

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



Ю.Ф. Поляков

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ
XXI ВЕКА:
методология,
теория и практика**

Коллективная монография

Москва
2023

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

**КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ XXI
ВЕКА: МЕТОДОЛОГИЯ, ТЕОРИЯ И
ПРАКТИКА**

Коллективная монография

Москва
2023

УДК 159.9.618.89
ББК 88.4
К 49

Редакционная коллегия:

Зверева Н.В., кандидат психологических наук, ст.науч.сотр. (отв. ред.)

Рощина И.Ф., кандидат психологических наук, ст.науч.сотр.

Ениколопов С.Н., кандидат психологических наук, доцент

Рецензенты:

Исаева Елена Рудольфовна, доктор психологических наук,

Кравцова Наталья Александровна, доктор психологических наук,

Гульданд Виктор Викторович, доктор психологических наук

К 49 Клиническая психология 21 века: методология, теория, практика.
Научное издание. Коллективная монография /под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф.
Рошиной. — М.: издательство ФГБНУ НЦПЗ, 2023. — 584 с.
ISBN 978-5-6042918-2-5

Монографический сборник посвящен клинической психологии в 21 веке, содержит разделы: Методология клинической психологии; Новые направления клинической психологии в 21 веке; Детская клиническая психология, Прикладные вопросы клинической психологии; Клиническая психология позднего онтогенеза. Такое сочетание направлений анализа отражает требования современности – внимание к возрастным аспектам, прикладным задачам, расширению научных горизонтов, внимание к истории и традициям. Авторы статей в монографии – ведущие специалисты в различных областях современной клинической психологии и психиатрии, преимущественно доктора и кандидаты наук. Монография представляет актуальное состояние клинической психологии в ее методологических, возрастных, прикладных проблемах. Как научное издание, монография представляет интерес для научных работников в психологии и медицине и других областях, смежных с ними. Несомненно, будет востребована и преподавателями психологии, аспирантами и студентами, а также специалистами, работающими в здравоохранении, в системе образования и социальной защиты населения.

УДК 159.9.618.89
ББК 88.4
К 49
ISBN 978-5-6042918-2-5

© ФГБНУ НЦПЗ
© ФГБОУ ВО МГППУ
© Коллектив авторов, 2023

Вступительное слово от редакторов

Настоящая коллективная монография подготовлена в рамках проводимой в 2023 году конференции по клинической психологии «Третьи Поляковские чтения по клинической психологии (к 95-летию Ю.Ф.Полякова)» 23-24 марта 2023. Одна из традиций конференций – обращение к ведущим специалистам с предложением осветить ключевые и важные вопросы клинической психологии. Данная монография носит название «Клиническая психология 21 века: методология, теория, практика». Список авторов внушительный – более 60 человек, среди них доктора и кандидаты психологических и медицинских наук, которые представляют ведущие научные учреждения Москвы (ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр Нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского», «Национальный исследовательский центр им. Н.Н. Блохина») и других городов (ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томск; ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург), ведущих вузов страны, где готовят медиков, психологов, клинических психологов (МГУ им. М.В.Ломоносова, МГППУ, МГМСУ имени А. И. Евдокимова, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, СПбГУ, Санкт-Петербург, СЗГМУ им. И.И. Мечникова, РГПУ им. А.И. Герцена «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург; ЯГМУ, Ярославль, ЯГУ им. П.Г. Демидова, Ярославль) и представителей практических учреждений здравоохранения. Взгляд на методологию детской нейропсихологии представлен коллегами из Мексики.

В соответствии с названием монографии она открывается разделом, посвященным вопросам методологии. Здесь представлены историко-методологические аспекты психологии и психиатрии, они освещены в статьях Н.С.Бурлаковой, Н.К.Корсаковой с соавт., Н.Ю.Пятницкого, М.Ю.Городновой с соавт. Вопросам междисциплинарного взаимодействия посвящена статья М.В.Алфимовой; проблемы изучения возрастной специфики развития и его нарушений у ребенка отражены в статьях М.В.Иванова и соавт., в статье С.В.Трушкиной. Вопросы методологии подготовки специалистов обсуждаются в статье М.А.Беребина. Цивилизационные изменения и их значение для клинической психологии освещаются в статьях И.В.Добрякова и Т.В.Якимовой.

Следующий раздел посвящен новым направлениям в клинической психологии, которые расширяют как клиническую базу, так и психологическое содержание видов работ клинических психологов на современном этапе.

Возрастные аспекты, клиническая психология детства также представлены в издаваемой монографии. Это и общие вопросы состояния детской клинической психологии и методологии (статьи Т.Г.Горячевой, Н.В.Зверевой, Ю.Соловьевой, Р.А.Туревской); конкретные исследования социальной перцепции у детей при психической патологии (статья Коваль-Зайцева и соавт.); процедура оценки патопсихологического профиля (статья Зверевой Н.В. и соавт.).

Самый большой раздел посвящен практическим прикладным работам, поскольку в 21 веке именно это направление является одним из основных в клинической психологии. Конкретные исследования, выполненные в прикладном ключе, посвященные новым сферам исследований находим в статье Зверевой Н.В. и соавт.; работам в психосоматической и соматической клинике посвящены статьи Н.А.Русиной, Ю.В.Маловой, О.Ю.Щелковой с соавт., Ю.Е.Куртановой. Новые средства работы в психотерапии и диагностике представлены в статьях С.Е.Строговой с соавт., Е.И.Первичко. Вопросам работы с различными зависимостями посвящены статьи Т.С.Бузиной с соавт., В.Л.Малыгина с соавт. Прикладные работы клинических психологов в области криминальной психологии отражены в статье В.Г.Булыгиной и соавт.

Последний раздел – Клиническая психология позднего онтогенеза - включает обобщающую статью об уровнях регуляции психической активности в позднем возрасте с позиций нейропсихологического подхода (Н.К.Корсакова и соавт.); статью врача, посвященную синдрому мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте (Е.В.Пономарева) и статью, отражающую результаты многолетней совместной работы медика и психолога в гериатрической психиатрии (статья Селезневой Н.Д. и Рощиной И.Ф.).

Авторы-составители и редакторы надеются, что данная коллективная монография своим содержанием отражает актуальный срез клинической психологии 21 века в ее базовых задачах и сферах приложения, междисциплинарном сотрудничестве. Именно открытость новому, междисциплинарное взаимодействие, высокий научный уровень исследований, проверенные и обновляемые средства и технологии практической работы отражает наследие школы Ю.Ф.Полякова и его выдающихся коллег – Б.В.Зейгарник, А.Р.Лурии.

Последняя статья монографии – дань памяти бессменному руководителю журнала «Медицинская психология в России» и участнику всех Поляковских чтений – Владимиру Анатольевичу Урываеву (1954–2022).

Монография выпускается к началу конференции в бумажной и электронной версии, последняя будет представлена на сайтах МГППУ, ФГБНУ НЦПЗ, АДПП и ресурсах Медицинская психология в России и *Psyjournals*.

Благодарим всех авторов за участие в создании монографии.

Н.В. Зверева, И.Ф. Рощина, 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

РАЗДЕЛ 1. МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

<i>Алфимова М.В.</i>	Междисциплинарные связи клинической психологии в XXI веке: вектор развития.	9
<i>Беребин М.А.</i>	Образовательные модели подготовки клинических психологов: анализ зарубежной практики.	19
<i>Бурлакова Н.С.</i>	Историко-методологические аспекты культурно-исторической патопсихологии и перспективы развития патопсихологического экспериментального исследования.	44
<i>Воронцова О.Ю., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Жабина Д.В., Бойко О.М.</i>	Враждебность и аутоагрессивное поведение при депрессиях.	57
<i>Городнова М.Ю., Маргошина И.Ю.</i>	Психотерапия в философском дискурсе: междисциплинарное пространство медицины и клинической психологии.	75
<i>Добряков И.В.</i>	Психологические проблемы современных поколений, связанные с информационно-коммуникационной революцией.	88
<i>Иванов М.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Куликов А.В.</i>	Диагностика аутизма в начале XXI века: смена парадигм?	95
<i>Корсакова Н.К., Володина Я.О.</i>	«Эффект Зейгарник: больше, чем эффект».	111
<i>Пятницкий Н.Ю.</i>	Аффективные расстройства и шизофрения с точки зрения "эволюционной" психологии и психиатрии.	121
<i>Трушкина С.В.</i>	Психическое здоровье младенцев и детей раннего возраста: современные представления в историческом контексте.	137

<i>Якимова Т.В.</i>	Изменения семьи и вопросы клинико-психологической помощи в XXI веке.	152
РАЗДЕЛ 2 НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В 21 ВЕКЕ		
<i>Буклина С.Б., Жуков В.Ю., Горайнов С.А., Баталов А.И., Афандиев Р.М.</i>	Синдромальный анализ нарушений речи у больных с глиомами лобной и височной долей левого полушария на фоне поражения аркуатного тракта.	173
<i>Гуткевич Е.В.</i>	Психологическая адаптация семьи: новые парадигмы здоровья и оказания помощи.	189
<i>Зверева М.В.</i>	Клиническая психология и искусство в XXI веке	218
<i>Иванова Е.М., Немкова С.Л.</i>	Использование различных стилей юмора при совладании с симптомами ПТСР	227
<i>Каверина М.Ю., Короткова О.А.</i>	Технология айтрекинга в современной зарубежной клинической психологии.	244
<i>Цыганкова П.В.</i>	Отражение социокультурных тенденций информационного общества в особенностях опосредующих образов в методике "Пиктограмма"	257
РАЗДЕЛ 3. ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ		
<i>Горячева Т.Г., Зверева Н.В.</i>	Клинико-психологическая диагностика в детском возрасте: задачи и основные подходы	275
<i>Горячева Т.Г., Зверева Н.В.</i>	Современная детская клиническая психология: теория и практика	289
<i>Зверева Н.В., Строгова С.Е., Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е., Зверева М.В., Горюнов А.В., Хромов А.И.</i>	Применение «патопсихологического профиля» в научной и практической работе в детской клинической психологии.	300
<i>Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Никитина С.Г.,</i>	К особенностям социальной перцепции и мышления у подростков при заболеваниях.	313

<i>Блинова Т.Е.</i>		
<i>Соловьева Ю.</i>	Концепция социальной ситуации развития в клинической нейропсихологии и психологии: методологические соображения.	324
<i>Туревская Р.А.</i>	Уровневые модели развития социального и эмоционального интеллекта в детском возрасте (в норме и при отклоняющемся развитии).	334
РАЗДЕЛ 4. ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ		
<i>Бузин В.Н., Бузина Т.С.</i>	Психологические аспекты реабилитационного процесса при зависимости от психоактивных веществ.	347
<i>Булгыгина В.Г., Дубинский А.А., Шеховцова Е.С., Лысенко Н.Е.</i>	Индивидуально-психологические корреляты дизрегуляции у лиц с расстройствами личности с криминальным поведением.	358
<i>Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Суркова К.Л., Строгова С.Е. Зверева М.В., Балакирева Е.Е.</i>	Вспомогательные репродуктивные технологии для рождения детей: очевидные позитивные последствия и вероятностные ограничения. клинико-психологическая оценка.	376
<i>Куртанова Ю.Е., Иларионова Ю.В.</i>	Формирование конструктивных форм совладающего поведения у подростков с хронической почечной недостаточностью.	385
<i>Малова Ю.В.</i>	Психологическая помощь пациентам, имеющим экстремальный опыт (на примере медико-психологической реабилитации участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС).	396
<i>Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А., Искандирова А.С., Пахтусова Е.Е.</i>	Психологическая коррекция Интернет-зависимости у подростков.	407
<i>Первичко Е.И.</i>	Модификация теста рисуночной фрустрации С. Розенцвейга для	430

	изучения эмоциональной сферы: новые возможности, задаваемые традициями московской клинико-психологической школы.	
<i>Русина Н.А.</i>	Психосоматические отношения при соматических заболеваниях и психосоматических расстройствах.	457
<i>Строгова С.Е., Кузнецова С.О.</i>	Арт-терапия как метод психологической помощи детям и подросткам в условиях психиатрического стационара.	477
<i>Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Цыренова (Усманова) Е.Б.</i>	Качество жизни после ампутации нижней конечности: методология и первые результаты исследования.	486
РАЗДЕЛ 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПОЗДНЕГО ОНТОГЕНЕЗА		
<i>Корсакова Н.К., Рощина И.Ф., Балашова Е.Ю.</i>	Уровни регуляции психической активности в позднем возрасте: нейропсихологический подход.	520
<i>Пономарева Е.В.</i>	Синдром мягкого когнитивного снижения в позднем возрасте.	529
<i>Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.</i>	Профилактика когнитивной недостаточности у кровных родственников пациентов с болезнью Альцгеймера: совместная работа психиатра и клинического психолога	540
<i>Добряков И.В., Зверева Н.В., Солондаев В.К.</i>	Медицинская психология в России. Памяти В.А.Урываева (1954–2022)	554
<i>Аннотации на английском языке</i>		563
<i>Сведения об авторах</i>		579

РАЗДЕЛ 1. МЕТОДОЛОГИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Алфимова М.В.

МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЕ СВЯЗИ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ В 21 ВЕКЕ: ВЕКТОР РАЗВИТИЯ

Аннотация. В статье обсуждаются современные тенденции развития междисциплинарных связей клинической психологии как производные от нисходящих и восходящих влияний. К первым относятся предвидение, включая представления о глобальных вызовах, стратегическое планирование и доминирующие теоретические модели. Ко вторым – углубление и расширение знаний о проблеме внутри отдельных дисциплин до соприкосновения границ между ними. Появление междисциплинарного знания под действием восходящих влияний рассматривается на примере психологической устойчивости.

Ключевые слова: психология, междисциплинарность, охрана психического здоровья, психологическая устойчивость.

Междисциплинарность и специализация – две необходимые составляющие развития научных дисциплин, что особенно отчетливо проявилось в 20 веке. Специализация – изучение целого путем разбиения его на части – эффективная стратегия, укорененная в структуре современной науки и образования, способствующая углублению знаний о предмете и воспитанию экспертов. Междисциплинарные связи диктуются самими явлениями, поскольку, по словам К. Поппера, «мы исследуем не предметы, а проблемы. Проблемы же способны пересекать границы любых дисциплин и их предметов» [6]. Обе тенденции можно видеть на примере самой клинической психологии, которая возникла на стыке психологии и психиатрии, и при этом включает в себя целый ряд отраслей. Однако наиболее отчетливо переплетение этих тенденций, современный масштаб глобализации исследований можно проследить в эволюционировании нейронауки. Ее начало стало следствием осознания необходимости интеграции знаний о мозге, психике и поведении, что выразилось в создании в 60-е годы прошлого столетия Международной организации по изучению мозга (International Brain Research Organization) и Общества нейронауки (Society of Neuroscience) [9]. Уже в недрах нейронауки продолжились как интеграция дисциплин в новые отрасли (информатика + биология = биоинформатика), так и фрагментация на более узкоспециализированные области, с возникновением когнитивной, аффективной, социальной нейронаук.

Более того, эти отрасли одновременно становятся частью других интегральных наук. Например, когнитивная нейронаука является важнейшим компонентом когнитивистики (когнитивной науки), внутри которой взаимодействует с философией, антропологией, лингвистикой и информатикой.

Какие силы направляют это движение, в частности, для клинической психологии 21 века? Здесь, как, наверное, в развитии любого процесса, связанного с человеком, можно выделить нисходящие и восходящие влияния. Нисходящие влияния – это предвидение и стратегическое планирование на глобальном и отраслевом (охрана психического здоровья) уровне, а также - более локально - влиятельные теоретические модели, создающие контекст исследований и формирования инновационных практических подходов. Восходящие влияния порождаются созреванием знаний о конкретном предмете в рамках отдельных дисциплин, что ведет к растворению границ и слиянию специализированных научных подходов, как это происходит с соседними каплями воды при превышении ими определенного объема.

Нисходящие влияния

Предвидение и планирование определяется представлениями людей (социальных институтов) о настоящем и желаемом будущем и обуславливает направление потока усилий и ресурсов. На самом высоком уровне это представления о глобальных вызовах, т.е. проблемах планетарного масштаба. Со времени появления, основанного на трудах А. Тойби, понятия «глобальные вызовы» (цит. по [1]), разные экспертные сообщества и ученые предлагают свои, несколько различающиеся списки вызовов. Вот, например, как в настоящее время видят их эксперты университета Линкольна (<https://21stcenturylab.lincoln.ac.uk/ten-grand-challenges/> дата обращения: 05.01.2023): перемещение больших масс людей как результат миграции и мобильности; экономический глобализм; возрастание социального и имущественного неравенства; конфликты и войны; идентичность в условиях изменяющихся культурных и общественных норм; рост недовольства в обществах, социальная нестабильность, в частности, связанная с развитием социальных сетей; изменения в экономических центрах силы; технологические прорывы, включая вхождение в нашу жизнь искусственного интеллекта; пробелы в видении и предвидении из-за ускорения событий и жестких требований к скорости принятия решений, что не оставляет времени «лидерам» на обдумывание; и, наконец, ущерб экологии/изменения климата, что может повлечь дефицит важнейших ресурсов для жизни.

Каждый вызов – многогранная проблема и в ней есть место, где мы обнаруживаем ее влияние на психическое здоровье, как минимум, в

виде стрессора, что влечет необходимость участия клинических психологов в междисциплинарных командах, работающих над ее решением. Так, одним из ответов на увеличение количества природных катастроф (пожаров и наводнений), связанных с изменением климата, а также на перемещение больших масс людей является появление «гуманитарной психиатрии». Она определяется как оказание услуг по охране психического здоровья и социальной поддержке группам населения, которые столкнулись с коллективным насилием, принудительным перемещением или стихийными бедствиями [15]. В конце прошлого века гуманитарная психиатрия сводилась к оказанию психиатрической помощи лицам с посттравматическим стрессовым расстройством. В 21 веке она становится частью общего гуманитарного ответа, основанного на представлении, согласно которому психиатрические проблемы - лишь верхушка айсберга всех проблем и они могут быть смягчены или устранены при удовлетворении витальных (в пище, жилье, безопасности) и социальных (в межличностных связях и справедливости) потребностей, оказании социальной поддержки и обучении отдельных лиц, семей или сообществ самоподдержке, что требует участия специалистов из разных сфер. Конкретным вкладом клинической психологии в эти мультидисциплинарные усилия стала разработка краткосрочных психологических техник, важной особенностью которых является легкость обучения им лиц, не имеющих серьезной психологической подготовки, - местного медицинского персонала и волонтеров. Это обеспечивает массовый доступ к психологической помощи в ситуациях гуманитарных катастроф, которые, как правило, затрагивают большое количество людей и часто происходят как раз там, где психологическая помощь и так дефицитна.

Этот пример иллюстрирует один из главных трендов развития междисциплинарных связей клинической психологии, который наметился с начала 21 века, – практически обязательное использование ее возможностей и специалистов в рамках широких междисциплинарных/межведомственных подходов к решению глобальных прикладных проблем.

Пандемия COVID-19 повлияла как на психическое и физическое здоровье большого числа людей, так и на финансовый и социальный сектор экономики. Конкретные списки наиболее острых проблем и первоочередных задач, сформированные в начале 21 века, в связи с этим были несколько пересмотрены. Однако описанная выше тенденция только усилилась. Так, отражая место психологии в новой ситуации начала 2022 года, Американское психологическое общество (APA) выделило четырнадцать трендов

(<https://www.apa.org/monitor/2022/2022-01-monitor.pdf>, дата обращения: 05.01.2023). И в качестве первого эксперты АРА указывают на повсеместную востребованность психологов. Человеческое поведение лежит в основе большинства самых серьезных вызовов: неравенства, изменения климата, удаленной работы, изъятий охраны здоровья и благополучия, недоверия к вакцинам и дезинформации, - отмечают они, - и психологов не только попросили участвовать в дискуссии, но и возглавить решение некоторых задач. Разумеется, прежде всего это касается традиционных направлений работы клинических психологов, от которых потребовалась масштабная помощь работникам здравоохранения и сферы услуг в устранении психологических проблем, вызванных пандемией – тревоги, депрессии, выгорания, а также непосредственно больным и их семьям; более широкое проникновение в школы, обучение учителей работе с детьми, травмированными пандемией; совершенствование методов помощи различным меньшинствам, работа по устранению их дискриминации относительно доступа к медицинским услугам в условиях дефицита медицинской помощи. Помимо этого, АРА обращает внимание на усиление некоторых междисциплинарных трендов. А именно, речь идет о продолжающемся росте взаимодействия психологии с нейронаукой, а также о связях психологии с коммуникологией (наукой о коммуникации), причем последнее объясняется необходимостью «программирования» здорового поведения населения.

Нужно отметить, что тренд на контакты с коммуникологией обусловлен и другими потребностями в области охраны психического здоровья. Во-первых, это касается задачи по продвижению социальной справедливости в области психического здоровья, выдвинутой ВОЗ в рамках плана действий по улучшению охраны психического здоровья на 2013-2030 гг. [24], включая снижение стигматизации психических больных. Отмечается, что в 21 веке обсуждение проблем психиатрии должно стать частью публичного обсуждения проблем психического здоровья [12]. Во-вторых, связи с науками о коммуникации приобретают все большее значение ввиду необходимости адекватно доносить до общества суть внедряемых в практику здравоохранения научных достижений. Так, на повестке дня, как и век назад, интерпретация достижений генетики. За последние 10 лет молекулярная генетика достигла огромных успехов по выявлению генетических вариантов (точек по всему геному), которые связаны с риском развития различных психических расстройств. Всю индивидуальную полногеномную информацию о риске конкретного заболевания было предложено представлять в виде единого количественного признака – полигенного показателя риска.

Государственные институты (среди них наиболее активен Кабинет министров Великобритании) уже планируют активное внедрение полигенных показателей риска в практическое здравоохранение. АРА упоминает их среди достижений нейронауки, которые помогут психологам найти пути к улучшению жизни людей. Однако внедрение генетических данных вызывает озабоченность. И проблема не сводится к сохранению индивидуальной информации, что обычно волнует различные этические комитеты. Требуется глубокое понимание возможностей и ограничений этого инструмента в контексте представлений о природе человека для избежания ловушки неоевгеники. Психологи – специалисты, наиболее вооруженные необходимыми знаниями для объяснения тем, кто принимает решения, и обществу, которое может от этих решений пострадать, каковы реальные закономерности нормального и патологического индивидуального развития и какое место в этом развитии занимает генетический аппарат человека. Однако выбор форм, в которых эти разъяснения должны быть представлены, и путей распространения информации действительно потребует инновационных подходов, разработка которых без союза с коммуникологией невозможна.

Спускаясь с уровня «предвидения» на уровень теоретических моделей, задающих вектор развития междисциплинарных связей, отметим тренд, который в некоторой степени стал следствием реинкарнации идеи Гиппократов «лечить не болезнь, а больного» в биопсихосоциальную модель Дж. Энгеля [11]. Непосредственно в психиатрии судьба модели складывалась сложно [4]. Однако модель стала одним из важных факторов развития мультидисциплинарных реабилитационных программ с участием клинических психологов во многих других областях медицины, включая управление болью, постковидный синдром, восстановление после онкологической заболеваемости и др. [13, 17].

Восходящие влияния

Стоит уточнить, что в описанном выше контексте междисциплинарность это скорее мультидисциплинарность команды, конгломерат, где каждый специалист имеет свой фронт работ и вооружен свойственными ему инструментами, подчиняясь лишь единой конечной цели и единому командованию (подробнее о терминах см. [2, 3]). В отличие от этого, в случае восходящих влияний мы чаще имеем дело со сплавом наук, требующим от каждого участвующего специалиста более глубокого проникновения в знания, терминологию и методы дисциплин, совместно с которыми решается (чаще научная) задача.

Не прошло и года после спада пандемии как мы оказались в

новом мире, который многие эксперты определяют как мир неопределенности и нестабильности. В нем, как представляется, на одно из первых мест выходит проблема, которая касается не отдельных групп (мигрантов, пожилых людей, психических больных, разнообразных меньшинств и т.д.), а имеет гораздо более широкую базу, и это проблема психологической устойчивости¹ (resilience). Хотя Общества изучения психологической устойчивости пока не создано, научное исследование этой проблемы - один из ярчайших примеров развития мультидисциплинарного знания из накопления специализированных знаний, т.е. как продукта восходящих влияний.

Психологическая устойчивость (далее устойчивость) не имеет общепринятого определения. В общем виде под ней понимают способность или процесс, способствующий успешной адаптации – сохранению или даже укреплению, несмотря на воздействие вредных, угрожающих индивиду факторов, психического здоровья или субъективного благополучия (возможно, это два разных вида устойчивости [14]). Интерес к устойчивости и ее научное изучение зародились в исследованиях факторов риска развития психопатологии около 50 лет назад. Первоначально эти исследования фокусировались на «негативных» путях, то есть каскаде событий, ведущем к взрослой психопатологии от детских психологических травм. Речь преимущественно шла о неблагоприятном детском опыте, включая насилие и игнорирование ребенка со стороны родителей, но в настоящее время включает любые угрозы, как например пандемии, природные или техногенные катастрофы. Накопившиеся факты о широкой вариативности ответов на такие события заставили исследователей обратить внимание на «позитивные» пути - пути устойчивости и сопротивления, имеющие, по-видимому, трансдиагностический характер.

Masten et al. [19] выделяют четыре волны развития исследований устойчивости. Первая – описательная - сводилась к выделению свойств, которые делают человека устойчивым к факторам риска. Вторая состояла в попытке понять как эти свойства ведут к успешной адаптации. Третья заключалась в осуществлении практической помощи лицам из группы риска (т.е. имевшим неблагоприятный опыт), что позволило увидеть слабые и сильные стороны моделей устойчивости. Отметим, эти стадии можно скорее назвать мультидисциплинарными, имея в виду относительную автономность исследований признаков

¹ Определение «психологическая» используется, чтобы отличить устойчивость человека от более широкого понятия <стрессо>устойчивости, свойственной различным живым организмам.

разных уровней (социальных, биологических, психологических, клинических). И наконец четвертая волна – появившаяся только в 21 веке – межсистемных исследований, с попыткой понять взаимодействие разных уровней, потребовавшая интеграции концептуального и методического аппарата разных дисциплин. Masten et al. [19] обращают внимание на то, что в настоящее время устойчивость может быть понята только как динамический процесс, распределенный по многим системам, как внутренним, так и внешним по отношению к индивиду. Авторы, опираясь на такую дисциплину как психопатология развития (developmental psychopathology), особо подчеркивают вовлеченность внешних систем – от семьи до социальных институтов, которые могут оказать поддержку или любым другим способом повлиять на вектор развития индивида, что ставит проблему устойчивости в контекст гуманитарных – психологических, педагогических, социальных, и даже политических наук. В этом же ключе можно рассматривать кросс-культурные исследования устойчивости [25] и исследования устойчивости в рамках сестринского дела [20].

Однако стоит обратить внимание и на расширение «списка» внутренних систем, который отнюдь не сводится к ЦНС. Здесь прежде всего уместно вспомнить об отце эндокринной теории стресса Гансе Селье, исследования которого положили начало рассмотрению гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой оси как основной системы ответа на стресс. Вторым важным событием стало рождение в 70-е годы прошлого века психонейроиммунологии – междисциплинарной области исследований, изучающей взаимодействие между поведением, нервной и эндокринной системами и иммунными процессами. Ее основателями считают психолога Роберта Адера и микробиолога и иммунолога Николаса Коэна. После их экспериментальных работ, исследования игнорируемых до этого связей между мозгом и иммунной системой стали многочисленными и позволили показать, (а) что как воздействия на мозг и эндокринную систему изменяет иммунный ответ, так и стимуляция антигенами, которая вызывает иммунный ответ, приводит к изменениям в нервной и эндокринной системах и (б) что поведение способно влиять на реактивность иммунной системы и, наоборот, иммунный статус организма имеет последствия для поведения [7].

В настоящее время психоиммунология обеспечивает основной научный контекст изучения того, как восприятие травматических событий может транслироваться в стойкие изменения на разных уровнях жизнедеятельности человека, включая развитие психопатологии. Предложена даже «иммунологическая гипотеза психосоциальной устойчивости», которая рассматривает в качестве

одного из источников устойчивости тренировки иммунной системы в процессе столкновения организма с инфекцией [22].

Постепенно в медико-биологические исследования устойчивости в контексте психонейроиммунологии вливаются все новые дисциплины, включая антропологию [8] и генетику [10]. В последние годы точкой роста в изучении влияния ранних травмирующих воздействий на психическое здоровье во взрослом возрасте являются эпигенетические исследования. Эпигенетика – наука о факторах, которые меняют активность генов, не меняя последовательности ДНК. К ним относят метилирование ДНК, модификацию гистонов и некодирующие РНК. Эпигенетические изменения в геноме стали рассматривать в качестве одного из основных молекулярных механизмов встраивания опыта в биологическую организацию индивида, включая особенности работы мозга. Пока большинство исследований посвящено изучению связи между травматическими событиями и другими факторами риска психопатологии и метилированием ДНК (это уже упоминавшиеся «негативные пути»). Изучения собственно устойчивости с точки зрения эпигенетики пока не проводилось, но, очевидно, ждет своей очереди [21, 23].

Следует отметить, что междисциплинарному знанию о проблемах, механизмом которых являются межсистемные взаимодействия и перестройки, способствует проникновение в психологию и психиатрию новых статистических методов анализа, в частности метода сетей. Относительно устойчивости, он пока использовался только для понимания взаимосвязи различных психологических свойств индивида (гипотетических факторов устойчивости с симптомами) (например, [16]). Но может быть расширен до включения признаков работы различных систем – для выделения, в частности, основных точек соприкосновения/путей перехода между ними.

Заключение

Не загадывая на все столетие, можно отметить, что клиническая психология в настоящее время находится, и даже занимает заметное и почетное место, внутри общего усиливающегося тренда к интеграции научного знания, образования неожиданных и непредвидимых заранее междисциплинарных связей и мультидисциплинарных/межведомственных усилий. Для самой клинической психологии (и психологии в целом) – это вызов как к научной дисциплине, поскольку междисциплинарные исследования требуют от клинической психологии максимально четких определений теоретических конструктов и надежных и валидных инструментов их измерения, тестируемых гипотез и гибких, способных к

междисциплинарному взаимодействию специалистов. В последнем случае речь идет не столько о личных качествах, сколько о развитии новых форм мультидисциплинарного образования, не просто о снабжении будущего психолога широким научным кругозором – миссия, с которой хорошо справляются современные университеты, а об обучении работе с комплексными проблемами. Развитие меж- и мультидисциплинарных исследований и мультидисциплинарного образования – это не тривиальные задачи, работа над решением которых в самом разгаре (см. например, [5, 18]). Описанные тенденции к возрастанию роли клинической психологии в решении глобальных проблем делают эти задачи особенно актуальными для психологического образования.

Список литературы

1. Альжанова Ф., Хусаинов Б. Глобальные вызовы: генезис и природа. *Қазақ экономикалық хабаршысы*. 2015. № 3. С. 28-41.
2. Бушковская Е.А. Феномен междисциплинарности в зарубежных исследованиях. *Вестник Томского государственного университета*. 2010. № 330. С. 152-155.
3. Лубский А.В. Междисциплинарные научные исследования: когнитивная "мода" или социальный "вызов". *Социологические исследования*. 2015. № 10 (378). С. 3-11.
4. Незнанов Н.Г., Рукавишников Г.В., Касьянов Е.Д. и др. Биопсихосоциальная модель в психиатрии как оптимальная парадигма для современных биомедицинских исследований. *Обзор психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2020. № 2. С. 3-15.
5. Парахонский А.П. Мультидисциплинарность научных исследований. *Успехи современного естествознания*. 2009. № 9. С. 121-122.
6. Поппер К. Предположения и опровержения: рост научного знания (К. Р. Popper. *Conjectures and refutations: the growth of scientific knowledge*. 1963.) М., 2004. Электронная публикация: центр гуманитарных технологий. — 29.07.2010. <https://gtmarket.ru/library/basis/4711> (дата обращения: 05.01.2023)
7. Ader R., Cohen N. Psychoneuroimmunology: conditioning and stress. *Annu Rev Psychol*. 1993;44:53-85. doi: 10.1146/annurev.ps.44.020193.000413
8. Bollig M. Resilience — Analytical Tool, Bridging Concept or Development Goal? Anthropological Perspectives on the Use of a Border Object. *Zeitschrift Für Ethnologie*. 2014;139(2):253–279.
9. Bridging Disciplines in the Brain, Behavioral, and Clinical Sciences. Institute of Medicine (US) Committee on Building Bridges in the Brain, Behavioral, and Clinical Sciences. Pellmar TC, Eisenberg L, eds. Washington (DC): National Academies Press (US), 2000.
10. Cahill S., Chandola T., Hager R. Genetic Variants Associated With Resilience in Human and Animal Studies. *Front Psychiatry*. 2022;13:840120. doi: 10.3389/fpsy.2022.840120

11. Engel G.L. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977;196(4286):129-136. doi: 10.1126/science.847460
12. Fuhrer R., Keyes K.M. Population Mental Health Today: Confronting the Challenge. *Am J Public Health*. 2019;109(S3):S149. doi: 10.2105/AJPH.2019.305188
13. Harenwall S., Heywood-Everett S., Henderson R. et al. Post-Covid-19 Syndrome: Improvements in Health-Related Quality of Life Following Psychology-Led Interdisciplinary Virtual Rehabilitation. *J Prim Care Community Health*. 2021;12:21501319211067674. doi: 10.1177/21501319211067674
14. Hofgaard L.S., Nes R.B., Røysamb E. Introducing two types of psychological resilience with partly unique genetic and environmental sources. *Sci Rep*. 2021;11: 8624. doi: 10.1038/s41598-021-87581-5
15. Jones L., Ventevogel P. From exception to the norm: how mental health interventions have become part and parcel of the humanitarian response. *World Psychiatry*. 2021;20(1):2-3. doi: 10.1002/wps.20808
16. Kalisch R., Cramer A.O.J., Binder H. et al. Deconstructing and Reconstructing Resilience: A Dynamic Network Approach. *Perspect Psychol Sci*. 2019;14(5):765-777. doi: 10.1177/1745691619855637
17. Kamper S.J., Apeldoorn A.T., Chiarotto A. et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;9:CD000963. doi: 10.1002/14651858.CD000963.pub3
18. Klaassen R.G. Interdisciplinary education: a case study. *Eur J Eng Educ*. 2018;43(6):842-859. doi: 10.1080/03043797.2018.1442417
19. Masten A.S., Lucke C.M., Nelson K.M., Stallworthy I.C. Resilience in development and psychopathology: Multisystem perspectives. *Annu Rev Clin Psychol*. 2021;17:521–549. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-081219-120307
20. Morse J.M., Kent-Marvick J., Barry L.A. et al. Developing the Resilience Framework for Nursing and Healthcare. *Glob Qual Nurs Res*. 2021;31(8):23333936211005475. doi: 10.1177/23333936211005475
21. Ryan M., Ryznar R. The Molecular Basis of Resilience: A Narrative Review. *Front Psychiatry*. 2022;13:856998. doi: 10.3389/fpsy.2022.856998
22. Slavich G.M. Social safety theory: A biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. *Annu Rev Clin Psychol*. 2020;16:265–295. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159
23. Smeeth D., Beck S., Karam E.G., Pluess M. The role of epigenetics in psychological resilience. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(7):620-629. doi: 10.1016/S2215-0366(20)30515-0
24. WHO. Comprehensive Mental Health Action Plan 2013-2030. <https://www.who.int/news/item/17-06-2022-who-highlights-urgent-need-to-transform-mental-health-and-mental-health-care> (дата обращения: 05.01.2023)
25. Youth Resilience and Culture: Commonalities and Complexities. Theron L.C., Liebenberg L., Ungar M., eds. New York: Springer, 2015.

Беребин М.А.
ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЕ МОДЕЛИ ПОДГОТОВКИ
КЛИНИЧЕСКИХ ПСИХОЛОГОВ: АНАЛИЗ ЗАРУБЕЖНОЙ
ПРАКТИКИ

Аннотация. Выполнен анализ зарубежных моделей подготовки клинических психологов. На основании описания ведущих в США моделей представлены соответствующие им системы образования, получения степени PhD и PsyD, различия в практической подготовке в моделях «ученый-практик» и «практик-ученый». Показана роль государственных, образовательных и профессиональных организаций в аккредитации специалистов. На примере британской модели показаны основания признания профессии клинического психолога как законодательно защищенной. Отдельно описаны законодательные основания подготовки кадров клинических психологов в странах Европейского Союза. На примере систем образования Чехии, Болгарии, Германии и Австрии показана вариативность европейских моделей. Приведен пример анализа содержания образовательных программ некоторых университетов США, Великобритании и стран Европы. Обобщены некоторые особенности американской и европейских систем подготовки. Сформулированы предложения по совершенствованию российской системы подготовки клинических психологов.

