявлением двух видов звуков и инструкцией реагировать только на один тип – т.н. целевой и пропускать другой – т.н. нецелевой. Слева – схема предъявления стимулов, справа – один из срезов головного мозга с наложенными на него результатами статистически оцениваемой разницы между целевыми и нецелевыми динамиками (взято из Ублинский с соавт., 2011, с изменениями)

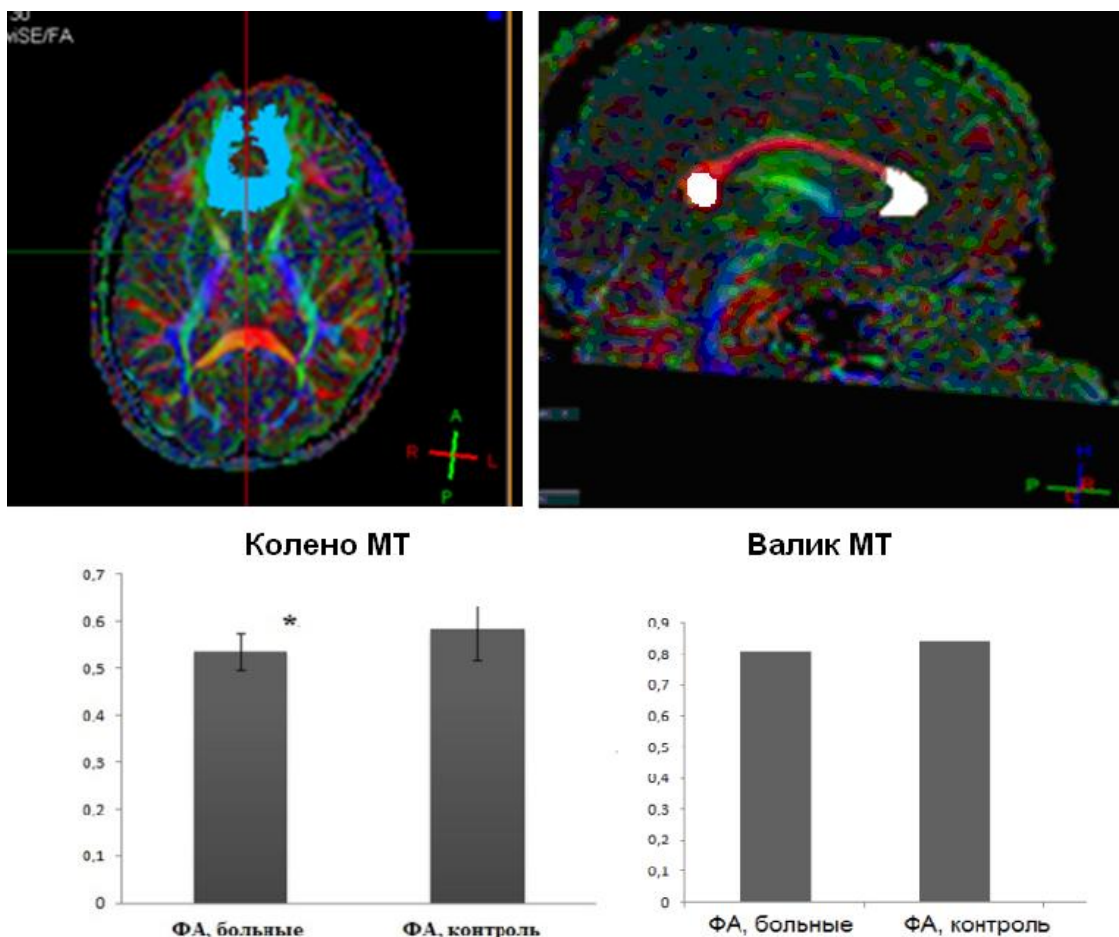




**Рис.4.** Образцы локализации вокселя (слева направо – в дорсолатеральной префронтальной коре, в колоне мозолистого тела, в надкраевой извилине) – вверху, средние величины уровня метаболитов в дорсолатеральной префронтальной коре левого и правого полушария в группе больных (22 человека) и психически здорового контроля (18 человек). Межгрупповые различия не достигали уровня статистической значимости, что было объяснено «нормальностью» биохимических показателей у больных юношеской шизофренией с относительно малой длительностью заболевания после манифестации или «нормализацией» биохимических процессов как результат лечения (взято из Лебедева с соавт., 2012)

### ***Диффузионно-тензорная томография с трактографией***

В основу метода положена оценка процесса диффузии молекул воды внутри головного мозга. Ограничение этого процесса в каком-либо направлении (анизотропия) рассматривается как следствие возможного нахождения этом локусе пучка белого вещества.



**Рис.5.** Изображение трактов, построенных через колено мозолистого тела у одного из испытуемых (слева сверху), области анализа (выделены белым) в мозолистом теле (колено и валик) (справа сверху). Средние величины фракционной анизотропии в колене и валике мозолистого тела у больных и психически здоровых испытуемых (внизу). Фракционная анизотропия была статистически значимо  $*(F1,14 = 8.05, p=0.014)$  ниже у больных в колене МТ, что было связано с возможным нарушением пространственной структуры, а не изменением общего числа проводящих путей в этой области головного мозга (взято из Лебедева с соавт., 2012).

### **Заключение**

Несмотря на колоссальные усилия последних десятилетий, выявление полной картины внутренних и внешних факторов, определяющих механизмы возникновения нарушений психики, все еще далеко от завершения и требует объединения усилий клинических и «параклинических» специалистов. Включение в этом контексте в исследования структурной и функциональной МРТ, МР-спектроскопии, диффузионно-тензорной томографии и других методов представляется одним из ключевых шагов к определению анатомо-функционального базиса психических заболеваний.

Следует отметить, что сейчас большинство результатов для ряда заболеваний, особенно в клинике эндогенных психозов, было получено при исследованиях на группах больных, содержательность данных у отдельного пациента установлена не в полной мере. Тем не менее, нейровизуализация является исключительно бурно развивающейся областью диагностики, не вызывает сомнений, что в ближайшие годы она станет для психиатров и клинических психологов одним из высокоинформативных инструментов диагностики, обеспечивающих максимально индивидуализированный подход в лечении пациента.

#### Литература

1. Лебедева И.С., Сидорин С.В., Семенова Н.А., Каледа В.Г., Бархатова А.Н., Шендяпина М.В., Ахадов Т.А. Некоторые структурно-функциональные особенности мозолистого тела и процессы обработки слуховой информации в норме и на ранних этапах шизофрении// Функциональная межполушарная асимметрия и пластичность мозга. Материалы Всероссийской конференции с международным участием, Москва, 13-14 декабря 2012 г., с 317-320
2. И.С.Лебедева, Т.А.Ахадов, Н.А.Семенова, С.В.Сидорин, А.Н.Бархатова, М.А.Куликов, В.Г.Каледа Маркеры структурного и функционального состояния головного мозга при становлении ремиссии у больных юношеской шизофренией// Психиатрия, 2013, 1 (в печати)
3. М.В. Ублинский, А.В. Петрайкин, И.С. Лебедева, В.Г. Каледа, Н.А. Семенова, С.Ю. Гурьяков, Т.А. Ахадов Использование методики функциональной магнитно-резонансной томографии (фМРТ) для исследования пациентов с первым приступом шизофрении Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2012, с.6-11
4. И.С.Лебедева, , Т.А.Ахадов, Н.А.Семенова, С.В.Сидорин, А.Н.Бархатова, М.А.Куликов, В.Г.Каледа Маркеры структурного и функционального состояния головного мозга при становлении ремиссии у больных юношеской шизофренией. Принято в журнал Психиатрия, 2013, 1
5. Dager S., Oskin N., Richards T., Posse S. Research Applications of Magnetic Resonance Spectroscopy (MRS) to Investigate Psychiatric Disorders// Top Magn Reson Imaging, 2008, 19, 2, P.81–96
6. Logothetis NK, Pauls J, Augath M, Trinath T, Oeltermann A. Neurophysiological investigation of the basis of the fMRI signal//Nature. 2001, 412, 6843, p.150-157

## СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Л.С. Печникова, Е.В. Левикова

В 80-90-е годы XX века в лаборатории патопсихологии Научного Центра психического здоровья РАМН под руководством Юрия Федоровича Полякова был проведен цикл блестящих эталонных экспериментальных исследований (с тщательно продуманной процедурой, «красивым» стимульным материалом, четкостью и строгостью интерпретации полученных феноменов), направленных на изучение познавательных процессов, эмоциональной сферы и межличностного взаимодействия у больных шизофренией (1,2,3,4,8,10). Так, было доказано, что больные шизофренией испытывают трудности «считывания» эмоциональных состояний других людей (10). В экспериментах Н.С. Курека (3,4) было выявлено, что у больных шизофренией по мере нарастания эмоционального дефекта происходит снижение точности распознавания шести основных эмоций по невербальной экспрессии. Исследование Н.Н. Карловской (1) показало, что ослабление направленности на восприятие эмоционального состояния другого человека приобретает при шизофрении устойчивый характер и усиливается при наличии явного противоречия между вербальной и невербальной информацией в ситуации общения. В этом случае больные шизофренией выбирают в качестве основания для суждений систему вербальных значений, так как невербальная информация обладает рядом характеристик, осложняющих её декодирование (спонтанность, неуловимость, многозначность и т.п.).

Был получен богатый массив данных, позволивший сформулировать патопсихологический синдром при шизофрении, в котором ведущая роль отводится нарушению «потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции психической деятельности и поведения» (2, с. 185).

Также в серии исследований школы Ю.Ф.Полякова было показано, что характерные особенности психических процессов напрямую не связаны с «движением» шизофренического процесса, а, вероятнее всего, имеют диспозиционный характер и возникают до манифеста самого заболевания. Однако, это было показано прежде всего для такого механизма шизофренического

дефекта как нарушение избирательности. Остается открытым вопрос о времени и характере проявления патогенной роли нарушений социальной направленности.

Таким образом, целью нашего исследования явилось изучение особенностей социального функционирования подростков, больных шизофренией, которое в эксперименте конкретизировалось на модели изучения социального интеллекта и социальных навыков.

В исследовании приняли участие 100 подростков в возрасте от 13 до 16 лет.

В экспериментальную группу вошли 50 подростков (25 мальчиков и 25 девочек), находящихся на лечении в психиатрических больницах №№ 6 и 15 г. Москвы. Все подростки обучались в средней школе, но испытывали трудности в адаптации к школьной жизни и в общении с одноклассниками. Контрольную группу составили 50 подростков (25 мальчиков и 25 девочек), обучающихся в старших классах средней школы № 1230 г. Москвы.

В работе были использованы методика исследования социального интеллекта Дж.Гилфорда-М.Салливена и методика «социальных навыков» (Goldstein A.). Методика социального интеллекта Дж.Гилфорда – М.Салливена направлена на изучение коммуникативных способностей - причем, диагностирует преимущественно их когнитивный компонент (7).

В результате проведения двух методик было получено 7 количественных показателей, которые в дальнейшем подвергались статистическому анализу с помощью SPSS 10.1 for Windows, Statistica 6.0, NCSS 2004 and PASS 2002.

Проведенная нами математическая обработка полученных данных выявила, что подростки, больные шизофренией, имеют достоверно значимо ( $p < 0,05$ ) более низкий композитный показатель социального интеллекта по методике Дж. Гилфорда-М.Салливена.

Статистически значимых различий выполнения 1 субтеста («Истории с завершением») по методике Дж.Гилфорда-М.Салливена в клинической и нормативной группах не выявлено. Подростки обеих групп способны предвидеть последствия поведения людей в определенной ситуации и правильно оценивать возможности ее развития. Однако факторный анализ показал, что для здоровых подростков это умение является ведущим в структуре коммуникативных способностей.

Результаты выполнения субтестов № 2, 3 и 4 значимо ниже у подростков, больных шизофренией, которые в первую очередь испытывают затруднения в понимании эмоционального состояния других людей (субтест № 2), обладают низкой способностью понимать изменение значения вербальных реакций человека в зависимости от контекста ситуации (субтест № 3) и с трудом распознают логику развития ситуации взаимодействия (субтест № 4). Необходимо заметить, что субтесты № 2, 3, 4 являются не только более сложными по представленным в них ситуациям межличностного взаимодействия, но и отличаются от субтеста № 1 большим количеством стимульного материала - к трем картинкам надо подобрать одну из 3-4-х, в то время как в первом субтесте - к одной картинке надо подобрать подходящую из трех. Проведенный факторный анализ показал, что для больных шизофренией подростков результаты выполнения 2, 3 и 4 субтестов представляют собой отдельный наиболее значимый фактор, т.е. усложнение задания (по форме и содержанию) приводит к нарушениям структурных связей их коммуникативных способностей.

Способность индивида правильно понимать состояние, чувства, намерения людей по невербальным проявлениям (мимике, позе, жестам) онтогенетически является наиболее ранним и значимым фактором в эмоциональном развитии ребенка (5). С помощью паралингвистических средств (интонации, мимики, выражения глаз, определенных поз) осуществляется «обмен эмоциями от элементарного заражения своим состоянием до передачи самых сложных переживаний» (7), что способствует налаживанию эмоционального взаимодействия с другим человеком. В дальнейшем при хорошем интеллекте возможна компенсация недостаточной способности к непосредственному считыванию эмоций за счет когнитивного анализа и синтеза всей доступной информации. Включение в аффективный процесс интеллектуальных операций приводит к развитию обобщения эмоционального опыта, что позволяет более эффективно общаться с окружающими. Индивиды, которые плохо понимают невербальный язык общения, стараются ориентироваться на вербальную экспрессию, что позволяет им лучше понимать содержание сообщений. Однако опора только на вербальную информацию может приводить к ошибкам в понимании смысла слов говорящего, если не учитываются сопровождающие их

невербальные реакции. Подростки, больные шизофренией, плохо владеют языком телодвижений, взглядов и жестов, но также плохо распознают различные смыслы, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения. Вербальная информация для них в большинстве случаев представляется противоречивой и сложной для понимания, они часто ошибаются в интерпретации слов собеседника и «говорят невпопад». В результате эти подростки испытывают трудности при необходимости интегрировать два вида информации (вербальную и невербальную) в единый поток для более правильного понимания ситуации межличностного общения. Больным подросткам трудно понимать ситуацию общения в динамике, воспринимать и сопоставлять между собой разнообразные эмоциональные проявления ее участников, а также вырабатывать правильное суждение и адаптироваться к различного рода взаимоотношениям между людьми (семейным, деловым, дружеским и др.).