Ключевые слова: образование клинических психологов, Вейльская модель, Боулдерская модель, регулируемая профессия, аккредитация, лицензирование.

Вопросы подготовки кадров специалистов в области психологии в каждой стране имеют как сходство между собой, так и существенные различия, отражающие особенности национальных школ психологии и практики государственного и общественно-профессионального регулирования такой деятельности. Для клинической психологии, и, соответственно, для систем подготовки кадров клинических психологов, такого рода особенности определяются еще и спецификой национальных систем охраны здоровья. Кроме того, существенное влияние на подготовку таких специалистов в каждой стране оказывает и состояние законодательного и иного нормативного правового регулирования как в сфере образования, так и здравоохранения, а также роль общественно-профессиональных формирований в подготовке, аттестации, лицензировании аккредитации кадров в сфере и клинической психологии, в частности. Поэтому представляет интерес анализ такого рода реальных моделей по описанным выше параметрам

– до- и последипломное образование, практическая подготовка (в том числе и для работы в системе здравоохранения) и влияние общественно-профессиональных структур на профессиональное признание специалистов по клинической психологии.

При этом оптимальной целью такого анализа может являться определение таких составляющих зарубежных национальных моделей, которые вполне могут быть применимы и в системе подготовки клинических психологов в нашей стране. При этом, представляется, что достаточно радикальные изменения в межгосударственных отношениях многих стран с Российской Федерацией, наблюдаемые в последнее время, не могут являться основанием отказа от такого рода анализа. Действительно, российская система подготовки и использования кадров клинических (медицинских) психологов является самодостаточной и устойчивой к возможным негативным влияниям. Вместе с тем было бы не вполне правильным игнорировать очевидные подкрепленные практикой зарубежные достижения в подготовке клинических психологов. Как минимум, представляется целесообразным выделить наиболее очевидные различия между зарубежными моделями, с одной стороны, и нашей, с другой, с целью их обсуждения в качестве возможных предложений для внесения изменений и дополнений в существующую в нашей стране модель с целью ее совершенствования.

Представляется, что описанные выше критерии для такого анализа – содержание, объем и характер образования, место и роль практической и иной подготовки для работы в сфере охраны здоровья, а также роль и компетенции общественно-профессиональных структур в вопросах управления профессиональной деятельностью специалистов, – являются достаточными для проведения хотя бы первоначального анализа наиболее очевидных составляющих зарубежных моделей.

Модели подготовки в области клинической психологии в Соединенных Штатах Америки. В США услуги по охране психического здоровья представлены четырьмя равноправными видами: «клиническая психология», «психиатрия», «психиатрическая социальная работа» и «сестринское дело в психиатрии» [2]. При этом подготовка клинических психологов в основном проводится в рамках классической модели (т.н. «ученый-исследователь») и 2-х моделей с разным уровнем соотношения теоретической и практической подготовки: «Боулдерской» («ученый-практик») и «Вейльской» («практик-ученый») моделей. Не вдаваясь в историю вопроса, подробно рассмотренную нами ранее [1], отметим лишь, что образовательные программы такой подготовки подлежат обязательной аккредитации со стороны Американской

психологической ассоциации (American Psychological Association, APA). Естественно, что разработанная еще в 1949 году на Боулдерской конференции APA модель клинического психолога как «ученого-практика» стала в определенном плане ориентиром для университетов, приступивших к подготовке таких специалистов [9]. «Боулдерская» модель требует наличия психологического образования уровня бакалавриата и 4-летней постдипломной практической подготовки в университетских клиниках, завершающейся написанием и защитой диссертации на соискание звание доктора философии (PhD).

В целом модель подготовки «ученого-практика» предполагает наличие требований, в том числе «непрофессиональные (предпрофессиональные) требования» («preprofessional requirements»), к поступающим на эту программу, включающие в себя требования о наличии высокого уровня интеллекта и целого ряда личностных качеств, а также обширной подготовки в бакалавриате по психологии [16]. Выполнение 4-летней программы подготовки (постдипломное образование) требует: создание прочной основы в психологии и других прикладных науках (1-й год); изучение терапевтических принципов и методов (2-й год); стажировку с получением полевого опыта под наблюдением – супервизией (3-й год) и написание на 4-м году обучения исследовательской диссертации с получением после ее защиты степени д-ра философии (PhD).

Основные принципы сегодняшней «модели Боулдера» по критериям APA Society of Clinical Psychology (Division 12) [7]:

1. Предоставление психологической оценки, тестирования и вмешательства в соответствии с научно обоснованными протоколами;
2. Доступ к научным данным и их интеграция для принятия обоснованных клинических и психологических решений для пациентов;
3. Опрос и проверка гипотез, имеющих отношение к текущему здравоохранению;
4. Создание и поддержание эффективных междисциплинарных отношений с профессионалами в других областях;
5. Обучение на основе исследований и поддержка других медицинских работников в процессе оказания психологической помощи нуждающимся;
6. Внесение вклада в практические исследования и разработки для улучшения качества медицинского обслуживания.

Выпускник считается подготовленным к выполнению 3-х видов деятельности - тестирование (психологическая оценка, Assessment Psychology), терапия и научные исследования.

Мнения специалистов о «Боулдерской» модели обобщаются в 3 позиции:

1. Программа модели «ученый-практик» представляет собой среднюю точку в континууме программ, акцентирующихся либо на исследовании, либо на практику;

2. Модель «ученый-практик» потерпела неудачу, потому что многие выпускники поступают на работу в клиническую практику, а не на академические должности в образовании;

3. Единственной достоверной мерой успеха научной подготовки выпускника является количество публикаций.

Более частными недостатками этой модели являются [5, 10]:

1. Отсутствие подтверждений мнению, что «модель Боулдера» является лучшей и помогает соискателям степени PhD стать лучшими;

2. Обучение по этой модели требует много времени на изучение методов исследования, не востребуемых в профессиональной практике, в ущерб необходимости обучения искусству и ремеслу психотерапии;

3. «Модель Боулдера» опирается на упрощенные представления о людях и их болезнях, не имеющих клинически значимых коррелятов для использования в практике. Такой симптом-центрированный подход формирует развитие инструментального взгляда на пациентов, определяя специфику клинической работы студентов и выпускников;

4. В модели отмечается дефицит клинических подходов, поскольку программы обучения ориентированы на изучение измерительных методов;

5. В «модели Боулдера» делается акцент на методы сбора данных, а не на навыки критического мышления и построение теории, исключая ее из числа научных конструкций из-за некритического подхода к эмпиризму;

6. Стремление к наращиванию числа публикаций идет в ущерб оценке аспирантов по их клинической чувствительности и по глубине их продвижения в клиническом и психологическом материале;

7. В модели отдается приоритет исследованиям с коротким циклом проведения по сравнению с лонгитюдными и более сложными исследованиями (в т.ч. исследованиям со сроками, превышающими продолжительность обучения). Другими словами, в «модели Боулдера» навыки, полученные для практики в клинической психологии, оказываются мало востребованным при последующей деятельности.

Однако модель «ученый-практик» до сих пор популярна. Ее фундаментальный принцип опирается на постулат о том, что освоение профессиональной психологии требуют обучения проведению научных исследований, клинической практики и их интеграции [11].

«Вейльская» модель («профессиональная модель», «модель практиков-ученых»), принятая в 1979 году АРА, характеризуется большей практической направленностью подготовки клинических

психологов [14]. К началу 1980-х годов сложилось мнение о том, что клиническая психология созрела для существования отдельных дифференцированных программ, по-разному ориентированных к практике и к исследованиям (конкретно – для организации обучения по модели «практик-ученый» в дополнение к ранее существовавшим моделям «ученый-практик», и «ученый-исследователь»). Одним из следствий такого решения являлась необходимость введения различных по своей сути докторских степеней, присваиваемых по завершении обучения по таким программам. В частности, если основное внимание уделяется подготовке студентов к проведению исследований и экспериментов, то следует присуждать степень доктора философии (PhD). В том случае, если в программе обучения акцент делается на подготовку к оказанию практических услуг, то присуждается степень доктора психологии (PsyD), точнее – «доктора философии в области клинической психологии».

Такое решение APA полностью соответствовало принципам Ассоциации американских университетов (The Association of American Universities, AAU), а также Совета школ последипломого образования (The Council of Graduate Schools, CGS): профессиональная докторская степень (например, доктор медицины, MD) присуждается в знак признания подготовки к профессиональной практике, тогда как докторская степень PhD даже в медицине присуждается за подготовку к исследованию.

Выпускники по программам обеих моделей обучения имеют право на получение соответствующей лицензии во всех юрисдикциях США, а экзамены на получение лицензии и требования к продлению являются одинаковыми для обеих степеней. Обладание степенью PsyD является сертификатом, удостоверяющим наличие знаний и навыков, достаточным для того, чтобы сделать клиническую психологию своей профессией.

Обучение в «Вейльской» системе проводится также после бакалавриата по психологии на протяжении 4-5 лет и осуществляется вне университетской базы, в независимых школах профессиональной подготовки в области клинической психологии («Schools of professional clinical psychology») – организациях с очень небольшим штатом сотрудников, работающих полный рабочий день. Кадровую основу такой школы составляют специалисты-профессионалы, работающие на условиях неполной занятости. В последний год обучения обязательным является прохождение супервизии. Завершается такая подготовка защитой диссертации с присвоением степени PsyD, что происходит, как правило, в этих же независимых школах. Сегодня в США число

университетов, реализующих программы PsyD, почти равно их числу в профессиональных школах клинической психологии.

В таких программах акцент делался на прикладные курсы, посвященные различным методам оценки и вмешательства, деятельности по охране психического здоровья населения и т.п. В силу этого были существенно снижены ранее достаточно жесткие требования к докторской (PhD) диссертации, однако частью программы PsyD осталось обучение методам оценки и аналитического обзора исследований.

Программа получения степени PsyD также ориентирована на 4 года обучения, в течение которых изучаются, том числе курсы статистики, клинической оценки, теории личности и семинары по теме магистерской диссертации (1-й год); психопатология, введение в психотерапию, практикум и завершение работы над магистерской диссертацией (2-й год); практикум повышенного типа (на должностях младшего персонала (clerkship), учебные курсы по выбору, по истории, по системам и исследования по теме диссертации (3-й год), завершение обучения в работой в качестве интерна (резидента) в течение полного рабочего дня (4-й год).

Однако в реальности такие идеальные временные рамки соблюдаются редко, большинству соискателей требуется 5 и более лет, чтобы завершить обучение по программе в рамках «Вейльской» модели. Кроме того, в рамках этой модели не существует двух похожих программ получения докторской степени по клинической психологии, поскольку Боулдерская конференция АРА еще в 1949 г. решила отказаться от создания в АРА какой-либо единой и конкретной программы подготовки в клинической психологии, и «Вейльская» модель исполняет такое требование.

Таким образом, для «Вейльской» модели характерно:

1. Большая ориентированность обучения на клиническую практику, чем в любых других программах, существующих в США;
2. Присвоение по завершению многих (но не всех) учебных программ по этой модели степени доктора по психологии (PsyD), а не степени PhD;
3. При приеме на обучение по этой программе большее внимание уделяется личным качествам соискателей или клиническому опыту их работы;
4. На обучение по этим программам принимается гораздо большее число студентов, чем по программам обучения с получением PhD;
5. Эти программы являются более разнообразными по условиям реализации, чем программы «ученый-исследователь» или «ученый-практик».

Большинство программ, предоставляющие докторскую степень

в области клинической психологии, аккредитованы Американской психологической ассоциацией (APA) и/или Системой аккредитации психологических клинических наук (Psychological Clinical Science Accreditation System, PCSAS). Список текущих программ, аккредитованных APA на 2019 год, представлен на сайте APA [8], а список текущих аккредитованных программ PCSAS представлен на сайте PCSAS [20].

Проблема различия между этими моделями, по мнению Robert Craig (1992), заключаются в том, что, во-первых, эти модели не исключают друг друга. Во-вторых, ожидается, что «Боулдерские» психологи будут больше подчеркивать эмпирическую основу, связанную с практикой, а «Вейльские» психологи больше интересуются прикладными аспектами психологии. Однако обе эти модели способны оказывать наибольшее влияние на студентов через прямое моделирование практики наставника [12].

Соотношение обучения и клинической подготовки клинических психологов по программам PsyD США. Освоение программы PsyD занимает от четырех до семи лет. Обучающиеся по этим программам получают широкое общее образование в области научной психологии и доказательного лечения. Курсовая работа выполняется по темам (разделам): «Биологические (когнитивно-аффективные, социокультурные и т.д.) основы поведения»; «Развитие на протяжении жизни»; «Оценка и диагностика»; «Лечение и вмешательство»; «Методы исследования и статистика» и др. В некоторых программах также доступны отдельные курсы специализированной подготовки (например, нейропсихология, судебная психология, психодинамическая психология).

Кроме того, студенты проходят обширную практическую клиническую подготовку (в общественных центрах психического здоровья, больницах, домах для несовершеннолетних, консультационных центрах колледжей и др.). Эти клинические базы обеспечивают прямой контакт обучающегося с пациентом под руководством лицензированного психолога. Такая подготовка завершается стажировкой под супервизией продолжительностью 1750–2000 часов (1 год очной подготовки или 2 года – при неполной занятости).

Чтобы получить степень PsyD в США студенты, как правило, должны продемонстрировать несколько компетенций: 1) овладение знаниями путем сдачи комплексных экзаменов; 2) демонстрация клинических навыков благодаря успешному прохождению преддокторской стажировки и 3) получение стипендии в рамках исследований в докторантуре.

Для докторских программ в области клинической психологии доступна и региональная аккредитация (через общественно-профессиональную структуру конкретного штата государства).

Докторская степень PsyD дает более широкий спектр вариантов карьеры в школах, частной или независимой практике, в клиниках, больницах или научных/академических кругах (вплоть до преподавания в бакалавриате по психологии). Лица с докторскими степенями могут иметь больше прав на получение различных полномочий. Обладатели этой степени легче проходят процедуры признания членства в АРА.

В США во всех штатах государства требуется лицензия на практику клинического психолога, но конкретные требования в каждом штате различаются. При этом обязательными являются:

- 1) Завершение клинической интернатуры под супервизией общей продолжительностью 1750–2000 часов;
- 2) Сдача государственных и(или) региональных (для каждого штата) экзаменов на получение лицензии. В большинстве штатов США требуется дополнительный год постдокторского обучения под наблюдением после получения докторской степени, с целью получения права сдавать национальные и региональные экзамены на получение лицензии.

Завершение обучения по аккредитованной АРА и(или) PCSAS программе PsyD (которые, как правило, официально и автоматически признаются лицензионным советом), дает основание сдавать национальный экзамен с целью получения лицензии на право профессиональной практики в психологии (EPPP; CA Board of Psychology). В качестве иллюстрации представим описание и анализ образовательной программы подготовки по клинической психологии с возможностью присвоения степени PsyD, реализуемой в Университете Денвера, столицы штата Колорадо в США [15].

Описание программы. Программа PsyD Университета Денвера реализуется в Высшей школе профессиональной психологии Университета (Graduate School of Professional Psychology, GSPP) в инновационной образовательной среде. В основе этой среды лежит требование об экономическом обеспечении качества подготовки психологов по критериям BEA Benchmark¹. С 1976 г. года GSPP предлагает обучение с возможностью присвоения степени доктора психологии (PsyD) по

¹ Примечание: BEA Benchmark –отраслевые отчеты Бюро экономического анализа США в виде таблиц «затраты-выпуск», включающих методологические улучшения для более точного отражения постоянно меняющейся национальной экономики. См. <https://www.bea.gov/>.

аккредитованной APA программе обучения по «Вейльской» модели. Программа PsyD в GSPP предоставляет 4 ключевых составляющих учебного опыта, приобретаемого в рамках модели «практик-ученый»: а) академические курсы; б) клиническую работу на дому; в) клиническую работу на уровне сообщества; г) наставничество. Программа PsyD в GSPP имеет 135-кредитную учебную трудоемкость. Учебный план включает курсы по следующим направлениям:

1.«Теоретические / научные основы» (4 теоретических и 1 факультативный курс, посвященные как истории, так и научной основе каждой области психологии, включая изучение отдельного курса истории и систем психологии, моделям систем и др.);

2.«Методология исследования и анализ данных», начинающееся с 2-х курсов по статистике для клиницистов, а также 3-х курсов методологии качественного / количественного исследования; теориям и методам оценки;

3.«Оценка (Assesment)», начинающееся с 2-х курсов, во-первых, по вопросам клинического вывода и обучения этому процессу, и, во-вторых, вопросам психометрии в психологическом клиническом тестировании, а также знания статистических свойств часто используемых тестов;

4.«Основы развития», представленное тремя курсами, рассматривающими все фазы человеческого развития, включая актуальность теорий личности, вопросов культуры и гендера;

5.«Социальные базы», представленное курсом теории и методов групповой динамики, а также курсом, рассматривающим последствия социальной психологии/социального познания для клинициста;

6.«Биологические основы поведения» с курсами «Физиологическая психология», «Клиническая нейропсихология» и факультативами «Психофармакология», «Психология здоровья», предназначенными для усвоения студентами необходимых сведений в этой области;

7.«Этические проблемы в психологии» с понятным содержанием;

8.«Индивидуальное и культурное разнообразие», изучаемое на протяжении всей учебной программы в виде курсов (дисциплин) «Развитие расовой/этнической идентичности», «Социальная психология расизма и угнетения», «Культурно компетентная психотерапия» и др.;

9.«Диагностика и психопатология» в виде курсов «Диагностика и классификация», «Психопатология взрослых» (в 3-х модулях);

10. «Наблюдение и консультации», позволяющее освоить вопросы супервизии (с участием в обязательных мероприятиях) и после курса консультаций на семинарах и факультативов продвинутого уровня;

11. «Эффективные терапевтические вмешательства» с изучением методов вмешательства, средств отслеживания и оценки их эффективности применительно к нескольким клиническим группам и проблемам;

12. «Профессиональное развитие», в рамках которого студенты в течение всей учебы работают в классе «Профессиональные вопросы».

В дополнение к этому и одновременно с этим в течение каждого года обучения по программе PsyD в GSPP студенты проходят клиническую подготовку в собственной клинике Университета (PPC) и по месту жительства. Академический переход к клиническому опыту обеспечивается освоением нескольких версий курса профессионального семинара (трудоемкостью 2 часа в квартал на протяжении 12 кварталов). Семинары состоят из практических занятий по оценке и вмешательству/терапии, поведенческой медицине и судебно-психологическим приложениям. Все студенты работают в качестве сотрудников полностью оборудованного необходимым инструментарием Центра профессиональной психологии (PPC) мощностью до 200 посещений пациентов в неделю. Такая работа проводится студентом каждый год вплоть до начала стажировки под контролем преподавателей PPC, соруководителей семинаров и отдельными специалистами сообщества (в т.ч. бывших выпускников GSPP). При этом студенты всегда должны иметь в опыте работы не менее двух этически безупречных случаев терапии в PPC одновременно.

Кроме того, до начала непрерывной одногодичной стажировки, студенты также должны проходить стажировку на местах не менее 8 часов в неделю. В этих стажировках студенты участвуют в приобретении контролируемого профессионального опыта в аккредитованных АРА организациях (как правило, организациях социального профиля). В рамках такой подготовки студенты должны проработать не менее 40 контактных часов с клиентами, по крайней мере, из одной культурно разнообразной группы. При этом ожидается, что каждый студент выберет специальность, в которой углубит в дальнейшем свои теоретические знания и навыки. Программой подготовки предусмотрен экзамен на клиническую компетентность, сдача которого предшествует подаче заявки на стажировку. Экзамен построен на кейсах, приобретенных в период работы в PPC, и состоит из трех разделов:

1. Клинические виньетки (описания клинических случаев установленной размерности);
2. Концептуализация клинического случая;
3. Описание стратегии клинического вмешательства.

Основным требованием к квалификационной работе является внесение оригинального вклада в психологическую науку в форме качественного или количественного исследовательского проекта либо разработки тематического исследования или протокола лечения. Дополнительным требованием является предоставление подготовленных к печати либо опубликованных статей в рейтинговых журналах.

Таким образом обучение по программе PsyD в GSPP позволяет обучающимся получить компетенции в области исследований, клинической работы и преподавания посредством курсовой работы, наставничества в исследованиях и клинического наблюдения.

Модели подготовки в области клинической психологии в Великобритании. В Великобритании официальным регулятором для практикующих психологов с 1 июля 2009 г. является Совет специалистов здравоохранения и социальной сферы (Health and Care Professions Council, HCPC). Использование титула «дипломированный психолог» и многих производных от него (в т.ч. «клинический психолог», «психолог-медик» и некоторых других) защищено законом. Другими словами, разрешение на использование обозначения «психолог» устанавливается соответствующим законом, а лица, незаконно именующие себя психологом, подлежат юридическому преследованию. Но такая защита распространяется не на все психологические специализации (например, использование звания «нейропсихолог» законом не охраняется).

Требованием для регистрации в качестве клинического психолога является профессиональная докторская степень, исключительно реже требуется профессиональная квалификация Британского психологического общества (British Psychological Society, BPS), которая соответствует стандартам профессиональной докторской степени. По состоянию на конец 2012 года в Соединенном Королевстве из 19 тыс. зарегистрированных психологов по крайней мере 9500 являются клиническими психологами.

Отделение клинической психологии Британского психологического общества (Division of Clinical Psychology BPS) устанавливает требование обязательного прохождения обучения в группе предварительной квалификации (Pre-Qualification Group). В таких группах могут обучаться как не имеющие клиничко-психологической подготовки «стажеры» («pre-training roles»), в том числе выпускники университетов, работающие в качестве помощника психолога или в иной «помогающей профессии), так и обучающиеся по различным программам клинической психологии.

При этом магистерские программы по клинической психологии и ряд связанных с ней других программ (по консультативной, судебной психологии, психологии здоровья и др.) должны быть обязательно

аккредитованы BPS. Кроме того, BPS предъявляет «на входе» к обучению достаточно высокие требования к выпускникам бакалавриата. В целом обучение по программам клинической психологической направленности в BPS сопровождается высоким конкурсом, поддерживающимся, в т. ч. требованием об обязательном членстве в НСРС.

Магистерские программы и направления подготовки в области клинической психологии в Великобритании характеризуются значительной вариативностью. Всего в Великобритании реализуется 149 таких программ [20]. Наименование программ магистратуры в различных университетах также существенно различаются в различных университетах: «Раннее вмешательство в психоз»; «Деменция»; «Клиническая психология и психология здоровья», «Магистр клинической психологии и психологии здоровья», «Основы клинической психологии», «Исследования в области клинической психологии», «Основы клинической психологии и медицинских услуг», «Клиническая психология», «Теория и практика клинической психологии (с клинической или исследовательской стажировкой)», «Клинические приложения психологии» и др.

Примером сбалансированной магистерской программы подготовки в области клинической психологии в Великобритании является программа «Clinical Psychology Prof Doc» Школы психологии Университета Восточного Лондона (University of East London School of Psychology), обучение по которой завершается присвоением степени The Professional Doctorate in Clinical Psychology (DClinPsych). Этот курс представляет собой комплексную программу обучения, включающую одновременное академическое обучение (в среднем два дня в неделю) и стажировку (в среднем три дня в неделю) в клинической практике, в основном в учреждениях, связанных с NHS (Национальной службой здравоохранения). Выпускники программы соответствуют требованиям НСРС для регистрации в качестве практикующего психолога, а также требованиям Комитета BPS по обучению в области клинической психологии (СТСР), чтобы стать сертифицированным психологом. Минимальными критериями для поступления на обучение по программе являются: 1) наличие не менее 1 года опыта оплачиваемой соответствующей клинической и академической работы, например, в качестве помощника психолога в учреждениях, связанных с NHS, или в должности научного сотрудника и 2) высокая академическая квалификация по предыдущему (бакалаврскому) образованию (диплом в области психологии высшей степени 2:11, с общим баллом 65% и выше как основание

¹ В Великобритании степень бакалавра может быть степенью с отличием («бакалавр с отличием») или обычной степенью («бакалавр без отличия»). Итоговая

для регистрации соискателя в BPS). Перечень основных нормативных документов, регулирующий применение программы «Clinical Psychology Prof Doc» представлен на сайте [22].

Модели подготовки в области профессий психического здоровья в странах Европейского Союза. Принятые в странах Европейского Союза (ЕС) законодательные и регулирующие нормативно-правовые акты в сфере охраны психического здоровья посредством профессиональной деятельности психологов утверждены в целях реализации действующей в ЕС Директивы 2005/36/ЕС Европейского парламента и Совета от 7 сентября 2005 г. о признании профессиональных квалификаций (OJ L 255 от 30.9.2005, стр. 22).

Директива 2005/36/ЕС (далее Директива) устанавливает правила доступа к регулируемой профессии в странах ЕС и стремления к ней, включая процедуры признания документов и профессиональной квалификации, полученных в других государствах [23].

В этой Директиве под регулируемой профессией понимается профессиональная деятельность, содержание которой определяется законодательными и нормативными правовыми положениями, требующими обладания определенной профессиональной квалификацией. Поэтому использование лицами с определенной конкретной профессиональной квалификацией соответствующего ей профессионального звания (в частности, звания «психолог») ограничено четко сформулированными юридическими или административными нормами (ст. 3 абз.(1), п «а» Директивы). В свою очередь, под профессиональной квалификацией признаются квалификации, подтвержденные документом об обучении, сертификатом компетентности, иным документом об уровне квалификации и (или) профессионального опыта (ст. 3 абз.(1), п. «b» Директивы).

В соответствии со ст. 11 Директивы установлены 5 уровней квалификации. Самые высокие уровни квалификации подтверждаются дипломами о высшем образовании, в том числе:

- дипломом о законченном либо неполном образовании в университете продолжительностью не менее 3-х и не более 4-х лет,

оценка успешности обучения в дипломе определяется на основании средневзвешенного значения (более высокими коэффициентами за баллы, полученные за последующие годы обучения, и минимальными значениями оценок на первом курсе). Границы оценок (соотношение полученных на старших курсах оценок к оценкам младших курсов) вариативна и составляет: для выпускников с дипломом с отличием 1-го класса (диплом 1) – обычно 70% или выше; диплом второго класса (высший дивизион 2:1) – 60-69%

выраженном в соответствующем количестве баллов Европейской системы перевода кредитов (баллов ECTS, ст. 11 п. «d» Директивы);

- дипломом о высшем образовании продолжительностью не менее 4-х лет или эквивалентной этому продолжительности при неполном рабочем дне, не менее установленной суммы баллов ECTS и, если применимо, успешно завершенной профессиональной подготовке, необходимой в дополнение к учебе (ст. 11 п. «e»).

Директивой вводится понятие «регулируемое обучение», которое специально предназначено для выполнения определенной профессии и состоит из завершенного учебного курса (нескольких курсов), которые могут быть дополнены необходимым объемом профессионального обучения, стажировки или профессионального опыта (ст. 3 абз.(1), п. «e»).

Допуск к профессиональной деятельности и оценка квалификации во многом связываются с «Тестом на пригодность» (ст. 3 абз.(1), п. «h»). Последний представляет собой экзамен, касающийся профессиональных знаний, навыков и компетенций заявителя, проводимый или признанный компетентными государственными органами страны ЕС с целью оценки способности заявителя заниматься регулируемой профессией в этом государстве. При этом предметом тестирования могут являться также знания, не охваченные программой обучения в соответствии с дипломом, но требуемыми для практики в конкретной стране ЕС. В случае успешного прохождения обучения и тестирования соискателю может выдаваться «Европейская карта специалиста» – электронный сертификат, подтверждающий способность специалиста выполнять все необходимые требования как для временного или разового предоставления услуг, так и для подтверждения признания профессиональной квалификации (ст. 3 абз.(1), п. «k»). В случае обнаружения несоответствий требованиям признания квалификации соискателю может быть предложен «Курс адаптации» – имеющая государственную и(или) профессиональную аккредитацию система занятий по регулируемой профессии, проводящаяся под патронажем квалифицированного специалиста и, при необходимости, сопровождающаяся дополнительным обучением. Такой курс является предметом аттестации (ст. 3 абз.(1), п. «g»).

Несмотря на регламентированный Директивой подход к подготовке специалистов национальные модели по клинической психологии в странах ЕС могут существенно отличаться.

Так, в Чешской Республике психология изучается в 5 государственных и 4 частных университетах, учебные планы в которых во многом различаются. Но отдельной программы магистратуры по клинической психологии нет даже в ведущем в стране Карловом университете

г. Праги (Univerzita Karlova v Praze), где в основном реализуется учебная программа теоретико-исследовательской психологии (TVP) [24]. Определенным аналогом подготовки клинических психологов является предложение обучения по специальностям на стыке психологии и других гуманитарных и медицинских дисциплин. В частности, в Пражской высшей школе психосоциальных наук (PVIŠPN, Pražská vysoká škola psychosociálních studií, PVŠPS) аккредитованы учебные программы по психологии, медико-социальной защите и социальной работе с акцентом на общение и прикладную психотерапию в бакалавриате и последующих магистратурах [19]. В этой высшей школе впервые в мире применена практика групповой психотерапии к предмету самопереживания, саморазвития и самопознания, связанная с известными чешскими специалистами в области психотерапии и медицинской психологии CSc. (аналог PhD), MUDr (аналог MD) Я. Скалом, MUDr. Й. Рубешем, PhDr. Э. Урбаном и PhDr. И. Ружичкой, создавшими первую чешскую психотерапевтическую модальность SUR. В целом система подготовки в PVŠPS представляет собой скорее психотерапевтическое образование прежде всего для воспитателей и учителей, врачей и других медицинских работников, для которых психотерапия не является профессией, но психотерапевтическая подготовка позволяет им более квалифицированно выполнять свою профессию. Профессиональное образование в области психотерапии востребовано для работы в сфере здравоохранения (где расходы по психотерапии покрывается страховой компанией). Но при этом помимо психотерапевтического образования требуется подготовка:

А) Либо в области медицины + сертификация по психиатрии (исключительно из другой области) + сертификация по психотерапии;

Б) Либо в области психологии + сертификация по клинической психологии + сертифицированный курс по психотерапии.

Такая модель PVŠPS во многом сходна с ранее описанной системой в независимых школах профессиональной подготовки в области клинической психологии в США, только применительно к психотерапии.

В Республике Болгарии (РБ) подготовка кадров психологов для работы в здравоохранении осуществляется в соответствии со специальным Положением Министерства здравоохранения №29 от 4.10.2006 г., установившим требования к их профессиональной компетенции. В соответствии с этим Положением право заниматься профессией «психолог» в медицинских учреждениях предоставляется лицам, имеющим степень магистра по специальности «Психология», при этом они имеют право осуществлять такую деятельность совместно с врачами-специалистами. Деятельность психологов в медицинских учреждениях

связана с поддержкой и укреплением здоровья, профилактикой, лечением, реабилитацией и ресоциализацией. Как следствие, такие психологи должны обладать знаниями и навыками не только в области психологии, но в области медицинских знаний и практики. Необходимым условием для допуска к практике является владение психологическими методами для оценки, лечения, профилактики и реабилитации психологических и психосоматических расстройств, инвалидности или ограниченных способностей, дезадаптации и рискованного поведения.

Важно, что нормативный акт дифференцирует компетенции различных категорий психологов: круг компетенций исключительно для имеющих степень (квалификацию) магистра психологии; совместные компетенции их и магистров по клинической психологии и круг компетенций исключительно магистров по клинической психологии. Так, к исключительной компетенции магистров – клинических психологов, прошедших дополнительную подготовку, относится: проведение психотерапии; работа со студентами в области клинической психологии; подготовка студентов и специалистов в области психологии; обучение методам психодиагностики, психологического консультирования и психотерапии; разработка и адаптация психодиагностических инструментов; проведение научно-практических исследований в области клинической психологии и биопсихосоциального подхода.

В РБ возможна защита образовательно-научной степени доктора наук по клинической психологии (статус которой близок к российской степени доктора наук, а не PsyD в области клинической психологии). В целом в Болгарии разводятся компетенции специалистов, имеющих образовательно-квалификационные степени (бакалавр, магистр, докторант) и образовательно-научные степени (доктор наук). В настоящее время программа подготовки по клинической психологии в РБ реализуется только в ведущем в стране Софийском университете «Св. Климент Охридски» [3]. Условия поступления различаются для бюджетных мест и мест с оплатой обучения. На первую группу могут претендовать выпускники-бакалавры в области психологии, здравоохранения (в т.ч. общественного), медицины и стоматологии, медицинской реабилитации и кинезотерапии. На места с оплатой обучения могут претендовать, помимо перечисленных выше категорий, еще и имеющие квалификацию магистра в этих же сферах. Прием осуществляется по результатам письменного конкурсного экзамена по обнародованной программе и устного собеседование в форме интервью с прошедшими конкурсный экзамен. Результаты собеседования-интервью выражаются полярной системой оценок («да»/«нет»). Абитуриенты с отрицательной оценкой в дальнейшем конкурсе не имеют права претендовать даже на места с платной формой обучения.

Программа обучения включает практику по специальности, затрагивающую диагностическую и лечебную деятельность с детьми и взрослыми. Стажировка длится 9 месяцев (1500 часов практики), выделена в отдельный модуль подготовки (при платной форме обучения) и проходит в специализированных учреждениях. Учебный план подготовки по магистерской программе «Клиническая психология» в Софийском университете «Св. Климент Охридски» представлен как близкими для российских вузов дисциплинами, так и оригинальной дидактикой [3]. К первым можно отнести «Психосоматику», «Нейропсихологию», «Нарушения развития», «Умения и стратегии психологического консультирования», «Психотерапию и кризисные интервенции», «Судебно-психологическую экспертизу» и др. Перечень «оригинальных» дисциплин представлен «Поведенческой медициной», «Экзистенциальной психологией», «Психодинамическими теориями в клинической практике» и др. Достаточно широкий список составляют факультативные дисциплины и дисциплины по выбору, среди которых можно выделить: «Дислексию (диагностика и лечение)», «Психологическую оценку и консультирование при сексуальных дисфункциях», «Психологическую реабилитацию терминальных и хронических больных», «Психопатологию, психотерапию и психиатрию в кино», «Исследование ценностей: теоретические проблемы и экспериментальные подходы».

В целом куррикулум для подготовки клинических психологов в Софийском университете производит впечатление нестрого дифференцированного собственно клинического, клинико-психологического и психиатрического содержания образования при сохранности подобия с дидактикой, используемой в нашей стране.

В целом для системы подготовки клинических психологов в странах ЕС характерно максимальное стремление к взаимному признанию профессиональной квалификации, основанное на согласовании прежде всего минимальных требований к обучению при сохранении достаточно высокой планки к знаниям, умениям и квалификации, установленным в соответствии с национальным законодательством. Такое взаимное признание является основанием для допуска к профессиональной деятельности в стране пребывания при наличии документов об обучении и обретении практических навыков в необходимом объеме в стране получения образования. При этом, естественно, требования для работы клинического в разных государствах могут иметь отличия.

Следует признать, что наиболее внятыми, структурированными и даже законодательно обеспеченными являются системные требования к профессии психолога в сфере психического здоровья, установленные в немецкоговорящих странах – в Федеральной республике

Германии (ФРГ), Австрийской республике (АР) и немецкоговорящих кантонах Швейцарии. Так, например, в ФРГ психотерапия одновременно с психиатрией является видом медицинской деятельности (медицинской специальностью) и требует наличия профессиональной квалификации в сфере медицины. Такая деятельность относится к т.н. «свободным профессиям», требующим в тоже время государственного надзора. Эта регулируемая профессия регламентируется федеральным законодательством, в частности, «Гражданским кодексом Германии» («Bürgerliches Gesetzbuch»), «Законом об улучшении прав пациентов» («Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten» oder «Patientenrechtegesetz» или кратко – «PatRechteG/PatRG»), «Федерального закона о врачах» (действующего с 1962 г., в сегодняшней редакции от 15.08.2019 г. и содержащего, среди прочего, Положение о занятиях профессией под именем врача, допуске к этой профессии, в т.ч. выдаче лицензии на медицинскую практику, временную ограниченную профессиональную лицензию, официальные тарифы для оплаты услуг врачей), некоторыми нормативно-правовыми актами, например, «Федеральным положением по апробации» (фактически – Положением о государственном допуске к профессии для врачей, «Approbationsordnung für Ärzte1» в версии от 03.07.2002. г.).

В то же время отличительной особенностью законодательства ФРГ в части профессиональной деятельности в области психотерапии (в т.ч. в части профессии психотерапевта) является наличие отдельного Федерального Закона, предусматривающих допуск к такой деятельности лиц с немедицинским образованием при сохранении общей системы требований к апробации и лицензированию, признанию профессиональной квалификации в этой сфере. При этом предварительным условием для использования звания «психотерапевт» является получение лицензии на занятие либо медицинской практикой для врачей, либо на психологическую практику для психологов (по смыслу «Закона о психотерапевтах»).

Специализация клинических психологов в Германии длится от 3 лет до 5 лет (в последнем случае — при обучении без отрыва от производства) и включает в себя 600 часов теоретической подготовки; 600 часов практики в виде самостоятельно проведенной психотерапии, но под обязательным контролем супервизора; 100 часов личной

¹ При этом необходимо отметить, что в ходе реформы медицинского права в 2013 г. германский законодатель отказался от упоминания термина «врач», используя обозначение «оказывающий(-ая) услуги» («Behandelnde») в связи с тем, что в правоотношениях с пациентом могут находиться не только врачи как физические лица, но и медицинские организации.

супервизии либо анализ не менее 10 клинических случаев; индивидуальную или групповую обучающую терапию и учебный анализ в течение 100—250 часов. В отдельных случаях Ассоциация психотерапевтов Германии устанавливает необходимость прохождения самостоятельного обучения в объеме до 1200 часов.

Вместе с тем, в ФРГ отмечается наличие франчайзи-программ от международных университетов (в частности, FH Wien der WKW и Лондонского столичного университета), предназначенных для обучения лиц, не имеющих значительных временных ресурсов для очного обучения. В частности, в Академический институт высшего образования (AHE GmbH) [4] прием на обучение проводится на основании результатов письменного теста и устного краткого видеосюжетов. В исключительных случаях существует возможность приема на программы магистратуры без степени бакалавра психологии на основании наличия соответствующего профессионального опыта продолжительностью не менее шести лет. Студенты AHE GmbH зачисляются в соответствующие университеты-партнеры и получают академическую степень в этих университетах. В частности, в AHE GmbH в течение 1 года проводится обучение по магистерской программе «Магистр психологической медицины/психического здоровья» («MSc Psychological Medicine & Mental Health»), направленное на получение прочной теоретической базы и связанных с ней навыков в области психологической медицины. Такое обучение проводится по следующим шести основным направлениям: «Основы научной деятельности»; «Введение в психическое здоровье»; «Психологические вмешательства для психического здоровья»; «Неврология», «Питание и психическое здоровье», «Гормональная и иммунная система».

В Австрии профессия психотерапевта признается самостоятельной, в том числе и вне ее связи с клинической психологией, поэтому психотерапевтическая врачебная и клиническая психологическая подготовка должны завершаться обособленно [25]. В целом в Австрийской Республике узаконенные наименования «клинический психолог» и «медицинский психолог» не являются, во-первых, синонимичными, и во-вторых, не рассматриваются как эквивалент врачебной специальности и, в-третьих, подлежат обязательной правовой охране. Продолжительность постдипломной подготовки установлена в объеме 160, 1480 и 120 часов для теоретической, практической подготовки и супервизии соответственно, но может проводиться только после 5-летнего обучения психологии (бакалавры обучаются по курсу клинической и медицинской психологии не имеют права).

В Швейцарии специальности «клинический психолог» и «психолог в области здоровья» являются самостоятельными. Полное

образование в аспирантуре по клинической психологии в системе Швейцарской ассоциации клинических психологов (SVKP) требует наличия университетского диплома по психологии на уровне магистра и подтвержденного знания психопатологии. Такое полное образование заключается в пятилетней практической клинко-психологической работе, обучении на рабочем месте, самоподготовки, самопознании и супервизии, различных образовательных мероприятий всего продолжительностью не менее 1025 часов. При этом в случае неполной занятости в первые 3 года обучения по программе должно быть выполнено не менее 50% объема программы. Кроме того, требуется ежегодное обучение в области клинической психологии в объеме не менее 25 часов, а также возможность получения дополнительной квалификации в области виктимологии, экстренной психологической помощи и помощи при психических травмах, онко- и геронтопсихологии и др.

В качестве иллюстрации представим описание и анализ образовательной программы подготовки по клинической психологии одного из крупнейших и старейших в ФРГ Вюрцбургского университета Юлиуса-Максимилиана – Julius-Maximilians-Universität Würzburg, JMU [17]. Обучение с целью получения степени магистра наук по психологии (MSc) в JMU проводится по специальной магистерской программе «Клиническая психология, психотерапия и клиническая неврология» («Der Masterstudiengang Masterstudiengang Psychologie: Klinische Psychologie, Psychotherapie und Klinische Neurowissenschaften (M.Sc. Psychologie)»). Для поступления на обучение по этой программе необходимы доказательства: 1) соответствия профессиональным требованиям для получения степени бакалавра в соответствии Федеральным Законом о психотерапевтах 2020 года (PsychThG 2020) и 2) требования Положения о лицензировании психотерапевтов (PsychThApprO) от 4.03 2020 г. В дополнение к минимальным навыкам, установленным PsychThApprO, требуются навыки в объеме не менее 15 баллов ECTS в области методов исследования и статистики, а также не менее 15 баллов ECTS в области биологических принципов психологии или нейропсихологии. Структура и содержание курса рассчитана на стандартный срок обучения в течение 4-х семестров по следующим областям:

1. Продвинутое основы (25 ECTS), включающие в себя семинары по методологии, подготовку психологических отчетов и фундаментальные курсы по клинической диагностике и психологическим исследованиям (в т.ч. подходы, методы и результаты в клинической неврологии);

2. Научные основы психотерапии (23 ECTS), подразделяющиеся на изучения специальных расстройств; процедурную теорию, документирование методов психотерапии и прикладную психотерапию;

3.Квалификационная активность (BQT II) и саморефлексия (17 ECTS), включающие в себя упражнения для углубленной практики психотерапии, а также модуль саморефлексии;

4.Квалификационная деятельность (BQT III) – практические занятия (25 ECTS), подразделяющаяся на научно-ориентированную интернатуру, которая обучает планированию, реализации и оценке научных исследований в области психотерапии, а также стационарную или полустационарную интернатуру продолжительностью 450 часов и амбулаторную стажировку 150 часов. При этом в этих стажировках, согласно PsychThApprO, должны быть подтверждены определенные достижения, документируемые маршрутным листом.

В первом семестре студенты изучают основные предметы: базовые психологические исследования, диагностику, методологию углубленного исследования, теорию особых расстройств и процессов на двух семинарах, документацию и оценку. Из шести семинаров как минимум один заканчивается экзаменом в конце семестра. Экзамены обычно сдаются не позднее, чем через две недели после окончания семестра, что гарантирует прохождение первой шестинедельной стажировки в одной из клиник-партнеров университета в свободное от лекций время.

Во втором семестре продолжение обучения по основным предметам дополняется первым прикладным упражнением – углубленной практикой психотерапии. В третьем семестре студенты проходят исследовательскую стажировку второго уровня и два семинара по прикладной психотерапии. Кроме того, в этом семестре продолжается обучение по курсам углубленной практической психотерапии 2-го и 3-го уровней, а также саморефлексия. Помимо этого, студенты проходят амбулаторную интернатуру в университетской поликлинике. Программой подготовки предусмотрено также проведение профессиональной стажировки.

Используя полученные научно проверенные и признанные психотерапевтические приемы и методы, студенты участвуют в диагностике и лечении больных путем:

А) Первичной консультации, сбора анамнеза, психодиагностических обследований, показаний и сведений о пациентах (не менее семи пациентов разного возраста и с различными нарушениями);

Б) Активного участия, по крайней мере, в двух индивидуальных психотерапевтических сеансах лечения пациентов (из которых, по крайней мере, один для детей и подростков);

В) Проведения и документирования беседы с лицами, осуществляющими уход (не менее, чем в 4-х сеансах лечения пациентов);

Г) Сопровождения не менее двенадцати групповых психотерапевтических сеансов;

Д) Участия в дальнейшем обучении в учреждении.

Во время учебы студенты участвуют в ведении пациентов психотерапевтами, прошедшими дополнительное обучение в области стационарного или полустационарного лечения с использованием научно проверенных и признанных психотерапевтических процедур и методов. Заключительная часть обучения представлена написанием магистерской диссертации (4-й семестр) и проведением сопутствующего семинара для выпускных тезисов. За магистерскую диссертацию присуждается 25 баллов ECTS. Срок обработки полгода. За сопроводительный семинар к тезисам начисляются 5 баллов ECTS. Перед завершением работы студенты учатся представлять, обсуждать и защищать свой подход, процесс и результаты своей диссертации. В случае невыполнения в срок программы подготовки и(или) отрицательных экзаменационных оценок передача их возможна и пролонгация обучения дополнительно еще на протяжении 2-х или, максимум, 3-х семестров. Отсутствие 120 баллов ECTS и (или) магистерской диссертации до конца 7-го семестра обучения считается окончательной неудачей студента. При этом основные положения представлены в следующих документах:

А) Руководства (справочники) по модулям и описаниям учебного предмета [24], разработанные на основе официально опубликованных уставов и описаний содержания и компетенций, за которые несут ответственность субъекты образовательного процесса. При этом обязательными для исполнения являются только официально опубликованные законы (особенно в вопросах, касающихся организации экзаменов и экзаменационного законодательства).

Б) Общие правила обучения и экзаменов для программ бакалавриата и магистратуры (ASPO, [6]).

В) Тематические положения по учебным предметам специальности «Психология» для обучения по программам магистратуры (объемом 120 ECTS) [13].

Обобщения и выводы. Таким образом, для системы подготовки клинических психологов и их профессиональной деятельности в Соединенных Штатах Америки, Великобритании и странах Европейского Союза, как правило, характерно:

- обязательность подготовки в бакалавриате по психологии и содержание клинической профессиональной подготовки в магистратуре по психологии продолжительностью, как правило, не менее 2-х лет в странах Европейского Союза, ЕС и 4—5 лет в США в университетах по программам, утверждаемым как компетентными государственными структурами, так общегосударственными объединениями образовательных учреждений, а также национальными общественно-профессиональными объединениями в сфере психологии;

- как правило, высокий уровень требований к выпускникам бакалавриата по психологии и наличие системы предмагистерской подготовки претендентов на обучение клинической психологии;
- наличие фиксированного по объему трудозатрат (в учебных часах или зачетных единицах) периода теоретической и практической подготовки с супервизорским сопровождением, прохождением интернатуры, аспирантуры, стажировок или иных мероприятий постдипломного образования в университетских клиниках, партнерских им учреждениях социальной сферы либо в независимых школах профессиональной подготовки в области клинической психологии, с обязательной защитой диссертации, присвоением званий Ph.D. в области клинической психологии либо аналогичных им;
- подготовка к выполнению в ходе профессиональной деятельности в сфере здравоохранения с освоением широкого спектра компетенций, включая самостоятельное выполнение психотерапевтической практики;
- признание профессии клинического психолога, защищенное отдельными специальными законами, со строгим законодательным регулированием вопросов образования, экзаменационных процедур, мероприятий по оценке компетенций и выдаче разрешений (аккредитации, лицензирования) на право ведения профессиональной деятельности;
- обязательное участие общественно-профессиональных структур в сфере здравоохранения и клинической психологии в качестве регуляторов в сфере образования, практической деятельности и разрешительной практики специалистов с образованием в области клинической психологии;
- членство практикующих клинических психологов в профильных подразделениях общественно-профессиональных объединениях по психологии как фактор компетентного и юридически обязывающего участия их в образовательных и профессиональных мероприятиях в сфере охраны здоровья;
- относительно меньшее по содержанию, продолжительности и осваиваемым компетенциям обучение клинической психологии в странах ЕС (за исключением ФРГ, Австрии и большинства кантонов Швейцарии) по сравнению с Великобританией и Соединенными Штатами Америки;
- наличие в Великобритании и Соединенных Штатах Америки достаточно большого числа вариативных магистерских программ подготовки в сфере клинической психологии, сопряженных с подготовкой по различным аспектам охраны здоровья, нормы и патологии и др.;

- наличие примеров обстоятельного отраслевого нормативного правового регулирования деятельности клинических психологов со стороны Министерства здравоохранения (Республика Болгария).

Представляется, что вышеизложенное позволяет сформулировать следующие меры по совершенствованию подготовки и профессиональной деятельности клинических психологов в нашей стране:

1. Разработка и принятие отдельного Закона о психологической помощи с отдельной главой по законодательному регулированию деятельности психологов в сфере охраны психического здоровья, включая регулирование деятельности клинических психологов;

2. Модернизация и развитие отраслевого нормативного правового регулирования деятельности клинических (медицинских) психологов в сфере здравоохранения, а также других отраслей социальной сферы, министерств и ведомств, осуществляющих подготовку и использование кадров клинических (медицинских) психологов в интересах обороны и безопасности государства, обеспечения законности и правопорядка;

3. Отбор содержания подготовки по клинической психологии должен включать в себя как фундаментальные положения классической отечественной клинической психологии и их развитие в российской науке, так и очевидные достижения мировой клинической психологии по всем направлениям ее развития. При этом основной объем такой комбинации дидактического наполнения обучения современной клинической психологии должен быть закреплен в соответствующих образовательных профессиональных программах, имеющих не рекомендательный, а обязательный статус в отношении не менее 60% общего объема трудозатрат по программе с пересмотром его с периодичностью не реже 1 раза в 5 лет;

4. Участие общественно-профессиональных структур в сфере здравоохранения и клинической психологии в качестве регуляторов в сфере образования, практической деятельности и разрешительной практики специалистов с образованием в области клинической психологии путем разработки соответствующих оценочных, аккредитационных (аттестационных, лицензионных) процедур;

5. Принятие в установленном порядке профессионального стандарта «Медицинский психолог».

Литература

1. Березин М.А. Образование по клинической психологии в России: вперед с широко закрытыми глазами вбок в тупик? // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 201/4. – N 5(28) [Электронный ресурс]. – URL: <http://mpj.ru> (здесь и далее для всех ссылок на электронные ресурсы – дата обращения: 25.01.2023 г).
2. Сандберг Н., Уайнбергер, А., Таплин, Дж. - Клиническая психология. Теории, практика, исследования СПб. Прайм –ЕВРОЗНАК, 2014, 598 с.
3. Учебни планове Психология Клинична психология // [Электронный ресурс]. – URL: https://www.uni-sofia.bg/index.php/bul/universitet_t/fakulteti/filosofski_fakulte_t/specialnosti/uchebni_planove.
4. Academic-Institute-for-Higher-Education-GmbH // [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.onlinestudies.com/institutions/aihe-academic-institute-for-higher-education-gmbh>
5. Albee, G. W. (2000). The Boulder model's fatal flaw. *American Psychologist*, 55(2), 247–248.
6. Allgemeine Studien- und Prüfungsordnung für die Bachelor- und Master-Studiengänge (ASPO) // [Электронный ресурс]. – URL: https://www.psychologie.uni-wuerzburg.de/fileadmin/32020000/Ordnungen/ASPO_2015-_20150701.pdf
7. American Psychological Association, //, Society of Clinical Psychology (Division 12) / [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.div12.org/sections>
8. APA-Accredited Programs // APA-Accredited Programs American Psychological Association, / [Электронный ресурс]. – URL: <https://accreditation.apa.org/accredited-programs>
9. Backer Benjamin L.T., Baker D.B. Boulder at 50: Introduction to the section // *American Psychologist*. – 2000. – Vol 55(2), Feb. – P. 233–236.
10. Backer, David; Backer, Benjamin; Ludy, T (2000). "The affirmation of the scientist-practitioner: A look back at Boulder". *American Psychologist*. 55 (2): 241–247.
11. Belar CD. Scientist-practitioner not equal to science + practice. Boulder is bolder. *Am Psychol*. 2000 Feb;55(2):249-50.
12. Craig, R. J. (1992). On the rocks (Boulder) and under cover (Vail): Models of training and psychodiagnostic assessment. *Journ. of Training&Practice in Professional Psychology*, 6(1), 7–13.)
13. Fachspezifische Bestimmungen für das Studienfach Psychologie mit dem Abschluss Master of Science (Erwerb von 120 ECTS-Punkten) // [Электронный ресурс]. – URL https://www.uni-wuerzburg.de/fileadmin/amtl_veroeffentlichungen/2015/2015-15.pdf
14. Getting in: A Step-by-step Plan for Gaining Admission to Graduate School in Psychology. American Psychological Association. 2007, s. 230
15. Graduate School of Professional Psychology (GSPP), The PsyD program of the University of Denver // [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.du.edu/gssp/degree-programs/clinical-psychology/overview/>
16. Hilgard, E. R.; Kelly, E. L.; Luckey, B.; Sanford, R. N.; Shaffer, L. F.; Shakow, D. (1947). "Recommended graduate training program in clinical psychology". *American Psychologist*. 2 (12): 539–558.

17. Julius-Maximilians-Universität Würzburg, JMU // [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.psychologie.uni-wuerzburg.de/> .
18. Masters Degrees in Clinical Psychology, United Kingdom // [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.findamasters.com/masters-degrees/united-kingdom/clinical-psychology/>
19. Pražská vysoká škola psychosociálních studií (PVŠPS) // [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.pvpsps.cz> .
20. Psychological Clinical Science Accreditation Systems (PCSAS) Accredited Programs // [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.pcsas.org/accreditation/accredited-programs/>
21. Studienfachbeschreibung, SFB // [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.uni-wuerzburg.de/studium/pruefungsamt/modulbeschreibungen-und-handbuecher/modulhandbuecher-und-sfbs/>
22. The Professional Doctorate in Clinical Psychology (DClinPsych). University of East London School of Psychology // [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.uel.ac.uk/postgraduate/courses/prof-doc-clinical-psychology>
23. Unterlagen und Bescheinigungen, die gemäß Artikel 50 Absatz 1 verlangt werden können /// [Электронный ресурс]. – URL: https://lexparancy.de/eu/32005L0036/ANX_VII/20171201
24. Univerzita Karlova v Praze // [Электронный ресурс] – URL: <https://fhs.cuni.cz/FHS-2702.html>
25. Zur Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Führung der Berufsbezeichnung „Psychologe“ oder „Psychologin“ und über die Ausübung des psychologischen Berufes im Bereich des Gesundheitswesens (Psychologengesetz) und zur Bundesgesetz vom 7. Juni 1990 über die Ausübung der Psychotherapie (Psychotherapiegesetz) // [Электронный ресурс]. – URL: https://www.ris.bka.gv.at/Dokumente/BgblPdf/1990_360_0/1990_360_0.pdf

Бурлакова Н.С.

ИСТОРИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КУЛЬТУРНО-ИСТОРИЧЕСКОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Аннотация. В статье привлекается внимание к необходимости введения новых рамок анализа в дополнение к существующей историко-научной оценке московской школы патопсихологии. Анализируется методологическая линия исследований в российской культурно-исторической клинической психологии, опирающейся на изучение индивидуального (единичного) случая. Показано принципиальное отличие этой линии от других направлений и методологий изучения индивидуального случая. Хотя эта линия исходно опиралась на фундаментальные идеи Л.С. Выготского, но в российской психологии ее последовательно не рассматривали. В

выстраиваемой на культурно-исторических основаниях патопсихологии индивидуальный случай становится важным источником, непосредственным живым материалом для изучения психического развития пациента. Особое значение имеет в этой связи исследование и анализ не только медицинского, но и психологического анамнеза, а также новый уровень рефлексии патопсихологического эксперимента. Обосновываются направления развития патопсихологического эксперимента, рассматриваются различные позиции исследователя (объективная, феноменологическая, культурно-историческая) и перспективы их встраивания в современное патопсихологическое исследование.

Ключевые слова: клиническая психология, культурно-историческая психология, патопсихология, патопсихологическое экспериментальное исследование.

Патопсихология — исторически первая фундаментальная и практико-прикладная дисциплина в клинической психологии. Б.В. Зейгарник — основатель московской школы патопсихологии — разрабатывала эту область психологического знания, опираясь, с одной стороны, на традиции зарубежной экспериментальной психологии К. Левина, а с другой стороны, на традицию, сложившуюся в психологии в СССР, теоретическим фундаментом для которой стали положения культурно-исторической концепции Л.С. Выготского, а позже представления о деятельности А.Н. Леонтьева. В нашей стране традиция московской школы патопсихологии представлена плеядой ярких ученых, прежде всего, Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн, Ю.Ф. Поляковым, В.В. Николаевой, Б.С. Братусем, Е.Т. Соколовой, чьи исследования стали хрестоматийными. Экспериментально полученные данные в ответ на вопросы о связи мотивации и ряда психических функций, о познавательной деятельности пациентов с шизофренией, эпилепсией и некоторыми другими расстройствами психики, о психологических механизмах нарушений, о понимании патопсихологического синдрома, а также исследования, посвященные иным фундаментальным и прикладным вопросам в отношении психики, психического развития в условиях патологии, создали основания для упрочения и последующего развития позиций патопсихологии в качестве психологической дисциплины, занимающей самостоятельное и незаменимое место в системе научных знаний [9, 22, 25, 12, 13, 14 и др.].

Историко-научная рефлексия московской научно-педагогической школы экспериментальной патопсихологии представлена в работах российских авторов [9, 10, 11, 16, 17, 18, 20, 21,

28, 31 и др.], но по-прежнему далеко не исчерпана. Московская школа патопсихологии представляет собой уникальное культурно-историческое явление. Введение новых рамок анализа - социологии знания (дисциплины, все настойчивее претендующей в современной науке на роль ее общей методологии), истории, культурологии позволяет, по нашему мнению, углубить представления о том, как исторические условия, идеология и культурные традиции участвовали в появлении патопсихологического знания, в формировании предметного поля, центральных используемых концептов патопсихологии и т.д. [5]. В этом отношении мы также следуем культурно-исторической методологии, но в более широком ее понимании.

Особое значение в рамках истории развития методологических разработок в российской патопсихологии (и шире клинической психологии), стремившейся к сохранению своей исходной родственной связи с культурно-исторической психологией, как показывает наш анализ, отводилось до сих пор последовательно не рассматривавшейся применительно к данной традиции линии анализа индивидуального случая [7]. В нейропсихологии квинтэссенция описания индивидуальных случаев стала основанием для ставших широко известными работ А.Р. Лурии, широко признана ценность отдельных тонко описанных А.Р. Лурией индивидуальных случаев пациентов; оригинальная методология понимания и изучения индивидуального случая в контексте психологии отношений была также разработана и В.Н. Мясичевым [15]. Наряду с этим необходимость глубокого изучения индивидуального случая и уяснения живой его конкретики встала и в рамках задачи патопсихологического обследования пациента. Согласно Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн психологу было важно научиться думать над конкретикой индивидуального случая, выстраивать в соответствии с этим логику и структуру патопсихологического обследования пациента, стремиться к пониманию целого личности пациента и его страдания, а для этого уметь работать в том числе с индивидуальной историей жизни пациента, рассматривая экспериментально полученные данные в ее контексте [1, 19]. Неизменно и последовательно этот способ профессионального осмысления противопоставлялся позитивистски-тестологической методологии и задаваемых ею требований к специалисту [9, 23, 24].

Критическое изучение работ авторов, включенных в культурно-историческую клиническую психологию, с обращением к исследованию идей Л.С. Выготского в отношении создания им особого аналитического метода в отношении индивидуального случая (по его

мнению имевшего ценность не только для описательной, но и для объяснительной психологии), а также сопоставление с иными научными традициями в клинической психологии, где применяются варианты качественной методологии, позволило сделать вывод об отдельной своеобразной линии методологических и прикладных разработок российской культурно-исторической клинической психологии, ориентированной на работу с индивидуальным случаем [7].

Во-первых, причиной принципиальных отличий столь серьезного обращения к индивидуальному случаю в российской культурно-исторической клинической психологии в отличие от других научных традиций стало то, что ее представители всегда опирались «на достаточно разработанную теорию в своих исследованиях. И эта теоретическая разработанность психологии позволяла осуществлять исследование на небольшом количестве случаев, позволявшим раскрывать потенциал этой теории и показывать ее возможности (вместе с тем это не исключало дальнейшее подтверждение этих выводов на большом массиве данных, хотя это служило лишь окончательной эмпирической верификацией этих выводов, но сами выводы были получены именно опираясь на анализ случая)» [7, с. 149-150]. Во-вторых, данные теории стремились к выявлению механизма функционирования психики и ее нарушений, «индивидуальный случай в связи со своей конкретностью давал возможность для проверки теории, поскольку в центре самой теории было описание механизма и динамики функционирования психики и ее расстройства, а не просто констатация обобщенных эмпирических свойств» [7, с.150]. В-третьих, это означает, что характер самих теорий был более цельный и динамичный, в отличие от позитивистски выстроенных концепций они не были частными, конкретно-эмпиричными (там же). Вместе с тем работы классиков культурно-исторической психологии (Л.С. Выготского, А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник и др.) хотя и были ориентированы на анализ индивидуальных случаев, но все же достаточно критически относились к анализу внутреннего мира человека, и в целом к феноменологическим исследованиям в психологии. В фокусе разработок была объективная психология.

На современном этапе развития клинической психологии, когда интерес к изучению внутреннего мира субъекта и его функций как потенциально каузальным факторам становится все настойчивее, а уяснение того как функционирует мышление вне отрыва от личности пациента (в логике фундаментальных предствлений Б.В. Зейгарник, В.Н. Мясищева и других классиков) в том числе важно и для задач организации помощи (психотерапии, реабилитации т.д.), научно и

практически востребованным становится доопределение объективной культурно-исторической патопсихологии ранее слабо разрабатываемой и отрефлексированной ее стороной – с отставленной в российской психологии на волне революций и иных социальных потрясений феноменологической и герменевтической традицией [30]. В этом направлении в собственных исследованиях были показаны возможности сведения различных типов психологических данных к различным вариантам индивидуального случая, в том числе и к идеальным типам (отсюда широкие возможности формирования идеальных объектов в психологии). Тем самым удалось представить а) направления интеграции фундаментального потенциала культурно-исторической методологии с диалогической феноменологической культурно-исторической психологией, другим важным крылом культурно-исторической психологии, которая ранее не была интегрирована в объективную культурно-историческую клиническую психологию, и б) процесс и результаты эмпирической реализации данных идей применительно к разным исследовательским предметам и задачам, в том числе изучения механизмов функционирования и воспроизводства психического расстройства во внутреннем мире пациента.

В выстраиваемой на культурно-исторических основаниях патопсихологии индивидуальный случай становится важным источником, непосредственным живым материалом для изучения психического развития пациента. Особое значение имеет в этой связи исследование и анализ не только медицинского, но и социально-психологического анамнеза, а также новый уровень рефлексии патопсихологического эксперимента.

Культура патопсихологического исследования, названная «патопсихологическим экспериментом» [9, 1, 16, 24, 27, 31, и др.], стала важнейшим достижением московской школы патопсихологии. Широко вошедший как в научные исследования, так и в практику обследования пациентов, патопсихологический эксперимент в значительной мере определил развитие патопсихологии не только в рамках данной научной школы, но и в нашей стране в целом.

В классическом смысле патопсихологический эксперимент в том виде, как он сложился и широко применяется в практике, именно о нем будет идти речь дальше, конечно, не является в полном смысле научным экспериментом. Интерес к патопсихологическому эксперименту, в том виде, в котором он был замыслен и используется в практике работы патопсихологов, продиктован как возможностями его применения к пациентам с практически любым вариантом психического расстройства, так и его насыщенностью различными методическими

традициями (только одной из которых была традиционная экспериментальная клиническая психология). В соответствии с замыслом патопсихологического эксперимента психолог мог изучать «живую» функционирующую на его глазах деятельность (мышления, запоминания и пр.), стремиться к неоднократно подчеркиваемой классиками целостности понимания личности пациента, стилистики его жизнедеятельности [9, 1, 16, 29]. Патопсихологический эксперимент в своей конструкции несет в себе «диалог» разных традиций и сложившееся на основе практики их применения многоуровневое единство. Это кажется особенно интересным в нынешнюю эпоху постмодернизма, поскольку предоставляет наиболее продуктивные способы для изучения психики пациента.

Сегодня путь развития и повышения качества патопсихологического экспериментального исследования важно выстраивать исходя не из «внешней» (психометрической), но «внутренней» рефлексии, т.е. осознания и прояснения пока еще недостаточно артикулированных, или же интуитивно-скрытых моментов, содержаний профессиональной активности специалиста. Обычно исследователей интересует собственно изучаемый предмет, например нарушения в психике пациента. Вместе с тем в современной науке ответ на вопрос о том, что я делаю, получая те или иные данные, относится к числу фундаментальных. В этом отношении мы задаемся вопросом, что, собственно, делает профессионал, когда он нечто делает, проводя патопсихологическое экспериментальное исследование в условиях клиники, как можно рефлексировать этот процесс? Постановка этого вопроса и его разработка позволяет, сохраняя уникально сложившуюся традицию, так же и обогатить ее, очерчивая перспективные области расширения профессионального видения, новые предметы для исследования. Результаты исследовательской работы, нацеленной таким образом, представлены в монографии Бурлаковой Н.С., Олешкевича В.И. «Развитие практики и методологии патопсихологического эксперимента (традиция московской школы патопсихологии)» [5].

В качестве некоторых направлений развития патопсихологического экспериментального исследования с точки зрения целостного понимания профессиональной деятельности патопсихолога в том ее виде, как она сложилась на сегодняшний день и соответственно повышения его качества, можно выделить следующие.

А) Дополнительные перспективы развития патопсихологического эксперимента открываются через уточнение и дальнейшую рефлексию сложности конструкции патопсихологического эксперимента, который включает как минимум

четыре методических или экспериментальных оси: 1) ось непосредственного испытания психических функций и психического функционирования; 2) ось косвенного или левиновского типа экспериментирования; 3) ось актуализации или организации проекции; 4) организации экстерииоризации. Данные методические оси присутствуют в разном соотношении при патопсихологическом обследовании пациента. По аналогии с безусловно знающим свой предмет учителем, преподавание которого стало в хорошем смысле автоматизированным и идущим «естественно», как само собой разумеющийся процесс, что высвобождает дополнительные возможности в видении (например, нюансов реакций учеников, готовности специалиста слышать качество их вопросов, и исходя из этого побуждать к активности и т.д.), точно также профессионал-патопсихолог получает объемность, рельефность диагностической картины в условиях обследования пациента, оперируя обозначенными методическими линиями, предварительно тщательно аналитически и практически освоив их возможности. Данная «система координат» позволяет фиксировать условия и способ получения данных. Каждая из обозначенных осей имеет свой отдельный потенциал для разработки.

Б) Еще одним направлением развития патопсихологического экспериментального исследования является рефлексия и в дальнейшем на этой основе проектирование форматов клинико-психологической беседы с использованием различных вариантов занимаемых профессиональных позиций и их возможностей (только одной из которых является экспертная позиция), что ранее не было предметом углубленной разработки в данной традиции.

Метод реконструирующего «медленного чтения» текстов классиков патопсихологии, а также анализ опыта проведения патопсихологического обследования признанными профессионалами с целью рефлексивного его описания, а также собственный опыт работы с пациентами в условиях экспериментально-психологического исследования убедительно доказывают невозможность рассмотрения деятельности пациента в ходе выполнения заданий «в чистом виде» вне коммуникативных условий, создаваемых и контролируемых специалистом. Напротив, патопсихологический эксперимент в своей организации включает метод беседы как сквозную процедуру, в нем присутствует создание различных типов диалогических диагностических ситуаций с использованием отдельных экспериментальных приемов и методов. Эти коммуникативные условия, внутри которых возникают и формируются результаты исследования, вторично и не всегда оправданно выносятся «за скобки», либо предстают в крайне урезанном виде (например, ограничиваясь

лишь указанием на соблюдение дистанции в общении), тем самым изымая из рассмотрения специалиста важнейший пласт диагностического материала. Поскольку речь идет об экспериментально-психологическом исследовании задача рефлексии всего того, что делает специалист, является одной из основных. В этом контексте важно осмыслить, какие функции реализует психолог в беседе (как до, так и собственно во время проведения экспериментального исследования), какие процессы в ней задействованы, как извлекается значимая диагностическая информация, в каких условиях она актуализируется, как ее можно описывать, в какой мере полученная информация соотносится с экспериментальной ситуацией, и наконец, как можно передать наработанный опыт и т.д. Реализация этих задач начата и требует дальнейших исследовательских действий.

В) Перспективы разработки патопсихологического исследования заключаются в разработке методологии психологического анамнеза, который принципиально отличен от медицинского анамнеза как истории болезни. В психологическом анамнезе (значение которого трудно переоценить в особенности в детской и подростковой клинике) центром становится не история болезни, но социальная история пациента, типы тех социальных структур (мест), в которые он был включен, отношение пациента к ним и т.д. Если полагать, в соответствии с мыслями Л.С. Выготского, что культурно-историческая патология имеет свой собственный генезис и свою собственную структуру (хотя и формирующуюся на определенной органической основе), то важно стремиться ее выделить и изучать самостоятельно, как таковую. Она развивается по иным законам нежели органически определенная болезнь, ее развитие происходит внутри определенных социальных структур и отношений, внутри определенных социальных страт и т.д. В таком случае, например, в детской психиатрической клинике можно составлять анамнезы и анализировать их именно с точки зрения реконструкции социогенеза и психогенеза определенного рода психических расстройств. Так появляется возможность проецировать генезис расстройств развития в определенные социальные пространства формирования этих расстройств, в пространства, в которых обнаруживаются способы и механизмы формирования отклоняющегося развития ребенка [4, 6]. Но ведь это означает, что есть возможность социальной объективации расстройства, его представления в виде определенных социальных отношений, их конфигураций и структур. А это все то внешнее, социальное, которое, как утверждал Л.С. Выготский, можно контролировать и менять, прежде чем оно трансформируется в

психическое.

Г) Другим направлением в разработке патопсихологического эксперимента является рефлексивная работа с феноменологической позицией исследователя, которая в определенной мере является логическим продолжением замысла патопсихологического эксперимента. В рамках проведения патопсихологического обследования патопсихолог получает данные, систематически занимая две принципиально разные исследовательские позиции: объективную (экспертную, т.е. специалиста нечто знающего об устройстве психических функций и о типичных формах их нарушений) и внутреннюю (феноменологическую). В размышлениях Л.С. Выготского о сути диагностической работы психолога, считавшего «главной и основной частью» работы патопсихолога именно раскрытие «осмысленной картины личности и поведения» пациента, что подобно задаче «расшифровывания иероглифов» [8, с. 298-299], а также в осуществлении патопсихологического эксперимента, как он обсуждался в московской школе патопсихологии во главе с Б.В. Зейгарник и ее единомышленниками, просматривается значение занятия исследователем внутренней феноменологической позиции в процессе своей работы. Равно как в идейном осмыслении, подчеркивании значения изучения «живой деятельности» (Левин, Зейгарник), в задаче изучения целостности как психического действия, так и в задаче целостного понимания пациента и его личности как конечного результата патопсихологического исследования, такая феноменологическая позиция (понимания, в некоторых моментах вчувствования) предполагалась по умолчанию. Ее задействованность была важна и в ситуации беседы, и в ситуации проведения патопсихологических методов, тесно связанных со специальной организацией общения между психологом и пациентом, и во многом являющихся продолжением этого общения, внутри которого возникает и углубляется понимание пациента теперь уже в процессе реализации методик.

Вместе с тем задачи отдельной специальной рефлексивной разработки феноменологической позиции исследователя применительно к экспериментально-патопсихологическому исследованию не ставилось. На сегодняшний день ряд новых задач (психологической реабилитации, консультативной помощи пациенту и психотерапии) в патопсихологии требует развития более целостного и системного подхода в том числе и к пониманию внутреннего мира пациента, к той «внутренней стороне медали», которая является инициатором как имеющихся нарушений когнитивного функционирования, так и ресурсов по адаптации пациента. Это имеет

значение и при изучении внутренней механики функционирования и воспроизводства того или иного болезненного состояния в психике пациента. Отсюда возникает необходимость методологически исследовать те возможности, которая предоставляет в данном случае феноменологическая позиция, технически четко фиксировать вариант исследовательской позиции психолога, дальнейшие способы использования феноменологической позиции специалиста в анализе внутреннего мира пациента и т.д.

Разделение в аналитических целях феноменологической и объективной (экспертной) позиции потребовало обращения к области проективных методов. Здесь недостаточно объективного анализа, проективные методы создавались с целью войти во внутренний мир пациента, в его самосознание в самых глубинных его проявлениях [26, 26 и др.]. Конечно, и в проективной методологии есть множество трудностей – обилие схем работы с данными, подходов к интерпретации и пр. Однако задача целостного понимания личности пациента здесь актуализирована достаточно четко, равно как и проблемы, возникающие на этом пути.