Проведенный статистический анализ результатов выполнения методики социальных навыков А.Голдштейна значимых различий между клинической и нормативной группой не выявил: в обеих группах оценки собственных социальных навыков и социальных навыков сверстников сформированы. Однако, подростки, больные шизофренией, склонны занижать оценки социальных навыков сверстников по сравнению с собственными.

Развитие собственных социальных навыков - трудная задача для подростков, так как высокая потребность в общении вступает в противоречие с недостаточным опытом социального взаимодействия, который предполагает умение слушать другого человека, поддерживать разговор, выражать свои чувства, реагировать на критику и критично оценивать высказывания и действия других людей.

Подростки группы нормы оценивают собственные социальные навыки и навыки сверстников в зависимости от развития той или иной коммуникативной способности. Так, мальчики из этой группы выше оценивают собственные социальные навыки, если они демонстрируют высокие показатели способности предвосхищать дальнейшие поступки людей на основе анализа реальных ситуаций общения (субтест №1). Кроме того, чем лучше они ориентируются в

общей ситуации общения (субтест № 4), тем ниже они оценивают социальные навыки своих сверстников. Аналогичным образом у девочек этой группы, чем лучше они прогнозируют общее направление развития ситуации общения (субтест № 1) и связывают вербальную экспрессию с контекстом ситуации (субтест № 3), тем ниже они оценивают социальные навыки своих сверстников.

Подростки, больные шизофренией, имеют сформированные представления о том, когда сказать что-то кому-то или как действовать, чтобы достичь поставленной цели и эффективно осуществить коммуникацию, однако в отличие от группы нормы собственные социальные навыки и навыки сверстников представляют собой отдельный фактор, который является вторым по значимости в структуре их коммуникативных способностей. Результаты выполнения методики и факторный анализ показали, что подростки клинической группы обладают достаточными общими знаниями о социальных навыках, но затрудняются в оценке своих и чужих возможностей по их использованию в реальных ситуациях общения.

В целом результаты проведенного исследования показали, что подростки, больные шизофренией, обладают достаточно развитой способностью предвидеть последствия поведения людей в определенной ситуации и знанием норм-ролевых моделей и правил, регулирующих ситуации общения. Однако эти умения и социальные навыки могут успешно применяться ими только в простых, достаточно ясных ситуациях часто формальным образом. Любое усложнение ситуации общения, когда необходимо ориентироваться на особенности невербальной экспрессии человека, понимать изменение значения вербальных реакций в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации, а также распознавать логику развития взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях, приводит этих подростков к растерянности и невозможности правильно оценить складывающуюся ситуацию, а значит и проявить адекватное ей поведение.

Таким образом, наши результаты дополняют экспериментальные данные, полученные в школе Ю.Ф.Полякова. Возможно, это указывает на то, что в основе снижения показателей социального интеллекта и нарушения межличностного общения лежит единый фактор, в качестве которого может выступать нарушение



невербальной коммуникации в раннем детстве с последующими трудностями распознавания эмоций. Нельзя исключить и вклад органической мозговой дисфункции, затрудняющей восприятие и переработку любой сложной информации, в частности коммуникативной.

Все выявленные особенности больных шизофренией подростков приводят к нарушениям социальной адаптации и к нарастанию их социальной изоляции. Педагогические и психокоррекционные реабилитационные программы должны строиться так, чтобы помочь подростку приспособиться к требованиям школы или работы. Для этого в них обязательно должны быть включены обучение социальным навыкам и их использованию в ситуациях реального общения, а также психологические техники, направленные на развитие способности распознавания невербальных (жесты, мимика, интонации) характеристик участников межличностного взаимодействия.

#### Литература

1. Карловская Н.Н. Восприятие эмоций больными шизофренией в зависимости от согласованности информации вербального и невербального каналов общения// Журнал невропатологии и психиатрии им.Корсакова, 1986г., №8.
2. Критская В.П., Мелешко Т.К. , Поляков Ю.Ф. Особенности нарушения познавательной деятельности у больных шизофренией, Москва, издательство МГУ, 1991г.
3. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофрении на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии//Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1986, №12
4. Курек Н.С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией// Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1988, №7.
5. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М., Академический проект, 2011.
6. Михайлова Е.С. Руководство по использованию методики Дж.Гилфорда и М.Салливена. - Санкт-Петербург, 1996 г.
7. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 томах / под редакцией В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. Т. II. – М.: ЧеРо: Высшая школа: Изд-во МГУ, 2002г.
8. Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией// Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1984, №12.
9. Хломов Д. Н., Баклушинский С. А., Казьмина О. Ю. Руководство по оценке уровня развития социального поведения старшекласников. — М.: Центр социологии образования РАО, 1993.
10. Щербакова Н.П., Хломов Д.Н., Елигулашвили Е.И. Изменение перцептивных компонентов общения при шизофрении// Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. Москва, 1982 г.

## **ВОПРОСЫ ПОДГОТОВКИ И ПОВЫШЕНИЯ КВАЛИФИКАЦИИ МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ СУДЕБНО-ПСИХИАТРИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ**

Ф.С. Сафуанов

В настоящее время в нашей стране сложилась достаточно развитая инфраструктура судебно-психологической экспертной деятельности. Основную массу психологов, участвующих в судебной экспертизе, составляют медицинские психологи, работающие в судебно-психиатрических экспертных учреждениях (СПЭУ) системы Минздрава России. Методическим центром является Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, в структуре которого функционируют три научные лаборатории, разрабатывающим теоретические, методологические и организационно-правовые проблемы комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизы (КСППЭ) в уголовном, гражданском процессах, а также экспертизы лиц детского и подросткового возраста. К государственным экспертам относятся также психологи, работающие в судебно-экспертных учреждениях (СЭУ) Минюста России. Научно-методическим центром деятельности психологов-экспертов является Федеральный научный центр судебной экспертизы при Минюсте России. Кроме того, в стране существует ряд негосударственных судебно-экспертных учреждений, в которых успешно работают специалисты в области психологии. И, наконец, отдельные экспертизы выполняются психологами (как правило, преподавателями вузов), которым следователями или судами в соответствии с ч.2 ст.195 УПК РФ и ч.1 ст.79 ГПК РФ поручается производство судебно-психологических экспертиз (СПЭ).

В 80-е и 90-е годы, когда начало расти количество назначаемых КСППЭ и СПЭ, положение дел было совсем иным. Далеко не во всех СПЭУ в штате были медицинские психологи, а там, где они работали, их использовали преимущественно не для производства КСППЭ, а для обследования подэкспертных в качестве патопсихологов при проведении однородной судебно-психиатрической экспертизы. В системе Минюста судебно-психологические

экспертизы проводились лишь в отдельных СЭУ (Ростов-на-Дону, Калуга, Калининград). Негосударственных СЭУ практически не было.

Ситуация резко изменилась в конце XX – начале XXI веков: наряду с коренными изменениями в отечественном законодательном поле появились ведомственные нормативные акты, способствовавшие дальнейшему развитию судебно-психологической экспертной службы. Минздрав России в 2000 году издал приказ № 165, согласно которому все СПЭУ страны должны были иметь по штатному расписанию медицинских психологов из расчета 1 должность на 15 коек в психиатрическом стационаре и 250 проводимых в год судебно-психиатрических экспертиз в амбулаторных подразделениях (в отношении несовершеннолетних – на 200 экспертиз). Это приблизительно 1200 ставок медицинского психолога, работающего в структуре СПЭУ. За один год в России производится более 50 000 КСППЭ. В 2003 г. психологическая экспертиза вошла в перечень видов судебных экспертиз, проводимых в системе Минюста России. На сегодняшний день в СЭУ Минюста России работает около 60 экспертов-психологов, которые проводят за год около 2000 СПЭ.

Закономерно возникает вопрос о до- и постдипломном образовании психологов, участвующих в проведении судебных экспертиз. Согласно ст.13 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации» эксперт должен иметь высшее профессиональное образование и проходить подготовку по конкретной экспертной специальности. Уже на стадии высшего образования желательно прохождение обучения по дисциплинам, так или иначе связанным с судебной экспертизой.

Первый такой курс для психологов – «Судебно-психологическая экспертиза» был разработан М.М. Коченовым и читался им на факультете психологии МГУ им. М.В. Ломоносова с середины 70-х до середины 80-х годов<sup>1</sup>. В последующем этот курс читался В.В. Гульданом до 1992 г. После некоторого перерыва в 1995 г. Ю.Ф. Поляков, возглавлявший кафедру нейро- и патопсихологии, возобновил обучение студентов по данной дисциплине. Этот спецкурс читался Ф.С. Сафуановым, первые годы совместно с С.Н. Ениколоповым.

---

<sup>1</sup> Для автора этих строк этот курс и явился определяющим при выборе профессии.

При создании специальности «Клиническая психология» (2000 г.) Ю.Ф. Поляков, активно участвуя в формировании соответствующего Федерального образовательного стандарта, включил в число основных дисциплин «Клиническая психология в экспертной практике». Программа дисциплины была разработана Ф.С. Сафуановым и опубликована в сборнике «Программы дисциплин Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 030302.65 – Клиническая психология» (М.: Акрополь, 2006). Эта же дисциплина вошла в число обязательных и в стандарт 3-го поколения по специальности «Клиническая психология» (2010 г.). Таким образом, додипломная подготовка медицинских психологов во всех вузах страны, проводящих обучение по специальности «Клиническая психология», включает подготовку по судебной экспертизе в рамках одной дисциплины.

В то же время существует ряд вузов, в которых обучение по проблемам судебной экспертизы проводится более углубленно. Так, на кафедре клинической и судебной психологии факультета юридической психологии МГППУ до введения ФГОС 3-го поколения производилось обучение по специальности «Клиническая психология» специализации «Клиническая психология в экспертной практике», утвержденной УМО в 2010 г.

Введение данной специализации было обусловлено тем обстоятельством, что необходимые для эксперта компетенции невозможно сформировать при обучении студентов по уже имеющимся к тому времени специализациям (Нейропсихология; Патопсихология; Психология дизонтогенеза; Психосоматика; Клиническое консультирование и коррекционная психология; Реабилитационная клиническая психология; Клиническая психология младенческого и раннего возраста). Помимо судебно-экспертной работы, клинические психологи часто привлекаются правоохранительными органами в качестве консультантов и специалистов. Одним из таких видов деятельности является составление психологического портрета преступника для выдвижения гипотез о личностных характеристиках преступника и его психическом состоянии для определения и сужения круга подозреваемых по делу лиц; определения мотивов и механизма преступления – в том числе психопатологического (психиатрического,

сексологического); разработки рекомендаций по тактике оперативно-розыскных мероприятий на основе приоритетных версий, выявления вероятности совершения преступником в будущем аналогичных преступлений и выработка рекомендаций следователю для проведения допроса. Психологи решают и такие задачи как исследование возможностей использования опроса с использованием полиграфа при работе с психически больными лицами в процессуальной практике. Законодательно предусмотрено участие психолога в допросе малолетних и несовершеннолетних лиц.

Введение специализации «Клиническая психология в экспертной практике» было направлено на подготовку специалистов широкого профиля, работающих на стыке клинической психологии, психиатрии, уголовного и гражданского права, способных решать исследовательские задачи и выступать как в качестве сотрудников учреждений здравоохранения, так и иных ведомств, привлекаемых к профессиональной деятельности в роли судебного эксперта, специалиста (как процессуальной фигуры с определенными законом правами и обязанностями) или консультанта.

После введения ФГОС 3-го поколения по специальности «Клиническая психология» кафедры клинической и судебной психологии и другие учебные подразделения, готовящие клинических психологов для судебно-экспертной деятельности, были поставлены в условия, когда им приходилось жестко вписываться в одну из специализаций, заданных в образовательном стандарте. Из всех имеющихся специализаций, перечисленных в ФГОС, соответствующие компетенции могут быть сформированы только в рамках специализации № 3 «Патопсихологическая диагностика и психотерапия». В то же время необходимо заметить, что этих компетенций явно недостаточно для работы в качестве судебного эксперта. Они сводятся к способности и готовности к овладению теорией и методологией проведения психологических экспертиз с учетом их предметной специфики (ПСК – 3.4) и к самостоятельному проведению экспертиз и составлению заключений в соответствии с задачами экспертизы и нормативно-правовыми документами (ПСК – 3.7). Дисциплины специализации в своей базовой и вариативной частях включают в себя, кроме собственно экспертологических (клиническая психология в экспертной практике, правовые и

этические основы производства судебных экспертиз, практикумы по методам экспертной оценки и по работе на полиграфе), юридические курсы (уголовное, гражданское, семейное, процессуальное право), занятия по разделам юридической психологии (криминальная, правовая, судебная, пенитенциарная психология), смежным наукам (виктимология, суицидология, криминология).

Более специализированные компетенции сформулированы в рамках магистратуры «Юридическая психология: судебно-экспертная практика», обучение в которой также проводится на кафедре клинической и судебной психологии факультета юридической психологии МГППУ.

ФГОС магистратуры позволяет в дополнение к общекультурным и профессиональным задавать формируемые профессионально-специализированные компетенции, определенные основной образовательной программой вуза. Нами были сформулированы такие компетенции, разделенные на четыре основных блока.

#### А. Знание и понимание:

1. Теории и методологии производства судебных экспертиз с участием психолога, специфики предметных видов судебных экспертиз в уголовном и гражданском процессах.

2. Основных методов (герменевтических, качественных и количественных) судебно-психологического экспертного исследования.

3. Организационно-правовых основ и этических принципов производства судебно-психологической и комплексной судебной психолого-психиатрической экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях и при производстве негосударственных (частных) экспертиз.

4. Отношений между теорией судебной экспертологии, научными исследованиями в общей, клинической и юридической психологии, и практикой проведения судебных экспертиз с участием психолога.

5. Разделов психологии, психиатрии, права и других смежных наук, необходимых для судебно-психологической экспертной практики.

#### Б. Интеллектуальные навыки:

1. Владение методами (герменевтическими, качественными и количественными) судебно-психологического и клиничко-психологического

исследования.

2. Использование результатов научных исследований в различных областях психологии и смежных наук в судебно-психологической экспертной практике.

3. Аналитическое и критическое мышление, способность решать профессиональные задачи в разнообразных судебно-экспертных ситуациях.

4. Развитие способности к метаанализу судебно-психологической экспертной практики.

5. Использование полученных психологических профессиональных знаний в различных формах в практике расследования преступлений и судопроизводства.

#### В. Практические навыки:

1. Умение самостоятельно провести судебно-психологическое экспертное исследование и составить заключение эксперта в соответствии с нормативно-правовыми документами.

2. Умение входить в продуктивный контакт с подэкспертными, в т.ч. с лицами с психическими расстройствами.