В работе со взрослыми достаточно нелегко сразу ухватить все значение и тонкости использования феноменологической позиции. В значительной мере для разработки этой тематики возникла необходимость перейти к работе с детьми, у которых эти процессы более очевидны, непосредственны, а ответы, продиктованные внутренними, не рационализировано-защитными конструкциями, наглядны. Погружаясь в детский язык самовыражения, выстраивая коммуникацию, осознанно регрессируя в процессе проведения проективной методики с ребенком и осознанно предоставляя ребенку специфическую помощь в рассказывании (в дальнейшем представленной нами в виде модели предоставляемых уровней помощи в соответствии с сохранением всех канонов проективного исследования), мы научились через специальную процедуру проведения с тщательным настраиванием позиции слушателя и далее анализ организуемого повествования ребенка, через его записанные высказывания понимать внутренний мир ребенка. Здесь помимо прочего пришло понимание, что этот материал является коммуникативным, ребенок реагирует не только на предлагаемый стимул, но и на озвученную в особом режиме инструкцию, эмоциональный настрой психолога, осуществляемые им коммуникативные действия. Экспериментируя с этими процессами, был сделан вывод о том, что характер получаемого материала, формы выражения ребенка тесно связаны с процессами, организуемыми извне, исследователем. Отсюда очевидным стало значение проведения метода,

особых коммуникативных ситуаций, внутри которых мы получаем материал, и которые при тщательной рефлексии могут стать дополнительными диагностическими средствами. Удалось выделить градации позиций слушателя при рассказывании ребенком проективных историй, способы вторичного развертывания проективного материала, стратегии экстерниоризации и углубления его информативности. Немаловажно, что эти наработки были собраны в рамках отрефлексированной модели проведения исследования и последующей работы с полученными внутри него данными [2, 3].

Тем самым хотелось бы подчеркнуть, что феноменологическая позиция и работа с такого типа данными – это не просто интуитивная настройка, не просто чувствительность психолога, хотя эти качества безусловно важны, но и особый процесс его тренировки, направленной многолетней подготовки специалиста.

В дальнейшем это позволило как осмыслить работу с проекцией уже со взрослыми людьми, так и вернуться на новом витке к изучению практики патопсихологического эксперимента. Работая со взрослыми пациентами при проведении экспериментально-патопсихологического обследования, также можно получать гораздо более информативные данные, прибегая к осознанному обращению к феноменологической позиции психолога как на этапе получения данных, так и на этапе последующего их анализа: особым образом анализируя речь, высказывания пациента, удастся понять его внутренний мир, личностный механизм функционирования и воспроизводства расстройства пациента.

Кроме того, в работе с традиционными патопсихологическими методиками мы видим и возможности их дополнительной перестройки (не нарушающей их первоначальную нацеленность в применении) и используем их по крайней мере в двоякой функции: как в традиционно выделяемой функции, например, прямого испытания той или иной психической функции, так и следуя дополнительно встроенному в их конструкцию доступу к внутреннему миру пациента. В ряде методик было показано, что посредством их модификации, можно очень компактно, исходя из задач клинической реальности и возможностей, не выходя за границы традиционного патопсихологического исследования, получать дополнительный материал к уже имеющейся патопсихологической оценке.

Экспериментально и систематично это было показано нами применительно к модификации методики «Заполнение пробелов в тексте» (текст Г. Эббингауза), где в специально проградированном «каскадном» ее проведении феноменологическая позиция не нивелировалась, но была создана возможность ее отслеживания. Тем

самым приобретает новое измерение в методике - доступа к части значимых переживаний пациентов, представленных на разных этапах модификации ее выполнения в реагировании, речи, поведении пациента и затем специально поэтапно, развернуто анализируемых.

Можно выделить и другие способы дополнительного извлечения информации через обращение к феноменологической позиции из многих патопсихологических методик, как на уровне их проведения, так и дальнейшего анализа речи, поведения и иных способов самовыражения пациента. Тем самым появляется возможность не только обращения к экспертной патопсихологической оценке, но и к позиции понимания внутренних механизмов, запускающих, сопровождающих и воспроизводящих расстройство пациента, что кажется важным в условиях общего сдвига медицины к персонализированному ее формату.

Мы остановились только на некоторых возможностях дальнейшего развития патопсихологического эксперимента, спектр которых гораздо шире. В условиях намечающегося методологического разрыва между разными поколениями российских клинических психологов дальнейшее прояснение историко-методологических основ патопсихологии и перспектив развития патопсихологического эксперимента является необходимым условием сохранения как духа, так и жизненности уникальной традиции.

Литература

1. Братусь Б.С. Аномалии личности. М.: Мысль, 1988. 301 с.
2. Бурлакова Н.С. Проективные методы: дискуссии о научном статусе, возможностях развития и применения в клинической психологии // Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы / под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рошиной. М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016б. С. 38–52.
3. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребенка. М.: Ин-т общегуманитарных исследований, 2001. 352 с.
4. Бурлакова Н.С., Олешкевич В.И. Уровни культурно-исторического анализа в клинической психологии // Вопросы психологии. 2012. № 6. С. 36–45.
5. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. Развитие практики и методологии патопсихологического эксперимента (традиция московской школы патопсихологии). — Издательство Московского университета Москва, 2020 а. — 272 с.
6. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. Социально-психологическая терапевтически-развивающая среда для трудных детей: история и современные возможности проектирования // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. — 2020 б. — № 3. — С. 262–290.
7. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. Линия методологических и прикладных разработок российской культурно-исторической психологии,

ориентированной на работу с индивидуальным случаем // Консультативная психология и психотерапия. — 2021. — Т. 29, № 4. — С. 144–163.

8. Выготский Л.С. Диагностика развития и педологическая клиника трудного детства. Собр. соч. в 6 т. Т. 5: Основы дефектологии. М.: Педагогика, 1983.

9. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. 289 с.

10. Золотова Н.В. Научное наследие и жизненный путь Б.В. Зейгарник // Методология и история психологии. 2007. Т. 2, вып. 2. С. 135-146.

11. Золотова Н.В., Мазиллов В.А., Базиков М.В. Научное наследие Б.В. Зейгарник в отечественной медицинской (клинической) психологии // Ярославский педагогический вестник. 2016. № 1. С. 174-187.

12. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М.: Институт психологии РАН, 2015. 389 с.

13. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. 256 с.

14. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М.: Академический Проект; Трикста, 2011. 303 с.

15. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. 425 с.

16. Николаева В.В. Б.В. Зейгарник и патопсихология // Психологический журнал. 2003. Т. 24, № 3. С. 13-21.

17. Николаева В.В. О вкладе Сусанны Яковлевны Рубинштейн в развитие патопсихологии // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы /под общ. ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. М.: МГППУ, 2011. С. 9□17.

18. Николаева В.В. Патопсихология в Московском университете 1755□2005. М.: Изд-во Моск. ун-та, 2007. С. 215–227.

19. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1987. 168 с.

20. Николаева В.В., Поляков Ю.Ф. Феномен Зейгарник // Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: ЭКСМО-Пресс, 2000. С. 9-18.

21. Николаева В.В., Арина Г.А., Печникова Л.С. Культурно-деятельностная парадигма в клинической психологии // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. 2014. № 4 (6). URL: <http://medpsy.ru/climp> (дата обращения 15.12.2019).

22. Поляков Ю.Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Медицина, 1974. 176 с.

23. Рубинштейн С.Я. Специфика патопсихологических экспериментальных исследований // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. 1982. № 3. С. 3–9.

24. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии. СПб.: ЛЕНАТО, 1998. 168 с.

25. Соколова Е.Т. Мотивация и восприятие в норме и патологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. 126 с.

26. Соколова Е.Т. Проективные методы. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980. 176 с.

27. Соколова Е.Т. Феномен личности Б.В. Зейгарник (к 100-летию со дня рождения) // Вопросы психологии, 2001. № 2. С. 94-99.
28. Соколова Е.Т. Перспективы развития методологии классического психологического обследования в свете проективной парадигмы // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы / под общ. ред Н.В. Зверевой, И.Ф. Рождиной, М.: МГППУ, 2011. С. 74-81.
29. Соколова Е.Т. Клиническая психология утраты Я. М.: Смысл, 2015. 895 с.
30. Стиль мышления: проблема исторического единства научного знания (к 80-летию Владимира Петровича Зинченко): коллективная монография / под общ. ред. Т.Г. Щедриной. М.: РОССПЭН, 2011. 640с.
31. Холмогорова А.Б. Клиническая психология. Т. 1: Общая патопсихология. М.: Издат. центр «Академия», 2010. 464 с.

**Воронцова О.Ю., Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Жабина Д.В.,
Бойко О.М.
ВРАЖДЕБНОСТЬ И АУТОАГРЕССИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПРИ
ДЕПРЕССИЯХ**

Аннотация. Актуальность исследования определяется распространенностью аутоагрессивного несуицидального поведения среди лиц старшего подросткового и юношеского возраста, тенденцией данного вида поведения к закреплению и утяжелению, вплоть до изменения функционального значения и цели аутоагрессивного акта. Традиционно актуальной задачей клинической психологии является выявление индивидуально – личностных психологических факторов и определение их роли в этиологии и патогенезе заболеваний. В представляемой работе в качестве одного из таких факторов рассматривается враждебность. В статье проведен анализ проблематики различных типов аутоагрессии. Приведены результаты исследования одного из типов аутоагрессивного поведения, а именно несуицидального самоповреждающего поведения (НСП). Целью исследования было выявление связи между враждебностью и аутоагрессивными проявлениями (НСП и негативное самоотношение) при недостаточной дифференциации и интеграции личности у девушек, страдающих депрессиями. В исследовании приняли участие 155 пациенток, в возрасте от 16 до 25 лет, страдающих эндогенной депрессией. Пациентки находились на стационарном лечении в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ.

Были использованы методики: враждебность оценивалась с помощью *Опросника Басса-Перри*; для оценки структуры личности

использовался «Я-структурный тест Г. Аммона»; клиническая симптоматика была продемонстрирована с помощью «Кембриджской шкалы деперсонализации» и Симптоматического опросника SCL-90-R; аутоагрессивное отношение оценивались с помощью опросник Шкала инвестиций в тело (BIS), шкалы «Сравнения с окружающими», «Шкалы удовлетворенности телом»; поведенческое проявление аутоагрессии оценивалось на основе наличия актов самоповреждающего поведения в вопросе «Иногда я намеренно травмирую себя».

Результаты показали связь между враждебностью и намеренным несуицидальным самоповреждающим поведением, а также тяжестью имеющейся психопатологической симптоматики. Показано, что в группе с "повышенной враждебностью» при аффективных расстройствах с самоповреждающим поведением спектр патологических состояний в значительной степени определяется нарциссической составляющей. Выявлена связь враждебности и эмоциональных, когнитивных, поведенческих проявлений аутоагрессивности в восприятия своего тела.

Ключевые слова: аффективные расстройства, аутоагрессивное несуицидальное поведение, враждебность, отношение к телу, идентичность.

Введение. Традиционно актуальной задачей клинической психологии является выявление индивидуально – личностных психологических факторов и определение их роли в этиологии и патогенезе заболеваний. В статье представлено исследование взаимосвязи враждебности и аутоагрессивного несуицидального поведения в рамках расстройств аффективного спектра.

К несуицидальному аутоагрессивному поведению относят различные формы умышленных самоповреждений, целью которых не является добровольная смерть. В настоящее время многие исследователи придерживаются представления, что аутодеструктивное поведение (self-destructive behavior), саморазрушающее, суицидальное поведение и несуицидальное самоповреждающие поведение (self-harm behavior) (НСП) являются принципиально разными формами аутоагрессии [30; 34]. Различие проводится по следующим четырем параметрам: цели, социальной оценки и реакции окружающих, влиянию стрессовой ситуации на повторную попытку поведения, изменения эмоционального состояния. Первое отличие - при несуицидальном самоповреждающем поведении нет цели уйти из жизни. Второе отличие состоит в том, что обнаруженный акт самоповреждения вызывает, за редким исключением, со стороны ближайшего окружения реакцию

враждебности и нередко отвращения по отношению к совершившему. Третье отличие заключается в том, что частота совершения повторных актов несуицидального самоповреждения мало зависит от стрессогенности ситуации. Четвертый отличительный признак – изменение эмоционального состояния. В отличие от аутодеструкции совершенный акт самоповреждения сопровождается чувством временного эмоционального облегчения для аутоагрессора.

Несуицидальное и суицидальное самоповреждающее поведение преследует разные цели, имеет разное функциональное значение и субъективный смысл. Несуицидальное самоповреждающее поведение служит как внутриличностным, так и межличностным целям. Его основное значение – регулирование эмоционального состояния и управление тревожными мыслями. Акты самоповреждения приводят к уменьшению негативных эмоций, появлению чувства спокойствия и облегчения, иногда – контроля [18]. Коммуникативный аспект такого рода поведения (способ повлиять на других, привлечение внимания) звучит только у небольшого количества принимавших участие в исследовании людей [13].

Согласно статистическим данным, самоповреждение, в отличие от суицидального поведения, считается поведенческим актом с низкой вероятностью летального исхода [9; 46]. В тоже время существуют исследования, которые рассматривают несуицидальное самоповреждающее поведение (НСП) в качестве возможного предиктора суицида. В частности, отмечается повышение суицидальной идеации у лиц, совершающих аутоагрессивные акты несуицидального характера. Высокая концентрации данного рода размышлений может свидетельствовать о повышенной вероятности перехода от суицидальных мыслей к соответствующему виду поведения. Кроме того, НСП играет десенсибилизирующую роль, постепенно делая более приемлемым нанесение самоповреждений, повышая выносимость к боли [21]. Существует несколько теорий, связывающих НСП и суицидальное поведение. Во-первых, это теория входа (gateway theory) [23; 35]. В ней предполагается, что самоповреждения – это континуум, который начинается с НСП и заканчивается суицидом, что подтверждается эмпирически: НСП предшествует суицидальным попыткам онтогенетически, лучше предсказывает суицидальные попытки, чем демографические, психопатологические и психологические переменные. Теория третьей переменной [25] предполагает, что существует латентная переменная, которая объясняет как НСП, так и суицидальные попытки, и этой переменной разные исследователи считают психиатрический диагноз, или психологический дистресс, или биологические факторы, например,

ген, который отвечает за обратный захват серотонина. Теория приобретаемой способности к суициду Т. Joiner считает НСП подготовкой к суицидальным действиям [31]. Она отличается от теории входа тем, что рассматривает НСП лишь как одно из возможных действий, усиливающих способность к суициду. Автор также не считает, что НСП достаточно для появления суицидального поведения: для этого необходимы ещё такие факторы как ощущение себя обузой и социальная изоляция. С. Hamza и коллеги интегрировали все перечисленные модели в одну, предположив, что все перечисленные факторы вносят вклад в суицидальное поведение [29].

НСП изначально ассоциировалось с нарушениями развития и питания, пограничным расстройством личности, аффективными и тревожными расстройствами. Однако значительная часть молодых людей, совершающих аутоагрессивные самоповреждающие действия несуйцидального характера, не соответствуют критериям основных психических расстройств [11]. Исследования распространенности поведения с преднамеренным самоповреждением в рамках общей популяции среди студентов вузов и колледжей демонстрирует разброс в пределах от 12 до 38% [28]. Несмотря на высокую распространенность несуйцидальное аутоагрессивное поведение имеет тенденцию снижаться в зависимости от возраста испытуемых. Среди студентов 40% указали на прекращение поведения с преднамеренным самоповреждением в течение года после совершения аутоагрессивных действий, и 80% – в течение пяти лет [44]. Таким образом, несуйцидальное самоповреждение представляет собой неспецифический психиатрический симптом, который можно обнаружить при множестве расстройств, а также у лиц без специфического психиатрического диагноза. В психологических исследованиях такой тип аутоагрессивного поведения рассматривается преимущественно в функциональных терминах. Несуйцидальное аутоагрессивное поведение чаще всего концептуализируется как деструктивная форма саморегуляции и самопомощи [45].

Исследования связи враждебности и аутоагрессии не так многочисленны, и это в первую очередь обусловлено тем, что самостоятельное изучение враждебности стало возможным после ее понятийного и операционального выделения из широко трактуемого понятия агрессивности. Впервые такая попытка была предпринята Бассом [24], который рассматривал враждебность как когнитивный компонент психики, в то время как гнев относил к эмоциональному, а агрессию - поведенческому. В последующих исследованиях враждебность концептуально определялась через систему убеждений и оценок [43], эмоциональных отношений, задающих пристрастность восприятия [16; 17], указывалась влияние враждебности на

избирательность восприятия особенно в социальной перцепцию [33].

Несмотря на то, что разные исследователи враждебности выделяют в качестве ведущих различные аспекты данного гипотетического конструкта, существует общее представление о враждебности как сложном комплексном многокомпонентном образовании, определяющем негативное отношение человека к каким-либо объектам. В связи с тем, что система отношений человека представляет собой способ реконструкции в индивидуальном сознании модели или картины окружающей действительности, С.Н. Ениколопов предлагает рассматривать «враждебность» в рамках представления о картине мира [3]. Таким образом, враждебность представляет специфическую картину мира субъекта, в рамках которой внешним объектам приписываются негативные характеристики. Как устойчивая, общая черта враждебность подразумевает девальвацию мотивов и личностных качеств других людей, ощущение себя в оппозиции к окружающим и желание им зла (активное — причинять вред или пассивное — наблюдать причинение вреда) [4].

В последние годы изучение взаимосвязи враждебности с различными заболеваниями проводилось в трех самостоятельных направлениях: соматической медицине, психологии здоровья и психиатрии. В настоящий момент полученные данные дают основание рассматривать враждебность в числе факторов риска психосоматических и психических заболеваний, не специфичного для какой-либо отдельной нозологии [3]. Следует отметить, что изучение враждебности при психических расстройствах наименее разработанная область, исследования ограничиваются частными аспектами и симптомами заболеваний, в то же время аутоагрессивные тенденции исследуются чаще [7; 8]. Очевидная связь между враждебностью и различными психическими заболеваниями обуславливает необходимость создания гипотетических моделей, направленных на выявление механизмов этой связи.

Связь враждебности, направленной вовне, на других людей, и аутоагрессии, направленной на себя, рассматривается как в теоретических концепциях, так и в эмпирических исследованиях. В теоретических концепциях большое влияние имеет психоаналитический подход. Это и ранняя концепция З.Фрейда, которая кратко может быть интерпретирована таким образом: самоубийство начинается с пожелания смерти другому человеку, которое затем меняет свое направление, обращаясь на идентификацию внутри своего Я. Например, рассматривая феномен садизма, он предполагает, что нарциссическая любовь к другому человеку подвержена дезорганизации и регрессии до незрелых и примитивных стадий развития либидо, в частности садизма. И именно садизм разрешает загадку склонности самоубийству. Анализ

меланхолии показал, что Эго в состоянии убить себя лишь в случае, если из-за возврата объектного катексиса оно начинает относиться к себе как объекту, то есть, если Эго способно направить против себя враждебность, относящуюся к объекту и являющуюся его исходной реакцией на объекты внешнего мира. Позднее, развивая концепцию двух влечений З.Фрейд, выдвинул предположение о существовании инстинктивного влечения к смерти. Люди справляются с опасными инстинктами смерти разными путями; отчасти они обезвреживаются путем слияния с эротическими компонентами; частично они отводятся во внешний мир в форме агрессии; но в значительной степени беспрепятственно продолжают свою внутреннюю работу. У цивилизованного человека излишняя агрессия отводится в Супер-Эго и обращается против Эго. С этого момента она переживается как бессознательная вина, мазохизм, потребность в наказании [12].

Хаймон Спотниц рассматривал депрессию в основном как нарциссическую защиту, предотвращающую разрушение внешнего объекта путем перенаправления интернализированной агрессии на собственное Эго, а не объект внешнего мира [19].

Эмпирические исследования подтверждают теории самоповреждающего поведения как способа эмоциональной регуляции. Однако небольшое количество исследований рассматривает конкретные эмоции. Связь агрессии и аутоагрессии подтверждается для разных групп испытуемых [36; 38]. Отдельно враждебность исследуется реже. В исследовании [40] подтверждают наличие такой связи. Авторы рассматривали связь враждебности и тревоги с самоповреждающим поведением, и таким образом рассматривали две модели. Модели снижения тревожности и враждебности были протестированы одновременно, чтобы определить, характеризуется ли самоповреждающее поведение в подростковом возрасте повышенным чувством тревожности и враждебности. Результаты указывают на поддержку модели враждебности. Авторы используют понятие интропунитивной враждебности (например, неуверенности в себе, вины, самокритики). И утверждают, что лица, причиняющие себе вред, имели более высокий уровень как экстракарательной враждебности (например, циничности, обиженности, легкого гнева), так и интропунитивной. По заключению авторов эта склонность к гневу и одновременному переживанию неприязни к себе и вины может привести к тому, что эти враждебные чувства будут направлены против самого себя.

В ходе исследования характеристик эмоциональной регуляции и совладающих стратегий среди неклинической выборки лиц старшего подросткового и юношеского возраста были выявлены значимые

различия в параметрах негативных эмоциональных характеристик и враждебности у испытуемых с опытом несуицидального аутоагрессивного поведения и лиц, никогда не совершавших аутоагрессивные действия. В данном исследовании сравнивались показатели негативных эмоций и враждебности в трех группах: группе нормы (без НСП), группе «недавние аутоагрессоры», в которую были включены испытуемые, совершившие самоповреждение менее 12 месяцев назад, и группе «давние аутоагрессоры», совершившие самоповреждение более 12 месяцев назад. Частота совершенных аутоагрессивных актов в группе «недавних аутоагрессоров» почти в два раза превышает данный показатель в группе «давних аутоагрессоров». Было установлено различие по показателям негативных эмоций и враждебности как между двух групп с НСП так и от нормы. Причем у «недавних аутоагрессоров» выраженность негативных эмоций и враждебности существенно выше, чем у «давних аутоагрессоров». Тот факт, что группа «давних аутоагрессоров» занимала промежуточное положение по выраженности негативных эмоций и враждебности (выше нормативной группы, но ниже показателей «недавних аутоагрессоров»), позволил исследователям предположить, что враждебность, вина и печаль носят пролонгированный характер [1].

Размышление об механизмах связи НСП с враждебностью вызывает следующие вопросы. Почему НСП как неспецифический психиатрический симптом возникает именно в подростковом возрасте и имеет тенденцию к снижению по мере взросления? Почему при столкновении со стрессовыми ситуациями вместо поведения, направленного на решение проблемы, предпочитается деструктивный способ эмоциональной регуляции? Почему тело используется для регуляции эмоционального состояния?

При ответе на эти вопросы авторы исходили из того, что подростковый и юношеский возраст относят к периоду дифференциации и интеграции идентичности и предположили, что дебютирование аутоагрессивного самоповреждающего поведения может быть связано затруднениями в становлении целостности Я. Наблюдение извне позволяет сформулировать определение аутоагрессии как различные формы и степени агрессии, при которых «совпадают объект и субъект действия» (Ениколопов С.Н. 2007). Однако, если рассмотреть такое поведение исходя из понимания внутреннего мира пациента, то можно задаться вопросом: включается ли восприятие тела в субъективное переживание целостного «Я»?

В соответствии с этим предположением выдвигается гипотеза исследования: при недостаточной интеграции и дифференциации идентичности возможно такое нарушение самосознания, при котором тело

воспринимается как не-Я, как чуждый объект, и, соответственно, враждебность, возникающая на границе Я и не-Я, может проводить к обесцениванию и девальвации, особому пренебрежительному отношению к телу вплоть до явлений отчуждения, квалифицируемых как деперсонализационные.

Целью исследования было выявление связи между враждебностью и аутоагрессивными проявлениями (НСП и негативное самоотношение) при недостаточной дифференциации и интеграции личности у девушек, страдающих депрессиями.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 155 пациенток, в возрасте от 16 до 25 лет, страдающих эндогенной депрессией (средний возраст 19,77). Пациентки находились на стационарном лечении в отделе по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ. Все испытуемые выполнили методики:

1. Враждебность оценивалась по шкале «Враждебность» *Опросника Басса-Перри* [5]

2. Проявления аутоагрессии оценивалось на основе наличия актов самоповреждающего поведения. В данном исследовании на основе анализа, проведенного в работе [37], вопрос *«Иногда я намеренно травмирую себя»* использовался в качестве показателя причинения себе вреда. Выбор ответа по шкале Лайкерта (от 0 до 5).

3. Для операционализации степени дифференциации и интеграции идентичности в данном исследовании использовался *«Я-структурный тест Г. Аммона»* («Ich Structur Test Ammon», ISTA) [2], позволяющий оценить спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности. Согласно теории Г.Аммона ядро личности образуют гуманфункции: агрессия, страх, нарциссизм, внутреннее и внешнее Я-отграничение, сексуальность. Первостепенное значение имеет гуманфункция идентичности, задача которой состоит в интеграции и динамическом соединении остальных функций между собой. Таким образом, идентичность понимается как центральная интегративная сила «Я». Будучи актуальной целостностью личности, она находится в развитии и может обнаруживать конструктивные, деструктивные и дефицитарные тенденции [6]. Авторы использовали тест, как инструмент операционализации, позволяющий оценить спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности.

4. *«Кембриджская шкала деперсонализации»* (Cambridge Depersonalization Scale), русскоязычная адаптация [10].

5. *Симптоматический опросник SCL-90-R* (Symptom Check List-90-Revised) [20; 26]. Опросник *SCL-90-R* включает в себя 90

утверждений, сгруппированных в ряд шкал, в том числе: соматизации, депрессии, тревожности, враждебности, а также индекс тяжести состояния, индекс тяжести наличного дистресса и число беспокоящих пациента симптомов.

6. Опросник *Шкала инвестиций в тело* (BIS) (Body Investment Scale) [39]. Адаптация опросника на русскоязычной выборке в настоящее время проводится, в работе опросник используется для исследовательских целей. Опросник состоит из 24 вопросов, содержит 4 подшкалы. «Образ тела» - чувства и отношение к образу своего тела (в ряде исследований шкала называется «feeling»), включает вопросы типа: *«Мне нравится моя внешность, несмотря на свои недостатки»*; «Прикосновения» (Touch) - комфорт от физического прикосновения (например *«Объятия близкого мне человека могут меня успокоить»*); «Забота» (Care) - уход за телом (*«Я верю, что забота о моем теле улучшает мое самочувствие»*); «Защита» (Protection) – отношение к защите тела (*«Мне нравится делать что-то опасное»*). Каждая из четырех подшкал содержит 6 пунктов, ответы на которые даются по 5-балльной шкале в диапазоне от «категорически не согласен» до «полностью согласен». Баллы по каждой подшкале получены путем усреднения ответов по каждому фактору, более высокие баллы указывают на более позитивные чувства к телу, больший комфорт при прикосновении и больший уход за телом и его защиту. Так же оценивается общая суммарная шкала (BIS_общий_балл).

7. Шкала *«Сравнения с окружающими»* - Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R) [41]. Адаптация опросника в настоящее время проводится, в работе опросник используется для исследовательских целей.

8. *«Шкала удовлетворенности телом»* BSS (Body Satisfaction Scale) [42]. Шкала является анкетой для самоотчета, состоит из списка 16 частей тела, удовлетворенность/неудовлетворенность каждой нужно оценить по семибалльной шкале.

Статистический анализ данных осуществлялся с помощью пакета программ SPSS. Использовались методы корреляционного анализа, для сравнения групп и использовались методы дисперсионного анализа (ANOVA).

Результаты

Корреляционный анализ показал статистически значимую связь между «Враждебностью» и «намеренным самоповреждением» (корреляции Спирмена, $r=0,19$, $p<0,05$).

Для анализа особенностей людей с высокой враждебностью испытуемые были разделены на две подгруппы, медианным значением параметра «Враждебность» опросника Басса-Перри было 23. Этот

показатель использовался для разделения на подгруппы «с низкой враждебностью» (78 человек, средний возраст 19,91) и «с высокой враждебностью» (77 человек, средний возраст 19,6). Далее группы сравнивались между собой по результатам исследуемых параметров. В Таб. 1 приведены результаты сравнения подгрупп по параметрам симптоматического опросника SCL-90-R.

Таблица 1.

Результаты Симптоматического опросника SCL-90-R

<i>Симптоматический опросник SCL-90-R</i>	«низкая враждебность»	«высокая враждебность»	Значимость различий
SCL Соматизация	1,11±0,80	1,50±0,85	0,001
SCL Навязчивости	1,60±0,87	2,16±0,77	0,000
SCL Сенситивность	1,32±0,84	2,16±0,90	0,000
SCL Депрессия	1,73±0,98	2,27±0,87	0,000
SCL Тревожность	1,27±0,92	1,90±1,01	0,000
SCL Враждебность	0,89±0,87	1,41±0,89	0,000
SCL Фобия	0,81±0,86	1,42±0,89	0,000
SCL Паранойяльность	0,74±0,65	1,43±0,84	0,000
SCL Психотизм	0,87±0,65	1,26±0,78	0,000
SCL_GSI Общий индекс тяжести	1,22±0,66	1,77±0,71	0,000
SCL_PDSI Индекс тяжести наличного дистресса	2,12±0,60	2,39±0,56	0,002
SCL_PSI число беспокоящих симптомов	48,66±17,14	64,20±16,16	0,000

Получение статистически значимые различия свидетельствуют о том, что пациенты группы с высокой враждебностью переживают свое состояние как субъективно более тягостное и трудно переносимое.

В Таблице 2 приведены результаты сравнения подгрупп по шкалам Я-структурного теста Г. Аммона. Сравнение этих подгрупп показало значимые различия в выполнении методики Амона в группе с высокой враждебностью. Наиболее значимые различия между группами выявлены по линиям «деструктивной агрессии», «дефицитарного и деструктивного нарциссизма» и «деструктивного внешнего Я ограничения».

Таблица 2.

Результаты сравнения подгрупп по шкалам Я-структурного теста Г.

Аммона

<i>Я-структурный тест Г. Аммона</i>	«низкая враждебность»	«высокая враждебность»	Значимость различий
Агрессия деструктивная	54,18±7,18	63,08±8,18	0,000
Агрессия дефицитарная	62,45±12,15	70,82±8,97	0,007
Страх деструктивный	68,91±12,71	78,80±12,45	0,008

Страх дефицитарный	60,92±12,16	69,75±8,87	0,005
Внешнее Я-отграничение конструктивное	35,94±11,72	29,90±10,16	0,057
Внешнее Я-отграничение деструктивное	58,12±13,32	69,16±11,19	0,003
Внутреннее Я-отграничение конструктивное	35,65±14,24	27,99±11,88	0,043
Внутреннее Я-отграничение дефицитарное	64,80±7,71	71,29±7,65	0,005
Нарциссизм деструктивная	60,48±13,20	73,06±13,22	0,002
Нарциссизм дефицитарная	59,28±14,70	77,54±14,99	0,000
Сексуальность конструктивная	42,11±12,82	34,91±13,37	0,060
Сексуальность дефицитарная	50,35±11,21	58,82±15,35	0,035

Кроме того, результаты показывают, что для представителей обеих групп характерны наиболее значимые повышения показателей, свидетельствующие о неблагополучии, для параметров дефицитарной агрессии, деструктивного страха и дефицитарного страха, внутреннего дефицитарного Я-отграничения и деструктивного нарциссизма при сравнении с нормой, полученной при адаптации методики. Также для обеих групп можно говорить о нарушении функции сексуальности, проявляющееся в отвержении телесности.

Высокая враждебность была связана с негативным самоотношением, эмоциональными, когнитивными, поведенческими особенностями восприятия своего тела. Неприятие собственного тела проявлялось в неудовлетворенности его отдельными частями и негативным образом в целом, снижением инвестиций в тело и повышенной потребностью сравнивать себя с другими (Таб. 3).

Таблица 3.

Сравнения подгрупп по параметрам, показывающим негативное самоотношение в разных методиках

параметры	«низкая враждебность»	«высокая враждебность»	Значимость различий
<i>Шкала инвестиций в тело (BIS) (Body Investment Scale)</i>			
образ тела	3,18±1,18	2,55±1,12	0,001
BIS общий	3,38±0,58	3,15±0,54	0,008
<i>Сравнения с окружающими» - Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R)</i>			

физич сравнение	2,02±1,37	2,66±1,23	0,002
<i>Шкала удовлетворенности телом» BSS (Body Satisfaction Scale)</i>			
BBS общий	43,795±17,561	52,449±20,230	,004
BBS_сумм_г олова	18,747±8,265	25,000±11,016	,000

Выявлена связь между уровнем враждебности и проявлениями деперсонализации (Таб. 4).

Таблица 4.

Результаты Кембриджской шкалы деперсонализации

<i>Кембриджская шкала деперсонализации и</i>	«низкая враждебность»	«высокая враждебность»	Значимость различий
ABE телес	15,35±14,38	22,51±17,26	,004
EN эмоц	19,81±13,59	26,48±13,68	,002
AfS окруж	14,24±9,27	17,11±8,13	,033

Обсуждение результатов. В исследовании выявлена статистически значимая связь между показателями враждебности и намеренного самоповреждения. По результатам Я-структурного теста Аммон получены данные о повышении показателей, свидетельствующие о психологическом неблагополучии. В обеих группах были высокие параметры дефицитарной агрессии, деструктивного страха и дефицитарного страха, внутреннего дефицитарного Я-отграничения и деструктивного нарциссизма.

Нарушения в связи со страхом/тревогой с преобладанием деструктивных и дефицитарных тенденций прежде всего свидетельствует о недостаточной реалистичности оценки опасности, и, как следствие, снижении способности действовать адекватно ситуации. В случае деструктивного страха угрозы неадекватно переоцениваются, при дефицитарном – недооцениваются вплоть до полного игнорирования. Кроме того, характерна выраженность телесных вегетативных компонентов эмоциональных реакций, которые осознаются преимущественно в виде ощущений, а не эмоций. Показатели методики SCL-90R по таким шкалам как «тревожность», «соматизация» видимо отражают не сформированность конструктивных элементов страха и смещение фокуса внимания на телесные проявления тревоги. Кроме того, эти нарушения значительно обедняют интерперсональные взаимодействия в следствие недостаточной сформированности эмпатии и сопереживания.

Сочетание высоких показателей дефицитарной агрессии и внутреннего дефицитарного Я-отграничения приводят к сложности понимания собственного эмоционального состояния, особенно в ситуации

социального взаимодействия, снижению активности, направленной на установлении и поддержании контактов, стремление к пассивности и уходу в себя, снижению способности различать фантазии и реальность, себя и других. В целом проявляется тенденция к сужению и упрощению опыта, а, следовательно, к поиску «простых» способов решения, не направленным на проблемную ситуацию. Это согласуется с данными, полученными в ходе исследования характеристик эмоциональной регуляции и совладающих стратегий среди неклинической выборки лиц старшего подросткового и юношеского возраста. Было показано, что повышенный фон негативных эмоций – ключевой аспект поведения с преднамеренным самоповреждением. В этом же исследовании выявлено, что аутоагрессоры чаще, чем испытуемые нормативной группы, выбирают дезадаптивные виды копинг - стратегий [1].

Показатель «Деструктивного нарциссизма» повышен в обеих группах, он понимается как искажение или нарушение возможности личности реалистично ощущать, воспринимать и оценивать себя. Это проявляется в выраженной нестабильности самоотношения, проявляющейся в попеременной переоценке или недооценке себя. Интенсивность данных переживаний может достигать высокой амплитуды от идей малоценности до фантазий о собственном величии. Любое ситуационное затруднение является угрозой для хрупкой самооценки, толерантность к фрустрации снижена. Другие люди воспринимаются как враждебные, вплоть до параноидных реакций, что согласуется с высокими показателями шкал враждебности и паранояльности по методике SCL-90R.

Для обеих групп можно говорить о снижении «конструктивной сексуальности», преобладании дефицитарных тенденций. По сути, речь идет о неприятии своей телесности. Для поведенческих проявлений «дефицитарной сексуальности» характерна невысокая оценка своего телесного облика, неспособность испытывать радость от собственного тела. Эти данные согласуются с результатами, полученными с помощью опросника *Шкала инвестиций в тело* (BIS) (Body Investment Scale): недовольство телом и его частями, снижение инвестиции в тело (заботы, защиты, удовольствия от прикосновений). Вышеописанные особенности более выражены в группе с высокой враждебностью.

Сравнение выделенных групп между собой показало значимые различия в показателях «деструктивной агрессии», «дефицитарного и деструктивного нарциссизма» и «деструктивного внешнего Я-отграничения» для группы с высокой враждебностью. Рассмотрим эти показатели более подробно. Существенным признаком «деструктивной агрессии» является фактическая ситуационная неадекватность агрессии (по интенсивности, направленности, способу или обстоятельствам проявления) сложному межличностному пространству человеческих

отношений. В поведении данный вид агрессии проявляется в деструктивных поступках, склонностью к обесцениванию (эмоциональному и мыслительному). В тех случаях, когда агрессия не находит внешний объект для своего выражения, она может направляться на собственную личность, проявляясь тенденциями к самоповреждению. Типичными для таких лиц являются также нарушения эмоционального и особенно волевого контроля, имеющие временный или относительно постоянный характер. Таким образом, при высоких показателях враждебности несуицидальное самоповреждающее поведение не обуславливается характеристикой триггера, и вероятно связано с такой динамической характеристикой как импульсивность.

Были выявлены различия в выраженности нарциссической составляющей для обеих групп, наиболее значимые - в дефицитарном аспекте этого конструкта. Описание «деструктивного нарциссизма» было дано выше, в качестве общего для обеих групп, но для группы с высокой враждебностью наличие дефицитарной составляющей сопровождаются усилением аффективных проявлений в рамках дистимии. Это подтверждают показатели шкалы «депрессии» опросника SCL-90R. «Дефицитарный нарциссизм» понимается как недостаточность способности формировать целостное отношение к себе, развивать дифференцированное представление о собственной личности, своих способностях и возможностях, равно как и реалистично оценивать себя. По сравнению с «деструктивным нарциссизмом» здесь речь идет о более глубоком нарушении центральной Я-функции, ведущем к почти полной неспособности воспринимать неповторимость и единственность собственного существования. Вместе с тем, в отличие от, например, «деструктивного нарциссизма» он отражает существенно иной модус интерперсональных отношений проявляющийся невозможностью устанавливать и поддерживать «полноценные» межличностные контакты и отношения без ущерба своим интересам, потребностям, жизненным планам. «Нарциссический голод» и потребность в нарциссическом «питании» выражается в непереносимости одиночества и выраженном неосознанном стремлении к теплым, симбиотическим контактам, в которых можно полностью «раствориться», укрыв тем самым себя от невыносимых страхов реальной жизни, личной ответственности и собственной идентичности. Такие серьезные нарушения нарциссического развития согласуются с представлениями Спотница о нарциссическом характере защит при депрессии [19]. При злокачественном нарциссизме с характерными садизмом и расщеплением как защитными механизмами, атака на «Я» и

собственное тело в виде самоповреждений или суицидальных попыток служит парадоксальной мерой поддержания цельности «Я», причем тело воспринимается суицидентом как чуждое ему, как собственность обидчика [22; 27; 32]. В нашем исследовании, данное утверждение может быть подкреплено выраженностью показателя телесной деперсонализации «ABE_телесного», оцениваемого при помощи Кембриджской шкалы деперсонализации.

Еще один параметр значимого различия между группами, а именно — «деструктивное внешнее Я-отграничение». Под «деструктивным внешним Я-отграничением» понимают расстройство «внешней» регуляции отношений личности с действительностью, т. е. взаимодействия с окружающей группой и событиями внешнего мира. В поведении «деструктивное внешнее Я-отграничение» выражается стремлением к избеганию контактов, нежеланием вступать в «диалог» и вести конструктивную дискуссию, тенденцией к гиперконтролю проявлений собственных переживаний и чувств и реактивной неприязнью к чужой эмоциональной экспрессии. Полученные данные коррелируют с высокими показателями шкалы «сенситивность» опросника SCL-90R. Жесткое эмоциональное дистанцирование, аффективная скованность и закрытость, безучастность к трудностям, проблемам и потребностям других людей, ориентация на сверхконтроль экспрессивности обуславливают «выстраивание барьера», препятствующего продуктивной коммуникации с предметным миром. Наличие этого «барьера» находит свое подтверждение в таких показателях Кембриджской шкалы деперсонализации как эмоциональная деперсонализация «EN_эмоциональная» и деперсонализация окружающего «Afs_окружающее».

Закключение. «Способность к дифференциации и интеграции подразумевает возможность отличить себя от других, внутренние объекты и репрезентации от внешних объектов и обстоятельств, настоящее от прошлого и будущего и установить связь между этими элементами, не смешивая их. Она отражает умение создавать и поддерживать дифференцированное, реалистичное, последовательное и комплексное представление о себе (идентичность) и других и соединять эти внутренние представления способом, улучшающим адаптацию и функционирование. Основной чертой способности к дифференциации и интеграции является умение создавать и поддерживать реалистичную и связанную идентичность в отношении с другими» [11]. Противоречия в подростковом возрасте, могут приводить к субъективно тягостному переживанию внутреннего разлада, измененности своего Я, сомнениям в идентичности. Будучи болезненно заостренными, данные

переживания являются «ядром деперсонализации» и как правило сочетаются с явлениями дистимии [15]. Углубление деперсонализации сопровождаются усилением аффективных проявлений в рамках дистимии. Вероятно нарастание интенсивности болезненных переживаний в сочетании с аффективным переживанием одиночества и неспособности повлиять на ситуацию актуализирует потребность в «иллюзии контроля» над собственными эмоциональными реакциями. Неприятие своего тела, «отчужденное» отношение и лишение тела «субъектности» при высокой враждебности может способствовать его использованию в качестве инструмента для решения психологических проблем, что является фактором риска развития, закрепления и утяжеления самоповреждающего поведения.

Подтверждена гипотеза: при недостаточной интеграции и дифференциации идентичности возможно такое нарушение самосознания, при котором тело воспринимается как не-Я, как чуждый объект, и враждебность, возникающая на границе Я и не-Я, может проводить к обесцениванию и девальвации, особому пренебрежительному отношению к телесному опыту вплоть до явлений отчуждения, квалифицируемых как деперсонализационные. Связь соматического опыта и враждебности подтверждена и в других исследованиях [14].

Важнейшей предпосылкой формирования внешних границ «Я» является нормальное функционирование конструктивной агрессии, играющей решающую роль в исследовании внешнего мира и позволяющей, тем самым, развивающейся личности учиться отделять его от собственных переживаний. В исследовании получены данные о недостаточности именно конструктивной агрессии, преобладании ее деструктивных и дефицитарных составляющих. Таким образом, психотерапевтическая работа с данными больными должна включать следующие направления: развитие конструктивной агрессии, снижение враждебности, работу с телом.

Выводы. В исследовании выявлена связь между враждебностью и намеренным несуицидальным самоповреждающим поведением, а также тяжестью имеющейся психопатологической симптоматики. Показано, что в группе с «повышенной враждебностью» спектр патологических состояний, которым соответствует сложившийся тип организации структуры личности, в значительной степени определяется нарциссической составляющей. Выявлена связь враждебности и эмоциональных, когнитивных, поведенческих особенностей восприятия своего тела (более негативный образ тела, неудовлетворенность его отдельными частями и телом в целом, сниженная «Защита», более высокие показатели самонаблюдения и сравнения себя с другими, телесная диссоциация). В исследуемой группе пациенток с аффективными расстройствами,

сопровождающимися несуицидальным самоповреждающим поведением, повышение показателей враждебности напрямую коррелирует с явлениями соматопсихической деперсонализации.

Литература

1. Абрамова А.А., Ениколопов С.Н., Ефремов А.Г., Кузнецова С.О. Аутоагрессивное несуицидальное поведение как способ совладания с негативными эмоциями // Клиническая и специальная психология. 2018. Vol. 7. no. 2. pp. 21-40.
2. Аммон Г. Динамическая психиатрия. СПб.: Психоневрол. ин-т, 1995. 198 с.
3. Ениколопов С.Н. Психология враждебности в медицине и психиатрии // Современная терапия психических расстройств. 2007. no. 1. pp. 18-22.
4. Ениколопов С.Н., Садовская А.В. Враждебность и проблема здоровья человека // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. 2000. Vol. 100. no. 7. pp. 59-64.
5. Ениколопов С.Н., Цибульский Н.П. Психометрический анализ русскоязычной версии опросника диагностики агрессии А. Басса и М. Перри // Психологический журнал. 2007. Vol. 28. no. 1. pp. 115-124.
6. Кабанов М.М., Незнанов Н.Г. Очерки динамической психиатрии: Транскультуральное исследование. 2003.
7. Казьмина О.Ю., Медведева Т.И., Щелокова О.А., Каледа В.Г. Депрессии юношеского и молодого возраста: предикторы прогноза суицидального риска // Психиатрия. 2014. Vol. 4. no. 64. pp. 11-20.
8. Крылова Е.С., Бебуришвили А.А., Каледа В.Г. Несуицидальные самоповреждения при расстройстве личности в юношеском возрасте и оценка их взаимосвязи с суицидальным поведением // Суицидология. 2019. Vol. 10. no. 1. pp. 48-57.
9. Кузнецова С.О., Абрамова А.А., Ефремов А.Г., Ениколопов С.Н. Исследование особенностей аутоагрессивного поведения у лиц, переживших сексуальное злоупотребление в детском возрасте // Национальный психологический журнал. 2019. no. 3 (35). pp.
10. Лебедев С.В. Адаптация и психометрический анализ методов психодиагностики деперсонализации : автореферат дис. ... кандидата психологических наук : 19.00.04. Москва, 2004. 25 с.
11. Линджарди В., Мак-Вильямс Н. Руководство по психодинамической диагностике PDM-2. М.: Класс, 2019.
12. Литмен Р. Зигмунд Фрейд о самоубийстве // Журнал практической психологии и психоанализа. 2003. no. 1. pp. 59-65.
13. Медведева Т.И., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н. Смыслы самоповреждающего поведения: результаты интернет-исследования // Неврологич. вестн. 2020. Vol. 1. pp. 19-21.
14. Медведева Т.И., Ениколопов С.Н., Бойко О.М., Воронцова О.Ю., Станкевич М.А. Лексический анализ высказываний о COVID-19 при высоком уровне соматизации // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2021. no. 3. pp. 39-64.
15. Можгинский Ю.Б. Агрессивность детей и подростков: Litres, 2022.

16. Мясищев В.Н. Сознание как единство отражения действительности и отношений к ней человека // Проблемы сознания: Материалы симпозиума. 1966. pp. 126-132.
17. Мясищев В.Н. Психология отношений: М, Воронеж, 1995. V. 296
18. Польская Н.А. Польская, книга – психология самоповреждающего поведения. М: ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА URSS, 2022. 320
19. Стерн Х. Роль агрессии в депрессивных расстройствах. In: Решетников М.М. (eds), Психопсихология депрессий Санкт-Петербург: Вост.-Европ. Ин-т Психопсихологии, 2005. pp. 159 с.
20. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
21. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н. Особенности молодых людей с самоповреждениями и предшествующими попытками в остром суицидальном кризисе // Суицидология. 2019. Vol. 10. no. 4 (37). pp. 47-64.
22. Чистопольская К.А., Ениколопов С.Н., Магурдумова Л.Г. Медико-психологические и социально-психологические концепции суицидального поведения // Суицидология. 2013. Vol. 4. no. 3 (12). pp. 26-36.
23. Brausch A.M., Gutierrez P.M. Differences in non-suicidal self-injury and suicide attempts in adolescents // J Youth Adolesc. 2010. Vol. 39. no. 3. pp. 233-42.
24. Buss A.H. The psychology of aggression. New York, : Wiley, 1961. 307 p.
25. Cavanagh J.T., Carson A.J., Sharpe M., Lawrie S.M. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review // Psychol Med. 2003. Vol. 33. no. 3. pp. 395-405.
26. Derogatis L.R., Savitz K.L. The SCL-90-R and the Brief Symptom Inventory (BSI) in Primary Care. In: Maruish M.E. (eds), Handbook of psychological assessment in primary care settings. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, 2000. pp. 297-334.
27. Goldblatt M.J., Maltzberger J.T. Self attack as a means of self-preservation // International Journal of Applied Psychoanalytic Studies. 2010. Vol. 7. no. 1. pp. 58-72.
28. Gratz K.L., Conrad S.D., Roemer L. Risk factors for deliberate self-harm among college students // Am J Orthopsychiatry. 2002. Vol. 72. no. 1. pp. 128-40.
29. Hamza C.A., Stewart S.L., Willoughby T. Examining the link between non-suicidal self-injury and suicidal behavior: a review of the literature and an integrated model // Clin Psychol Rev. 2012. Vol. 32. no. 6. pp. 482-95.
30. Hyman J.W. Women living with self-injury. Philadelphia: Temple University Press, 1999. x, 214 p.
31. Joiner T.E. Why people die by suicide: Harvard University Press, 2005.
32. Kernberg O.F. Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies: Yale University Press, 1993.
33. Larkin K.T., Martin R.R., McClain S.E. Cynical hostility and the accuracy of decoding facial expressions of emotions // J Behav Med. 2002. Vol. 25. no. 3. pp. 285-92.
34. Levenkron S. Cutting : understanding and overcoming self-mutilation. New York: W.W. Norton, 1998. 269 p.
35. Linehan M.M. Suicidal people. One population or two? // Ann N Y Acad Sci. 1986. Vol. 487. pp. 16-33.

36. Margari F., Lorusso M., Matera E., Pastore A., Zagaria G., Bruno F., Puntillo F., Margari L. Aggression, impulsivity, and suicide risk in benign chronic pain patients - a cross-sectional study // *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2014. Vol. 10. pp. 1613-20.
37. Muehlenkamp J.J., Swanson J.D., Brausch A.M. Self-objectification, risk taking, and self-harm in college women // *Psychology of Women Quarterly*. 2005. Vol. 29. no. 1. pp. 24-32.
38. Muratori P., Pisano S., Milone A., Masi G. Is emotional dysregulation a risk indicator for auto-aggression behaviors in adolescents with oppositional defiant disorder? // *J Affect Disord*. 2017. Vol. 208. pp. 110-112.
39. Orbach I., Mikulincer M. The Body Investment Scale: Construction and validation of a body experience scale // *Psychological Assessment*. 1998. Vol. 10. no. 4. pp. 415-425.
40. Ross S., Heath N.L. Two models of adolescent self-mutilation // *Suicide Life Threat Behav*. 2003. Vol. 33. no. 3. pp. 277-87.
41. Schaefer L.M., Thompson J.K. The development and validation of the Physical Appearance Comparison Scale-Revised (PACS-R) // *Eat Behav*. 2014. Vol. 15. no. 2. pp. 209-17.
42. Slade P.D., Dewey M.E., Newton T., Brodie D., Kiemle G. Development and preliminary validation of the Body Satisfaction Scale (BSS) // *Psychology and Health*. 1990. Vol. 4. no. 3. pp. 213-220.
43. Smith T.W. Hostility and health: current status of a psychosomatic hypothesis // *Health Psychol*. 1992. Vol. 11. no. 3. pp. 139-50.
44. Whitlock J., Eckenrode J., Silverman D. Self-injurious behaviors in a college population // *Pediatrics*. 2006. Vol. 117. no. 6. pp. 1939-48.
45. Zetterqvist M., Lundh L.G., Dahlstrom O., Svedin C.G. Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder // *J Abnorm Child Psychol*. 2013. Vol. 41. no. 5. pp. 759-73.
46. Zila L.M., Kiselica M.S. Understanding and counseling self-mutilation in female adolescents and young adults // *Journal of Counseling & Development*. 2001. Vol. 79. no. 1. pp. 46-52.

Городнова М.Ю., Маргошина И.Ю.
ПСИХОТЕРАПИЯ В ФИЛОСОФСКОМ ДИСКУРСЕ:
МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОЕ ПРОСТРАНСТВО МЕДИЦИНЫ И
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Аннотация. Статья посвящена теме определения психотерапии в системе современного научного знания в области клинической психологии и медицины. Рассматривается проблема научной доказательности практического опыта психотерапии. Исследуется такая характеристика психотерапии как метода, интегрирующего междисциплинарный диалог между медициной и клинической

психологий через философское осмысление возможности психологической помощи. В работе представлена проблема практики психотерапевтического диалога, как отражение философии присутствия. Подчеркнута важность введения философии в практику психотерапии, начиная с обучения врачей по специальности «психотерапия», и далее - в обосновании научных направлений психотерапевтического учения.

Ключевые слова: клиническая психология, медицина, психотерапия, философия, психотерапевтический диалог.

Современные тенденции развития науки в XXI веке показали важность и перспективность интеграции медицины и психологии. Клиническая психология является эффективным результатом такой интеграции. Данное научное направление имеет большие возможности в отношении ассимиляции теоретико-методологических, этических и практических аспектов в системе оказания помощи пациентам с различным спектром нарушений психического здоровья.

В России именно клиническая психология пытается реагировать на турбулентность XXI века, отмеченного трудностями адаптации личности в системе цифровых реалий, кризисами эпидемии и глобальными социально-политическими конфликтами. Такая система реагирования активизируется в следующих значимых направлениях современной клинической психологии, таких как клиническая психология семьи, помощь больным с терминальными заболеваниями, больным с соматическими и психосоматическими расстройствами, психолого-психиатрическая экспертиза, психологическая помощь в кризисных и экстремальных ситуациях. Наибольший интерес в системе интегративной характеристики клинической психологии представляет ее опора на психотерапию, как медицинский метод психологической интервенции.

Как в медицине, так и в клинической психологии психотерапия интроецирована в оптику практических инструментов работы психолога или врача-психотерапевта. Но специфика психотерапевтического воздействия на личность далеко уходит за пределы симптомо-центрированного подхода, и осуществляет глубинные личностные изменения, направленные на возможность противостоять личности нынешним хаотичным реалиям XXI столетия.

Данный обзор продиктован одной неоконченной дискуссией с Э.Г. Эйдемиллером (1943–2020), замечательным наставником и учителем в области психотерапевтической практики. Фокус дискуссии касался места психотерапии в современном «идентификационном поле» медицинской науки. Э.Г. Эйдемиллер в одной из последних работ

характеризует нейропсихоанализ в качестве научной интегративной доказательной практики, обосновывающей теоретические аспекты психотерапии в медицинской науке [28]. «Что такое психотерапия? Без сознательного ответа на этот «простой» вопрос специалист не может решить ни одной из жизненно важных профессиональных проблем, будь то проблема границ профессиональной компетенции и зоны ответственности, проблема определения целей и оценки результатов психотерапии или проблема профессиональной идентичности» [3, с.181-182]. В то же время, такой метод психотерапии как гештальт-терапия (и не только) в своем основании, по мнению Ж-М. Робина: «есть в некотором роде прикладная философия» и обоснование терапевтической практики во многом лежит именно в ней [25, с.18].

Функционирование психотерапевтического метода в медицине должно включать систему доказательных практик, во главе которых система измерительного диагностического инструментария, направленного на характеристику состояния пациента: его физического, психического самочувствия, системы его социальной адаптации. При этом исключается такой важный феномен как уникальность, неповторимость самой терапевтической ситуации с каждым отдельным пациентом.

Спор о психотерапии продолжается на страницах журналов, трибунах, интернет-пространстве. В передовой статье журнала «Неврологический вестник» 2019 года В.Д. Менделевич делает вывод о двух путях решения сложившейся ситуации: либо психотерапия попытается преодолеть негативное отношение к доказательному подходу, либо признает, что психотерапевтическую деятельность невозможно оценивать с помощью методов научной статистики и будет существовать вне доказательной парадигмы [21].

В противовес модернистской позиции, когда спор рождает истину, достижением постмодернизма является подчеркивание значимости различий, как условия возможности диалога в движении к непостижимой истине. Эта позиция весьма близка позиции гуманистических направлений в психотерапии.

В связи с этим, представляется возможным вернуться к истокам психотерапевтического учения, а именно, - к философии, позволяющей представить систему знаний о психотерапии, как некой пограничной практике, в континууме науки и искусства, так или иначе освещающей вопросы человеческого бытия, выводя методологию психотерапии за узкое определение ее только как медицинского инструмента помощи пациенту с проблемами психического здоровья.

Выйдя из гуманитарных наук, в борьбе за принадлежность к естественно-научной парадигме, в период редукционистских увлечений

в философии, психология стала сознательно строить себя по образцу естественных наук и пожертвовала, как справедливо замечает Б.С. Братусь «самым дорогим, что у нее есть, тем, ради чего она, собственно, и существовала, а именно душой. Челпанов был прав — «конечные ключи от психологии лежат в философии», прав и Выготский, видя предельную задачу общей психологии в том, чтобы стать «философией практики» [2, С.15]. Наука наша остается недостроенной вавилонской башней, застигнутой смешением языков. Причина этого заключается в том, что скрепляющее начало находится не в самой психологии, поэтому оно обретается не в тонком и совершенном экспериментальном исследовании, и анализе. Оно может быть обретоено через философию психологии» [2, с.15].

Вопросы души, а значит этических начал душевной жизни личности, все чаще становятся предметом научной дискуссии в области как медицины, так и психологии [5].

Следует признать и историческое первенство философии в антропологической практике «заботы о себе», само ее возникновение явилось следствием желания человека понять смысл своего бытия и природу мира – неизбежные вопросы человеческого существования. Именно поэтому оказалось неизбежным стремление философии, и таких ее «ответвлений» как психиатрия и психология, к сближению. Уже в начале XX века появляется философская антропология М. Шелера, Х. Плеснера, А. Гелена, развивается такая область философии как философия субъекта, практически параллельно и психология субъекта (а конец века ознаменован появлением философской практики Г. Ахенбаха) [4].

Современные авторы обращаются к философии психологии. О функциональном значении философии психологии пишет О.В. Майорова [19], необходимость взаимодействия истории психологии и философии психологии подчеркивает В.А. Мазилев [18]. М.Г. Чеснокова выделяет четыре основные исследовательские парадигмы в психологии: гносеологическая, феноменологическая, деятельностная и экзистенциальная, рассматривая их в контексте философии и науки [27].

По мнению О.А. Власовой, выбор позитивистской научно-естественной парадигмы и отказ от онтологии, приводит к разрыву в предметной области исследования, так как психология и психиатрия являются науками не столько о мозге и организме, сколько о психике и душе [4].

Отметим, что психотерапия - как раздел психиатрии, объединяет в себе изучение, исследование души, и ее лечение через «психику и посредством психики» (Б.Д.Карвасарский 1992) [3]. Психотерапия

интегрирует часть психиатрии и психологии. Но сама категория души, которая относится к этике, предполагает вновь рассматривать психотерапию, по справедливому замечанию С.Р.Динабург, как проблему современной философии [10].

Е.В. Косилова в своей докторской диссертации «Исследование центральных инстанций субъектности в свете данных психической патологии» предлагает разработать критерии психиатрической нормы, которая всегда меняется и недостоверна в своем механическом картезианском объяснении в парадигме философских критериев адекватного бытия субъекта [15, 16]. Также она продолжает исследования в области поиска выхода из кризиса философии и психиатрии, предлагая пересмотреть программы в области образования психиатров [14].

Гештальт-терапевт Д.Н. Хломов в своих работах неоднократно подчеркивал, что гештальт-терапия существенно больше, чем просто способ лечения психических расстройств, это – в собственном смысле практическая философия [23]. Влияние различных философских направлений на психотерапевтическую практику неоднократно обсуждалось и продолжает обсуждаться в современной литературе [1, 11, 23, 24].

Дж. Филипс соотносит некоторые философские течения с теми или иными базовыми психотерапевтическими подходами, что, по мнению проф. Н.А. Корнетова позволяет на более глубинном уровне изучить поляризацию и смешение философских и психотерапевтических парадигм в психотерапии [13].

Значимой работой для преодоления мировоззренческого детерминизма, поляризации наукоцентрированного и гуманитарного подхода к проблематизации психотерапии, стало диссертационное исследование Л.И. Воробьевой, в котором автором предложена культурно-историческая концепция психотерапии, структурно основывающаяся на экзистенциально-личностной модели антропологических практик [7]. Как антропологическая практика, психотерапия имеет семейное родство с практиками, укоренёнными в древнейшей религиозно-мистической традиции. Именно это родство подчас делает психотерапию предметом справедливой критики научного сообщества и настороженного отношения.

Французский гештальт-терапевт Ж.М. Робин, отказываясь от «веры, что психотерапия могла бы стать наукой» в своем труде «Быть в присутствии Другого» пишет: «Я понимаю, как рискованно не настаивать на научном характере психотерапии сегодня, когда государственная власть желает оздоровить профессию и отделить нас от гуру, целителей и других шарлатанов. Как сказать о нашей

особенности, чтобы не упасть в глазах наших собеседников?» [25, с. 97]. Ответом может служить интегративное определение психотерапии в философском дискурсе антропологической практики, что позволяет сохранить ее научный статус.

Размышляя о телесе («смысле существования») психотерапии «в контексте глубинной традиции, имеющей непреходящий в веках антропологический смысл и цель, об ее изначальном культурном и социальном предназначении» [7], Л.И.Воробьева обращается к работам И.Т. Касавина, где и находит описание необходимых для истории человечества двух «форм первобытного сознания» значимых для разных сфер человеческой жизни: производственной, укладывающейся в рационально-стандартные схемы, и обстоятельствах неопределенности и случайности [12]. Именно вторая форма сознания становится востребованной в ситуации, когда отсутствуют накопленные опытом стандарты и схемы ее решения, сама возможность контролировать ход событий и прогнозировать результат. Лидерами такой ситуации, помогающими в ее преодолении, способные ее прогнозировать, являются, по мнению И.Т. Касавина «шаманы, жрецы, астрологи, алхимики, колдуны, психотерапевты, гении искусства и науки» [12, с. 222]. Поиск смысла в таких ситуациях и есть способ их преодоления. Таким образом, «телесом» психотерапии «не является познание само по себе, т. е. исследование в новоевропейском смысле с его критериями истинности, объективности, достоверности, надежности, а обретение нового смысла, понимания и опыта. символический языковой строй столь же необходим для человечества, как и язык науки. Психотерапия как гуманитарная практика должна хранить и совершенствовать его вместе с религией, искусством, философией» [7, с.123].

Предложенная культурно-историческая концепция дает основания продолжить собственные размышления о психотерапии как об антропологической гуманитарной практике в сфере медицины. Перед нами возникает множество вопросов: на какой научной и методологической основе осуществляется эта практика, как можно доказать эффективность психотерапии исходя из парадигмы доказательной медицины, основанной на позитивистской и неопозитивистской концепциях философии науки? Научная доказательность возможны лишь там, где возможна объективизация объекта познания, но возможно ли говорить об этом в контексте психотерапии, где изменения происходят в результате взаимодействия между двумя (или более) участниками психотерапии? Появляющиеся вопросы не находят ответы в зоне медицинской науки и неизбежно переходят в зону метафизики, остающейся прерогативой философии и

богословия. При этом в медицинской практике психотерапии «тенденция к антропологическому повороту отнюдь не всеми, и даже не большинством видится и приветствуется», - не без основания замечает Б.С. Братусь [2].

Цельное обоснование единства философско-методологических оснований психотерапевтической практики (отражающее и поддерживающее наше собственное мировоззрение) вновь находим в работах Л.И. Воробьевой [5, 6, 7, 8]. На основе анализа взаимоотношений, связывающих психотерапию с науками современного типа, автор делает вывод о невозможности как причинного выведения или сведения данной практики к какой-то из них, так и конструирования ее по этому образцу.

Психотерапия, по мнению Л.И.Воробьевой, не основывается на структурном основании познания и практик «классической эпохи» - субъект-объектной дихотомии, а спонтанно находит для себя иной принцип организации взаимодействия между людьми — диалогический [8]. Именно диалогическая философия, развивающаяся как на западе (М. Бубер, Э. Левинас, Ф. Розенцвейг, О. Розеншток Хюсси, Г. Марсель, Х. Ортега и Гассет), так и в России (М.М. Бахтин, В.С. Библер), дает возможность конструирования и познания культурных гуманитарных практик вне субъект-объектного декартова пространства. Теория и познание в контексте психотерапии меняют значение. Происходит радикальное преобразование философии практики: от стратегии объяснения, присущей позитивно научному исследованию, к стратегии понимания, характерной для феноменологического раскрытия сущности предмета или явления в герменевтической феноменологии М. Хайдеггера и его последователей — Г.Г. Гадамера, П. Рикера, М. Мерло – Понти [8].

Так, например, М. Хайдеггер и Г. Гадамер рассматривают диалог в системе не самовыражения, а понимания другого, поиске смысла с Другим [20]. «Диалог — это место создания нового смысла на основе понимания и опыта. Именно понимания, а не знания! Понимание рассматривается как феномен, захватывающий человека целиком. Это не инсайт или катарсис, это транссемиотический феномен подобен узнаванию кого-то или чего-то важного для человека. Это целостное эмоционально-чувственно-когнитивное проживание в тесной взаимосвязи с ситуацией. Понимание является «хотя и недоязыковым, однако же допредикативным пониманием», — пишет ученик и комментатор М. Хайдеггера, М-В фон Херманн [7, с.112]. Событийность означает феноменолого-герменевтический аспект происходящего в психотерапии — открытость переживания как схватывание его смысла, изменяющего участников диалога

экзистенциально [7]. Феноменология становится повсеместной формой экспликации вне научного опыта. Современный экзистенциальный психотерапевт А. Лэнгле подчеркивает, что эффект практикования феноменологии имеет большое значение для качества жизни человека как личности [17].

Л.И. Воробьева выделяет два методологических принципа герменевтической феноменологии, лежащих в основе психотерапевтической практики: необходимость Другого и онтологическую вовлеченность участников процесса. Герменевтический круг на основе онтологизации субъективности, произведенной Хайдеггером, связывает понимание и существование. В ходе психотерапии должна произойти встреча не познания с познанием, а бытия с бытием, только так возможно обретение нового смысла. Это и есть критерий эффективности психотерапии. Психотерапия обращается к человеку, не делая из него объекта воздействия, предполагая в нем лицо, способное к изменению себя в процессе понимания [7, с 126-127].

Продолжая собственные размышления о принципах герменевтической феноменологии, лежащих в основе психотерапевтической практики, невозможно не говорить о присутствии. В противовес герменевтике, как подчеркивает Г.У. Гумбрехт, для рефлексии о присутствии «необходима любая концептуальная традиция, которая, начиная с философии Аристотеля, работает с субстанцией и пространством. Однако, интерес к «материальным факторам коммуникации», «негерменевтическому» и «производству присутствия» никоим образом не отменяют всей области толкования и производства значения» [9, с.30], а сопутствуют, предшествуя ему. Подобно тому (и то, что значимо для психотерапии), как рождение, телесность и отношения матери и ребенка предшествуют появлению значения.

В современной психотерапии присутствие становится, как отмечено в статье М.А. Осетровой и В.П. Серкина, настоящей исцеляющей практикой [22]. Присутствие становится полюсом, противостоящим таким токсичным тенденциям как расколотость современного мира, потеря чувствительности современного человека, что выражается в своеобразии психопатологических феноменов, с которыми пациенты обращаются к помогающим специалистам: тревожность, аддикции, отсутствие побуждений, лежащее в основе депрессивных расстройств, неспособность к аффективной регуляции, телесная десенсибилизация.

Гештальт-терапевт И.А. Погодин подчеркивает фундаментальность присутствия на пути к ресурсам первичного опыта

человека в диалогово-феноменологической психотерапии психических расстройств. Именно присутствие обеспечивает восстановление чувствительности, катализирует процесс осознания, оживляет процессы, включая деконцептуализацию, делает доступным ресурсы первичного опыта для позитивных изменений [23]. Быть присутствующим терапевтом не просто технический навык, а укорененный опыт переживания (на всех уровнях саморегуляции).

О модусе и содержании присутствия в персональной коммуникации размышляет в своей философской работе В.В. Рыбаков. Рассматривая его как модус переживания транссемиотического опыта, имеющего все основные черты присутствия, отмеченные Х.У. Гумбрехтом (эпифания, выдвигание и сокрытие, появление и ускользание, колебательность и т. п.), автор подчеркивает, что именно присутствие характеризует содержания, которые могут проявиться и пережиты в рамках такого опыта, при этом язык не выражает значения самого присутствия, но позволяет ему явиться на свет [26]. Первичность присутствия для проявления значений весьма важный вывод для практикующего психотерапевта.

В знаковой книге Г.У. Гумбрехта «Производство присутствия: чего не может передать значение» обозначена общая тенденция развития общества - современное общество стремится к присутствию [9]. В противовес полюсу «культуры значения», в которой толкование и коммуникация рассматриваются как исключительно духовные способы освоения мира (к ним автор также относит психоанализ и психотерапию), «шаг к выходу из безраздельно смысловой сферы» автор видит в «культуре присутствия» [9]. Возвращение к «материальным фактам коммуникации»: пространственности, телесности, принадлежности миру, бытия в нем рассматриваются как дополнительные способы и «некоторые предпосылки производства знания в гуманитарных науках» [9, с.94.]. И производства знания о себе в мире добавляем мы, как психотерапевты.

Педагогическая позиция, по мнению Г.У. Гумбрехта, представляет собой «дар оставаться внимательным и абсолютно открытым для других, не давая себя поглотить их интуициями и позициями, и это дар интеллектуального вкуса, который всегда заставляет обращаться лишь к тем проблемам, что не допускают быстрых и легких решений. Подобная открытость и нацеленность характеризуют преподавателя как катализатора интеллектуальных событий — и эту функцию катализатора я связываю с необходимостью физического присутствия» [9, с.132]. Не есть ли эта позиция психотерапевта, присутствующего рядом с Другим, и создающим возможность обретения нового переживания и опыта. Заключительный

тезис книги звучит следующим образом: «Наш нынешний интерес к присутствию основан на стремлении к присутствию, которое в условиях современной культуры может быть удовлетворено только в условиях крайней фрагментации времени» [9, с.133.]. И задача психотерапевта быть участником создания этой фрагментации через собственное присутствие.

Разрешение «неразрешимого» конфликта науки и практики в области психотерапии находим в разнице между объяснением, как основного конструкта науки, и пониманием, как единственного возможного процесса изменения в процессе психотерапевтической Встречи. «Теоретические» построения, опираясь на которые, психотерапевт разворачивает практику, не нуждаются ни в каких научных верификационных или фальсификационных процедурах, потому что не претендуют на объективность, у них — иная ценность и иной смысл — быть средством понимания. Отличие в стратегиях приводит к различию в структуре и характере самого знания — стратегия объяснения требует научной строгости и однозначности терминов используемого языка, стратегия понимания позволяет (и даже индуцирует) использование символических конструкций. Производство психотерапевтического знания не может быть определено в терминах научных процедур, а оно само не выдерживает эпистемологических канонов, позволяющих отнести его к науке. Гуманитарные теории выполняют не аналитическую и объяснительную функцию, а конструктивную и репрезентативную, и нацелены не на познание, а на смысловую артикуляцию опыта» [6, с.146].

Обнаруженное знание поддерживает нас в нашем представлении о психотерапии как об антропологической практике, однако, занимаясь научными исследованиями в психотерапии, приходится преодолевать множество трудностей в обосновании дизайна исследования, в выборе методологии и метода, доказательности результатов. Обычно работы в области психотерапии защищаются по двум специальностям: психиатрия и медицинская психология, которые лежат в основе теории и практики психотерапевтического метода, а также объекта и предмета исследования. Однако, следует признать, что предметом исследования психотерапевтического воздействия могут быть явления и феномены, представляющие области и иных научных специальностей, особенно философии - наиболее близкой к ряду психотерапевтических направлений. В качестве иллюстрации в паспорте научной специальности «Философские науки» находим такие области исследования, как проблема бессознательного и подсознательного в отражении в соотношении с осознанным мышлением, оперативной и потенциальной памятью, вербальными и невербальными формами

мышления. Современное понимание интуиции и ее связи с формализованными типами доказательства, видами интуитивного творчества и продуктивного воображения. Разве это не предмет научного и практического интереса врача-психотерапевта или клинического психолога?

Таким образом, можно сказать, что психотерапия является культурной антропологической практикой, отражающей бесконечный процесс поиска истины, к которой пытаются идти со времен становления философии. От дихотомии и вечного спора между физикой и метафизикой к диалогу и встрече с Другим и «в присутствии Другого» [25], создающее необходимую опору в настоящем для шага в будущее.

Подводя итоги этой статьи, можно сказать, что сближение психологии, психотерапии, психиатрии и философии неизбежно и необходимо и для нашей практики, и для нашей науки.

Любая практика требует укоренения, что невозможно без глубокого проживания в личном опыте того, что можно предложить для Другого. Так быть присутствующим не просто телесное пребывание, это экзистенциальное состояние в проживании, опыт пребывания себя для Другого в ситуации здесь и теперь. И это не просто знание и понимание того, что написано о присутствии, а именно эстетический опыт, который затем можно выразить посредством языка. По-иному, это «забытый опыт счастливого младенчества в своем существовании в присутствующем, принимающем и откликающемся мире», — это то, что мы смогли открыть посредством собственной практики и собственного опыта.

Научные исследования также должны быть поддержаны определенной теорией, выполняться в научной парадигме, и это невозможно без опоры на философию как раздел науки, имеющего собственную методологию исследований явлений и феноменов, к которым точно относится психика человека как предмет исследования. Именно поэтому, мы считаем необходимым включать в подготовку психиатров и психотерапевтов вопросы философии, на которых основывается теория и практика помощи другому. Возможно, пришло время выполнения научных исследований в области психотерапии не только по двум специальностям - психиатрия и медицинская психология, но и философия.

Безусловно, мы не ставили перед собой задачу смешать философский, медицинский и психологический дискурсы. Исследование феномена предполагает учет того, что в разных научных модусах, включая клиническую психологию, философию и медицинскую феномен может пониматься по-разному. Также отмечаем, что ценность любой науки в ее идентичности, в понимании целей и задач развития и

функционирования научного знания.

Здесь психотерапия выступает как метод, связующий клиническую психологию и медицину, но эта связь базируется на философской основе психотерапии, что создает условия для более широкого поля применения психотерапии как инструмента психологической помощи, через погружение в философскую эпистемологию природы личности.