3. Умение применять различные стратегии взаимодействия и коммуникации с подэкспертными в зависимости от вида судебной экспертизы (уголовный или гражданский процесс), процессуального статуса подэкспертного (обвиняемый, потерпевший, свидетель, истец, ответчик), уровня его возрастного психического развития, пола, психического состояния и установок по отношению к экспертизе (симуляция и ее разновидности).

4. Умение строить взаимодействие с подэкспертным лицом с учетом его прав и обязанностей, базисных этических принципов судебно-экспертного исследования живых лиц.

5. Умение эффективно взаимодействовать с органом или лицом, назначающим судебную экспертизу, а также с судебными экспертами-психологами и экспертами смежных специальностей (психиатрами, сексологами, наркологами).

#### Г. Универсальные умения:

1. Умение излагать свои мысли устно и письменно, аргументировано защищать свою точку зрения во взаимодействии с другими психологами-экспертами, судебно-психиатрическими экспертами, с работниками

правоохранительных органов (дознавателями и следователями) и участниками суда (судьями, прокурорами и адвокатами).

2. Умение планировать и распределять время в зависимости от исследовательских и практических судебно-экспертных задач.

3. Умение работать с информацией, в т.ч. и с электронными базами данных, в научно-исследовательской работе и в практике производства судебных экспертиз.

4. Самостоятельность мышления, способность к выработке «внутреннего убеждения» на основе полного, всестороннего и научно обоснованного анализа всех имеющихся данных.

5. Чувство ответственности, умение использовать границы ответственности и компетенции, заданные законодательно и этически.

Для формирования общекультурных, профессиональных (заданных ФГОС) и профессионально-специализированных (заданных ООП магистратуры) компетенций в профессиональный цикл учебного плана подготовки магистров по профилю «Юридическая психология: судебно-экспертная практика» было включено (помимо базовой части) 5 модулей. Модуль 1 охватывает необходимые дисциплины по клинической психологии в контексте судебной экспертизы – патопсихологические исследования в судебно-психиатрической экспертизе, патопсихология криминальной агрессии и др. Модуль 2 полностью посвящен судебной экспертизе с участием психолога. Модуль 3 включает дисциплины по юридической психологии. Модуль 4 задает правовой контекст профессиональной деятельности клинического и судебного психолога. В модуле 5 изучаются английский и немецкий языки для юридического психолога. Научно-исследовательская и производственные практики проходят преимущественно на базе клинических и судебно-экспертных учреждений.

Постдипломная подготовка медицинских психологов, работающих в СПЭУ Минздрава России, и психологов-экспертов СЭУ Минюста России производится с 1992 г. на базе Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского. По утвержденной ученым советам названного центра программе (разработчик – Ф.С. Сафуанов) постдипломная подготовка проводится в форме тематического усовершенствования (повышения



квалификации) по циклу «Медицинская и судебная психология» (до 2011 г. – в объеме 72 часа, сейчас – 144 часа). Цикл состоит из 4 модулей и 25 тем, итогового тестирования, самостоятельной работы (написание реферата на актуальную тему по клинической и судебной психологии). Содержание цикла отражено в издании «Медицинская и судебная психология. Курс лекций» (под редакцией Т.Б. Дмитриевой, Ф.С. Сафуанова), вышедшей в издательстве «Генезис» (606 с.) тремя тиражами в 2004, 2005 и 2009 годах.

Таким образом, на современном этапе подготовка и усовершенствование медицинских психологов, работающих в судебно-психиатрических учреждениях Минздрава России, в соответствии с требованиями Болонского соглашения, строится полностью на основе компетентностного подхода. В то же время нельзя признать этот процесс полностью завершенным. Согласно ст. 13 Федерального закона «О государственной судебно-экспертной деятельности в РФ», профессиональная подготовка экспертов включает их аттестацию на право самостоятельного производства судебной экспертизы соответствующими экспертно-квалификационными комиссиями, с подтверждением этого права каждые пять лет. Эта процедура детально изложена в проекте нового закона о судебно-экспертной деятельности в РФ (он охватывает не только государственные, но и негосударственные экспертизы), который находится в момент написания статьи в стадии межведомственного обсуждения. После принятия данного закона будет возможным принять как программы подготовки медицинских психологов, выступающих в роли судебных экспертов, так и требования к их итоговой аттестации.

## **МНОГОУРОВНЕВЫЙ МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМУ ИССЛЕДОВАНИЮ**

Е.Б. Фанталова

Многолетний опыт работы автора с различными психодиагностическими методиками и использование результатов по ним в дифференциальной психодиагностике и при оказании психологической помощи (психотерапия, психокоррекция, психопрофилактика, социальная реабилитация) показал, что необходимо четко представлять себе уровни психологического

(психодиагностического) исследования, соответствующие доминирующим уровням психологической реальности конкретного случая. Полученные по различным методикам результаты психологического исследования наводили на мысль о том, что иногда одна и та же личностная методика работает на разные уровни целостной психологической реальности человека. Совокупность одних показателей в большей мере отвечала на вопрос *«Каковы состояние и личность больного, каковы его психологические особенности, эмоциональные реакции?»*. Совокупность же других показателей в определенной степени как бы «склонялась» к ответу на вопрос *«Почему они такие?»*, обеспечивая тем самым причинно-следственное звено исследования, хотя, конечно, не исчерпывая понимания всей целостной психологической картины индивидуального случая, всей ее специфики и сложности.

В связи с этим мы сочли целесообразным выделить три различных уровня психологической реальности, которые взаимодополняюще характеризуют особенности функционирования человеческой психики, особенности целостного психологического портрета [1-3]. Последний может содержать в себе как внешние психологические проявления, раскрывающие темперамент, свойства нервной системы, феноменологию характера, так и глубинные мотивационно-личностные структуры, личностные смыслы, ценности.

Методологически эти три уровня соответствуют, в свою очередь, трем уровням психологического (психодиагностического) исследования и оказания необходимой психологической помощи. Ответим последовательно на два вопроса:

-Каковы эти уровни?

-Почему методологически целесообразно их выделение?

Итак, ответ на первый вопрос. Это уровни «ИНДИВИД», «ЛИЧНОСТЬ», «ДУША».

Это три взаимосвязанных, но вместе с тем различных по содержанию, структуре и функциям онтологических уровня, в совокупности отражающих целостную психологическую реальность человека. Если уровень «Индивид» раскрывает феноменологию характера, темперамента, свойств нервной системы, удовлетворенность базисных потребностей человека и отвечает на вопрос

«Каковы эмоциональное состояние и личность больного?», то уровень «Личность» охватывает причинно-следственные звенья в системе социальных отношений человека, вскрывает иерархию мотивов, смыслообразований, отвечая в диапазоне социального контекста на вопрос «Почему эмоциональное состояние и личность больного имеют онтологически присущие им психологические характеристики?» Самым сложным для традиционного психологического исследования и психодиагностики является уровень «Душа», поскольку именно на нем раскрывается уже глубинный, давно сложившийся, интериоризованный, автономный внутренний мир человека с присущей ему системой ценностей, «внутренних опор», «внутренних авторитетов».

В этой связи представляется целесообразным вспомнить, что зарождение психологии в Древности прежде всего было связано с попытками проникновения во внутренний мир человека, как и само слово «психология» в переводе с греческого означает «познание души» (внутреннего мира), так же, как и «психодиагностика» предполагает «распознавание души», а «психотерапия» – попечение души, целительство души.

Хотя все три уровня,- «Индивид», «Личность», «Душа», - взаимодополняющие раскрывают целостную психологическую реальность человека, нельзя не заметить, что в психологической картине отдельного случая все-таки имеет место доминирование какого-то одного из трех уровней, или, по крайней мере, диады «Индивид-Личность» или «Личность-Душа».

Отвечая на второй вопрос (Почему методологически целесообразно выделение этих трех уровней и зачем они нужны в практике психологического исследования и психологической помощи?!), можно сказать, что «опора» на выделенные уровни, знание об их содержании и доминировании в каждом отдельном случае помогают лучше квалифицировать психологическую индивидуальность больного, раскрыть доминирующие потребности и ценности, наметить стратегию и тактику оптимальной психологической помощи, лучше понять внутренний запрос больного. Каждый из приведенных уровней раскрывается посредством определенных психологических категорий и соответствующих им психодиагностических методов исследования.

Как уже отмечалось выше, в целостной психологической реальности каждого человека присутствуют все три уровня, а описательный психологический портрет чаще всего представляет собой их «сплав». Однако, совокупность всех данных проведенного психологического исследования, так же как и внутренний запрос клиента психотерапевту, содержание и специфика предъявляемых проблем обычно указывают на уровень, доминирующий в психологической реальности конкретного случая. Нам представляется, что если психолог будет готов к распознаванию этого уровня заранее и сможет легко и быстро его дифференцировать, то и оказание психологической помощи будет в этом случае более эффективным как с точки зрения выбора психотерапевтической техники, так и последующего общения, направления содержания беседы, диалога.

#### Литература

1. *Фанталова Е. Б.* Диагностика и психотерапия внутреннего конфликта. Самара: ИД БАХРАХ-М, 2001. - С.7-17.
2. *Фанталова Е.Б.* Многоуровневый методологический подход в клинико-психологической практике // *Философские проблемы биологии и медицины. Выпуск 3: Традиции и позиции* Сборник материалов 3-ей ежегодной научно-практической конференции. –М.: Принтберри, 2009.- С. 417-432.
3. *Фанталова Е.Б.* Методологический анализ уровня *ДУША* в психологическом исследовании // «Камень, который презрели строители». Культурно-историческая теория и социальные практики: Сборник тезисов десятой международной конференции «Чтения памяти Л.С.Выготского.- М.: РГГУ, 2009. С.348-351.

## **О КАФЕДРЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В МЕДИЦИНСКОМ ВУЗЕ**

В.А. Урываев

Перефразируя Г. Эббингауза, можно утверждать, что у клинической психологии в медицинском вузе длинная предыстория, но очень короткая история. Можно даже вопрос поставить острее, мы еще стоим у начала такой истории.

В современных стандартах подготовки врача клиническая психология практически отсутствует, вместо нее будущему врачу предлагается либо общая психология с педагогикой, либо психиатрическая пропедевтика. Вопрос о включении проблемных ситуаций, имеющих клинико-психологическую природу

(и связанных с работой врача общей практики в амбулаторных условиях или стационаре), в итоговую государственную аттестацию даже не обсуждается.

Приведем пример существенного противоречия между имеющимися учебниками и вопросами практики. Если мы откроем имеющиеся учебники по психологии для медицинских вузов, то ни в одном из них мы не обнаружим главы «Человек и лекарство». Очевидно, это не тема общепсихологическая (признавая важными «плацебо-эффект» не считаем возможным им ограничиваться при рассмотрении данной проблемы), но она и не из круга тем, с которой работают в психиатрической клинике (злоупотребление лекарствами при ипохондрических расстройствах так же, по нашему мнению, не исчерпывает всей полноты проблемы). Одновременно - это одна из важнейших и актуальнейших тем в работе врача общей практики, врача-педиатра, семейного врача. Причем, широко обсуждаемая в мире тема М-зависимых пациентов (по аналогии с А-зависимыми – алкоголь, или Н-зависимыми – наркотики) в принципе не существует для высшей медицинской школы...

Для ясности позиции автора публикации можно сослаться на альтернативную практику, и привести, в качестве примера, список тем (глав) из объемного немецкого учебника 1988 года издания («Медицинская психология и медицинская социология»):

- анализ основных объясняющих моделей поведения человека при заболевании и во время болезни, возможности их коррекции силами врача общей практики;

- развернутая психологическая характеристика «страха», блокирующего зачастую эффективную медицинскую помощь и роль врача в преодолении страха пациентом, в том числе и страха перед медицинскими процедурами, перед «аппаратной» медициной;

- развернутая психологическая характеристика таких эмоциональных реакций как «стыд», «траур», «скорбь», «печаль», «беспомощность»;

- психологические реакции пациента на все основные аспекты стационарного лечения (в том числе и собственно «страх больного перед стационаром»);

- специфика психологических реакций пациентов на хроническое заболевание и увечье;

- роль микро-сообществ «поддержки» пациентов, прежде всего, находящихся в фазе кризисных переживаний, но не только этот период (это чрезвычайно важно и для работы с тяжелыми хроническими заболеваниями);

- психологические особенности профессиональной социализации врача еще на студенческой скамье и коррекция возможных ошибок, обращающихся для пациента предвзятостью, стигматизацией, профессиональной деформацией;

- психологические проблемы амбулаторного обслуживания;

- основные психологические аспекты, связанные с асимметрией отношений в диаде «врач-больной», к примеру, клинико-психологические особенности «обходов»;

- расширенный психологический анализ целого «набора» различных аспектов, влияющих на лечебный эффект: «ятрогенная фиксация», «перенос и контр-перенос»; «плацебо-эффект», «алекситимия», «балинт-группы»...

- врачебный разговор как одна из важнейших профессиональных задач, развернутая система требований к стратегии и тактике ведения врачебного разговора;

- «социальная фармакология» - лекарство и общество, социально-психологические факторы, влияющие на выписку рецепта врачом;

- «комплаенс» и факторы, влияющие на его повышение;

- и многое другое, остающееся за пределами как «педагогики», так «пропедевтической психиатрии»;

Другим словами, имеющееся на сегодняшний день механическое разделение небольшого курса психологии между кафедрами гуманитарными и кафедрами психиатрии не решает главной задачи - становления клинической психологии как профессионально важной дисциплины для врача общей практики, консервирует иную практику, которая за много лет не доказала своей эффективности, напротив, вступает в противоречие с современными представлениями о качестве медицинской помощи.

Мы убеждены, что в некоторой временной перспективе у медицинских вузах возникнет осознанная потребность усилить качество подготовки будущих

врачей создавая кафедры клинической психологии, которые объединят подготовку студентов младших и старших курсов, будут работать на клинических базах различного типа - психиатрические больницы, онкологические стационары, гериатрические отделения, ожоговые отделения, неврологические отделения, детские клиники и т.п.; и будут реально формировать профессионально-важные компетенции будущего врача.

Нам бы хотелось подчеркнуть, впервые за долгие годы работы высшей медицинской школы из среды выпускников факультетов клинической психологии можно набрать полноценные штаты преподавателей для этих кафедр (ранее, заметим, ни педагоги и философы, ни классические психиатры объективно не могли претендовать на адекватную современным задачам деятельность такой кафедры).

Представляется реальным объединение в рамках кафедры часов психологии, преподаваемых на младших и старших курсах, проведения занятий данной кафедрой на клинических базах. На младших курсах таким потенциалом обладают базы (и кафедры) пропедевтической направленности, на старших - клинические базы, используемые для преподавания отдельных дисциплин (не исключая психиатрические базы, но и не ограничиваясь ими).