Хотелось бы подчеркнуть важность диалога между научными парадигмами. Диалог медицины и клинической психологии через философию психотерапии, на наш взгляд, может быть аллюзией на диалоги «присутствующей» системы «Я-Другой», где через взаимодействие систем «врач-психотерапевт - пациент», «психолог - клиент», рождаются новые смыслы, как для медицинской, так и для психологической метафизики.

Литература

1. Байтман Т. П. Философские теории XIX XX В. Как основа современных психотерапевтических методов / Т.П.Байтман // БМИК. — 2013. — №2. - С.162
2. Братусь Б.С. Проблема возвращения категории «души» в научную психологию/ Б.С.Братусь // Национальный психологический журнал. — 2014. — №3(15) — С. 5–15.
3. Василюк Ф.Е. Понимающая психотерапия: опыт построения психотехнической системы / Ф.Е.Василюк // Вестник Практической Психологии Образования. — 2007. — № 4 (13). — С 37-41.
4. Власова О.А. Карл Ясперс и Мишель Фуко: история философии как практика «Заботы о себе»/ О.А.Власова // Вестник СПбГУ. Философия и конфликтология. — 2014. — №4. — С47-53.
5. Воробьева Л.И. «Духовность» в психологии: философско-методологический анализ / Л.И.Воробьева // Культурно-историческая психология. — 2019. — № 3 (15) — С. 32—40.
6. Воробьева Л.И. Единство философско-методологических оснований психотерапевтической практики / Л.И.Воробьева // Консультативная психология и психотерапия — 2013. — № 1. — С.126-152.
7. Воробьева Л.И. Проблема единства психотерапии и ее «ТЕЛОС» / Л.И. Воробьева // Консультативная психология и психотерапия. — 2012. — № 4 (75). - С. 102-127.
8. Воробьева Л.И. Психотерапия в истории психологии: культурно-исторический анализ: Дисс. ... канд. психол. наук/ Л.И.Воробьева — М. — 2016. — 30с.
9. Гумбрехт Х.У. Производство присутствия: Чего не может передать значение / Х.У. Гумбрехт; Пер. с англ. С. Зенкина. —М.: Новое литературное обозрение. —2006. — 184 с.
10. Динабург С.Р. Определение психотерапии как проблема современной философии / С.Р.Динабург // Вестник ЛГУ им. А.С. Пушкина. — 2017. — №3. — С. 45 - 56.

11. Каган В.Е. Психотерапия: к философии ремесла /В.Е. Каган // *Existentia: психология и психотерапия.* – Спецвыпуск: Философия. — 2011. — С. 46–65.
12. Касавин И.Т. Традиции и интерпретации: фрагменты исторической эпистемологии / И.Т. Касавин. — СПб.: Из-во РХГИ, 2000. — 320с.
13. Корнетов Н.А. Концепция клинической антропологии в медицине /Н.А.Корнетов // *Бюллетень сибирской медицины.* —2008. —№1(7). — С.7-31.
14. Косилова Е.В. Об образовании психиатров./ Е.В.Косилова // *Alma mater (Вестник высшей школы).* —2018. — № 11. —С. 41-45.
15. Косилова Е.В. Феноменологический анализ диадического бытия субъекта / Е.В.Косилова // *Контекст и рефлексия: философия о мире и человеке.* — 2016. — № 2. — С. 92-109.
16. Косилова Е. В. Философия и психиатрия в поисках выхода из кризиса: исследования феномена «Я» / Е.В.Косилова // *Вестн. Том. гос. ун-та. Философия. Социология. Политология.* — 2019. — №51. — С.79-87.
17. Лэнгле А. Феноменологический подход в экзистенциально-аналитической психотерапии / А.Лэнгле. // *Московский психотерапевтический журнал.* — 2009. — № 2. — С.110-129.
18. Мазилев В.А. История психологии и философия психологии: необходимо взаимодействие /В.А.Мазилев // *Вестник ВятГУ.* — 2014. —№2. — С. 94-100.
19. Майорова О.В. Функциональное значение философии психологии./ О.В.Майорова // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии.* — 2014. —№38. — С. 172-179.
20. Манапова В.Э. Проблема понимания в диалоге / В.Э.Манапова // *Вестник Брянского государственного университета.* — 2013. — №2. — С 304-306.
21. Менделевич В.Д. Доказательная психотерапия: Между возможным и необходимым./ В.Д.Менделевич // *Неврологический вестник.* — 2019. — №2 (LI) — С. 4—11.
22. Осетрова М. А.. Модель феномена присутствия в процессе психотерапии./ М.А.Осетрова, В.П.Серкин // *II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Федора Ефимовича Василюка: сборник материалов [электронное издание] / под ред. Е.В. Букшиной, В.А. Земцовой.* — М.: ФБГНУ «Психологический институт РАО», 2020— С.201-205.
23. Погодин И.А. Диалогово-феноменологическая психотерапия психических расстройств: особенности подхода./ И.А.Погодин // *Вестник психиатрии и психологии Чувашии.* — 2015. — № 1 (11). — С. 77–94.
24. Попов М. В.. Философские основания когнитивно-поведенческой психотерапии по текстам Джудит Бек./ М.В. Попов, Н.Ю. Верхотурова // *Инновации в науке.* — 2018. — №4 (80). — С 41-46.
25. Робин Ж.М. Быть в присутствии Другого: этюды по психотерапии. — М.: Институт Общегуманитарных исследований. — 2008. — 288с.
26. Рыбаков В.В. Модус присутствия и его содержание в персональной коммуникации. / В.В.Рыбаков // *Общество: философия, история, культура.* — 2016. — №12. — С.47-53.

27. Чеснокова М.Г. О парадигмах психологии / М.Г.Чеснокова //Вестник московского университета. Серия 14. Психология. —2016. — № 4. — С.61-83.
28. Эйдемиллер Э.Г. Современный нейропсихоанализ как интегративная научная и терапевтическая практика / Э.Г.Эйдемиллер, А.Э.Тарабанов // Консультативная психология и психотерапия. — 2019. —Т. 27. № 1(27) — С. 64–78.

Добряков И.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННЫХ ПОКОЛЕНИЙ, СВЯЗАННЫЕ С ИНФОРМАЦИОННО- КОММУНИКАЦИОННОЙ РЕВОЛЮЦИЕЙ

Аннотация. Рассматриваются последствия информационно-коммуникационной революции и социального разлома цикла поколений на формирование характерных психологических особенностей представителей трех поколений, на межпоколенческие конфликты.

Ключевые слова: поколения, информационно-коммуникационная революция, разлом, влечения.

Предметом изучения клинической психологии являются нервно-психические расстройства. В их возникновении и патоморфозе у конкретного человека большую роль играют социальная и культурная среда, в которой это происходит, а также его принадлежность к своему поколению, его взаимоотношения с представителями других поколений.

В XX веке постепенно эпоха модерна сменилась эпохой постмодерна. Это определило социально-культурные особенности начала XXI века и начала нового тысячелетия. Эпохе модерна были присущи поиски причинно-следственных связей, объясняющих в числе прочего происходящее в отношениях людей, в их поведении и в жизни вообще. Термин «постмодернизм» Ж.Ф. Лиотар (Lyotard J.-F.) предложил для обозначения нового направления современной европейской культуры и науки, определив его как кризис метасценариев, сопровождающийся падением престижа науки, дегуманизацией общественных отношений, утратой идей веры в социальный прогресс и всемогущество разума [6]. Постмодернизм характеризуется стремлением разорвать сети прежних сложившихся представлений о мире, сломать стереотипы, подвергать сомнению очевидные факты, формировать новые суждения и ценности. В то же время постмодерн отражает осознание разнообразия и плюрализма форм рациональности, активности жизни, а также признание разнообразия как естественного и позитивного состояния [6].

Во многом переход от модерна к постмодерну был обусловлен накоплением массива информации (нередко весьма противоречивой), легким доступом к ней. Это привело к усилению явления, описанному еще в прошлом веке Е. Дюркгеймом (Durkheim E.), которое он назвал аномией. Аномия (греч.: а – отрицание, nomos – закон) это критическое состояние общества, характеризующееся тем, что старые нормы перестали действовать, а новые ещё не установились [4]. Аномия сказывается на отношениях представителей разных поколений, приводит к росту базальной тревоги, что негативно влияет на формирование личности, на семейные и общественные отношения [10]. При этом среди прочего отмечается размытость границ норм поведения, то есть свода правил, регламентирующих и ограничивающих произвольную деятельность человека. Предлагаются новые формы поведения, вступающие в конфликт как друг с другом, так и со старыми. М.К. Мамардарашвили предвидел наступление эпохи «безнормальности» [7].

Особенно обострилась ситуация в результате социального разлома поколений, описанного В.В. Радаевым. Произошел разлом между поколением реформ и поколением миллениалов примерно в 1999-2016 годах. Основной причиной разлома В.В. Радаев считает не бурные политические события, выпавшие на долю поколения реформ, мечтавшем о переменах, не экономическую ситуацию, а информационно-коммуникационную революцию [9]. В.В. Радаев использовал в своих исследованиях социологическую теорию поколений, разработанную экономистом Нейлом Хоувом (Howe N.) и историком Вильямом Штраусом (Strauss W.). Согласно этой теории, история развивается циклами, продолжительность которых примерно 90 лет. Таким образом в течение 1 цикла происходит 4-5 смен одного поколения другим. Смену поколений авторы назвали «поворотом» [8, 12]. В разных странах промежуток времени от одного поворота до нового в зависимости от происходящих исторических, политических, экономических, климатических, культурных и других процессов может варьироваться, сокращаться или увеличиваться, составляя от 15 до 20 лет.

Рождение и взросление людей примерно в один исторический период являются важными критериями принадлежности к одному поколению. Каждое поколение формирует свое мировоззрение во многом отличающиеся от мировоззрений предыдущего поколения и последующего. Однако при этом старшее поколение не только передает младшему свой опыт, но и перенимает у него некоторые новые для себя знания, черты. Неизбежная эмансипация детей приводит к конфликтам поколений. Если возникают ситуации, когда эти конфликты «отцов и

детей» выходят за рамки традиционных, коммуникации поколений нарушаются. Именно такие ситуации В.В. Радаев предлагает называть разломом поколений. При этом «...артикулированный конфликт может отсутствовать: сторонам просто не о чем разговаривать, предмет для конфликта отсутствует, но и взаимопонимания тоже нет. В этом случае речь идет не просто о серьезных изменениях восприятия и поведенческих практик, но о переходе поколений в ситуацию своего рода параллельного сосуществования» [10. – С. 28].

В разных источниках можно найти указания на разное время становления границ поколений, так как в разных странах динамика и время социальных поворотов в цикле может отличаться, что зависит от географического положения страны, климата, политических, экономических, культурных и других факторов. В.В. Радаев связывает последний социальный разлом поколений в нашей стране с широким распространением в 2007 году смартфонов, объединивших компьютер и мобильный телефон. Этого не было у поколения, получившего название реформенного (оно же поколение X), представители которых родились в 1968-1981 годах и выросли 1985-1999. У поколения X и следующего поколения Y много различий, однако кардинально повлияло на их поведение и привело к социальному разлому изменение в способах удовлетворения сенсорной жажды и полового влечения.

Поколение X выросло в сложный период экономического и политического кризиса. В 1991 году произошел распад СССР. Представители реформенного поколения удовлетворяли сенсорную жажду с помощью радио и телевидения, посещая культурные мероприятия (кино, театры, концерты, выставки), много читали, ходили в походы, путешествовали, занимались спортом. При этом многие были склонны заниматься политикой, стремились к общению, к высокому статусу, выгодной должности, обогащению. Много времени проводили на «тусовках» в появившихся многочисленных частных кафе и ресторанах. Эпоха компьютерной революции только начиналась. Для реформенного поколения очень важен был баланс между работой и личной жизнью. Интимные отношения, брак имели большое значение для их благополучия. Вступали в брак и рожали детей в более старшем возрасте, чем представители предыдущего поколения.

Следующее за поколением X поколение Y назвали также поколением миллениалов (millennials), так как взросление его представителей пришлось на первые годы нового тысячелетия. Миллениалы выросли в 1999-2016 годах. Как уже отмечалось, на их формирование значительно повлияла информационно-коммуникационная революция, связанная с широким распространением (начиная с 2007 года) смартфонов, сочетающих

телефон и компьютер. Возможность без особого труда получать доступ к любой информации, ее обилие снизили мотивацию к запоминанию и развитию структурирования полученных сведений, изменили способы восприятия происходящего, мышления. Безграничная возможность коммуникаций online лишь посредством слухового анализатора и ограниченного зрительного, исключая воздействия тактильных, обонятельных стимулов, обеднили и обесценили сам процесс общения. Способность человека делиться чувствами и мыслями личной значимости с другим высоко значимым индивидуумом стала подавляться. Сам термин «интимность» стал использоваться реже по сравнению с модернистской и особенно традиционной культурой. Постмодернистские имиджи гендерных идентификаций объективно способствовали и способствуют прогрессивному процессу выхолащивания высших эмоциональных переживаний в сфере интимных отношений [5]. Нередко виртуальный секс милленилы предпочитают реальному. По сравнению с предыдущими поколениями они позже начинают жить отдельно от родителей, реже заключают браки, предпочитая «свободные отношения». Даже заключив браки многие из них не хотят иметь детей, довольствуясь жизнью чайлдфри (англ.: childfree – свободный от детей). В стрессовых ситуациях миллениалы не способны находить социальную поддержку и не надеясь на нее используют для регуляции аффективных переживаний алкоголь, другие психоактивные вещества. Многие из них поддерживают идеи легализации наркотиков и однополых браков.

Большую часть времени миллениалы проводят и проводят за компьютером: просматривают новости, участвуют в чатах, пишут SMS, дневники, собирают «лайки», соревнуются, у кого больше «друзей в контакте». Книги, газеты, журналы, телевизионные и радиопередачи они игнорируют. Многие хотят стать блогерами, разработчиками компьютерных игр. Они не читают газет, журналов, не слушают радио, не смотрят телевизор. Виртуальные развлечения и контакты достаточно удовлетворяют потребность в получении впечатлений.

Следующее за миллениалами представители поколения Z (они же зумеры, центиналы, «снежинки», хоумлендеры, думеры) родились в 2001 году и позднее. Взросление этого поколения приходится на 2-е десятилетие первого столетия нового тысячелетия (с 2016 года). Проходило оно на фоне последствий социального разлома поколений, совершенствования цифровых технологий, глобального экономического кризиса, пандемии, обострения политической обстановки в мире. Информационно-коммуникационная революция продолжалась. Предыдущее поколение лишь начинало осваивать цифровой мир, центиналы же, опутанные соцсетями, в совершенстве

овладели многочисленными инструментами цифровой коммуникации. Интернет всем предоставил право голоса и безмерно расширил границы возможного общения. При этом качественно изменились способы получения информации и общения. Монополия прессы, радио и телевидения на предоставление информации, доверие к ней были подорваны. В широко доступном потоке сведений, предоставляемых Интернетом, каждый может поместить любой, даже фантастический материал, выдавая его за истину. Дискуссии в Интернете нередко проводятся некорректно, сопровождаются оскорблениями. С его помощью можно безнаказанно издеваться («троллить»), клеветать, провоцировать. Осуждая старшее поколение за доверие к информации, полученной из средств массовой информации, сами центиналы готовы слепо верить самой нелепой, мистической информации в Интернете из сомнительных источников. Причем они заходят именно на эти привычные определенные сайты, игнорируя другие, и чувствуя себя комфортно, находя единомышленников. В результате многие из них склонны к формированию сверхценных идей. То, что показалось им истиной, оспорить невозможно, все, доказывающее несостоятельность их взглядов, бездумно отвергается, в том числе ценности предыдущих поколений, их правила общежития. В сетях много агрессивной пропаганды самых разнообразных взглядов и мнений. Предлагаются советы, программы «самоусовершенствования», улучшения здоровья, внешности. Увлечение ими без должной критики, желание соответствия, получения виртуального социального одобрения нередко приводят к негативным последствиям. Черты фанатизма и экстремизма приобретают некоторые политические идеи, борьба за экологию, за равенство полов, за права трансгендеров и т.п. (типичный пример – эко-активистка Грета Тунберг) [3].

Поколение Z также часто называют хоумлендерами (англ.: *home* – дом; *land* – земля, то есть – домоседы). Стирание границ между реальностью и виртуальным миром стало для них естественным и обыденным, стало необходимостью, так как именно оно позволяет легко удовлетворять самые насущные потребности. Сенсорную жажду, пищевое влечение они удовлетворяют с помощью компьютера, не выходя из дома. Торговым центрам предпочитают интернет-магазины. Книг хоумлендеры почти не читают, словам предпочитая картинки, фильмам предпочитают клипы. В их среде растет популярность комиксов. Для удовлетворения сенсорной жажды разнообразия им, как правило, не нужно. Она вполне удовлетворяется в соответствии с их узкими интересами с помощью компьютерных игр, атрибуты которых влияют на моду. Обучаться и работать хоумлендеры предпочитают online. Информацию о чём угодно они получают без труда, нажимая

нужные кнопки. Оскудевает личный информационный запас и стремление его расширять, так как «все можно погуглить». Необходимости ее запоминать, усваивать нет, мотивация к разностороннему обучению снижается.

Общаться хоумлендеры также предпочитают в социальных сетях (ВКонтакте, Инстаграм, Снапчат и др.), не выходя их дома. Интернет стирает расстояния и границы, позволяет давать о себе информацию, представляющую автора только с выгодной с его точки зрения стороны, получать такую же избирательную информацию в ответ. При этом для передачи эмоций используются стандартизированные и представленные в клавиатуре особые пиктограммы. Впервые они получили распространение в Японии и получили название «эмоджи». Эти символы не способны отразить всю гамму реальных эмоций. Существование в виртуальном пространстве, позволяющее получать социальные оценки одобрения или неодобрения, имеют большую ценность для пользователей сети. Многие из них готовы на все, лишь бы получить много «лайков», друзей, стать популярным, лишь бы не снизить свой рейтинг, а иногда и заработать. К сожалению, этим нередко пользуются преступники (педофилы, «кураторы» так называемых «групп смерти» и др.). Дистанционное общение обеднено искренними эмоциями, обезличено. Реальное общение неизмеримо богаче, сложнее, искреннее, но оно и опаснее, поэтому зуммеры стараются его избегать. При этом не развиваются навыки вести беседу при реальном общении, составлять сложносочиненные предложения, связно рассказать о событиях, слышать и слушать собеседника, полемизировать. Распространенным становится вербальный предикат «короче» [3].

Половое влечение центиниалы удовлетворяют, активно используя порнографические сайты. Среди них также популярен секстинг. Это практика обмена в сети фотоснимками и видеороликами откровенного содержания, включая собственные изображения. Центиниалы сравнительно дольше проживают с родителями, позднее женятся и выходят замуж. Браки часто не регистрируют. Среди пар много сторонников *childfree*. В русскоязычном интернет-сообществе насчитывается более полутора тысяч участников чайлдфри. Многие становятся членами ЛГБТ.

Особую группу составляют, так называемые, думеры (англ.: doom – гибель). Это центиниалы, не достигшие успеха, утратившие вкус к жизни, не видящие ее смысла, часто обнаруживающие депрессивную симптоматику. При этом многие «лечатся» алкоголем, наркотиками, промискуитетом [2]. Среди них много выходцев из очень богатых семей – представителей, так называемой, «золотой молодежи». Им

свойственно рискованное поведение, суицидальные тенденции, отражающие снижение самосохранения.

Описание характеристик поколений X, Y и Z в данной статье весьма условно и заострено. Большинство их представителей имеют описанные черты лишь в той или иной мере. Однако типичные их проявления могут приводить к нарушениям психического функционирования. Прежде всего это касается появления неконструктивных форм удовлетворения сенсорной жажды, пищевого и полового влечений, что препятствует гармоничному развитию личности, приводит к различным нарушениям поведения. Наиболее адаптивными становятся миллениалы и центиниалы, которым удается достичь баланса между онлайн-овой и живой коммуникацией.

Теория поколений Хоува и Штрауса в интерпретации В.В. Радаева, его работы, касающиеся информационно-коммуникационной революции и социального разлома поколений, позволяют лучше понять особенности взаимоотношений поколений, суть межпоколенных конфликтов, учесть их влияние на становление психических функций, на формирование неконструктивных способов удовлетворения влечений, приводящих к нарушениям поведения, наметить с учетом этого пути проведения психокоррекции и психотерапии. Одна из основных причин современного межпоколенного конфликта состоит в том, что дети и внуки лучше разбираются в IT-технологиях и применяют их, чем старшие поколения. Незнание старшими IT-технологий рождает у них тревогу, недоверие, а недоверие в свою очередь рождает агрессию. Не подлежит сомнению, что использование в быту новых IT-технологий полезно, но чрезмерное увлечение ими чревато поверхностью знаний, непрактичностью, дезадаптацией в обыденной жизни, развитию компьютерной зависимости, неспособностью к полноценному реальному общению, опасными знакомствами, доступом к порнографии, пропаганде наркотиков, экстремистских, мистических идей и пр. Многое из перечисленного позволяет удовлетворять сенсорную жажду, половое влечение, снижать базальную тревогу, поэтому попытки насильственно прервать существование человека в сети обречены на провал. Чтобы избежать негативных последствий использования IT-технологий, нужно сделать привлекательным реальный мир, достичь баланса между ним и виртуальным [3].

А.Г. Асмолов справедливо считает, что эту проблему можно решить, если не демонизировать Интернет, не видеть в нем зло, а бороться с цифровым неравенством. Тогда, по его мнению, и растущие поколения будут чувствовать себя более уверенно [1]. Можно предполагать и хочется надеяться, что предстоящие преобразования

системы среднего и высшего образования в РФ Литература

1. Асмолов А.Г. Психология личности: культурно-историческое понимание развития человека. 3 изд. испр. и доп. М.: Смысл: изд. центр «Академия», 2007. 528 с.
2. Богачева Н.В., Спивак Е.В. Мифы о «поколении Z» М.: НИУ ВШЭ, 2019. 64 с.
3. Добряков И.В. Влечения у детей и подростков: становление, проявления, отклонения. / И.В. Добряков, Ю.Ф. Фесенко. СПб.: Проспект Науки, 2022. 300 с.
4. Дюркгейм Е. (Durkheim E.) Самоубийство: Социологический этюд. М., 1994. 164 с.
5. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Интимность. М.: Академический проект; Гаудеамус, 2012. 239 с.
6. Лиотар Ж.-Ф. (Lyotard J.-F.) Состояние постмодерна (1979). Перевод с французского: Н.А. Шматко, «Институт экспериментальной социологии», Москва; Издательство «АЛЕТЕЙЯ», Санкт-Петербург, 1998. 160 с.
7. Мамардарашвили М.К. Очерк современной европейской философии. Лекции 1978-79 гг. М.: Прогресс-Традиция; Фонд Мераба Мамардашвили, 2012. 608 с.
8. Ожиганова Е.М. Теория поколений Н. Хоува и В. Штрауса. Возможности практического применения // Бизнес, образование в экономике знаний. Иркутск: ИГУ, 2015. №1. С. 94-97.
9. Радаев В.В. Миллениалы на фоне предшествующих поколений: эмпирический анализ. / Ж. Социологические исследования №3, 2018. С. 15-33.
10. Радаев В.В. Миллениалы: Как меняется российское общество [Текст] / В. В. Радаев; 2-е изд. Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики» (ВШЭ). М.: Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. 224 с.
11. Эфран Дж., Льюкенс Р., Льюкенс М. (Efran J., Lewkens R., Lewkens M.) Конструктивизм: что он может дать вам? К вопросу о том, как следует отличать стол от дивана // Семейная психотерапия. Хрестоматия / Под ред. Э.Г. Эйдемиллера, Н.В. Александровой, В. Юстицкиса / СПб: Речь, 2007. С. 77-98. (400 с.).
12. Strauss W., Howe N. The Fourth Turning: An American Prophecy. New York: Broadway, 1997. 382 p.

Иванов М.В., Коваль-Зайцев А.А., Балакирева Е.Е., Куликов А.В. ДИАГНОСТИКА АУТИЗМА В НАЧАЛЕ XXI ВЕКА: СМЕНА ПАРАДИГМ?

Аннотация. В статье обсуждается история определения понятий аутизм и расстройства аутистического спектра в детском возрасте. Приводятся эпидемиологические данные, полученные в разные годы при использовании различных диагностических подходов. Внимание авторов обращается на проблемы клинично-психопатологической, клинично-психологической (патопсихологической) и психометрической

диагностики аутистических расстройств у детей.

Ключевые слова: аутизм, расстройства аутистического спектра, ранняя диагностика, психологическая диагностика.

Введение. В России планомерно формируется национальная политика в области психического здоровья детей и подростков, признается важность проведения исследований по разработке мер, направленных на снижение числа инвалидов вследствие психических заболеваний путем профилактики возникновения психических расстройств и нарушений развития, совершенствование системы ранней диагностики, а также разработка комплексных медико-социальных реабилитационных подходов [11]. Внимание исследователей сосредоточено вокруг медицинских, психологических, образовательных и социальных проблем детей с нарушениями психического развития, психическими расстройствами и расстройствам поведения, в числе которых аутизм и другие расстройства аутистического спектра (РАС) [8, 11].

Историческая справка классификации аутизма у детей. В научной литературе есть упоминания о том, что Дж. Даун в 1887 г. на конференции в Королевском медицинском обществе в Лондоне доложил о «задержках развития», описывая пациентов, испытывающих большие трудности во взаимоотношениях с окружающими, говорящих о себе в третьем лице, зачастую развивающихся сначала нормально, но вскоре претерпевших регресс развития. Данное событие рассматривается, как одно из первых клинических описаний, связанных с аутистическим феноменом у детей. Дж. Даун также был первым, кто описал редкий синдром, который часто встречается при аутизме – «учёный идиот» (фр. “l’idiot savant”) или синдром Саванта [9].

В научный обиход термин «аутизм», как негативный синдром при шизофрении у взрослых пациентов, был предложен в 1911 г. швейцарским психиатром Э. Блейлером [3]. Уход больного в мир фантазий он обозначил термином «аутизм» и диагностировал его у любых «психотиков» эндогенного и органического происхождения.

В детской психиатрии это понятие впервые используется Г.Е. Сухаревой при описании шизоидной психопатии и рано начавшейся шизофрении с разными степенями прогрессивности [6]. Следует отметить, что в первой половине XX века в работах отечественных детских психиатров Г.Е. Сухаревой, Т.П. Симсон и других психиатров содержатся не только клинические описания различных аутистических состояний, но и сохраняющие свое значение этиопатогенетические гипотезы, клинические группировки, материалы к дифференциальной диагностике и терапии. В то время аутистические состояния

описывались в рамках шизофрении, шизоидной психопатии и шизоформных синдромах разного генеза. В зарубежной литературе в последнее время признается, что именно Г.Е. Сухаревой были описаны аутистические черты в клинической картине «шизоидной психопатии» в детском возрасте, близкой к описанной намного позже в 1944 г. Г. Аспергером «аутистической психопатии» [51, 58].

Л. Каннер (1943) впервые описал «ранний детский аутизм» (РДА) как отдельное заболевание на группе 11 пациентов первых лет жизни с «аутистическим одиночеством и с навязчивым стремлением к односторонности с рождения» [34]. В 1949 году Л. Каннер писал: «Я не верю, что существует какая-либо вероятность того, что ранний детский аутизм в будущем будет отделен от шизофрении» [35, Р. 416]. Со времени описания РДА (синдрома Каннера) ведутся непрерывные дискуссии о его нозологической принадлежности. Дальнейшее тщательное изучение аутизма у детей показало, что он может представлять собой не только специфический клинически очерченный синдром – РДА, а быть в качестве отдельных черт при синдромах Аспергера, Ретта, шизофрении, и, главное, выявляться в круге заболеваний, обусловленных не эндогенной, а иной хромосомной, обменной патологией, органическими поражениями головного мозга [1, 13].

Взгляд на природу детского аутизма, как части шизофренического спектра, сохранялся в мировой психиатрии до 1980 года, когда в DSM-III ввели отдельную диагностическую категорию РДА – как категорию, отличную от категории шизофрении и других психотических расстройств. Примерно с этого же времени, чтобы избежать терминологической путаницы, в западной литературе термин «аутизм» применительно к шизофрении, для описания специфической социальной отгороженности и дезадаптации, стали применять все реже, вплоть до полного отказа от его использования [31]. Современными психиатрами отмечается, что своеобразное «изгнание» понятия аутизма из общей концепции шизофрении и перенос этого понятия исключительно в сферу ведения детской психиатрии не было всего лишь простым терминологическим изменением и имеет ряд негативных последствий [2].

На протяжении нескольких десятилетий диагнозы «детский психоз», «детская шизофрения» и «аутизм» часто подменяли друг друга [48]. В связи с высокой феноменологической схожестью детского аутизма и детской шизофрении английским детским психиатром М. Раттером была предпринята попытка их разделить и в 1968 г. была организована рабочая группа Всемирной организации здравоохранения ВОЗ [47], результаты данной работы нашли отражение в МКБ-9 и DSM-

III.

В конце 1970 – начале 1980 гг. появляются эпидемиологические и клинико-психологические работы английских исследователей – детского психиатра Л. Винг и клинического психолога Дж. Гулд, в которых выделяется триада проблем, характерных для всех детей с проявлениями аутизма, которую впоследствии начали называть «триадой Винг-Гулд» или «триадой Винг» [55, 56]. В 1988 г. Л. Винг вводит понятие «аутистический континуум», а позднее меняет название на «аутистический спектр» для обозначения разных в генетическом и клиническом отношении психических расстройств, объединенных признаком нарушенного социального взаимодействия [54, 55]. Следует отметить, что понятие «континуум» или «спектр» расстройств используется в психиатрии (концепция спектра) для объединения разной степени выраженности нарушений, например, при шизофрении, аффективной патологии и др. [42].

Клинические и эпидемиологические исследования второй половины XX века главным образом основывались на критериях аутизма, предложенных Л. Каннером в 1943 г. В 1980-1990 гг. М. Раттером для диагностики аутизма предложена концепция «первазивных расстройств развития» [49], положенная в основу классификации МКБ-10, принятой в 1994 г. и адаптированной в 1999 г. для практики отечественной психиатрии. В МКБ-10 впервые введен раздел «Общие (первазивные) нарушения психического развития» (F84), который включал детский аутизм в виде обособленного расстройства, и целый ряд других видов аутистических расстройств.

Симптоматика аутизма в МКБ-10 поделена на три группы:

- (а) качественные нарушения реципрокного социального взаимодействия,
- (б) качественные аномалии в общении (коммуникации),
- (в) ограниченные повторяющиеся стереотипные шаблоны поведения и активности.

Одни из самых кардинальных изменений в диагностических критериях аутизма и связанных с ним расстройств произошли в последних версиях номенклатур психических расстройств, принятой в США и принятой ВОЗ. В процессе создания DSM-5 и МКБ-11 была утрачена «триада аутизма» из DSM-IV и МКБ-10, что привело к выделению двух кластеров дефицитов (DSM-5, APA, 2013): нарушения социальной коммуникации и ограниченные и повторяющиеся модели поведения и/или интересов [45]. Выводы о существовании спектра аутизма были поддержаны включением в 2013 году в DSM-5 и сохранившиеся в DSM-5-TR (2022). В МКБ-11 (2019) впервые включена дефиниция «расстройство аутистического спектра» (шифр 6A02) [33],

что, по нашему мнению является крайне негативным событием, так как классификация окончательно утратила клинико-нозологическую функцию, понятия различных типов аутизма, а дифференциация РАС происходит только на основании отсутствия или наличия нарушения интеллектуального развития, отсутствия или наличия нарушения речевой функции, вплоть до её отсутствия. Таким образом, для дифференциации РАС взяты непостоянные величины – интеллектуальное развитие, речевая функция, которые в онтогенезе пациентов детского возраста могут меняться чрезвычайно быстро. В соответствии с распоряжением Правительства Российской Федерации от 15.10.2021 № 2900-р утвержден план мероприятий по внедрению Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, одиннадцатого пересмотра (МКБ-11) на территории Российской Федерации на 2021-2024 годы.

В России под руководством Н.В. Симашковой в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» с мультидисциплинарных позиций обосновывалась дифференциация между разными типами аутизма и шизофренией в детском возрасте, что нашло свое отражение в описании «континуума расстройств аутистического спектра и шизофрении в детстве». Отечественная концепция высоко оценена зарубежными коллегами и получила признание в 2019 году при публикации в одном из ведущих международных изданий “Journal of Autism and Developmental Disorders”, основанном Л. Каннером (в настоящее время главный редактор Ф. Волкмар) [52]. Мультидисциплинарное направление, разрабатываемое в отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ позволяет подойти к решению сложных дифференциально-диагностических вопросов, назначению персонализированной медикаментозной и немедикаментозной терапии, а также построению прогноза при РАС в детском возрасте [17, 18, 19]

Эпидемиологические исследования аутизма в детстве. В последнее время число людей, у которых обнаружен аутизм, возросло отчасти из-за изменившихся диагностических парадигм и появления новых нозологических классификаций. Ранние диагностические критерии отражали качественно выраженные поведенческие симптомы, связанные с серьезными задержками речевого и познавательного развития. Кроме этого ключевые клинические симптомы аутизма могут варьировать по степени своей выраженности [20, 29], что может приводить к противоречиям не только в диагностике [26], но и соответственно в эпидемиологических оценках [28, 43].

Первая работа по выявлению распространенности (еще используется термин превалентность от англ. prevalence –

распространенность) аутизма среди специфической педиатрической выборки была проведена в 1966 г. В. Лоттером, распространенность аутизма составляла 4,1 : 10 000 детей [40], в 1979 г., по данным Л. Винг и Д. Гулд – 5 : 10 000 [32, 56].

Средний показатель аутизма в детстве по данным 16 исследований, опубликованных в период 1966-1991 годов, составил 4,4 : 10 000, тогда как в других 16 исследованиях, опубликованных в период 1992-2001 годов, этот показатель уже составлял 12,7 : 10 000. В начале 2000-х годов в трех национальных исследованиях Великобритании распространенность аутизма у детей и молодежи уже составляла приблизительно 100 : 10 000 [27]. Большинство современных исследователей согласны с тем, что сообщаемое увеличение распространенности является артефактом и вряд ли отражает какое-либо истинное увеличение заболеваемости вследствие появления новых причин [12, 44].

По данным проведенных одиннадцати метаанализов в период 1966-2019 гг., в которых отражена распространенность аутизма, выявлено что граница между людьми с диагнозом аутизм и остальным населением сокращается в последнее десятилетие, что сказывается на увеличении цифр, отражающих распространенность аутизма [46].

Авторы работ, которые были выполнены до введения диагностических критериев статистических классификаций, исходили из диагностических критериев Л. Каннера (1943) и М. Раттера (1978). В исследованиях обнаружилось, что критерии Л. Каннера в целом соответствуют критериям DSM-IV и МКБ-10 и тем не менее 55-67% детей по критериям Л. Каннера не считались бы аутичными [57]. Из этого следует, что более половины детей, которым в настоящее время ставят диагноз из спектра аутистических расстройств, не имели бы этого диагноза годами ранее.

Проведенное исследование по пересмотру данных отдельно взятого управления социального обеспечения людей с нарушениями в развитии США за 1992-2005 гг. пришло к выводу, что рост распространенности аутизма в 26% случаев можно рассматривать за счет изменения диагноза «нарушения интеллектуального развития» на диагноз «аутизм» [37]. По данным отечественных исследований, динамика показателей госпитализации детей с РАС в детский психиатрический стационар в период с 2008 по 2017 гг. выявила «транспозицию» показателей, а именно снижение частоты госпитализаций детей с умственной отсталостью и повышение процента детей с РАС по отношению к общему числу стационарированных больных детей [10], что также отмечается и другими зарубежными коллегами [60].

В последнем десятилетии XX века явно проявилась тенденция к расширению диагностических границ аутистических расстройств, в частности за счет диагноза «общие (первазивные) расстройства развития». Это началось с признания в DSM-III «атипичного аутизма» и в DSM-IV «Первазивное расстройство развития без дополнительных уточнений» (PDD-NOS), синдрома Аспергера, болезни Ретта и «дезинтегративного расстройства детского возраста», а также включения атипичных форм аутизма, выявляемых при различных заболеваниях – шизофрении, умственной отсталости, детском церебральном параличе и др. [24]. В этом случае фактически речь идет о признании нозологической гетерогенности и многофакторности аутистических расстройств [20, 21]. Ряд детских психиатров петербургской школы оспаривают понятие РАС и предлагают к «истинному» детскому аутизму относить только синдромы Каннера, Аспергера и органического аутизма, что покажет более низкую распространенность рассматриваемых расстройств в этом случае [4].