Актуальным вопросом необходимости внедрения медицинской (клинической) психологии в формирование профессиональных компетенций выпускника может стать проблема проведения врачом (врачом-педиатром или врачом общей практики) диспансеризации населения. Вряд ли необходимо кому-то доказывать, что дебюты психических (психосоматических) нарушений носят выраженную психологическую предысторию. Тем не менее, практика показывает выраженную беспомощность выпускников медицинских вузов перед такого рода задачами (тем не менее, являющейся «штатной» для врача).

В нашем вузе некоторое время существовала непрерывная программа психологического сопровождения профессиональной подготовки врача. Как дополнение к основному курсу (объем которого был увеличен решением ученого совета академии как для лечебного, так и для педиатрического факультетов) была создана система из 20 спецкурсов (элективов, от первого курса до 6-го, включая фармацевтический факультет), на которые с огромным желанием записывались

студенты-медики: «Игровые приемы в работе врача-педиатра», «Психологические проблемы работы врача в стационаре», «Психология семьи», «Первая психологическая помощь в чрезвычайных ситуациях», «Историко-культурное введение в психотерапию», «Психология самопомощи», «Психологические проблемы профессионального общения врача», «Психологические проблемы в программах диспансеризации детей», «Психологические проблемы работы с зависимостями», «Введение в паллиативную медицину» (занятия проводились с посещением хосписа и оказанием волонтерской помощи), и другие. В рамках данных элективов курс медицинской психологии кафедры психиатрии «добирал» и часы, и ставки.

## **ВОЗРАСТНО-ЛИЦЕВАЯ ИДЕНТИФИКАЦИЯ И МОТИВАЦИИ ОМОЛОЖЕНИЯ ЛИЦА У ПАЦИЕНТОК ПЛАСТИЧЕСКОЙ ХИРУРГИИ**

Н.Л. Белопольская

Во внешнем виде человека, прежде всего в его лице, отражается и хронологический возраст, и состояние здоровья. Как показали наши предыдущие исследования, желание современного человека не только чувствовать себя моложе, но и выглядеть моложе своего хронологического возраста, становится нормативным требованием современной жизни (Белопольская, Шафирова, 2011).

Инволюционные деформации лица имеют типичные клинические проявления: морщины, складки кожи, контурирование подглазничной борозды и носогубной складки, западение тканей в щечных областях и т.п., которые хотя и не приводят к функциональным нарушениям, но определяют перцептивные оценки лица человека. Они придают лицу уставший, угрюмый, недовольный и болезненный вид, что вызывает негативное впечатление от лица как у самого человека, так и у окружающих. Все это зачастую не удовлетворяет современных людей, и они обращаются к современной косметологии и эстетической медицине с целью устранения выраженных возрастных изменений лица. Современные женщины больше озабочены своим внешним обликом и соответствующим возрастным статусом, чем мужчины. Они связывают с молодой и моложавой внешностью не только свою профессиональную успешность, но и личное счастье. Ранее мы доказали, что в понятие «возраст человека» входит и его возрастно-



телесная идентификация, и ввели новый термин «лицевой возраст». Лицо человека, подверженное естественным процессам старения, на наш взгляд, имеет определяющее значение для оценки людьми хронологического возраста друг друга (Белопольская, Шафирова, 2011; Белопольская, Виссарионов, Шафирова, 2012; Montepare, 1996).

Проведенное нами исследование соотношения психологического, биологического и хронологического возрастов показало, что большинство женщин, стремящихся к омолаживающим процедурам, имеют психологический возраст на 10–15 лет моложе хронологического, и биологический возраст на 1–2 года моложе хронологического. Введение понятия «лицевой возраст» позволило проанализировать возникновение потребности в омолаживающих процедурах и операциях. Оказалось, что оценка женщинами своего реального лицевого возраста близка к их хронологическому возрасту и находится в диссонансе с психологическим возрастом (Белопольская, Шафирова, 2011).

Однако остается открытой проблема возникновения мотиваций, приводящих женщин к решению радикально и быстро омолодить свое лицо. В каких случаях эта потребность выходит на первый план? Является ли она потребностью «пограничной личности», как считают некоторые специалисты (Баранская, 2008), и связана ли она с нарушением психического здоровья человека?

Нами было проведено экспериментальное исследование мотиваций состоявшихся омолаживающих хирургических операций у женщин разных возрастных групп в Институте пластической хирургии и косметологии. В исследовании приняли участие 139 пациенток от 18 до 75 лет. Контрольной группой стали 98 женщин разных возрастных групп, никогда не обращавшихся к пластическим хирургам.

По данным некоторых зарубежных авторов до 70% людей, обращающихся к пластическим хирургам, страдают различными расстройствами аффективной сферы (Honingman, Phillips, Castle, 2004).

В нашем исследовании из 133 пациенток были выявлены только 6 женщин (от 38 до 54 лет), обнаруживших неадекватные запросы по омолаживающим процедурам и операциям, а также неадекватные эмоциональные реакции при

общении с пластическим хирургом. Исследование этой группы пациенток показало, что их психологический возраст на момент исследования был на 20–25 лет моложе хронологического, что не соответствовало типичным результатам, полученным в других группах пациенток. В то же время у 4 из 6 пациенток биологический возраст оказался на 3–5 лет старше хронологического, что также не соответствует нормативным данным Института геронтологии МЗ РФ. Несмотря на то, что они выдвигали типичные мотивы омоложения лица (удержание любимого человека и карьера), их конкретные пожелания выглядели неадекватно и претенциозно. Мы условно обозначили эту подгруппу как «клиническую». Работа с такими пациентками требует особой осторожности, так как они часто остаются недовольны результатами операций, конфликтуют с медицинским персоналом и выдвигают все новые требования по улучшению и омоложению их лица. Таких пациенток в нашей выборке оказалось четверо — они требовали повторные операции, которые, по мнению врача, не были им показаны.

Проведенное исследование позволило выделить 3 группы женщин, имеющих мотивацию по омоложению своего лицевого возраста. Возрастной диапазон составил от 30 до 70 лет.

Пациентки клинической группы характеризовались в основном более старшим биологическим возрастом относительно хронологического. Психологический возраст этих пациенток оказался либо значительно меньше (10 и более лет) хронологического, либо превышал его на 10 и более лет. Для женщин этой группы характерна острая неудовлетворенность своим лицевым возрастом, а иногда и лицевым образом. У представительниц этой группы были диагностированы депрессия, нескритичность, социофобия и другие тревожные расстройства, а также зависимости (алкоголь, наркомания в анамнезе). Пациентки заявляли о том, что готовы на многократные радикальные операции и не обнаруживали страха перед ними.

Достижения современной медицины направлены на то, чтобы продуктивный период жизни человека увеличился. Возможности профилактики заболеваний, пропаганда здорового образа жизни, поддержание мужской потенции, возможность рожать детей женщинами среднего возраста — все это

стимулирует людей чувствовать себя моложе и гораздо моложе своего хронологического возраста. Достижения современной косметологии и пластической хирургии позволяют поддерживать внешний молодой облик.

Проведенное экспериментальное исследование позволило впервые выделить психологические критерии (в отличие от широко используемых медицинских и психометрических критериев), которые дали возможность разделить всех женщин, испытывающих потребность в омоложении лица, на клинический и неклинический контингент. Таковыми критериями являются иерархия личностных мотиваций и структура представлений о собственном возрасте.

#### Литература

1. Баранская, Л. Т. (2008) Развитие специфического личностного синдрома у пациентов эстетической хирургии // Известия Уральского государственного университета. № 60. С.26–34.
2. Белопольская, Н. Л., Шафирова, Е. М. (2011) Психологическая структура представления о собственном возрасте у взрослых людей // Современная экспериментальная психология. в 2 т. М. : Изд-во Института психологии РАН. Т.2. С.349–360.
3. Белопольская, Н. Л., Виссарионов, В. А., Шафирова, Е. М. (2012) Психологические аспекты эстетической медицины // Актуальные вопросы пластической хирургии и косметологии. М.: Изд-во «Институт пластической хирургии и косметологии». С.148–151.
4. Honingman, R. J., Phillips, K. A., Castle, D. J. (2004) Review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetic surgery // Plastic and Reconstructive Surgery. V.4. P.1229–1237.
5. Montepare, J. M. (1996) Variations in Adults' subjective ages in relation to birthday nearness, age, age awareness, and attitudes toward aging // Journal of Adult Development. V.3. P.193–203.

# ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СИСТЕМНОЙ МОДЕЛИ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ В ОБУЧЕНИИ И ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ МЕДИЦИНСКИХ (КЛИНИЧЕСКИХ) ПСИХОЛОГОВ

О.Ю. Щелкова

Одним из важнейших видов профессиональной деятельности медицинских (клинических) психологов является психологическая диагностика. Основное назначение психологической диагностики состоит в познании психики человека, ее актуального состояния, интер- и интрапсихического функционирования в системе социальных связей и отношений. Прочно утвердившееся представление о системной организации психической жизни человека предполагает то, что адекватно организованное психодиагностическое исследование, направленное на выявление индивидуальных особенностей и нарушений функционирования психики, должно иметь соответствующий, то есть системный характер.

В прикладных областях психологии, к которым относится медицинская психология, психодиагностика служит инструментом, связывающим науку и практику, раскрывающим механизм применения психологического знания для решения реальных жизненных проблем. Именно эти две важнейшие характеристики психологической диагностики – ее системный характер и выраженная прикладная направленность – должны, по нашему мнению, служить основой для разработки учебных программ для студентов, специализирующихся в области клинической психологии, и программ профессиональной переподготовки и усовершенствования по этой дисциплине для специалистов с высшим образованием.

Разработанная интегративная модель медицинской психодиагностики (Щелкова О.Ю., 2009) позволяет представить в учебном процессе психодиагностическую деятельность как познавательный структурированный интерактивный процесс, в котором в системном единстве и взаимодействии соединены функциональные (цели, задачи, методы), структурно-содержательные, семантические (особенности психомоторной, познавательной, эмоционально-аффективной, мотивационно-волевой сферы личности, ее структура, система отношений, механизмы психологической адаптации и другие психологические

характеристики), динамические (этапы подготовки и проведения исследования), экологические (физические, социально-психологические, этико-деонтологические условия) компоненты психодиагностической деятельности.

Не трудно заметить, что структурные и процессуальные компоненты медико-психологической диагностики соответствуют общепсихологической системной модели деятельности, включающей: цель (выявление, распознавание, отнесение к тому или иному классу явлений), мотив (получение ответа на поставленный вопрос, выявление причин), планирование (определение программы исследования, последовательности выполняемых действий), комплекс диагностических действий (переработка информации, проверка решения, коррекция действий), результат (психологический диагноз) (Леонтьев А.Н., 1975; Ломов Б.Ф., 2003). Раскрытие существа медицинской психодиагностики с помощью ее системной (интегративной) модели как раз и предполагает представление ее в учебной процессе как динамической, открытой, организованной на принципах обратной связи системы профессиональной деятельности психологов (Щелкова О.Ю., 2005).

Следует отметить, что положения Л.С. Выготского (1983) о психологическом диагнозе как центральной категории, отражающей результат психодиагностической деятельности, дополненные взглядами о комплексном характере психологической диагностики (Ананьев Б.Г., 1980, 2001), составляют ядро системной концепции психологической диагностики в медицине, и соответственно, ядро учебных программ по этой дисциплине. При этом обучение предполагает не только усвоение теории психологического диагноза и психодиагностической деятельности, но и практическую работу студентов с различными категориями больных, использование различных психодиагностических приемов и методов, направленных на решение разнообразных психодиагностических задач в контексте более общих задач клинической и профилактической медицины.

Все возрастающая востребованность психологических знаний в клинике заставляет по-новому прочесть слова Б.Г. Ананьева (1980, с. 56) о том, что «... сочетание клинической диагностики с психодиагностикой, с умением разобраться в состоянии и свойствах каждого отдельного человека – необходимое условие медицинской практики» в связи с тем, что под медицинской практикой в настоящее

время понимается не только лечение, но и социальная реабилитация, оптимизация качества жизни больных. Это предполагает то, что диагностическая (а также консультативная и психотерапевтическая) работа психолога проводится не только с больным, но и членами его ближайшего микросоциального (терапевтического и внетерапевтического) окружения. В учебном процессе это должно отразиться в комплексном (теоретическом и практическом) раскрытии основных функций психологической диагностики – гностической (информационно-семантической) и коррекционной (психотерапевтической).

Реализация основных функций невозможна без четкого усвоения того, что психологическая диагностика является составной частью (подсистемой) комплексной клинической диагностики. В связи с этим образовательный процесс предполагает обучение студентов формулированию и решению разнообразных психодиагностических задач.

В психиатрической клинике в качестве подобных задач выступают: выявление с помощью специализированных психодиагностических методик тонких и латентных нарушений психической деятельности с целью объективации имеющихся расстройств и дифференциальной диагностики; оценка структуры и степени выраженности нервно-психических расстройств для получения данных по клинической квалификации психического состояния больного при различных видах психолого-психиатрической экспертизы; изучение динамики сохранных и патологически измененных компонентов психической деятельности, индивидуальных особенностей личности, механизмов психической адаптации и компенсации, системы значимых отношений и ролевого поведения больного для выбора тактики психотерапевтического воздействия, построения функционального диагноза, проведения социально-реабилитационных мероприятий; оценка динамики нервно-психических нарушений и социально-психологических позиций личности больного в процессе лечения с целью объективации эффективности проводимой фармакологической терапии, психотерапии и социально-реабилитационной работы (Рубинштейн С.Я., 1999; Карвасарский Б.Д. – ред., 2002; Зейгарник Б.В., 2008).

В современных условиях клинического патоморфоза названные задачи психологической диагностики в психиатрической клинике наполняются новым

содержанием и связаны с выявлением стертых, а также соматизированных форм психической патологии. Появление новых психодиагностических задач связано также с признанием психосоциальных (психодинамической, диатез-стрессовой) и когнитивных моделей психической патологии, что предполагает усиление внимания к психосоциальным особенностям развития и механизмам психологической адаптации больных. В рамках реабилитационного направления новой задачей психологической диагностики выступает задача прогнозирования эффективности восстановительного лечения психически больных на основе их личностных и социально-психологических характеристик в преморбидном и морбидном периодах (Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю., 2009).