В США Центром по контролю и профилактике заболеваний (CDC) с 2000 г. проводится эпидемиологический мониторинг распространенности РАС среди детей в возрасте 8 лет на территории одиннадцати штатов (Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, ADDM Network). Последняя оценка распространенности РАС составляет 185 : 10 000 детей в возрасте 8 лет (данные за 2016 г.), из них в 33% случаев наблюдается выраженная умственная отсталость, в 24% – пограничная умственная отсталость и в 42% отмечается средний или высокий интеллект. Показано увеличение выявления случаев с РАС на 175% по сравнению с первыми данными за 2000 и 2002 гг. [41]. С 2010 года CDC организован эпидемиологический мониторинг распространенности РАС среди детей 4-х лет. В последнем отчете, обнародованном весной 2020 года, распространенность РАС составила 156 : 10 000, из них у 53% зафиксирована умственная отсталость. При этом распространенность РАС варьирует в широком диапазоне, в зависимости от штата, от 88 случаев в Миссури до 253 случаев в Нью-Джерси в расчете на 10 000 человек (данные за 2016 г.) [50].

Стоит отметить, что оценки CDC ADDM Network основываются на данных из различных источников (поликлиники общего профиля, отчеты специализированных программ, обслуживающих детей с нарушениями развития, а также от различных образовательных учреждений). Полученные данные обрабатываются опытными врачами в соответствии с диагностическими критериями аутистического расстройства, первазивного расстройства развития без дополнительных уточнений (PDD-NOS), включая атипичный аутизм и синдром Аспергера по DSM-IV-TR. В настоящее время используются критерии

РАС по DSM-5 (2013 г.).

Также распространенность РАС в США определяется и путем опроса семей по телефону, а в настоящее время посредством электронной почты, основываясь на субъективной оценке родителей и соотношения с критериями DSM (National Survey of Children's Health, NSCH). По этим данным распространенность РАС выше и в среднем достигает 250 : 10 000 детей в возрасте от 3 до 17 лет (данные за 2016 г.) [38]. Другой опрос в США (National Health Interview Survey, NHIS) сообщает о еще большей распространенности РАС – 276 : 10 000 детей в возрасте от 3 до 17 лет за 2016 г [59].

ВОЗ сообщает, что региональные оценки распространенности РАС имеются только по европейскому региону и региону стран Северной Америки. Отмечается, что показатели мало различаются: для Европы медианный показатель составляет 61,9 на 10 000 (диапазон 30,0-116,1 : 10 000), а для США – 65,5 на 10 000 (диапазон 34-90 на 10 000; отношение частоты РАС у мальчиков и девочек находится в пределах от 2,6:1 до 4:1) [5].

В подавляющем числе эпидемиологических исследований приводятся данные только по общей распространенности РАС. Однако есть немногочисленные работы, одна из России, которые учитывают гетерогенность этой группы расстройств. Так, английскими исследователями приводятся следующие показатели распространенности РАС у детей в Южном Уэльсе (Великобритании) – 61,2 : 10 000, из них 35,4 – синдром Аспергера, 12,7 – синдром Каннера и 13,0 – другие формы аутизма [39].

По данным отечественного сплошного эпидемиологического скрининга детей в возрасте до четырех лет жизни, проводимого в девяти субъектах Российской Федерации (2017-2019 гг.) был установлен общий показатель распространенности нарушений психического развития по МКБ-10, который составил 150 : 10 000 детского населения соответствующего возраста. Показатель распространенности РАС или общих расстройств психологического развития (подрубрика F84 по МКБ-10) – 18 : 10 000. Частота встречаемости диагнозов в подрубике F84: детский аутизм (F84.0) – 27,48%, атипичный аутизм (F84.1) – 16,55%, синдром Ретта (F84.2) – 0,26%, другое дезинтегративное расстройство детского возраста (F84.3) – 4,34%, гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями (F84.4) – 7,13%, другие общие расстройства развития (F84,8) – 44,25% [53].

По мнению ряда исследователей [7, 23] одной из причин роста распространенности РАС за последние годы является социальный фактор, широкий общественный резонанс. Проблема аутизма из

области психиатрической перешла в общемедицинскую, а затем в общественную, социальную. В обществе сформировалось мнение, далекое от медицинских фактов, что дети с аутизмом – дети-индиго или одаренные дети.

Обобщая, можно отметить, что на различия в эпидемиологических оценках могут влиять не только изменения в диагностических парадигмах, но и традиции медицинских сообществ, источники данных медицинской статистики (клинические диагнозы, родительские опросы и др.), а также влияние этнических, языковых и других особенностей популяции.

Диагностика аутизма у детей. Раннему выявлению аутистических расстройств у детей способствует скрининг на выявление группы риска возникновения или наличия нарушений психического развития, введенный в России в 2019 году в педиатрическую диспансеризацию детей в возрасте двух лет. По результатам скринингового анкетирования родителей детей дается рекомендация пройти профилактическую консультацию врача-психиатра [15]. Данный скрининг еще называется скрининг первого уровня, так как проводится в учреждениях первичного звена здравоохранения (детских поликлиниках). Цель данного скрининга – заподозрить риск нарушений психического развития, своевременно выявить мягкие нарушения психического развития у детей раннего возраста и, при необходимости, обеспечить маршрутизацию к профильному специалисту – психиатру.

В России, как и большинстве стран мира, диагностикой аутизма правомочен заниматься только врач-психиатр, который на основе анамнестических сведений, данных истории развития и другой медицинской документации, очного осмотра пациента, оценки клинической картины и дополнительных методов обследования верифицирует состояние по критериям МКБ-10 [25].

В психиатрии, как и в других медицинских дисциплинах, большое внимание уделяют соматическому и неврологическому осмотру, а также данным лабораторных исследований. Наряду с другими параклиническими методами в детской психиатрии большое внимание отводится данным клинико-психологического (нейро- и/или патопсихологического) обследования пациента.

Патопсихологическое обследование проводится медицинским (клиническим) психологом и направлено на выявление индивидуальных особенностей ребенка, характеристику его коммуникативных возможностей, познавательной деятельности, эмоционально-волевой сферы и должно дать информацию об индивидуально-психологических свойствах и психическом состоянии

пациента, которые необходимы для уточнения диагноза и персонификации терапевтической тактики.

Среди задач, которые стоят перед медицинским (клиническим) психологом в работе с детьми, страдающими РАС, выделяются как диагностические, так и коррекционные:

1) клиничко-психологическая диагностика, включающая оценку различных сфер психической деятельности (когнитивной, эмоционально-личностной, мотивационно-потребностной и др.). По результатам психологической диагностики проводится оценка состояния психических функций пациента, описание патопсихологического регистр-синдрома.

2) оценка динамики состояния когнитивной, эмоционально-личностной и мотивационной сфер в ходе лечения пациента.

3) разработка и проведение психокоррекционных мероприятий (индивидуальных и групповых занятий с психологом).

4) работа с родственниками пациентов с РАС.

При решении данных задач медицинский (клинический) психолог должен опираться на следующие клиничко-психологические принципы:

- ведение протокола обследования и написание заключения по его материалам;

- использование индивидуального подхода к испытуемым в соответствии с возрастными, образовательными, социально-психологическими и иными особенностями, а также с учетом клиничко-картины и состояния пациента;

- перекрестное использование дополняющих методик с целью объективизации полученных данных;

- адаптация процедуры исследования и психокоррекции к возрастным особенностям испытуемых;

- установление доверительного контакта по возможности с испытуемым и учет его отношения к проводимому обследованию и проводимым психокоррекционным мероприятиям;

- сочетание качественных и количественных методов оценки отклонений в психическом состоянии с преимущественной опорой на качественный клиничко-психологический анализ;

- сопоставление полученных данных с нормативными данными о развитии тестируемой психологической функции;

- системный подход в работе в команде с другими специалистами при оказании помощи пациенту.

Психодиагностическая и клиничко-динамическая задачи при работе с пациентами с РАС решаются посредством использования как стандартизированных психологических методик, так и с

моделированием известных методик под специфику задач обследования. Материалы обследования анализируются в полном объеме, проводится оценка выполнения методик по их «широкой» и «узкой» направленности, данные сопоставляются с результатами наблюдения и анамнестическими сведениями.

Наряду с классическими экспериментально-психологическими методиками медицинскому (клиническому) психологу необходимо использовать диагностические стандартизованные шкалы для квантификации уровня психического развития и психопатологических нарушений в детском возрасте. Использование таких диагностических инструментов только дополняет, но не подменяет обоснованное клиническое суждение врача-психиатра. Так, использование теста Д. Векслера (детский вариант, WISC) предназначено для оценки интеллектуального развития детей в возрасте от 5 до 16 лет. С целью количественной оценки выраженности аутистической симптоматики в практической деятельности используются «рейтинговая шкала детского аутизма» – CARS (Shopler E., et al., 1986) для детей с РАС в возрасте от 2 до 15 лет; отечественная валидизированная методика «шкала клинической оценки детского аутизма» – ШКОДА (Шапошникова А.Ф., 2013) для детей с РАС в возрасте 6-12 лет.

С 2000-х гг. в США, а затем и в других странах, в том числе и в России, наметилась тенденция при постановке диагноза «аутизм» или РАС придерживаться психометрической парадигмы – использование психометрических (количественных) диагностических инструментов, которые получили название «золотого стандарта» диагностики, а именно ADOS-2 (Autism Diagnostic Observation Schedule) и ADI-R (Autism Diagnostic Interview-Revised) и других методик [7, 9, 36]. Использование «золотого стандарта» в отечественной практике осложнено тем, что данные методики, внедряемые в повседневную практику, не прошли процедуру адаптации и стандартизации на русскоязычной выборке. В России фактически не представлены зарубежные методики диагностики РАС у детей, которые удовлетворяли бы минимальные психометрические требования, предъявляемые к диагностическим методикам. В основном процесс адаптации известных зарубежных методик ограничивается их переводом на русский язык.

В настоящее время в зарубежной литературе появляются работы, пересматривающие «золотой стандарт» диагностики РАС [30, 36]. Несмотря на это в России продолжается их внедрение в практику учреждений здравоохранения и образования [14, 22]. При этом зарубежными коллегами отмечается, что обязателен клинический осмотр врачом-психиатром для установления дифференциации РАС от

других психических нарушений. К клинической оценке психиатра дополнительно рекомендуется использование традиционных психологических и нейропсихологических методик исследования памяти, внимания, мышления, личности, что методологически совпадает с клинической оценкой врача-психиатра и диагностическими клиническими критериями [9, 30, 36].

В связи с вышесказанным стоит привести мнение итальянского детского психиатра М. Заппелла «неудивительно, что в большинстве стран Центральной Европы и в России, где клиническая оценка является основным направлением в диагностики и конечном итоге подкрепляется сонаправленными с ней тестами, такими как CARS, как правило, значения распространенности намного ниже, чем в странах, где используются полуструктурированные тесты» [9, С. 74].

В отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ проводятся мультидисциплинарные исследования пациентов детского возраста с РАС. Так, вышеотмеченные клиничко-психологические принципы и решение выделенных задач при работе с детьми с РАС позволяет выделить виды когнитивного дизонтогенеза при разных типах РАС у детей [18], а в результате катамнестического наблюдения за пациентами были разработаны клиничко-социальные модели ведения пациентов с разными типами РАС [19], представленные в ряде опубликованных работ.

Заключение. Увеличение числа диагностированных детей происходило одновременно в ряде стран мира с 1990-х годов, когда значительно расширились возможности диагностики для детей с РАС, и неизвестно как изменения диагностических критериев, введенных в DSM-5 и МКБ-11, повлияют на оценку распространенности РАС в будущем. Между тем имеющиеся данные о распространенности напрямую взаимосвязаны с текущими и будущими потребностями в медицинской помощи и реабилитационных программах. Отмеченная тенденция к росту показателей распространенности не может быть объяснена увеличением заболеваемости или «эпидемией аутизма» [12, 44].

В заключении следует отметить, что запоздалая диагностика РАС и других нарушений психического развития в детстве, несвоевременное лечение и (ре)абилитация снижают возможности наверстать упущенное время, что напрямую связано с утяжелением и хронизацией патологического состояния у детей за счет формирования дефицитов или дефектов в различных сферах – коммуникативной, когнитивной, эмоциональной, волевой. В связи с этим вспоминаются слова профессора Н.В. Симашковой – «пропущенный диагноз – утраченная жизнь» [16].

На современном этапе развития отечественной детской психиатрии и клинической психологии с учетом достижений мультидисциплинарных исследований в области психического здоровья представляется возможным ранняя диагностика, дифференциация психических состояний и расстройств, назначение персонализированной медикаментозной и психолого-педагогической терапии, прогнозирование траектории развития ребенка и гармонизация семьи ребенка в целом.

Литература

1. Башина В.М. Общие нарушения психического развития. Атипичные аутистические расстройства // Детский аутизм: исследования и практика. М., 2008. С. 75-93.
2. Беккер Р.А., Быков Ю.В., Морозов П.В. Карипразин как социализирующий препарат при шизофрении (Обзор литературы) / Р. А. Беккер, // Психиатрия и психофармакотерапия. 2020. Т. 22. № 2. С. 16-24.
3. Блейлер Э. Аутистическое мышление. Пер. с нем. и предисл. д-ра Я.М. Когана. Одесса, 1927. 81 с.
4. Воронков Б.В., Рубина Л.П., Макаров И.В. Детский аутизм и смысловая наполненность термина «расстройства аутистического спектра» // Психиатрия и психофармакотерапия им. П.Б. Ганнушкина. 2017. Т. 19(1). С. 62-64.
5. Всемирная организация здравоохранения. Шестидесят седьмая сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения. А67/17. Пункт 13.4 предварительной повестки дня 21 марта 2014 г. Комплексные и согласованные усилия по ведению расстройств аутистического спектра.
6. Горюнов А.В., Лазарева И.И., Шевченко Ю.С. Г.Е. Сухарева: жизненный путь и научно-педагогическое наследие (к 125-летию со дня рождения) // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2017. Т. 117. № 4. С. 59-63.
7. Горюнова А.В., Горюнов А.В. Классификационные метаморфозы аутизма в детской психиатрии // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. Спецвыпуски. 2021. Т. 121. № 11. Вып. 2. С. 5-11.
8. Доклад о психическом здоровье в мире: охрана психического здоровья: преобразования в интересах всех людей. Краткий обзор. Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2022. 28 с. URL: <https://www.who.int/ru/activities/preventing-noncommunicable-diseases/9789240050860> (дата обращения 01.02.2023)
9. Заппелла М. Аутизм: диагностическая дилемма // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2022. Т. 122. №6. С. 71-76.
10. Куприянова Т.А., Корень Е.В., Датуашвили М.Т., Корнева М.Ю., Красов В.А. Динамика показателей госпитализации детей с расстройствами аутистического спектра в детском психиатрическом стационаре // Социальная и клиническая психиатрия. 2019. Т. 29 (1). С. 40-44.
11. Макушкин Е.В., Байбарина Е.Н., Чумакова О.В., Демчева Н.К. Основополагающие задачи и проблемы охраны психического здоровья детей в России // Психиатрия. 2015. № 4. С. 5-11.

12. Макушкин Е.В., Макаров И.В., Пашковский В.Э. Распространенность аутизма: подлинная и мнимая // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2019. Т. 119. № 2. С. 80-86.
13. Мнухин С.С., Зеленецкая А.Е., Исаев Д.И. О синдроме «раннего детского аутизма», или синдроме Каннера у детей // Журнал невропатологии и психиатрии. 1967. № 10. С. 1501-1506.
14. Описание психолого-педагогических методик с доказанной эффективностью, рекомендуемых для оказания помощи детям с РАС / Н. Н. Карякин, Ж. В. Альбицкая, О. В. Баландина, Е. Д. Божкова. – Нижний Новгород: Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2020. 92 с.
15. Приказ Минздрава России от 13.06.2019 г. №396н «О внесении изменений в Порядок проведения профилактических медицинских осмотров несовершеннолетних, утвержденный приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 10 августа 2017 г. N 514н» (вступил в силу 15.10.2019 г). URL: <https://minjust.consultant.ru/special/documents/document/44211>
16. Симашкова Н.В. Рецензия – ответ на разбор случая Королевского медицинского общества. «Пропущенный диагноз – утраченная жизнь» // Современная терапия в психиатрии и неврологии (научно-практический журнал). 2012. №1. С. 32-34.
17. Симашкова Н.В., Ключник Т.П., Якупова Л.П. Клинико-биологические подходы к диагностике и обоснованию персонализированной терапии у пациентов с расстройствами аутистического спектра // Психиатрия. 2018. № 2(78). С. 17-24.
18. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Никитина С.Г. Диагностические, клинико-психопатологические, патопсихологические аспекты обследования детей с расстройствами аутистического спектра // Психиатрия. 2021. Т. 19. № 1. С. 45-53.
19. Симашкова Н.В., Макушкин Е.В., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Куликов А.В., Коваль-Зайцев А.А., Лусс Л.А. Клинико-социальные модели ведения пациентов с расстройствами аутистического спектра // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2021. Т. 121. №6. С. 13-20.
20. Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Дифференциальная диагностика больных расстройствами аутистического спектра. В кн.: Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра. Под ред. Н.В. Симашковой, Т.П. Ключник. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. С. 97-106.
21. Симашкова Н.В., Якупова Л.П. Тяжелые формы атипичного аутизма в детском возрасте // Аутизм и нарушения развития. 2008. Т. 6 (1). С. 1-22.
22. Сорокин А.Б., Давыдова Е.Ю., Самарина Л.В., Ермолаева Е.Е., Антохина К.Ю., Кузембаева Е.А., Хаустов А.В., Баландина О.В., Мамохина У.А. Стандартизированные методы диагностики аутизма: опыт использования ADOS-2 и ADI-R // Аутизм и нарушения развития. 2021. Т. 19. № 1. С. 12-24.
23. Сухотина Н.К., Коровина Н.Ю., Маринчева Г.С. К вопросу о динамике распространённости расстройств аутистического спектра в детско-подростковой популяции // Психическое здоровье. 2013. Т. 11. № 6 (85). С. 8-13.

24. Тиганов А.С., Башина В.М. Современные подходы к пониманию аутизма в детстве // Журнал неврологии и психиатрии. 2005. Т. 105. № 8. С. 4-13.
25. Чуркин А.А., Мартюшов А.Н. Практическое руководство по применению МКБ-10 в психиатрии и наркологии. – М: ГНЦ СиСП им. В.П. Сербского, 2010. 132 с.
26. Baghdadli A, Russet F, Mottron L. Measurement properties of screening and diagnostic tools for autism spectrum adults of mean normal intelligence: A systematic review // *European Psychiatry*. 2017. Vol. 44. P. 104-124.
27. Baron-Cohen S., Scott F.J., Allison C. et al. Prevalence of autism-spectrum conditions: UK school-based population study // *British Journal of Psychiatry*. 2009. Vol. 194 (6). P. 500-509.
28. Brugha T.S., McManus S., Bankart J. et al. Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England // *Archives of General Psychiatry*. 2011. Vol. 68(5). P. 459-465.
29. Cochran DM, Dvir Y, Frazier JA. «Autism-plus» spectrum disorders: intersection with psychosis and the schizophrenia spectrum. // *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2013. Vol. 22(4). P. 609-627.
30. Colombi C., Fish A., Ghaziuddin M. Utility of the ADOS-2 in children with psychiatric disorders // *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2020. Vol. 29. P. 989-992.
31. Frye R.E. Social Skills Deficits in Autism Spectrum Disorder: Potential Biological Origins and Progress in Developing Therapeutic Agents // *CNS Drugs*. 2018. Vol. 32 (8). P. 713-734.
32. Hill A.P., Zuckerman K.E., Fombonne E. Epidemiology of Autism Spectrum Disorders. In *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*, Fourth Edition. Hoboken, New Jersey. 2014 P. 57-96.
33. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics, Chapter 06; Geneva: World Health Organization; Version: 02/2022. URL: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>
34. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact // *The Nervous Child*. 1943. №2 (3). P. 217-250.
35. Kanner L. Problem of nosology and psychodynamics of early infantile autism // *American Journal of Orthopsychiatry*. 1949. № 19 (3). P. 415-420
36. Kaufman N.K. Rethinking “gold standards” and “best practices” in the assessment of autism // *Appl Neuropsychol Child*. 2020. Aug 27. P. 1-12.
37. King M., Bearman P. Diagnostic change and the increased prevalence of autism // *International Journal of Epidemiology*. 2009. Vol. 38 (5). P. 1224-1234.
38. Kogan M.D., Vladutiu C.J., Schieve L.A. et al. The Prevalence of Parent-Reported Autism Spectrum Disorder Among US Children // *Pediatrics*. 2018. № 142 (6). P. e20174161.
39. Latif A., Williams W. Diagnostic trends in autistic spectrum disorders in the South Wales valleys // *Autism*. 2007. Vol. 11 (6). P. 479-487.
40. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children: I. Prevalence. // *Social Psychiatry*. 1966. Vol. 1(3). P. 124-137.
41. Maenner M.J., Shaw K.A., Baio J. et al. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years – Autism and Developmental Disabilities

Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016 // MMWR Surveill Summ. 2020. № 69 (4). P. 1-12.

42. Maser J.D., Akiskal H.S. Spectrum concepts in major mental disorders // Psychiatric Clinics of North America. 2002. Vol. 25 (4). P. xi-xiii.

43. Mukaetova-Ladnska E.B, Perry E., Baron M., Povey C. Ageing in people with autistic spectrum disorder // Journal of Geriatr Psychiatry. –2012. Vol. 27(2). P. 109-118.

44. Myers J., Chavez A., Hill A.P., Zuckerman K, Fombonne E. Epidemiological Surveys of Autism Spectrum Disorders. In book: Autism and Pervasive Developmental Disorders, 3rd Edition. Ed. by F.R. Volkmar. Cambridge University Press, 2019. P. 25-60.

45. Peters W.J., Matson J.L. Comparing Rates of Diagnosis Using DSM-IV-TR Versus DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2020. Vol. 50 (6). P. 1898-1906.

46. Rødgaard E., Jensen K., Vergnes J. et al. Temporal Changes in Effect Sizes of Studies Comparing Individuals With and Without Autism: A Meta-analysis // Journal of the American Medical Association. Psychiatry. 2019. 76 (11). P. 1124-1132.

47. Rutter M. Concepts of autism: A review of research // Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines. 1968. № 9 (1). P. 1-25.

48. Rutter M. Diagnosis and definition of childhood autism // Journal of Autism and Childhood Schizophrenia. 1978. № 8. P. 139-161.

49. Rutter M., Schopler E. Autism and pervasive developmental disorders: concepts and diagnostic issues // Journal of Autism and Developmental Disorders. 1987. Vol. 17 (2). P. 159-186.

50. Shaw K.A., Maenner M.J., Baio J. et al. Early Identification of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 4 Years – Early Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, Six Sites, United States, 2016 // MMWR Surveill Summ. 2020. № 69 (3). P.1-11.

51. Sher D.A., Gibson J.L. Pioneering, prodigious and perspicacious: Grunya Efimovna Sukhareva's life and contribution to conceptualising autism and schizophrenia // European Child & Adolescent Psychiatry. (2021).

52. Simashkova N.V., Boksha I.S., Klyushnik T.P., Iakupova L.P., Ivanov M.V., Mukaetova-Ladinska E.B. Diagnosis and Management of Autism Spectrum Disorders in Russia: Clinical–Biological Approaches // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2019. Vol. 49 (9). P. 3906-3914.

53. Simashkova N.V., Ivanov M.V., Boksha I.S., Klyushnik T.P., Zozulya S.A., Sharlay I.A. Epidemiological Screening for the Risk of Mental, Behavioral and Developmental Disorders, Including Autism, in Early Childhood: Data for Russia 2017–2019 // Journal of Autism and Developmental Disorders. 2022. April 10.

54. Wing L. Autistic Spectrum Disorders: an Aid to Diagnosis. London: NAS Publ., 1995.

55. Wing L. The Continuum of Autistic Characteristics. In: Schopler E., Mesibov G.B. (eds) Diagnosis and Assessment in Autism. Current Issues in Autism. Springer, Boston, MA. 1988. P. 91-110.

56. Wing L., Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: Epidemiology and classification // Journal of Autism and Developmental Disorders. 1979. № 9. P. 11-29.

57. Wing L., Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? In: Goldstein S., Naglieri J.A., Ozonoff S. (Eds.). Assessment of Autism Spectrum Disorders. New York, NY: Guilford Press; 2009.
58. Wolff S. The first account of the syndrome Asperger described? Translation of a paper entitled "Die schizoide Psychopathien im Kindesalter" by Dr. G.E. Ssusharewa; scientific assistant, which appeared in 1926 in the Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 60:235-261 // European Child & Adolescent Psychiatry. 1996. № 5. P. 119-132.
59. Zablotzky B., Black L.I., Blumberg S.J. Estimated prevalence of children with diagnosed developmental disabilities in the United States, 2014-2016 // NCHS Data Brief. 2017. № 291. P. 1-8.
60. Zablotzky B., Black L.I., Maenner M.J. et al. Prevalence and Trends of Developmental Disabilities among Children in the United States: 2009-2017 // Pediatrics. 2019. Vol. 144 (4). P. e20190811.

Корсакова Н. К., Вологодина Я. О.
«ЭФФЕКТ ЗЕЙГАРНИК» БОЛЬШЕ, ЧЕМ ЭФФЕКТ

Аннотация. «Эффект Зейгарник» впервые рассматривается в культурно-деятельностной парадигме подхода к памяти, ее хромотопической организации и к механизмам забывания. В качестве модели незавершенных действий условно приняты кульминационные моменты сюжетов классических литературных произведений. Анализ этих моделей позволил выделить четыре типа действий, недовершенных до окончания, характеризующихся различными намерениями в их маркировании при образовании следа памяти и личностно-смысловыми характеристиками. Априори установлены корреляции типов с результатами, полученными Зейгарник в отношении нормы и больных шизофренией, эпилепсией и астенией. Авторы полагают, что «эффект Зейгарник» можно рассматривать как методологически обоснованный инструмент для изучения таких актуальных проблем как:

1. условия эффективности произвольного запоминания,
2. проблема соотношения памяти и сознания,
3. проблема личностно-смыслового, мотивационного маркирования информации при переводе ее в хромотоп.

Ключевые слова: «эффект Зейгарник», культурно-деятельностный подход, хромотоп.

Почти две тысячи лет Понтий Пилат на троне, высеченном из камня, ожидал появления Мастера, который освободил бы его от постоянного ощущения «чего-то недослышанного» и «чего-то недосказанного» в прерванном диалоге с Иешуа.

(Из романа М. Булгакова «Мастер и Маргарита»).

В 1927 году в международный психологический тезаурус вошел, буквально ворвался феномен, полученный Блюмой Вульфовой Зейгарник в психологическом эксперименте и получивший ее имя. Будучи студенткой Берлинского университета и изучая особенности мотивационного компонента мнестической деятельности, Блюма Вульфова описала феномен повышенной устойчивости следа памяти о действиях искусственно и целенаправленно прерываемых экспериментатором, по сравнению с завершенными. Важно отметить, что перед испытуемыми специально не ставилась задача запомнить. Полученные данные трактовались в рамках концепции напряженности поля потребностей Курта Левина, с которой корреспондируют более поздние психологические исследования, выполненные в культурно-деятельностном подходе, о чем неоднократно говорили и писали Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, А.Н. Леонтьев. Проведенное Блюмой Вульфовой исследование обращением к произвольному запоминанию и условиям эффективности сохранения следа памяти соотносится с такими главными принципами отечественной психологической науки, как принцип единства сознания и деятельности и личностно-смысловое мотивационное маркирование стимулов при переводе их в систему хранения, в хронотоп. Однако специальных исследований, направленных на изучения «эффекта Зейгарник», в этой парадигме не проводилось. Зато «инженеры человеческих душ» – писатели и кинорежиссеры – использовали незавершенные действия как «пружину» для развития сюжета в своих произведениях. Ярким примером такой «пружины» является отсроченное по воле старого князя Болконского бракосочетание князя Андрея и Наташи Ростовых (Л. Толстой). Можно считать, что автор включает в канву романа, образно говоря, незаконченное действие в качестве психологического эксперимента, результаты которого роковым образом повлияли на судьбу главных персонажей романа и определили результат событий второй половины эпопеи «Война и мир». Аналогичный сюжет имеет место и в повести И. Тургенева «Вешние воды». Прямо указывает на «фатальную драматичность неоконченного» О. Бальзак в романе «Шагреньевая кожа».

Согласно представлениям отечественной психологической школы, любой след памяти должен подвергаться основному закону забывания вследствие действия механизма тормозимости следов памяти интерферирующими воздействиями [10, 6]. Однако полученные Б.В. Зейгарник результаты показали, что прерванные действия припоминаются в два раза лучше. Это позволило предполагать, что устойчивость следа памяти о незавершенных действиях по отношению к основному механизму забывания определяется представленностью в

них намерения, не доведенного до конца. Иными словами, устойчивость следу памяти к действию натуральных механизмов забывания в виде ретроактивного торможения придает дополнительное личностно-смысловое и эмоциональное маркирование. Значимость личностно-смыслового маркирования стимулов при переводе в долговременную память особенно подчеркивалась в работах В.П. Зинченко, писавшего о том, что оно является важным компонентом, наряду с временным и пространственным кодированием воспринимаемой информации. Иначе говоря, эффективность сохранения следа от незавершенных действий прямо зависит от того, насколько оно подкреплено и поддержано личностным смыслом, лежащим в основе активной психической деятельности.

Возникает вопрос: всегда ли незавершенные действия так устойчивы к длительному сохранению следа памяти?

Незаконченные действия могут быть рассмотрены в четырех вариантах.

Во-первых, действие может оставаться незавершенным в связи с тем, что начавшаяся активность приостанавливается из-за появления в поле внимания новой, прямо с этим не связанной, информации. Чаще всего такие действия определяются стремлением к подражанию, попытками попробовать себя, социокультурными и семейными эталонами и обозначаются в художественной литературе как «благие порывы». Намерение при этом выражено слабо, и в промежутке между намерениями и целями отсутствуют какие-либо действия. В основном это расстояние заполняется мечтами и эфемерными представлениями (Н. Гоголь, «Мертвые души»). Такого рода действия обычно характерны для юношеского возраста, связаны со становлением личности и самосознания и потому имеют в своей основе некоторую разбросанность поиска не столько намерения, сколько направления цели их достижения¹. Следы памяти о такого рода незавершенных действиях не исчезают, а хранятся в отдельной матрице хронотопа, аналогичные по своему содержанию семейному альбому с любительскими фотографиям давно ушедших лет, пожелтевшим от времени и потерявшим свою четкость. О таких действиях говорит С. Моэм в романе «Подводя итоги». Со слов автора, эти действия подобны детским играм в песочные замки, однако при этом они сохраняются в «кладовке» памяти и нередко в зрелом возрасте всплывают как

¹ Подтверждением этому являются данные нейронауки, согласно которым именно в юношеском возрасте наблюдается замедление темпа созревания лобных долей мозга при одновременном возрастании активности подкорковых структур [8].

творческая искра, побуждающая человека к смене деятельности (С. Моэм, «Луна и грош»). Сохранение в памяти этих действий обеспечивает непрерывность индивидуального личностного развития, позволяющего человеку связывать события между собой в настоящем и прошлом и удерживаться от ошибок и заблуждений юношеского возраста на более поздних стадиях онтогенеза: «Не властны мы в самих себе, и в молодые наши лета даем прекрасные обеты, смешные, может быть, всевидящей судьбе» (Е. Баратынский).

Второй вариант незаконченных действий – это выполняемое при наличии сильной мотивации и намерения, но сознательно прерванное субъектом, действие, завершение которого откладывается в связи с тем, что для решения задачи требуется дополнительная работа. След памяти, оставаясь в сфере активного сознания, приобретает при этом дополнительные временные маркеры в виде уточнения времени реализации задачи, как, например, сказанное Скарлет О'Хара: «Я подумаю об этом завтра» (М. Митчелл, «Унесенные ветром»), ставшие устойчивыми выражения «Начну с понедельника», «Когда выйду на пенсию», поговорки: «Утро вечера мудренее» и т.д. Можно полагать, что в намерении таких произвольно отложенных действий содержится «память на будущее» [2], обеспечивая внутрилличностную «связь времен» и непрерывность драматургии истории индивида (О. Сакс).

Третий вариант – незавершенное действие, о котором пишет Блюма Вульфовна Зейгарник, насильно прерванное экстремальными обстоятельствами, вызывающее у субъекта напряженность намерения, неудовольствие, эмоциональное переживание неудовлетворенности. Скорее всего, именно по этой причине эти следы остаются помехоустойчивыми, защищены от побочных включений и не подвергаются основному закону забывания, или ретроактивному торможению. Можно предположить, что такие следы памяти хранятся в поверхностном слое хронотопа в виде отдельной матрицы или буфера (контейнера), сохраняя свою готовность к продолжению нереализованного намерения к достижению цели. Эти следы, находясь в активном состоянии, как будто бы ожидают появления в текущей деятельности и поведении субъекта встречи с аналогичными действиями, со сходными предметами потребности, с аналогичным эмоциональным, соматовегетативным и гормональным статусом субъекта, определяя будущие планы и структуры поведения [12]. Удивляет «цепкость» этих следов памяти в их избирательном выборе сходных ситуаций также, как и в длительности их сохранения в активном состоянии иногда в течение всей жизни.

Четвертым – парадоксальным – типом прерванных действий являются действия законченные, но не завершенные. Их можно назвать

преждевременными, поскольку искомый результат получен, но не хватает терпения и мотивации для его окончательного оформления. Необходимость оформления не всегда зависит от самого субъекта, поэтому момент достижения цели становится неопределенным, что вызывает дополнительное напряжение и приводит к поспешному завершению работы. Чаще всего такие действия встречаются при разработке изобретений или научных открытий. Законченные, но не завершённые, действия уходят в глубины памяти и могут быть представлены в актуальном переживании своей поспешности только в ситуации появления аналогичного продукта, например, с другим авторством. Не все выдерживают длительность ожидания. Умение ждать – особое свойство личности. Распространенность такого типа незавершённых действий подтверждается представленностью в фольклоре таких поговорок, как «Не говори «гоп», пока не перепрыгнешь», «Поспешишь людей насмешишь» и др.

Предлагаемую здесь типологию прерванных действий представляется возможным априори сопоставить с результатами, полученными Зейгарник в отношении больных шизофренией, эпилепсией и астенией. Наиболее близок по своему содержанию к исследованному в эксперименте Блюмы Вульфовой третий из описанных типов. Действительно, действия третьего типа остаются в памяти в активной матрице хронотопа, поскольку они интенсивно подкреплены эмоциональным и личностно-смысловым маркированием. Более того, эти следы могут быть включены в реальную жизнь даже путем замещения предмета потребности. Близким к этому является и второй тип прерванных действий, которые также сохраняются в хронотопе в скрытой форме благодаря осознанной произвольной отсроченности в достижении поставленной цели и определению времени ее исполнения. Характерно, что в эксперименте Зейгарник больные эпилепсией обнаруживали эффект сохранения прерванных действий, сходный со здоровыми испытуемыми. Личностная заостренность эпилептиков и эмоциональная вязкость способствуют удержанию следа памяти в активной матрице хронотопа. Однако нейродинамические особенности работы мозга больных эпилепсией делают этот след костным, ригидным и препятствуют их реализации через другой предмет потребности. Именно это нередко приводит к формированию в поведении больных эпилепсией навыков и привычек, деструктивно влияющих на личность и ее социальной функционирование. В отношении четвертого типа действий, которые могут наблюдаться у больных с астеническими расстройствами, преждевременное окончание действий обусловлено недостаточностью энергетического ресурса и недостаточным, по М. Монтескье,

терпением. Ошибки, вызванные преждевременностью завершения, не всегда осознаются субъектом, а потому уходят в глубины хронотопа. Однако при достаточной рефлексии в результате этих ошибок приобретает опыт – «сын ошибок трудных» (А. Пушкин) – и «стратегия осторожности» в сознательной деятельности личности. Действия, относящиеся к первому типу, слабо связаны с личностными смыслами, а потому они «уходят» в неосознаваемую часть памяти, рассеиваясь как «дым, как утренний туман» (А. Пушкин), однако все же остаются в памяти в виде той искры, о которой говорил С. Моэм, искры, способной воспламенить в зрелом возрасте смену деятельности, противоречащую здравому смыслу и социальной адаптации. Такое возможно при шизофрении, юношеской астенической несостоятельности (ЮАН) и дисфункции лобных долей.

Таким образом, любые следы от нереализованных намерений, инициирующих любые действия, не доведенные до конца, «складируются» (В. Набоков, «Лолита») в соответствующих матрицах хронотопа в большей или меньшей близости к процессам самосознания. Они, составляя «благотворную пружину жизни» (Б. Пастернак), оказывают влияние на деятельность субъекта, сохраняя и расширяя внутреннее пространство смыслового поля человека. Очевидно, что такая сохраняющаяся активность следа памяти приводит к его вторжению в последующую деятельность человека иногда спустя длительные временные интервалы, соединяя «тогда» и «теперь». Более того, готовность этих следов к реализации на основе сохранившегося намерения создает возможность «отчуждения», и даже «замещения предмета потребности» [9], на основе которой исходное намерение сформировалось. По-видимому, именно этот механизм лежит в основе импульсивных поступков, того, что называется внезапно нахлынувшими чувствами, рассматривается в основе представлений о влиянии сверхъестественных сил и т.п.