Нейропсихологическая диагностика осуществляется в рамках топической диагностики, определения функционального состояния и уровня развития высших психических функций, определения функциональной специализации полушарий головного мозга, а также при оценке динамики проводимого лечения и реабилитации больных с органическими заболеваниями мозга (Лурия А.Р., 1973; Вассерман Л.И. с соавт., 1997; Хомская Е.Д., 2006). Анализ и интерпретация получаемых в нейропсихологическом исследовании данных проводится в соответствии с традиционными представлениями о системном характере взаимодействия структуры и деятельности головного мозга и современными представлениями когнитивных и нейронаук. Это позволяет более точно осуществлять дифференциацию общемозговой и очаговой, органической и функциональной патологии мозга, а также проводить оценку компенсаторных возможностей, определять прогноз восстановления психических функций и на этой основе – тактику психологической коррекции и нейрореабилитации больных.

Специфика психологической диагностики в клинике соматических и психосоматических расстройств, нацеленная на выявление как факторов риска развития, так и механизмов адаптации личности к болезни, определяет следующие ее задачи, которые должны быть усвоены в процессе обучения: изучение особенностей преморбидной личностной структуры с целью выявления психологических факторов, играющих роль в патогенезе психосоматических расстройств (психодиагностика алекситимических характеристик, поведенческих типов, интрапсихических конфликтов, стиля семейных взаимоотношений и т.д.);

исследование внутренней картины болезни, «масштаба переживания болезни» и личностного смысла заболевания в системе личностных смыслов и ценностей пациента, изучение динамики субъективного отношения к болезни в процессе лечения; оценка взаимоотношений больного с врачом и медицинским персоналом; психодиагностика аффективных состояний (тревоги и депрессии) с целью объективации скрытых и соматизированных депрессий; психодиагностический анализ адаптационно-компенсаторных ресурсов больного (копинг-стратегий и копинг-ресурсов) для построения адекватных социально-реабилитационных программ, профессиональной ориентации и переориентации больного (Николаева В.В. – ред., 2009; Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., 2011; Василенко Т.Д., 2011).

Именно эти задачи необходимо раскрыть в учебном процессе как соответствующие современному пониманию роли психолога в диагностике, лечении, психологическом и социальном восстановлении больных психическими, нервными и соматическими заболеваниями.

Для решения задач психологической диагностики в клинической и профилактической медицине разработан широкий спектр экспериментальных и клинических (экспертных) психологических методов, реализующих номотетический и идеографический подходы. Естественно, что методам психологической диагностики – инструментам профессиональной деятельности медицинских психологов – должно отводиться в учебных программах одно из центральных мест. В разработанных нами учебных программах существенное внимание уделяется нестандартизованным методам экспериментально-клинического (патопсихологического) исследования, моделирующим познавательную деятельность испытуемого в реальных жизненных ситуациях (Рубинштейн С.Я., 1999), приводятся материалы по обеспечению надежности и сопоставимости их результатов (Херсонский Б.Г., Гильяшева И.Н., 1995).

Важное место в системе психологической диагностики занимают стандартизованные методы исследования – тесты, способные объективно и экономично решать задачи оценки степени выраженности той или иной психической характеристики человека. Эти задачи формируются запросами медико-психологической и более широкой социальной практики: необходимость



проведения популяционных, скрининговых и проспективных исследований в целях профилактики заболеваний стрессогенного характера и экспресс-диагностики экстремальных состояний, необходимостью учета патодинамических процессов при восстановительном лечении и реабилитации больных, оценки структуры и уровня дефектов развития детей и подростков, практикой профотбора, социально-психологическими и другими задачами. Тесты доказали свою значимость и в решении теоретических, фундаментальных проблем общей психологии, психологии индивидуальных различий, медицинской психологии. Это дает возможность преподавателям раскрыть некоторые принципиальные вопросы теории тестов и показать, что «измерение», заложенное в основе тестов, понимается более широко, чем просто количественный анализ переменных. В психодиагностике всегда необходимо учитывать единство количественных и качественных подходов и при разработке методик, и при анализе результатов психодиагностического исследования – целостного акта оценивания психических процессов и свойств личности, где качественные и количественные особенности рассматриваются во внутреннем единстве, дополняя друг друга, наряду с данными анамнеза, наблюдения, естественного эксперимента (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2004; Корнилова Т.В., Смирнов С.Д., 2006).

Таким образом, разделы учебных программ, посвященные методическим аспектам психологической диагностики, призваны сформировать у обучающихся представление о том, что для обеспечения системного изучения психики человека в условиях развития, течения и лечения различных заболеваний необходимо использовать клинико- и экспериментально-психологические методы исследования в их синтезе, диалектическом единстве и взаимодействии. По нашему мнению, в этом синтезе ведущая роль принадлежит клинико-психологическому методу, который реализует индивидуализированный, неформальный, смысловой, идеографический подход к изучению личности и истории ее развития. Экспериментально-психологический метод в этом синтезе реализует номотетический подход, обеспечивая надежность и объективность психодиагностической информации, дополняя и верифицируя данные клинико-психологического исследования. Такой методический принцип позволяет интегрировать всю психодиагностическую информацию о больном

Ценность комплексного психодиагностического исследования зависит как от умелого соотнесения с другими, в том числе клиническими данными, так и от особенностей индивидуального опыта психолога в интерпретации результатов тестирования с учетом реальной жизненной ситуации испытуемого. Именно эти знания и навыки призваны сформировать у студентов учебные программы, разработанные на базе системной модели психологической диагностики в медицине.

В настоящее время становится очевидным, что одно из перспективных направлений в разработке и применении методов клинической психодиагностики связано с возможностями, которые предоставляет непрерывное развитие компьютерной техники и информационных технологий. В лаборатории клинической психологии Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева и на факультете психологии Санкт-Петербургского гос. университета в течение ряда лет математиком и психологом К.Р. Червинской разрабатывалось новое междисциплинарное научно-практическое направление, возникшее на пересечении двух областей – психологии и компьютерных наук (computer science). Творческая интеграция двух дисциплин привела к появлению нового класса психодиагностического инструментария – компьютерных психодиагностических методик (Червинская К.Р., 2003).

Применение новых информационных технологий сделало этот класс существенно отличающимся от разрабатываемых в предыдущие годы компьютерных версий психодиагностических методик, по сути, представляющих собой аналоги их бланковых вариантов. Особенно эффективной и основанной на целостном охвате различных аспектов психодиагностической деятельности и изучаемых психологических характеристик явилась разработка психодиагностических информационных экспертных систем. Эти системы, создаваемые на основе технологии искусственного интеллекта, получившей название инженерии знаний (Червинская К.Р., Щелкова О.Ю., 2002), осуществляют полный цикл психологического исследования, включая генерирование интерпретации результатов с помощью «прошитога» в компьютер опыта работы клинического психолога. Специально проведенные на различных контингентах больных и здоровых лиц эксперименты показали высокую

диагностическую информативность разработанных экспертных психодиагностических систем. Поэтому разработанные на этой основе компьютерные психодиагностические методики могут использоваться при исследовании лиц, страдающих нервно-психическими и соматическими заболеваниями, а также в массовых психопрофилактических исследованиях. Использование этих методик в лечебном процессе (а также их экзаменационно-обучающих вариантов – в педагогическом процессе) может существенно повысить эффективность деятельности клинических психологов, так как в основу разработки этих экспертных компьютерных программ положена технология извлечения, структурирования и последующего моделирования психодиагностических знаний опытных психологов (экспертов).

Важно отметить, что на современном этапе развития компьютерной психодиагностики экспертные психодиагностические системы, использующие технологии искусственного интеллекта (в частности, теорию и методы инженерии знаний) для своей разработки, являются наиболее эффективными, отвечающими клинко-психологическому методу – основному инструменту психодиагностической деятельности медицинских (клинических) психологов. Развитие теории экспертных систем, развитие теории и методов инженерии знаний позволяет во многом завершить процесс моделирования психодиагностической деятельности клинического психолога и придать этому процессу целостный характер, учитывающий взаимодействие отдельных элементов изучаемой системы – психики человека.

Другим перспективным направлением является разработка таких компьютерных систем, в которых возможен диалоговый режим общения с психологом непосредственно в процессе индивидуальной психодиагностики. Примером использования такого качественно нового психодиагностического инструментария является компьютерное адаптивное тестирование, а также тестирование, позволяющее проследить процессуальную сторону выполнения мыслительных задач, выявлять индивидуальные стратегии принятия решений, анализировать затруднения, которые испытывает испытуемый при выполнении заданий различного типа (Гуревич К.М., Борисова Е.М. – ред., 2000). Подобное компьютерное тестирование моделирует процесс нестандартизованного

патопсихологического исследования мышления и позволяет наметить пути дальнейшего развития изучения интеллектуальной деятельности с учетом не только уровневых, но и содержательных характеристик.

Следует отметить также, что в рамках разрабатываемого системного-ситуационного подхода в клинической психодиагностике (Зотов М.В., Щелкова О.Ю., 2011) создаются компьютерные психодиагностические системы, предполагающие дифференцированную оценку и анализ взаимосвязи сенсорно-перцептивных, интеллектуально-мнестических, моторных и речевых компонентов когнитивной деятельности в моделируемых условиях воздействия стрессогенных раздражителей, что позволяют надежно прогнозировать устойчивость человека к влиянию специфических факторов психологического стресса (Зотов М.В., 2009).

Таким образом, развитие медицинской психодиагностики во многом связано с использованием новых информационных технологий, открывающих широкие возможности проведения принципиально новых видов психологического эксперимента (с использованием богатого разнообразия стимулов разной модальности и адаптирования их к возможностям испытуемого, с использованием обратной связи, информационного взаимодействия с испытуемым, моделированием процессуальной стороны принятия решений), а также новых методов обработки и анализа экспериментально-психологической информации вплоть до интерпретации полученных данных, построенной на основе использования экспертного опыта. Естественно, эти новые направления должны найти отражение в учебном процессе и профессиональной подготовке специалистов-клинических психологов.

Наряду с техническими возможностями в сознании студентов должно прочно укрепиться представление о гуманистической составляющей каждого конкретного психодиагностического исследования, необходимости личностно-ориентированного подхода к постановке его задач, проведению и оценке результатов. Гуманистическая направленность проявляется, в частности, в том, что, являясь первым этапом психологической помощи больному или испытывающему психологические трудности человеку, медицинская психодиагностика нацелена на выявление не только патологически измененных (или ситуационно расстроенных), но и сохранных сторон личности, на

стимулирование его способности к личностному росту, восстановлению личностного и социального статуса, формированию конструктивных способов совладания с критическими жизненными ситуациями, включая болезнь и ее социально-психологические последствия.

Проведение медико-психологического исследования должно строиться с учетом принципов коррекционности, психотерапевтического эффекта исследования, благополучия клиента, его информированного согласия и других этических принципов работы психолога (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2004). Дальнейшая разработка и внедрение этико-деонтологических принципов в практику клинических и массовых психопрофилактических исследований составляет одну из наиболее значимых задач в области совершенствования методологии, организации и обучения медицинской психодиагностике. Гуманистический подход к оценке результатов психологического исследования может проявиться также во введении новых содержательных критериев, ориентирующих исследователя не только на статистические показатели, но и на социально-психологический норматив (Гуревич К.М., Борисова Е.М. – ред., 2000), клинико-психологический (содержательный, углубленный, индивидуализированный) анализ, как актуального состояния, так и истории развития личности, а также выработку на этой основе действенных рекомендаций для психокоррекционной и социо-восстановительной работы, других видов помощи исследуемым.

Обобщая можно сказать, что гуманистический подход в психодиагностике представляет собой реализацию на практике идей гуманистической психологии, где предметом изучения выступает личность, ее экзистенциальность, уникальность и подлинность. Этот подход реализуется с помощью идеографического метода, который, в отличие от номотетического, не опирается на математизированные (в том числе, компьютерные) и специализированные (по предметной направленности) методы, а предполагает полный, целостный, смысловой анализ, а затем – синтез в едином контексте всей доступной психологу информации о больном, а также всей другой релевантной информации, включая общечеловеческие (культурные, исторические, социальные) знания, установки, стереотипы (Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., 2011). Гуманистический подход в

психодиагностике, опираясь на системные представления о целостности и взаимодействии всех компонентов психики, ее неразрывной связи с социумом, дает возможность увидеть смысловое единство личности, изучая ее в системе собственных индивидуальных конструкторов и значимых отношений. Основными инструментами реализации гуманистического подхода в медицинской психологии являются клинико-психологический (идеографический) метод, экспериментальная психосемантика (Шмелев А.Г., 2002; Петренко В.Ф.), другие методы и техники, объединенные понятием субъектного подхода в психодиагностике.

Таким образом, учебные программы для студентов должны строиться на основе представления о психологической диагностике как о системно организованной исследовательской, аналитической и синтетической профессиональной деятельности медицинских (клинических) психологов, опирающейся на гуманистические представления и возможности современных информационных технологий. Эта деятельность имеет теоретические и практические аспекты и может быть представлена в виде системной модели, отражающей структурно-функциональные связи, а также динамику развертывания во времени диагностического процесса. Системная модель медицинской психодиагностики была положена в основу программ учебных дисциплин: «Методологические проблемы психологической диагностики», «Основы психодиагностики», «Прикладная психодиагностика», «Методы медицинской психологии», «Практикум по патопсихологии» и других программ, которые преподаются студентам Санкт-Петербургского государственного университета по специальностям «Клиническая психология», «Психологическое консультирование», «Онтопсихология».

Важное значение имеет также разработка программ последипломной подготовки специалистов. Это связано с тем, что в прошлые десятилетия при подготовке специалистов-психологов для клинической медицины подлинные функции психодиагностики нередко нивелировались и подменялись задачами психометрии, или, напротив, в учебных программах доминировал исключительно качественный, нестандартизованный подход к исследованию психических функций и состояний. Представление о невозможности использования стандартизованных

методов в клинике привело, как известно, к заметному перекосу методического аппарата отечественной медицинской психодиагностики и невозможности в полной мере реализовать принцип комплексного и сочетанного применения стандартизованных и нестандартизованных методов исследования. Эти пробелы в профессиональной подготовке медицинских психологов старшего и среднего поколения призваны восполнить разработанные на основе системной модели варианты программ тематического усовершенствования по медицинской (клинической) психодиагностике (Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю., 2004).

Предлагаемые варианты программ тематического усовершенствования разработаны с учетом потребностей практических психологов в повышении уровня подготовки в конкретных областях профессиональной деятельности в клинике. Вместе с тем программы нацелены на более глубокое овладение теоретическими и методологическими аспектами медицинской психодиагностики, в современных условиях у увеличение прагматичности клинической психодиагностики, ее большую специализацию, опору на объективные методы и технизацию, приобретает особое значение.

В заключение необходимо отметить, что в области подготовки клинических психологов (в том числе по психологической диагностике) остается немало проблем. В настоящее время инициативной группой клинических психологов-профессионалов, работающих в классических университетах, медицинских и педагогических вузах в разных регионах страны, разрабатываются предложения по совершенствованию системы подготовки клинических психологов и недопущению ситуации, позволяющей образовательным учреждениям выпускать «специалистов»-психологов, не способных удовлетворять требованиям современной медицины. Хочется пожелать успехов в реализации этих предложений!

#### Литература

1. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды: в 2 т. – Т.1. – М.: Педагогика, 1980. – 232 с.
2. Ананьев Б.Г. О проблемах современного человекознания. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
3. Василенко Т.Д. Жизненный путь личности: время и смысл человеческого бытия в норме и при соматической патологии. – Курск: КГМУ, 2011. – 572 с.
4. Вассерман Л.И., Дорофеева С.А., Меерсон Я.А. Методы нейропсихологической диагностики: практическое руководство. – СПб.: Стройлеспечать, 1997. – 303 с.

5. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика: Теория, практика, обучение. – СПб. – М.: Изд. Центр «Академия», 2004. – 736 с.
6. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. – СПб.: Речь, 2011. – 271 с.
7. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Гуманистическая психология, качество жизни и ценностное сознание личности // Сибирский психологический журнал. – 2011. – №40. – С. 129-135.
8. Выготский Л.С. Собрание сочинений. – В 6-ти томах. – Т. 5. Основы дефектологии. – М.: Педагогика, 1983. – 369 с.
9. Зейгарник Б.В. Патопсихология: основы клинической диагностики и практики: учебное пособие. – 2-е изд., перераб и доп. – М.: ЭКСМО, 2008. – 363 с.
10. Зотов М.В. Методологические основы ранней диагностики пограничных нервно-психических расстройств // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Серия 12. – Вып. 4. – С. 247 – 254.
11. Зотов М.В., Щелкова О.Ю. Системно-ситуационный подход в клинической психодиагностике // Психологический журнал Международного университета природы, общества и человека «Дубна». – 2011. – № 1. – С.32 – 44.
12. Иовлев Б.В., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в психиатрической клинике: значение психосоциальных характеристик больных шизофренией для прогноза эффективности восстановительного лечения // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Серия 12. – Вып. 1. – Часть 1. – С. 348-354.
13. Клиническая психология: учебник / Под ред. Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2002. – 960 с.
14. Корнилова Т.В., Смирнов С.Д. Методологические основы психологии. – СПб.: Питер, 2006. – 320 с.
15. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность– М.: Политиздат, 1975. – 304 с.
16. Ломов Б.Ф. Системность в психологии: Избранные психологические труды. – М.: Изд-во Московск. психологич. ин-та. – 2003. – 424 с.
17. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии: учебное пособие. – М.: Изд-во МГУ, 1973. – 374 с.
18. Петренко В.Ф. Основы психосемантики / В.Ф. Петренко. – 2-е изд., доп. – СПб.: Питер, 2005. – 480 с.
19. Психологическая диагностика: учебное пособие / Под ред. К.М. Гуревича, Е.М. Борисовой. – 2-е изд., испр. – М.: Изд-во УРАО, 2000. – 304 с.
20. Психосоматика: телесность и культура: учебное пособие для вузов / Под ред. В.В. Николаевой. – М.: Академический проект, 2009. – 311 с.
21. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт применения их в клинике: практическое руководство М.: ЭКСМО-Пресс, 1999. – 303 с.
22. Херсонский Б.Г., Гильяшева И.Н. *Нестандартизованные психодиагностические методики исследования мышления – обеспечение сопоставимости и надежности данных: Методическое пособие.* – СПб.: Психоневрологический ин-т им. В.М. Бехтерева, 1995. – 24 с.
23. Хомская Е.Д. Нейропсихология: учебник. – 4-е изд.– М.: Питер, 2006. – 496 с.
24. Червинская К. Р. Компьютерная психодиагностика. – СПб.: Речь, 2003. – 336 с.



25. Червинская К.Р., Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 624 с.
26. Шмелев А.Г. Психодиагностика личностных черт. – СПб.: Речь, 2002. – 480 с.
27. Щелкова О.Ю. Медицинская психодиагностика как объект системного исследования // Сибирский Психологический журнал. – 2005. – Том 22. – С. 29-37.
28. Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в медицине (системное исследование): автореф. .... докт. психол. н. (специальность 19.00.04.). – СПб.: Санкт-Петербургский гос. университет, 2009. – 49 с.

## **КРИЗИСНЫЕ ЯВЛЕНИЯ В ПОДГОТОВКЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ И МЕДИЦИНСКИХ ПСИХОЛОГОВ: ЧТО ДАЛЬШЕ?**

М.А. Беребин.

В наше время «смен политических элит», «модернизаций», «реорганизаций», «оппозиций», «общественных протестов» и тому подобных ранее не существовавших в нашей жизни феноменов некоторые события общественной и профессиональной жизни остаются без должной оценки и реакции. Так уж случилось, что на пересечении «эйлеровских кругов» предпринятых попыток реформирования образования и здравоохранения оказались проблемы профессиональной подготовки и деятельности клинических (медицинских) психологов.

В последнее время состоялись несколько мероприятий, в которых так или иначе рассматривались эти проблемы и разработаны некоторые документы по этой проблеме:

К числу таких мероприятий и документов можно отнести:

- резолюцию Круглого стола Международной конференции «Клиническая психология: теория, практика и обучение» (Санкт-Петербург, РГПУ им. А.И. Герцена, сентябрь 2010 г.), в которой впервые поставлен вопрос о необходимости создания профессиональной общественной ассоциации клинических психологов;
- резолюцию Секции «Психология здоровья и клиническая психология» V-го съезда РПО РФ (см. [http://www.medpsy.ru/science/science\\_rez.php](http://www.medpsy.ru/science/science_rez.php));
- материалы Круглого стола, проведенного во время конференции «Комплексные подходы к стандартизации диагностики и терапии психических

расстройств» (г. Санкт-Петербург, ПНИ им. В.М. Бехтерева, октябрь 2011 г., см. <http://bekhterev.ru/index.php?cid=490&crt=3>);

- решение Круглого стола «Актуальные проблемы клинической психологии» Всероссийской конференции «Психология в системе комплексного человекознания: история, современное состояние перспективы развития» (г. Москва, ИП РАН, ноябрь 2012 г., <http://www.medpsy.ru/science/science178.php>);

- решение Рабочей группы представителей вузов, проводящих подготовку по специальности «Клиническая психология» (совещание в рамках Московского международного конгресса, посвящённого 110-летию со дня рождения А. Р. Лурия, г. Москва, ноябрь 2012 г.).

Однако сегодня трудно привести какой-либо пример конструктивного, результативного решения обсуждаемых в последнее время проблем. И такой вывод не беспочвенен. Аргументы в его пользу достаточно подробно представлены в публикации «О статусе медицинского психолога в системе здравоохранения, недостатках системы подготовки клинических психологов и связанных с ними проблемах и перспективах», опубликованной в отраслевом сетевом Интернет-журнале «Медицинская психология в России» ([http://www.medpsy.ru/mpj/archiv\\_global/2012\\_2\\_13/nomer/nomer21o.php](http://www.medpsy.ru/mpj/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer21o.php)).

Вместе с тем, в пределах компетенции Южно-Уральского государственного университета как вуза, координирующего по поручению УМС по психологии подготовку по направлению и специальностям психологического образования в вузах Уральского региона, был выполнен анализ организации подготовки по специальности «Клиническая психология» в 8-ми вузах региона. Аналогичного рода анализ состояния подготовки по специальности «Клиническая психология» в вузах Северо-Запада России был выполнен в Санкт-Петербургском государственном университете (назначенном УМС вузе-координаторе по этому региону).

Большая работа по анализу ситуации с подготовкой кадров клинических психологов и разработке предложений по нормативному обеспечению их работы в сфере здравоохранения была выполнена группой экспертов секции по медицине и социальным услугам Совета при Правительстве Российской Федерации по

вопросам попечительства в социальной сфере. Экспертная группа, созданная по инициативе члена Совета, ректора МГППУ проф. В.В. Рубцова и работавшая под руководством эксперта-координатора А.Б. Холмогоровой, вынесла ряд предложений для рассмотрения на заседании Совета, во многом обобщающих рассмотренные ранее проблемы и предлагающие некоторые пути их решения.

В связи с проводящейся в Министерстве здравоохранения РФ разработкой Порядков и Стандартов оказания медицинской помощи группой специалистов здравоохранения от имени Федерального центра по психотерапии и медицинской психологии (руководитель проф. Б.Д. Карвасарский) разработан проект Порядка оказания помощи по медицинской психологии, учитывающий актуальное состояние нормативной базы в здравоохранении.

Следует отметить, что, к сожалению, столь острый вопрос о проблемах подготовки и профессиональной деятельности клинических (медицинских) психологов до сих пор ни разу не рассматривался ни на заседаниях УМС по психологии Учебно-методического объединения (УМО) по классическому образованию, ни на заседаниях Президиума Российского психологического общества (РПО), несмотря на то, что эта специальность закреплена за этим УМО (приказ Минобразования РФ от 25.06.2001 г. №2496). Нормативные документы последних лет привели к существенному снижению роли УМО при решении вопросов лицензирования и аккредитации программ подготовки по клинической психологии. Вследствие этого, как минимум, отсутствует полная информация о состоянии такой подготовки в вузах страны, и, как максимум, многие вопросы организационно-методического плана такой подготовки на протяжении нескольких лет остались нерассмотренными.

Дефицит такой информации представляется возможным хотя бы отчасти восполнить из официальных электронных ресурсов вузов, которые, в соответствии с п.2 а) Постановления Правительства РФ от 18.04.2012 г. №343 «Об утверждении правил размещения в сети Интернет и обновления информации об образовательном учреждении», обязаны размещать сведения об обеспеченности учебного процесса. В частности, это должны быть сведения о персональном составе педагогических работников с указанием их ФИО, должности, образования, квалификации, ученой степени и звания, с обновлением этих

сведений в течение 30 дней с момента внесения изменений (п.5 ст.32 Закона РФ от 10.07.1992 г. №3266-1 «Об образовании»).

Представленные ниже материалы во многом основаны на размещенной на таких электронных ресурсах информации, и, в силу этого, возможная ее неполнота и неточность может являться следствием невыполнения вузами указанного Постановления.

В целом ситуация с нормативным, кадровым и дидактическим обеспечением подготовки по специальности 030402 «Клиническая психология» и организацией деятельности медицинских психологов, характеризуется рядом проблем.

### **1. Проблемами дидактического и методического обеспечения подготовки по специальности «Клиническая психология» в соответствии с новым образовательным стандартом.**

В качестве примера можно привести включение формально юридических дисциплин «Виктимология» и «Криминальная психология» в стандарт для специализации «Патопсихологическая диагностика и психотерапия». И это притом, что в него не включена ни одна дисциплина с «психотерапевтическим» наименованием. Остается без логического объяснения включение в перечень дисциплин психологической специализации «Психология здоровья и спорта» медицинских дисциплин «Патоанатомия» и «Патофизиология». Аналогичные вопросы возникают, например, в отношении дисциплины «Технологии восстановительного правосудия» для специализации «Клинико-социальная реабилитация и пенитенциарная психология» или в отношении обоснованности распределения во ФГОСе 40-50 зачетных единиц трудозатрат на 28 дисциплин, для одной специализации, и на 9 или 10 дисциплин – для других специализаций. Не находит своего объяснения, почему, например, в перечне дисциплин специализации «Клинико-психологическая помощь ребенку и семье» приведены «Эмоциональные нарушения и их коррекция...» у детей дошкольного возраста и отдельно – для подросткового и юношеского возраста, но нет такой дисциплины для детей младшего школьного возраста?

Разумеется, это не все замечания по содержанию стандарта, поскольку имеется и другие, связанные, например, с реализацией компетентного подхода.

**2. Не соответствующие требованиям стандарта третьего поколения низкий уровень нормативного, кадрового и дидактического обеспечения подготовки клинических психологов во многих университетах и медицинских вузах.**

Примером крайне недостаточного уровня нормативного обеспечения подготовки по специальности «Клиническая психология» является отсутствие какого-либо приказа Минздрава РФ, регламентирующего порядок и условия допуска студентов-психологов к участию в оказании медицинской помощи, так же, как это предусмотрено аналогичным приказом Минздравсоцразвития РФ (МЗиСР РФ) от 15.01.2007 г. №30 для студентов, обучающихся медицинским специальностям. Отсутствие такого приказа в современных условиях жесткой регламентации взаимоотношений между вузами и лечебными учреждениями фактически переводит практическую подготовку студентов-психологов на «нелегальное положение», причем это относится к обучающимся и в университетах, и в медицинских вузах.

Проведенный Уральским региональным Бюро анализ показывает, что для практически всех вузов региона характерен дефицит кадров преподавателей с учеными степенями по психологическим специальностям, и особенно, по специальности 19.00.04. «Медицинская психология». В целом укомплектованность «остепененными» специалистами заведомо ниже требований, установленных ФГОС и лицензионными требованиями. К преподаванию психологических дисциплин привлекаются, как правило, кандидаты или (реже) доктора педагогических и иных непсихологических наук (в университетах), и преподаватели с ученой степенью по медицинским наукам (чаще – по психиатрии) – в медицинских вузах. При этом за подготовку по специальности «Клиническая психология» и в университетах, и в медицинских вузах часто отвечают «непрофильные» кафедры («Общей и клинической психологии», «Клинической психологии и психоанализа», «Психологии труда, организационной и клинической психологии») и даже целые «непрофильные»

факультеты («Педиатрии и клинической психологии», «Клинической психологии, социальной работы, высшего сестринского образования и менеджмента», «Философско-социологический факультет» и др.). Такая тенденция в целом характерна и для вузов других регионов, вне зависимости от их ведомственной принадлежности и длительности периода подготовки по специальности «Клиническая психология» в этих вузах.

Дефицит кадров специалистов и недостатки в отборе содержания образования по специальности приводит к высокому уровню педагогической нагрузки преподавателей за счет преподавания большого числа разнопрофильных малотрудоемких дисциплин и введения в учебный план подготовки дисциплин, связь которых с требованиями стандарта представляется весьма проблематичной (например, «Философия постмодернизма», «Психоистория», «Вокалопсихотерапия» и т.п.).

**3. Фактическим разобщением подготовки по специальности «Клиническая психология» в классических университетах и медицинских вузах, приведшим к появлению существенно различающихся между собой «университетской» и «медвузовской» моделей подготовки клинических психологов, обособленно развивающихся вне организационно-методического сопровождения и контроля УМС по психологии УМО по классическому образованию.**

Специальность «Клиническая психология» отнесена к укрупненной группе специальностей (УГС) 030000 «Гуманитарные науки» под кодом 030302.65 с наименованием квалификации «Психолог. Клинический психолог. Преподаватель». Наименование специальности установлено в соответствии с Перечнем направлений подготовки (специальностей) ВПО, утвержденном приказом Минобрнауки России от 12.01.2005 г. № 4. Специальность «Клиническая психология» закреплена за Учебно-методическим объединением (УМО) по классическому университетскому образованию (приказ Минобрнауки РФ от 25.06.2001 г. №2496).

В тоже время приказом Минобрнауки РФ от 02.06.1997 г. №1052 на основании ходатайства Минздрава РФ № 2510/1267-97-23 от 24.02.1997 г. в порядке эксперимента на базе Самарского и Курского государственных

медицинских университетов была открыта подготовка по специализации «Медицинская психология» в рамках специальности «Лечебное дело» по экспериментальным планам, утвержденным приказом Минздрава РФ от 26.11.1996 г. №391 и по программам, согласованным с отделением психологии Учебно-методического объединения университетов. Результаты анализа такого эксперимента Минобразования предполагалось представить Межведомственному экспертному совету по государственным образовательным стандартам. Результаты эксперимента в свое время не были обобщены.

Однако в настоящее время в РФ подготовка по специальности «Клиническая психология» ведется уже в 16 университетах и 21 медицинском вузе, в том числе в 10 университетах и 16 медицинских вузах, расположенных вне гг. Москвы и Санкт-Петербурга.

В целом подготовка клинических психологов на треть осуществляется в московских и Санкт-петербургских вузах. При этом более, чем половину вузов, составляют медицинские (55,5%), причем 75% из них находятся вне столичных городов. В этом учебном году контрольные цифры приема для подготовки по специальности «Клиническая психология» составили 550 бюджетных мест, в т.ч. 170 мест – в университетах (без учета МГУ и СПбГУ) и 380 – в медицинских вузах (соотношение численности бюджетных мест в университетах и медицинских вузах составляет 1 к 2,2)

Эти контрольные цифры приема для обучения за счет федерального бюджета не соотносятся ни с опытом и достижениями вуза в подготовке по клинической психологии, ни с численностью кадров преподавателей с ученой степенью по специальности «Медицинская психология» (за исключением МГУ и СПбГУ). Так, при обеспеченности такими кадрами ниже требований стандарта представляется от 15-25 мест (Удмуртский и Пермский университеты) до 30-35-40 мест (в Оренбургском, Волгоградском и Курском медицинских вузах соответственно), а Томскому и Южно-Уральскому университетам, укомплектованным штатами таких специалистов на уровне требований ФГОС, выделено 12 и 8 бюджетных мест соответственно. При этом следует учитывать, что все нормативные показатели деятельности кафедр (штаты, нагрузка, фонд оплаты труда и т.п.) рассчитывается, в том числе, и по показателю числа

бюджетных мест для абитуриентов. Такого рода распределение контрольных цифр приема в вузы, не имеющие необходимого кадрового обеспечения как одной из составляющих лицензионных требований, может рассматриваться не только как не эффективное расходование бюджетных средств, но как курс на подготовку заведомо недостаточно квалифицированных специалистов. В этом плане требует своей оценки сознательные целенаправленные действия некоторых университетов и медицинских вузов по открытию подготовки по специальности «Клиническая психология» при заведомо недостаточном уровне обеспеченности кадрами преподавателей с учеными степенями по этой специальности.

Дополнительно следует отметить, что некоторые медицинские вузы используют открытие подготовки по клинической психологии как аргумент и повод для повышения статуса своего вуза до университетского. В этом плане представляется, что УМО по университетскому образованию (в лице УМС по психологии), выполняя требования упомянутого приказа Минобрнауки РФ от 25.06.2001 г. №2496, должно высказать свою позицию.

Вышеизложенное приводит к выводу о том, что в настоящее время подготовка клинических психологов осуществляется, как правило, вне сложившихся школ клинической психологии (например, московской, ленинградской, томской), и, как правило, в медицинских вузах, расположенных вне столичных городов. При этом численность будущих клинических психологов с медвузовской подготовкой превышает их число с университетскими дипломами, а устанавливаемые Минобрнауки РФ и особенно Минздравом РФ контрольные цифры приема граждан для обучения по госбюджету не соотносятся с уровнем квалификации кадров преподавателей по научной специальности «Медицинская психология».

**4. Отсутствие согласованности содержания додипломной и, особенно, последипломной подготовки с общемировыми тенденциями, с одной стороны, и с актуальными потребностями и запросами отечественной системы здравоохранения, с другой.**

Сегодня наблюдается очевидное рассогласование между более широкими по своему объему требованиями образовательного стандарта по специальности «Клиническая психология» и конкретно-предметными профессиональными



требованиями к квалификации по должности «медицинский психолог», утвержденными приказом МЗ и СР РФ от 23.07.2010 г. №541н. По этому приказу медицинским психологом в учреждениях здравоохранения может работать либо психолог с высшим образованием по специальности «Клиническая психология», либо лицо с другим высшим психологическим образованием, прошедшее профессиональную переподготовку по специальности «Клиническая психология».

Требования к содержанию подготовки медицинского психолога (раздел «Должен знать» Квалификационных требований) во многом пересекаются с содержанием Государственного образовательного стандарта, утвержденного в 2000 г. Однако перечень требований к тому, что он должен уметь делать (раздел «Должностные обязанности») мало соотносится с тем, что предписано выполнять медицинскому психологу в соответствии с утвержденными Минздравом РФ Порядками и Стандартами медицинской помощи, Номенклатурой медицинских услуг и положениями ранее утвержденных приказов Минздрава России (например, приказа №438 от 16.09.2003 г. «О психотерапевтической помощи»).

Как следствие, возникают рассогласования между ожиданиями работодателя (в лице органов управления и учреждений здравоохранения) и образовательными учреждениями, выпускающими клинических (медицинских) психологов. В этом плане определенные коррективы могла бы внести правильно организованная система повышения квалификации и профессиональной переподготовки таких специалистов. Здесь следует отметить, что существующие нормы законодательства в сфере образования отдают отбор содержания такой последипломной подготовки фактически на усмотрение самих вузов. В частности, в письме Минобрнауки России от 17.10.2012 г. №АК-426/06 «О документах государственного образца о дополнительном профессиональном образовании» указано, что документы государственного образца после профессиональной переподготовки выдаются только в том случае, если утверждены Федеральные государственные требования (ФГТ) к минимуму содержания дополнительной профессиональной образовательной программы и уровню профессиональной переподготовки определенной группы специалистов. Во всех остальных случаях выдаются «документы установленного образца» (фактически – документы

вузовского уровня о прохождении последипломного образования по программам, дидактическое содержание которых вуз сам и определил).

Сегодня отсутствуют какие-либо нормативные требования к структуре и содержанию программ дополнительного профессионального образования и практической подготовки медицинских психологов. В этом случае следует признать фактическое разобщение пространства послевузовского профессионального образования медицинских психологов на множество региональных и даже «местечковых» моделей такой подготовки. Такая практика, как минимум, противоречит стратегии и самого Минздрава, стремящегося посредством внедрения стандартов медицинской помощи обеспечить одинаковый уровень ее оказания в любом регионе страны.

Вместе с тем, такие вопросы для специалистов с высшим медицинским образованием сегодня решены (см. например, приказы МЗиСР РФ от 05.12.2011г. №1475н и №1476н, утвердившие федеральные государственные требования к структуре программ подготовки в интернатуре и ординатуре, приказ МЗиСР РФ от 16.04.2012г. № 362н, утвердивший Порядок организации и проведения практической подготовки интернов и ординаторов).

Отсутствие ФГТ по программам переподготовки по клинической (медицинской) психологии приводит к тому, что сегодня фактически любой вуз, вне зависимости от наличия у него условий и даже не осуществляющий очную подготовку по специальности «клиническая психология», стремится организовать и даже проводит последипломную подготовку медицинских психологов (см., например, сайт Барнаульского филиала Московского психолого-социального университета <http://altmpsi.ru/home/spetsialnosti>).

Представляется, что сегодня крайне необходимым является разработка и утверждение таких ФГТ и в таком же объеме, который установлен федеральными требованиями к программам послевузовского образования в интернатуре и ординатуре врачей-специалистов. Кроме того, должны быть определены Порядок организации и проведения практической подготовки при обучении основным и дополнительным профессиональным программам переподготовки и повышения квалификации медицинских психологов (по аналогии с тем, как это установлено приказом МЗиСР РФ от 16.04.2012 г. № 362н для специалистов с медицинским

образованием). Однако содержание такой подготовки должно соответствовать общепризнанным мировым подходам в зарубежных университетских моделях последиplomного образования (Graduate/Postgraduate), в том числе, в профессиональных школах с последующим присвоением степени доктора психологии Psy.D (такую Vail-модель можно рассматривать как аналог нашей отечественной системы послевузовской переподготовки и повышения квалификации). При этом отдельную проблему составляет возможность или необходимость лицензирования (государственного либо общественного профессионального) клинических психологов и проведения лицензионного экзамена.

Таким образом, существующая система профессиональной переподготовки и повышения квалификации требует нормативного регулирования по своим объемам и продолжительности – по аналогии с существующей отечественной практикой послевузовского образования специалистов здравоохранения с медицинским образованием, а по своему содержанию – с зарубежными моделями практической подготовки клинических психологов в университетах и профессиональных школах.

#### **5. Бесконтрольность и граничащая с нарушениями лицензионного и административного законодательства безнадзорность поведения отдельных вузов на рынке образовательных услуг.**

Приемная кампания 2012 года раскрыла не только «непрозрачность» оснований для распределения контрольных цифр приема для обучения за счет федерального бюджета в тех или иных вузах (вне зависимости от их ведомственной принадлежности), но и откровенное нарушение некоторыми из них установленных нормативов. Так, приказом Минобрнауки РФ от 27.06.2011 г. № 2070 норматив затрат на 1 бюджетное место на 1-м курсе в 2012/2013 учебном году установлен в размере 60,2 тыс. рублей. В тоже время, по приказу Минобрнауки РФ от 20.12.2010 г. № 1898, размер оплаты обучения на внебюджетном (платном) месте не может быть установлен ниже величины финансового обеспечения государственных услуг, выполняемых в рамках государственного задания т.е. не ниже размеров, установленных приказом Минобрнауки РФ №2070.

Однако ряд университетов, не имеющих государственного задания и бюджетного финансирования подготовки по клинической психологии, а также некоторые медицинские вузы устанавливали стоимость оплаты обучения ниже размеров, определенных Минобрнауки РФ. В связи с такой откровенно демпинговой политикой следует вспомнить слова, сказанные в то время Председателем Правительства РФ В.В. Путиным в Совете ректоров России 24 августа 2011 года: «Приходится сталкиваться и с откровенным демпингом со стороны некоторых вузов.... Сознательно предлагают будущим студентам некачественное образование, потому что за эти деньги невозможно набрать качественный профессорско-преподавательский состав. Все это, безусловно, дискредитирует высшую школу в целом, прямо нарушает права молодых людей на получение добротных профессиональных знаний» (<http://rsg-online.ru/doc/publications/169.pdf>).

На фоне очевидного дефицита подготовленных кадров специалистов с медицинским образованием не может не вызывать удивления наблюдающее отвлечение существенных бюджетных ресурсов на подготовку не менее 380 будущих клинических психологов в медицинских вузах, часто не имеющих для этого необходимых лицензионных условий. При этом не исключается и необходимость оценки степени «профильности» факультетов клинической психологии в медицинских вузах в целом в связи с высказанным В.В. Путиным тогда же мнением о том, что создание непрофильных факультетов дискредитирует систему образования и вузы (<http://rsg-online.ru/doc/publications/172.pdf>).

Такие факты о демпинговой практике, в совокупности с вышеизложенными данными о состоянии лицензионных требований в вузах (как минимум, в части недостаточного кадрового обеспечения подготовки), а также степени готовности вузов вести качественную подготовку по клинической психологии, очевидно, требуют оценки и со стороны ведомственных и надзорных органов.

#### **6. Неадекватный и противоречивый статус профессии, должности и роли медицинского психолога в сфере здравоохранения.**

Несмотря на достаточно длительный стаж интеграции медицинских психологов в систему здравоохранения, их профессиональный, должностной и

квалификационный статус до сих пор остается неопределенным и противоречивым.

С одной стороны, Единым квалификационным справочником должностей руководителей, специалистов и служащих («Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»), утвержденные приказом МЗиСР РФ от 23.07. 2010 г. № 541н, должности медицинских психологов отнесены к группе «должности специалистов с высшим профессиональным образованием». С другой стороны, в соответствии с приказом МЗиСР РФ от 31.03.2008 г. № 149н должности медицинских психологов отнесены к числу квалификационных групп должностей специалистов третьего уровня, занятых в сфере здравоохранения и предоставления социальных услуг (наряду с должностями биологов, зоологов и энтомологов). С третьей стороны, в Номенклатуре медицинских услуг, утвержденной приказом МЗиСР РФ от 27.12.2011 г. №1664н, услуги медицинских психологов включены в перечень **медицинских** услуг, например, в виде «первичного (повторного) приема (тестирования, консультации) медицинского психолога», но имеют коды В02.069.001и В02.069.002, что в соответствии с установленной в Номенклатуре системой кодирования позволяет определить их как «прочий имеющие самостоятельное законченное значение комплекс медицинских вмешательств сестринского ухода».

Получается, что, согласно этим ведомственным нормативным документам, медицинский психолог как специалист с высшим профессиональным психологическим образованием, занятый в сфере здравоохранения оказанием социальных услуг, оказывает медицинские услуги сестринского ухода? Как следует расценивать то, что многие входящие в Номенклатуру услуги медицинских психологов (например, тестологическое психодиагностическое и нейропсихологическое обследование; нейропсихологическое коррекционно-восстановительное обучение и нейропсихологическая реабилитация; психологическое консультирование и коррекция и др.) включены в утвержденные Минздравом РФ Порядки и Стандарты оказания медицинской помощи в качестве самостоятельных **медицинских** вмешательств по профилактике, диагностике и лечению заболеваний и медицинской реабилитации больных?

Возникает вопрос, кем же все-таки, по мнению Минздрава, является медицинский психолог: специалистом с высшим немедицинским образованием, оказывающим сестринский уход (который должны выполнять лица со средним медицинским образованием)? Или специалистом сферы здравоохранения, предоставляющим социальные услуги? Или специалистом, участвующим в оказании медицинской помощи по утвержденным Минздравом стандартам?

В последнем случае вопрос далеко не риторический, поскольку при переходе здравоохранения на финансирование медицинских услуг из средств Фонда обязательного медицинского страхования (ФОМС) сохранение статуса медицинского психолога как специалиста, оказывающего социальные услуги, не позволяет оплачивать его труд из средств ОМС. Печально, но, в случае таких выплат они рассматриваются органами ФОМС как «нецелевое расходование бюджетных средств» со всеми последствиями (см. напр., <http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=AVV;n=53236>). Для доказательства неправомерности такого решения ФОМС лечебные учреждения вынуждены обращаться в арбитражные суды высших инстанций. Последние, следует отдать им должное, принимают сторону медицинских учреждений (см. например, постановление Арбитражного суда Уральского округа от 10.02.2011 г. №Ф09-11389/10-С2 по делу №А76-3911/2010-33-370 или аналогичное постановление Арбитражного суда Волго-Вятского округа от 25.07.2012 г. по делу № А11-7152/2011). Но нельзя же решать такие проблемы медицинской психологии в здравоохранении исключительно через судебные тяжбы!

Одной из главных причин такой вариативности нормативных представлений о месте медицинского психолога в здравоохранении является отсутствие однозначного определения его статуса в действующей системе Общероссийских классификаторов (ОК). Действительно, только в классификаторе профессий рабочих, должностей служащих и тарифных разрядов (ОКПДТР) установлено, что должности медицинских психологов (код 24041) соответствуют базовой группе «Врачи» (код 2221) в Общероссийском классификаторе занятий (ОКЗ). Другими словами, медицинские психологи при исполнении своих обязанностей по должности занимаются тем же, чем занимаются и врачи. В других классификаторах каких-либо упоминаний о медицинских психологах не

содержится. Действительно, по виду трудовой деятельности и занятиям (ОКЗ) медицинский психолог не относится к специалистам здравоохранения; по классификатору видов экономической деятельности (ОКВЭД) и продукции (услуг) по видам экономической деятельности (ОКПД) медицинский психолог не указан ни среди специалистов в области здравоохранения, ни в сфере предоставления социальных услуг. Более того, по ОКПД услуги любых психологов отнесены к разделу «Услуги в области физкультурно-оздоровительной деятельности», с особой оговоркой, что эти услуги не распространяются на сферу охраны здоровья человека. При этом в ОКПД включены услуги массажистов, дефектологов, специалистов по нетрадиционной медицине и консультантов по здоровому образу жизни и даже услуги по астрологии и спиритизму.

Представляется, что первым и самым актуальным шагом в связи с задачей «встраивания в новую реальность» должно быть, прежде всего, включение медицинской психологии как уже сложившегося и утвержденного минздравовскими нормативами вида деятельности, профессии, специальности и вида услуг в здравоохранении в существующую систему Общероссийских классификаторов. При этом обязательно следует учесть вышеописанные несогласованности в нормативных документах и, по возможности, внести изменения в перечисленные выше приказы Минздрава России.

Следует обозначить и еще одну проблему совершенствования нормативного обеспечения профессиональной деятельности медицинских психологов: необходимость разработки не только образовательного, но и профессионального стандарта. Совершенно недавно Распоряжением Правительства РФ от 28 декабря 2012 г. №2599-р утвержден план мероприятий «Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения», в котором в течение предстоящих 6 лет предполагается разработать 104 профессиональных стандарта для работников сферы здравоохранения. Представляется, что одним из таких стандартов может и должен стать профессиональный стандарт медицинского психолога. В таком стандарте должны быть, по нашему мнению, устранены не только описанные выше недостатки, но прописаны требования, максимально приближающие такой отечественный профессиональный стандарт к

зарубежным требованиям к послевузовской подготовке клинических психологов (например, по типу известных американских «боулдерской» и «вейльской» моделей). При этом, в случае разработки федеральных государственных требований к такой подготовке можно было бы не только довести уровень и содержание теоретической и практической подготовки медицинских психологов по аналогии с подготовкой в ординатуре медицинских специалистов, с одной стороны, и с зарубежной практикой подготовки клинических психологов, с другой.

В заключение следует отметить, что, не смотря на требование о необходимости регулярного прохождения повышения квалификации всех специалистов сферы здравоохранения, до сих пор на государственном и региональном уровне отсутствуют государственное задание на повышение квалификации медицинских психологов. Как следствие, в случае прохождения аттестации на квалификационные категории медицинские психологи вынуждены это делать за счет личных финансовых средств, а не за счет специально выделяемых федеральным Минздравом бюджетных ассигнований, как это делается для повышения квалификации врачей и провизоров.

#### **7. Актуализация необходимости защиты интересов клинической психологии и медицинских психологов со стороны профессионального сообщества.**

Описанная выше ситуация является, по нашему мнению, следствием длительно и систематического забвения интересов клинической психологии и медицинских психологов как со стороны «профильных» федеральных министерств (Минобрнауки и Минздрава), так и со стороны организованного в нынешнем виде профессионального психологического сообщества. Трудно вспомнить, когда УМС по психологии нашего УМО и РПО рассматривали и принимали какие-либо решения по проблемам клинической психологии, как образовательной специальности, и медицинской психологии, как профессии в здравоохранении.

В тоже время нет оснований считать, что профессиональное сообщество сегодня не активно. Даже простое наблюдение за пользующимися популярностью неофициальным Интернет-ресурсам (например, блогосферы портала [www.ht.ru](http://www.ht.ru))



показывает, что только в 2012 году были, как минимум, три активно обсуждавшихся темы (профессиональная оценка качества судебной экспертизы по делу группы Pussy Riot; о рекомендациях профессионального психологического сообщества для организации и отбора экспертов для оценки влияния на детей размещенной в СМИ информации; обсуждение неизвестно откуда появившегося проекта Федерального закона о психологической помощи). Отметим, что последний проект Закона (вместе с осуществляемыми некоторыми другими профессиональными психологическими сообществами попытками обсуждения проекта другого Закона «О психологической помощи») напрямую затрагивает каноны клинической психологии и профессиональные компетенции медицинских психологов.

В этом плане отсутствие реакции и активности всего профессионального сообщества в целом на неоднократно поднимаемые проблемы клинической психологии ставит сегодня крайне важным вопрос о необходимости организации профессиональной общественной организации клинических психологов. О необходимости такой меры велась речь практически на каждом проводившемся в последние годы мероприятии российского уровня.

Представляется, что только такое профессиональное объединение, действующее в рамках законодательства (существующего и планируемого) способно прямо озвучить и поставить перед руководством страны, законодательной и исполнительной властью (прежде всего перед Минобнауки и Минздравом), надзорными органами, вузами и профессиональным сообществом существующие проблемы и предлагать пути их решения.

Представляется, что сегодня требуется (в рамках описанных в настоящей статье проблем):

- 1) Разработка рекомендаций по дидактическому и методическому обеспечению подготовки по специальности «Клиническая психология» в соответствии с требованиями ФГОС третьего поколения;

- 2) Решение проблемы качества подготовки по специальности «Клиническая психология» в вузах, обеспеченность кадрами преподавателей в которых не соответствует требованиям ФГОС;

3) Унификация систем подготовки по специальности «Клиническая психология» в «классических» университетах и медицинских вузах с разработкой нормативного обеспечения специфических особенностей теоретического и, особенно, практического обучения на клинических базах такой подготовки в соответствии с требованиями законодательства в области образования и здравоохранения;

4) Обеспечение преемственности додипломной и дополнительной послевузовской профессиональной подготовки по клинической психологии, нормативное закрепление ее объемов и содержания в соответствии с требованиями оказания медицинских услуг в сфере здравоохранения, а также существующей мировой практикой подготовки клинических психологов;

5) Обращение в органы исполнительной власти и надзорные органы в связи с расширяющейся практикой организации и проведения подготовки по клинической психологии в вузах, не имеющих необходимых лицензионных условий и (или) нарушающих действующее законодательство и ведомственные требования в сфере высшего образования;

6) Разработка нормативного обеспечения статуса медицинского психолога в сфере здравоохранения, соответствующего специфике его образования, профессии, деятельности, оказываемых услуг; нормативного закрепления и защиты его профессиональных прав и обязанностей как работника сферы здравоохранения, обеспечивающего предоставление медицинских услуг;

7) Создание профессиональной общественной организации клинических психологов с целью содействия развития клинической психологии, защиты профессиональных интересов медицинских психологов, инициирования действий в целях развития образовательной специальности и профессии сферы здравоохранения.

Представляется, что дальнейшее игнорирование сложившейся в нашей стране ситуации с подготовкой по специальности «Клиническая психология», с деятельностью медицинских психологов в сфере здравоохранения приведет к дальнейшей их дискредитации либо развитию специальности и профессии по тупиковому пути, не имеющему аналогов в мировой практике подготовки и профессиональной деятельности этих специалистов.

PS. «Они сидели и думали, как бы из своего убыточного хозяйства сделать прибыльное, ничего в оном не меняя...» (М.Е. Салтыков-Щедрин, «История одного города»).

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**АЛФИМОВА М.В.** д.психол.н., вед.н.с., ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, m.alfimova@gmail.com

**АРИНА Г.А.** старший преподаватель кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова, g.a.arina@yandex.ru

**АХАДОВ Т.А.** д.мед.н., профессор, заслуженный деятель науки, заслуженный врач РФ, руководитель отделения лучевой диагностики НИИ неотложной детской хирургии и травматологии департамента здравоохранения г. Москвы

**БАЛАШОВА Е.Ю.** к.психол.н., доцент, вед.н.с. кафедры нейро- и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова, ст.н.с., elbalashova@yandex.ru

**БАРХАТОВА А.Н.** к.мед.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

**БЕЛОПОЛЬСКАЯ Н.Л.** д.психол.н., профессор МГППУ, natalybelopolsky@mail.ru

**БЕРЕБИН М.А.** к.мед.н., зав. кафедрой клинической психологии Южно-Уральского государственного университета, главный специалист по медицинской психологии и психотерапии Министерства здравоохранения Челябинской области, Челябинск, m\_berebin@mail.ru

**БОЙКО О.М.** н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, olga.m.boyko@gmail.com

**ВОРОНЦОВА О.Ю.** н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, okvorontsova@inbox.ru

**ГОРБАЧЕВСКАЯ Н.Л.** д.биол.н., профессор, руководитель научно-образовательного центра «Нейро-биологическая диагностика наследственных психических заболеваний детей и подростков» МГППУ; вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

**ГУЛЬДАН В.В.** д.психол.н., руководитель судебно-психологической лаборатории Московского областного центра социальной и судебной психиатрии

**ЕНИКОЛОПОВ С.Н.** к.психол.н., доцент кафедры нейро - и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова; руководитель отдела клинической психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН; член редколлегии научного журнала «Психология и право», enikolopov@mail.ru

**ЗВЕРЕВА Н.В.** к.психол.н., с.н.с., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН; профессор МГППУ, nwzvereva@gmail.com

**ИВАНОВА А.А.** выпускница кафедры ВНД биологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова

**КАЗЬМИНА О.Ю.** к.психол.н., с.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, kazminaolga@mail.ru

**КАЛЕДА В.Г.** д.мед.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

**КОБЗОВА М.П.** м.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, kobzovamp@gmail.com

**КРИТСКАЯ В.П.** к.психол.н, с.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

**ЛЕБЕДЕВА И.С.** д.биол.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

**ЛЕВИКОВА Е.В.** к.психол.н.

**ЛЕОНОВА В.А.** аспирант факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова

**МЕЛЕШКО Т.К.** к.психол.н, с.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

**МИКАДЗЕ Ю.В.** д.психол.н., профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова; зав. кафедрой клинической психологии психолого-социального факультета РНИМУ им. Н.И. Пирогова

**МИХАЙЛОВА Н.М.** д.мед.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

**НИКОЛАЕВА В.В.** д.психол.н., профессор МГУ им. М.В.Ломоносова, заслуженный профессор МГУ

**ПЕЧНИКОВА Л.С.** к.психол.н., доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ им. М.В.Ломоносова

**РОЩИНА И.Ф.** к.психол.н, вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН; профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета клинической и специальной психологии МГППУ, ifroshchina@mail.ru

**САВИНА Т.Д.** к.мед.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН, vorlova@yandex.ru

**САЛИМОВА К.Р.** м.н.с. научно-образовательного центра «Нейробиологическая диагностика наследственных психических заболеваний детей и подростков» МГППУ

**САФУАНОВ Ф.С.** зав. кафедрой клинической и судебной психологии факультета юридической психологии МГППУ, safuanovf@rambler.ru

**СЕВЕРНЫЙ А.А.** к.мед.н., вед.н.с. ФГБУ «НЦПЗ» РАМН; психиатр высшей категории; член экспертного совета Министерства образования и науки РФ; президент АДПП

**СЕМЕНОВА Н.А.** к.психол.н., вед.н.с. ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздравсоцразвития, niyami@yahoo.com

**СЛОНЕВСКИЙ Ю.А.** медицинский психолог ФГБУ «НЦПЗ» РАМН

**ТРОИЦКАЯ Л.А.** д.психол.н., профессор кафедры нейро- и патопсихологии факультета клинической и специальной психологии МГППУ, МГППУ

**УРЫВАЕВ В.А.** к.психол.н., доцент , главный редактор сетевого издания «Медицинская психология в России»; Начальник редакционно-издательского отдела электронных научных изданий ЯГМА, Ярославль, red@medpsy.ru

**ФАНТАЛОВА Е.Б.** к.психол.н., доцент МГППУ, elenafantal@yandex.ru

**ХАРЛАНОВА Л.В.** аспирантка факультета психологии МГУ им. М.В. Ломоносова

**ХЛОМОВ Д.Н.** к.психол.н., Президент Общества Практикующих Психологов Гештальтподход; Президент Ассоциации Русскоязычных Гештальт Институтов; Директор программы «Московский Гештальт Институт»

**ХОЛМОГорова А.Б.** д.психол.н., профессор, зав. кафедрой клинической психологии и психотерапии факультета психологического консультирования МГППУ; зав. лабораторией клинической психологии МНИИ психиатрии Минздрава

**ХРОМОВ А.И.** к.психол.н., м.н.с. отдела медицинской психологии ФГБУ «НЦПЗ» РАМН; старший преподаватель МГППУ

**ЩЕЛКОВА О.Ю.** д.психол.н., профессор, зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии факультета психологии Санкт-Петербургского государственного университета, Санкт-Петербург