Но, впрочем, не только благотворную. Напряжение, остающееся от незавершенного намерения, может вызвать беспокойство, тревогу и даже «разрушительный эмоциональный взрыв» (С. Цвейг, «Оплаченный долг»). Каждый знает по собственному опыту, какой вред могут принести такие следы памяти в текущей жизненной ситуации, не всегда поддающиеся рефлексии и сознательному контролю. Именно так произошло в отношениях Наташи Ростовой с Андреем Болконским при появлении в ее жизни Анатолия Курагина.

Влияние предыдущих действий может драматическим образом сказываться на судьбе не только носителя памяти, но и на судьбах людей и целых народов. Например, есть основания предполагать, что прерванное действие является одним из психологических эквивалентов

среди множества противоречивых причин дерзкого и опрометчивого вторжения Наполеона в Россию. Известно, что по окончании военного училища он отправил в Москву просьбу на зачисление его в русскую армию и получил согласие, но при условии понижения в военной должности на ранг, что привело к соответствующим переживаниям и не могло не вызвать чувства обиды у самолюбивого юного Бонапарта. Оказавшись в Москве, Наполеон пробыл в бездействии пять недель, после чего отправил к народу несколько манифестов и обращений, как это сделал бы глава государства. Не получив ответа от граждан, он покинул Москву и начал отступление. Можно полагать, что в прерванном действии была поставлена точка.

В искусстве, в частности, кинематографе просматривается возможность передачи следов памяти, хранящихся в буфере ожидания, через поколения. Известны такие идиомы, как «зов предков». Наиболее ярко эта научная метафора представлена в фильме А. Тарковского «Зеркало».

Согласно С.Л. Рубинштейну, «иногда кажется, что эти скрытые от человека влияния на его поведение проявляются как самостоятельные деятели...», тогда как на самом деле являются следами памяти и ресурсом «побуждающей регуляции» в психике и поведении [13].

В 60-е годы XX века во время клинических разборов, проводимых для студентов отделения психологии философского факультета МГУ на территории психиатрической больницы имени П.Б. Ганнушкина, Б.В. Зейгарник нередко обращалась к методике «Куб Линка». Дождавшись, когда пациент будет близок к окончанию выполнения этой сложной задачи, она как бы нечаянно задевала рукой или листом бумаги собранную фигуру, разрушая практически готовую конструкцию. После этого оценивалась и обсуждалась реакция пациента на незавершенное действие (гнев, досада, равнодушие, стремление продолжить и т.д.) в общем контексте клинико-психологического исследования. Однажды одна из студенток спросила у Блюмы Вульфовны, не жалко ли ей больного, который так старался, выкладывая куб Линка. В ответ Блюма Вульфовна сказала, что клинико-психологический эксперимент представляет собой срез реальной жизни. «А жизнь вообще жестокое дело», – добавила она, обращая к студентке свой пронизательный взгляд.

Нельзя не сказать, что в жизни самой Блюмы Вульфовны было прерванное действие, разделившее ее жизнь на две большие половины. Успешно начав профессиональную карьеру в сотрудничестве с Куртом Левиным и создав свою семью, Блюма Вульфовна строила планы на будущее. Однако эти планы и связанные с ними намерения не

осуществились. Семье пришлось переехать из Берлина в Москву, поскольку муж Блюмы Вульфовны, будучи гражданином СССР, работавшим в Германии, был отозван правительством на родину и вскоре арестован. Блюма Вульфовна с двумя детьми оказалась за железным занавесом в чужой стране, в отрыве от предыдущих связей, под политическим и идеологическим давлением. В этом положении она не могла продолжить начатую деятельность. Не вдаваясь в описанные в других источниках подробности ее жизни, целесообразно остановиться на том, как Блюма Вульфовна «переадресовала» несостоявшиеся планы в другие, но близкие к прежним, формы активности. Получив место заведующей психологической лабораторией на территории психиатрической больницы имени Ганнушкина, она в тесном сотрудничестве с С.Я. Рубинштейн в маленьком деревянном домике в конце 50-х годов начала работу по созданию психологической службы в психиатрии¹. Опорой для этой работы послужил тезис В.М. Бехтерева о необходимости создания такого направления работ в медицине как «патологическая психология» (позднее – патопсихология). Используя личные связи и профессиональные контакты, эти две женщины открыли своеобразный цикл переподготовки педагогов, логопедов и дефектологов в психологов, способных вести диагностическую работу в психиатрических клиниках. Наиболее заинтересованные в этом руководители больниц присылали на «рабочее место» для стажировки в лабораторию Блюмы Вульфовны кандидатов на место психолога. В 1960 году пришедшие на практику в лабораторию студенты отделения психологии МГУ с удивлением обнаружили при входе политическую карту СССР, на которой разными цветами были обозначены все субъекты государства. Но самое главное, что на этой карте были приколоты четыре красных флажка, расположенные в Приуралье и обозначающие те города и соответствующие клиники, где уже работали подготовленные в лаборатории Блюмы Вульфовны специалисты. Так начиналась патопсихология, ставшая впоследствии самостоятельным научным и практическим разделом психологической науки в СССР. Кроме того, будучи профессором факультета психологии МГУ, Блюма Вульфовна читала спецкурс, посвященный Курту Левину, и издала книгу о нем как о своем Учителе. Можно сказать, что Блюма Вульфовна поставила точку в «незаконченном действии» и второй раз вошла в

¹ В Советском Союзе Блюму Вульфовну уважали и всячески поддерживали с самого начала ее пребывания в Москве такие известные психологи и психиатры, как Л.С. Выготский А.Р. Лурия А.Н. Леонтьев, В.М. Баншиков, Э.Я. Штернберг и др.

историю психологической науки, проявив незаурядные способности и понимание механизмов преодоления травматических последствий насильственно прерванной деятельности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью данной работы было рассмотреть эффект Зейгарник на современном уровне изучения проблем памяти и осуществить перенос феномена на тезаурус культурно-исторической концепции Л.С. Выготского и теории деятельности Леонтьева – Рубинштейна. Анализ психологического эксперимента, проведенного Б.В. Зейгарник, с позиций отечественной школы позволяет рассматривать его не только как частную методику, но и как методологически обоснованный инструмент для изучения таких актуальных проблем как:

1. условия эффективности непроизвольного запоминания,
2. проблема соотношения памяти и сознания,
3. проблема личностно-смыслового мотивационного маркирования информации при переводе ее в хронотоп.

Таким образом, мотив незавершенного действия остается актуальным. Эффект Зейгарник не только не устарел, но и ждет новых исследований как метод изучения особенностей непроизвольного запоминания на современном этапе развития психологии и нейронаук.

PS (из автобиографии Н.К. Корсаковой (Киященко)). В 1961-1962 годах я выполняла дипломную работу под руководством Б.В.Зейгарник. Она направила меня для сбора патологического материала в психиатрическую клинику имени С.С. Корсакова. Я продуктивно работала, и директор клиники направил в МГУ заявку о моем распределении по окончании университета в его клинику. Я очень гордилась своим будущим трудоустройством, всем сообщала, что буду работать в клинике имени Корсакова. Заведующий отделением психологии тоже нередко говорил, что рад за Киященко (это была моя фамилия в то время), поскольку она трудоустроена.

Получив диплом с отличием в июле месяце 1962 года, я пришла в клинику С.С. Корсакова с заявлением о приеме на работу. Но радость моя была преждевременной, потому что, как оказалось, этой вакансии для меня уже нет. Я ушла со слезами, несолоно хлебавши. Надо сказать, что с трудоустройством психологов в то время было очень сложно, и я еще долго переживала незавершенное трудоустройство, продолжая искать рабочее место в течение следующих нескольких месяцев.

В конце концов мне повезло. В поисках работы я обратилась к заведующему отделением психологии МГУ А.Н. Леонтьеву, и он предложил остаться в его лаборатории, где в это время начинались работы по договору с Министерством Обороны. Я проработала в этой лаборатории четыре года, сдала кандидатский минимум, ездила в

интересные командировки в Ленинград и Тбилиси. И практически не вспоминала о неудачном трудоустройстве в психиатрическую клинику имени С.С. Корсакова. В 1966 году я получила место в аспирантуре психологического факультета. Научным руководителем моей диссертации должна была стать Б.В. Зейгарник. Она спросила меня, чем я хочу заниматься. Я почему-то ответила, что меня интересует «корсаковский синдром». Блюма Вульфовна удивилась, сказав, что настоящих алкоголиков среди психически больных сейчас мало и надо подумать, где брать материал, хотя тема интересная. Об этом стало известно А.Р. Лурия, который после международного психологического конгресса в 1966 году в Москве, где активно обсуждалась проблема нарушения памяти, в том числе при «корсаковском синдроме» не только алкогольной, но и другой этиологии, предложил мне перейти к нему в аспирантуру для изучения расстройств памяти по типу «корсаковского синдрома» у больных с опухолями головного мозга.

Успешно проработав на факультете психологии и в лаборатории А.Р. Лурия почти десять лет, я получила приглашение из Новосибирского Института Физиологии как специалист по памяти для участия в научной экспедиции по разработке проблемы по адаптации человека к высокогорным условиям. Эта работа должна была проводиться в горах Памира на высоте 2500 метров. Я с радостью согласилась, что-то меня туда потянуло, видимо, моя жизнь требовала каких-то изменений. К тому времени, казалось, я уже совсем забыла о своем несостоявшемся когда-то распределении в клинику Корсакова. У трапа самолета, на котором я прилетела в Душанбе, меня встретил молодой мужчина, который уточнив, Киященко ли я, представился как Корсаков, заместитель руководителя экспедиции. Меня как током ударило... Можно полагать, что в мою жизнь вновь вмешался след от незавершенного действия, след, прошедший в моей жизни неосознанно сначала через интерес к корсаковскому синдрому, затем замужество и смену фамилии спустя год после экспедиции.

Вся цепочка описанных событий открылась для меня гораздо позднее, когда я много лет спустя случайно проходила мимо здания психиатрической клиники имени С.С. Корсакова.

Литература

1. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М.: Изд-во Акад. Пед. наук РСФСР; 1956.
2. Геллерштейн С.Г. Можно ли помнить будущее? // Льюис Кэрролл. Сквозь зеркало и что там увидела Алиса, или Алиса в Зазеркалье (Пер. Н.М.Демуровой). М., 1991. С. 4-7.
3. Зейгарник Б.В. Психология личности: норма и патология. М.: Издательство Московского психолого-социального института; Воронеж: Издательство НПО «МОДЭК». 2007.

4. Зейгарник Б. В. Теория личности К. Левина. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1981. С. 18-32, 43-51.
5. Зинченко В.П. Культурно-историческая психология: опыт амплификации // Вопросы психологии. 1993. № 4. С. 5-20.
6. Киященко Н.К. Нарушения памяти при локальных поражениях мозга. М.: Издательство Московского университета; 1973.
7. Киященко Н.К., Московичюте Л.И., Симерницкая Э.Г. Мозг и память. М., Издательство Московского университета; 1975.
8. Корсакова Н.К., Плужников И.В. К вопросу о природе «гипофронтальности» при эндогенных психических расстройствах юношеского возраста // Актуальные проблемы подростково-юношеской психиатрии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной памяти профессора М.Я. Цуцукловской / Под ред. В.Г. Каледы, И.В. Олейчика. 2015. С. 126-130.
9. Леонтьев А. Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат; 1975.
10. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. М.: Педагогика; 1976.
11. Лурия А. Р. Язык и сознание. СПб: Питер; 2019.
12. Милнер Дж., Галантер Е. и Прибрам К. Планы и структуры поведения. (Пер. О. Виноградовой, Е.Д. Хомской). Под ред. А.Н.Леонтьева, А.Р.Лурия. М.: Издательство «Прогресс»; 1964.
13. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. СПб: Питер; 2017.
14. Zeigarnik, B. Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen // Psychologische Forschung. 1927. Bd. 9. S. 1-85.

Пятницкий Н.Ю.
АФФЕКТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА И ШИЗОФРЕНИЯ С
ТОЧКИ ЗРЕНИЯ «ЭВОЛЮЦИОННОЙ» ПСИХОЛОГИИ И
ПСИХИАТРИИ

Аннотация. В статье обсуждается развивающийся с конца прошлого века как в зарубежной, так и в отечественной психиатрии относительно новый подход к пониманию психической патологии - этологический, объединивший и психологию, и психиатрию. Для определения такой «школы мысли», в основу которой заложено сопоставление поведения человека и животных самых различных видов, используются различные названия: «эволюционная психиатрия», «эволюционная психология», «социобиология», «этологическая» психиатрия и пр. Эволюционная психология и психиатрия базируются на одних и тех же постулатах. Во-первых, видоизмененном положении Ч. Дарвина о стремлении воспроизвести себя в потомстве: с учетом данных генетических исследований дарвиновское понятие «репродуктивной готовности» были заменено

на «инклюзивную готовность», стремление индивидуума к передаче своих генов. Во-вторых, психопатологические феномены рассматриваются в рамках континуального перехода от нормы к патологии, и всегда предполагается существование нормального аналога для любого психиатрического симптома, объяснимого с точки зрения его целесообразности по теории естественного отбора. Все психические расстройства и, в частности, аффективные расстройства и шизофрения, объясняются искаженным адаптивным поведением, как минимум, в двух сферах: «членства в группе» - так называемые расстройства «привязанности» и «ранга» (иерархии), отражающие эволюционную подоплеку аффективных заболеваний; и «исключения из группы» - расстройства «пространства» («spacing disorders»), к которым относят расстройства «шизофренического спектра».

Ключевые слова: эволюционная психология и психиатрия, шизофрения, аффективные расстройства, адаптация.

В последние десятилетия как в зарубежной [15, 22, 37, 38], так и в отечественной [3, 9] психологии и психиатрии стало появляться все больше работ, в которых для описания и анализа нормального и аномального поведения человека применяется «этологический» подход. Сущность этологического подхода состоит в сопоставлении поведения животных совершенно различных видов, находящихся вне ситуации эксперимента, с поведением человека, и объяснении сходных образцов такого «инстинктивного» поведения аналогичными механизмами. Для определения этого относительно нового подхода используется целый ряд терминов: «социобиология» в психиатрии и психологии, «этологическая психиатрия», «этологическая психология», «эволюционная» психология, «эволюционная психиатрия» и др. Зарубежные авторы [15, 22, 37, 38] говорят о Ch. Darwin [18, 19] как об основоположнике принципов эволюционной психологии и психиатрии, отечественные [3] – об И.М. Сеченове [10], В.М. Бехтерева [1, 2], И.П. Павлове [4]. Роль последнего отмечается и зарубежными исследователями. При этом отечественные авторы тем самым подчеркивают, что для них грань между описанием поведения животных в условиях эксперимента и на свободе представляется весьма относительной. Как самостоятельная наука этология по мнению А.Н. Корнетова и соавт. [3] была официально признана в 1973 г., когда К. Lorenz, N. Tinbergen и K. von Frisch получили Нобелевскую премию за работы в области биологии поведения. Стремительно развивающееся после этого события введение этологического подхода в психологию и психиатрию предполагало и улучшение оценки психотерапевтических

возможностей (компенсаторной терапии по А.В. Снежневскому [11]) психических расстройств, в особенности с учетом того, что к тому времени доказательства в пользу истинности краеугольных постулатов школы классического психоанализа - существования Эдипова комплекса, и бихевиоризма - с утверждением о «выученности» любого поведения (подразумевающего, что ему можно и «разучиться»), так и не было получено [15]. Кроме того, ряд поведенческих образов, ранее предполагавшихся «выученными» - формирование инфантильной привязанности, избегание незнакомцев, подчиненное поведение - стал рассматриваться как «развитие запрограммированных алгоритмов» [37], т.е. врожденными.

Следует отметить, что в античном периоде уже Аристотель [12] для определения различных типов людей прибегал к сопоставлению их с поведением различных типов животных, впоследствии такие сопоставления развивали средневековые физиогномисты, а позднее, в XIX веке, независимо от Ch. Darwin и И.М. Сеченова, С. Lombroso [32] приводил оригинальные аналогии преступных поступков человека среди представителей животного мира.

Базисное положение эволюционной психологии и психиатрии – объяснение целесообразности любого человеческого поведения с точки зрения теории естественного отбора Ch. Darwin [18]. Первый переформулированный – с учетом открытий в генетике - постулат Ch. Darwin о выживании наиболее приспособленных при естественном отборе соответствует конечной цели трансмиссии наших генов в последующих поколениях благодаря качествам, способствующим выживанию в борьбе за существование. Помимо естественного отбора Ch. Darwin выделял еще два вида отбора: интрасексуальный с эволюцией свойств, дающих преимущество по отношению к конкурентам того же пола в борьбе за сексуального партнера (размер, сила, доминантность), и половой с эволюцией свойств, делающих животное привлекательным для противоположного пола (окраска, оперение и пр.) [19]. В этологии дарвиновское понятие «репродуктивной готовности» (reproductive fitness) со стремлением воспроизвести себя в потомстве, но не объясняющее фактов самопожертвования и альтруизма среди животных, было заменено на «инклюзивную готовность» (inclusive fitness) – стремлению к передаче генов индивидуума как таковых [37]. Так, например, индивидуум, менее склонный к репродукции, живущий отшельником, воздерживающийся от «брачных игр», совершающий самоубийство, тем не менее, увеличивает свою «инклюзивную готовность», поскольку, отказавшись от репродукции или уйдя от общества, он оставляет больше пространства и ресурсов для своих родственников.

В том варианте «эволюционной» психологии и психиатрии, который предлагают А. Stevens и J. Price [37], помимо Ch. Darwin'a и этологических наблюдений, авторы опираются на понятия архетипов и коллективного бессознательного С.G. Jung [28], на этологическом уровне соответствующие достаточно многообразным вариантам инстинктивного поведения, причем психическое расстройство развивается тогда, когда «архетипическое ожидание» не соответствует внешнему стимулу, при «фрустрации» архетипического ожидания. Согласно А. Stevens и J. Price [37] существуют 2 основные архетипические потребности – потребность в привязанности и потребность в «статусе» (занятию иерархической ступени). При их фрустрации возникают психопатологические расстройства. Эволюционная психология и психиатрия рассматривают психопатологические феномены в рамках континуального перехода от нормы к патологии и предполагают существование нормального аналога для любого психического расстройства или симптома. В настоящей статье мы сделаем акцент на анализе предлагаемых «эволюционными» психиатрами интерпретаций значения аффективных расстройств и шизофрении. В целом, в эволюционной психиатрии и психологии все основные психические расстройства и симптомы рассматриваются как искаженные выражения склонностей, связанных с адаптивным поведением в трех областях: 1) «членства в группе» - расстройства привязанности и «ранга» (иерархии); 2) «исключения из группы» - расстройства «пространства» («spacing disorders»); 3) «брачного периода» («репродуктивные» расстройства) [37].

Как и классический психоанализ, эволюционная психология и психиатрия ищет причины невротических и сексуальных расстройств в периоде детства, однако, понимает их как фрустрацию ряда основных потребностей, «невыполнение детских базисных архетипов» [37], к числу которых относится отсутствие родителей, разлучение с родителями в детском возрасте, индукция родителями чувства неполноценности или вины у ребенка (например, за счет постоянной критики), избыточная тревожная родительская привязанность к ребенку и др. Любая из перечисленных фрустраций детства может привести к формированию тревожных, неуверенных в себе индивидуумов, стеснительных и «неспособных справляться с трудностями». Такие люди испытывают трудности в формировании стойких отношений и при стрессе склонны продуцировать «невротические симптомы»: фобии, тревогу, депрессию.

Животные соревнуются за «ранг» и место в «иерархии» посредством (на языке этологии) «ритуального агонистического поведения» - физической борьбы или демонстрации угроз. При этом

успех гарантирует увеличение степени «власти над ресурсами». Причем, начиная с рептилий, у которых такое агонистическое поведение наблюдается отчетливо, животные обладают способностью оценивать соотношение потенциала «власти над ресурсами» у себя и противника. Соответственно, у человека такая способность оценивать относительную «власть над ресурсами» (англ. Resource Holding Power, или RHP) располагается в области «рептилоидного» мозга¹.

Активация психологического механизма может выразиться в образовании психиатрического симптома. Так, например, женщина, у которой развиваются панические приступы при выходе на улицу за покупками, с точки зрения «этологической» психологии и психиатрии страдает от активности адаптивного механизма, присущего ее предкам еще со времен первобытного общества периода «охоты и собирательства» – опасения находиться на открытом пространстве в отсутствии каких-либо «прикрытий» [37]. Исходя из положения о филогенетическом развитии головного мозга по принципу добавления новых слоев к уже существующим без их замещения новые функции добавляются, но не заменяют старые. Ответ человека на изменения в окружающей среде способен параллельно затрагивать как примитивные, так и новейшие стратегии поведения. Стратегия высокого уровня на ситуацию поражения в социальном соревновании – добровольное подчинение, стратегия низкого уровня – подавленное настроение. Сознательный акт подчинения может как предотвратить, так и закончить депрессию. Некоторые личностные свойства – гордость, амбициозность, склонность к чувству вины – могут делать стратегию добровольного подчинения недоступной и обрезать в соответствующей ситуации индивидуума на депрессию. В этологической психологии и психиатрии существует теория «социального гомеостаза». В частности, например, согласно «иерархической» теории депрессии, депрессивная реакция способствует сохранению стабильности группы, предотвращая

¹ Согласно «триадной» концепции головного мозга Р. MacLean [33], мозг человека подразделяется на «рептилоидный» - самый древний, сформировавшийся еще у рептилий 300 миллионов лет назад, и морфологически соответствующий базальным ганглиям, этологически – инстинктам приобретения территории и ее защиты, доминирования; мозг «древних млекопитающих» - лимбическая система, отвечающая за материнскую заботу, коммуникацию «мать-дитя», игры (что не свойственно рептилиям); и мозг «новых» млекопитающих – неокортекс, отвечающий за когнитивные процессы и отличающийся высоким уровнем осознания. Подобное подразделение на инстинкты, эмоции и когницию восходит к Платоновскому [6,7] и Галеновскому [23] разделению «души» на три части, но уже с иной соответствующей локализацией - в печени, сердце и мозге.

постоянную борьбу за статус в социальной иерархии, или же позволяет избежать остракизма в группе. Частая взбудораженность и расстройства сна, наблюдающиеся у пациентов с депрессиями ранним утром, могут объясняться тем фактом, что хищники, представлявшие угрозу для наших предков, были особенно активны на рассвете [37].

Некоторые авторы отмечают, что за последние десять миллионов лет возникла новая форма социального соревнования: вместо унижения и запугивания соперников участник стремится стать для них привлекательным. Одними из первых на такую форму соревнования обратили внимание М. Chance, С. Jolly [16], описав ее у шимпанзе. Шимпанзе мужского пола в дополнение к проявлению угроз в поведении, целью которых было вызвать подчинение соперника, демонстрировали и иное, «неугрожающее» поведение, своего рода форму «социального обольщения», ведущую к присоединению («аффилиации») и взаимодействию между индивидуумами в виде игры, «ухаживания» («груминга»), «материнского» или сексуального интереса по отношению к индивидууму, проявляющему поведение «социального обольщения».

М. Chance, С. Jolly [16] описали два различных типа организации общества у приматов, названных ими «агоническим» (agonic) и «гедонистическим». Агонический тип взаимодействия присущ иерархически организованным обществам, в которых индивидуумы озабочены обеспечением защиты от угроз для собственного статуса и торможением открытых агрессивных конфликтов. Гедонистический тип – более «эгалитарным» обществам с «аффилиативным» поведением. Ментальность индивидуумов в этих обществах также оказывается различной. В агоническом обществе социальный баланс между доминантными и подчиненными индивидуумами удерживается «эквilibрацией»: группа сохраняется за счет угрозы нападения со стороны доминантных индивидов, любая попытка со стороны подчиненного индивидуума уклониться от группы вызывает нападение. Если подчиненный индивидуум подходит к скрытым (неявным, имплицитным) границам группы, то одного взгляда доминантного индивидуума бывает достаточно, чтобы остановить подчиненного и направить его обратно к центру группы. М. Chance, С. Jolly [16] назвали этот типичный для «агонической» группы феномен «возвращением из побега» («reverted escape»). Напротив, в «гедонистической» группе индивидуумы могут спокойно «дрейфовать» внутри группы и даже на время покидать ее. В «агонической» группе разделенные дистанцией индивидуумы держатся вместе с постоянной «оглядкой» на лидера, напряжение в группе высокое, при этом открытое «агонистическое» поведение тормозится. Следует отметить, что описываемые два типа

социального поведения восходят к античной догиппократовской концепции Эмпедокла (сицилийская школа) - «учению о силах Вражды и Любви» [8, 34] - и не столь отдаленной концепции «Gemeinschaft» и «Gesellschaft» («общины» и «общества») германского социолога Ф. Тоенниса [39].

А. Stevens и J. Price [37] полагают, что вышеописанные два типа социального поведения подтверждают существование двух больших архетипических систем: одной, связанной с привязанностями, альтруизмом, заботой и ее принятием, другой – со статусом, дисциплиной, территорией и владениями. При фрустрации целей этих систем или их неадекватной активации развивается психическая патология. В гедонистическом типе (эволюционно более позднем) индивидуум стремится обезоружить потенциальных конкурентов и привлечь потенциальных «товарищей» так же, как и достичь статуса в глазах других членов группы. Если индивидуум становится менее привлекательным для товарищей, он теряет статус в глазах группы и переживает снижение самооценки. Р. Gilbert [26] даже выделил такой показатель, как «потенциал удержания социального внимания» (social attention holding potential), характеризующий способность индивидуума привлекать внимание и «инвестиции» других членов группы.

Таким образом, «эволюционные» психологи и психиатры связывают самое распространенное психическое расстройство – депрессию – с универсальной тактикой млекопитающих к подчинению (пассивная адаптация к более низкому рангу позволяет избежать дальнейших атак со стороны более властных индивидуумов, понизивших положение субъекта в иерархии). Мания, напротив, связана с тактикой доминанции. Поэтому маниакально-депрессивные расстройства включены в систему «рангов» (доминанция – подчинение), и связанными с ней системы агрессии и уступчивости. Мания представляет собой производное от переживания «быть доминантным и обожаемым», депрессия – «быть подчиненным и непривлекательным». А. Stevens и J. Price [37] предлагают использовать двухосевую схему координат для оценки исхода соревнования в доминантности и привлекательности [13]. Горизонтальная ось – ось «приближения-отдаления», или же «близости – дистанцирования», «дружелюбности – враждебности»; вертикальная - ось «доминантности – подчинения». Экстраверты будут более склонны к депрессии, нежели интроверты, в ситуации фрустрации их потребности в близости, интроверты склонны развивать шизоидную отстраненность при фрустрации их потребности в дистанции. Успешная аффилиация ассоциирована с социальным приспособлением и психическим здоровьем, неудача в аффилиации – с шизоидным расстройством личности, шизотипическим расстройством

и шизофрениформными расстройствами, в широком смысле «интровертированными способами» личностного приспособления. Подчинение ассоциировано с низкой самооценкой, чувством вины и унижения, зависимым расстройством личности, тревогой, депрессией, мазохизмом, и склонностью быть виктимизированным. Доминанция - с высокой самооценкой, типом личности А, садизмом и склонностью издеваться над другими.

Также важным фактором является восприятие индивидуумом себя «инсайдером» (быть членом группы, любимым или нет, с высоким или низким статусом) или «аутсайдером» (не чувствовать себя принадлежащим группе, не вмешиваться в статусные конфликты). При этом, согласно А. Stevens и J. Price [37], если у «инсайдера» разовьется психическое расстройство, это с большей вероятностью будет расстройство «привязанности» и «ранга», а у аутсайдера – «расстройство пространства» (spacing disorder). Индивидуумы, неуверенные в своей «лояльности» группе и колеблющиеся между статусом инсайдера и аутсайдера, более склонны к «пограничному состоянию».

По J. Price [35] депрессия (как реактивная, так и эндогенная) является адаптивной, поскольку она побуждает страдающего приспособиться к более низкому социальному рангу, который был ему навязан. Депрессия и мания существуют как потенциальные эволюционные механизмы, запускающиеся восприятием потери или приобретения.

J. Birtchnell [14] выделял «горизонтальную» депрессию, связанную с неудовлетворительными интеракциями в области «близости» и «разделения», и «вертикальную» депрессию, связанную с неудовлетворенностью в ранговых интеракциях. При этом следует отметить, что обе формы депрессии обладают сходным клиническим течением и ответом на терапию, и что уже отношения привязанности ранних лет жизни - родитель-дитя – являются одновременно и ранговыми, иерархическими отношениями. Считается, что распространенность депрессий и их длительность превышает таковые гипоманий. Это наблюдение позволяет «этологическим» психиатрам предполагать, что естественный отбор предпочитает затяжные «уступающие» образы поведения «выигрышным» эквивалентам и соответствует наблюдениям, что в любом асимметричном обществе существует больше потенциальных неудачников («лузеров»), чем победителей.

С точки зрения этологии депрессия развивается у людей, уязвимых к перцепции критического снижения «потенциала удержания социального внимания» (SAHP). А частая сочетающаяся с депрессией

тревога может объясняться нависающей над депрессивными больными угрозой остракизма (связанной с идеей, что они «никуда не годятся» и «ни на что не способны»).

A. Stevens и J. Price [37] предлагают и этологическое объяснение большей (в два раза) распространенности депрессий у женщин, нежели чем у мужчин. Депрессия значительно снижает «репродуктивный успех» у мужчин, чем у женщин, поскольку, чтобы добиться женщины, мужчине требуется больше энергии и инициативы по сравнению с не столь затратным «принятием» мужчины женщиной. Таким образом, депрессивные мужчины оказываются менее склонны «воспроизводиться», чем депрессивные женщины. Кроме того, большей распространенности депрессий среди женщин может способствовать и то, что первоначально сформировавшееся у мужских особей агонистическое поведение с борьбой за территорию и ресурсы становится и образом поведения женщин между собой, а также между мужчиной и женщиной (соревнование за ресурсы между любовницей и женой, или между супругами - при преимущественно доминантной роли мужчины – ведет чаще к «потерям» со стороны женщины). Интересно отметить, что этологическим методом практически равнозначно объясняются модели как реактивной, так и эндогенной депрессии. При этом в клинической психиатрии для некоторых авторов [5] реактивная депрессия представляет собой лишь особое начало фазных эндогенных расстройств настроения.

Шизофрения также оказалась в фокусе исследования эволюционной психиатрии и рассматривается в качестве основного «вызова» для «объясняющих» возможностей этологического подхода. При этом некоторые «эволюционные» психиатры опираются на теорию «мультифакториального полигенного порога» для развития шизофрении I. Gottesman и J. Shields [27]. Теория I. Gottesman и J. Shields исходит из того, что гены, отвечающие за предрасположенность к шизофрении, широко распространены (но в различной степени) в общей популяции. Для развития клинической симптоматики шизофрении индивидуум должен пересечь «порог», за которым происходит манифестация генетической предрасположенности. Этот порог фиксируется благодаря генетическому отягощению и накоплению «жизненного опыта». Таким образом, если предрасположенность к шизофрении наследуется в «градуалистической» манере, всегда можно обнаружить аналогичное шизофреническое поведение среди нормальных индивидуумов [17].

Если бы подобная предрасположенность не являлась «адаптивной», то, согласно эволюционной психологии и психиатрии, она бы просто не могла существовать в популяции и была бы уничтожена в человеческом

геноме, в то время как естественный отбор, напротив, закрепил ее в качестве стойкого компонента этого генома.

В соматической патологии сахарный диабет понимается «эволюционистами» как цена, которой люди платят за адаптивный механизм выживания в среде с недостаточными пищевыми ресурсами, сформированный в прошлом у их предков. То, что ранее давало преимущество многим, в современной среде с изобилием сахаросодержащих продуктов приводит у некоторых к заболеванию.

Эволюционные психиатры, обращаясь к проблеме шизофрении, подобно Е. Kretschmer [29], исходят из организации личности, находящейся в континууме от нормы до психоза, объединяя шизоидный, шизотипический и параноидный тип личности в более широкое понятие «расстройств шизофренического спектра».

Если аффективные расстройства, по их мнению, являются результатом «стратегий», сформировавшихся намного раньше в контексте соревнования между индивидуумами, расстройства шизофренического спектра - результат стратегий, возникших не так давно в рамках соревнования между группами. Если конечная цель «маниакально-депрессивного» диатеза способствовать стабильности внутри группы, то конечная цель «шизоидного» диатеза – расщепить группу на две несовместимые группы в обстоятельствах, когда первичная группа становится слишком большой [37]. Группам людей, как и всем социальным животным, присуща динамика процветания и умножения до тех пор, пока они не достигают критического размера, при котором доступные им ресурсы начинают не соответствовать их потребностям, тогда группа становится нестабильной и расщепляется, как минимум, на две оппозиционные фракции. Все используемые для достижения групповой солидарности механизмы начинают действовать обратным образом для все большего разъединения групп. Проблема лидерства на этот момент становится краеугольной для выживания группы, поскольку лидер должен вдохновить отделившуюся группу ощущением «миссии» и цели, объединения против всех обстоятельств, которые суждено преодолеть, прежде чем группа достигнет «земли обетованной» [37].

В древнем периоде общества «охотников-собирателей» разделению могли подвергаться группы, достигшие числа 40-60 человек и страдающие от социального напряжения и личных конфликтов. Современные исследования демонстрируют необходимость «харизматического» лидера для выживания отщепившейся группы, причем этот лидер по критериям DSM-IV [20] обычно бывает шизоидной, шизотипической, пограничной или параноидной личностью [31]. При этом, за исключением Жанны д'Арк,

известные исторические харизматические лидеры практически все были мужчинами. Если отколовшаяся группа действительно «находит землю обетованную» и оказывается в благоприятной для жизни среде, лидер группы и его последователи создают новую культуру с новыми истинами, «новыми Богами» и даже новым языком. Для этого и потребуются «шизотипические гены» [37]. Определенное число шизотипических свойств оказывается присущими харизматическому лидеру: когнитивный диссонанс, занятость религиозными темами и вера в оккультные феномены, расстройство языка и использование неологизмов, аффективные изменения, феномены бреда и галлюцинаций. Такие свойства позволяют харизматическому лидеру отстраниться от доминирующей культуры первичной группы и создать новую систему верований, способную влиять на других членов группы, когда они сами находятся в состоянии недовольства ценностями первичной группы.

В некоторых случаях шизофреническое или шизотипическое расстройства включают архетипическое переживание «быть каналом между трансцендентальной сущностью и человечеством» [37]. Такое переживание бывает свойственно «пророкам», в то время как «последователи» больше подвержены внушению, нежели представители общей популяции, и отличаются большей способностью к диссоциации [36]. Люди становятся последователями культов обычно в состоянии отчуждения от своих друзей и семей, переживая отчаяние и пессимизм. Как полагают «эволюционисты» [37], при коллективном кризисе харизматический лидер с шизотипическим предрасположением оказывается защищен от психоза посредством лести, поддержки и авторитета, возложенного на него «последователями», из «субдоминантного» и полуизолированного он становится доминантным с новой, значимой идентичностью, раздуваемой теми, кто его поддерживает. Протекцией от «шизофренической карьеры» является принятие на себя ценной социально интегрированной роли в обстоятельствах коллективного кризиса. Если же карьера в качестве харизматического лидера терпит крах (в виде потери статуса), то развивается шизофренический или шизоаффективный психоз (порой и просто депрессивный).

Географически разделенные людские популяции всегда развивают собственный язык, при этом даже диалекты служат для отличия «внутри» или «внегрупповой» принадлежности индивидуума, свои профессиональные особенности демонстрирует язык врачей, юристов и пр. Шизотипические личности обладают способностью к продукции особого языка и неологизмов, которые, при занятии этими людьми роли харизматического лидера, принимаются членами введомой

группы и приводят к усилению «отщепления» от первичной группы.

Среди млекопитающих в этологии установлено, что чем выше ранг животного в социальной иерархии, тем больше ему уделяют внимания и смотрят на него менее доминантные члены группы. Доминантные животные принимают такое внимание как заслуженное и не приходят в волнение по этому поводу, но, если субдоминантное животное оказывается под взглядом доминантного, оно пугается. Взгляд доминантного животного обычно означает порицание и выдает агрессивные намерения. То же происходит и в человеческом обществе. Короли, королевы, президенты, теле- и поп-звезды хорошо себя чувствуют, когда на них смотрят и обращают на них внимание. Их самоуважение обычно при этом торжествует. Но личности с низким статусом или низкой самооценкой, когда на них смотрят, воспринимают обращенный на них взгляд как угрозу и сигнал тревоги. Так концепциями социального ранга и «потенциалом удержания социального внимания» эволюционные психиатры объясняют характерные для шизотипических расстройств «идеи отношения», повышенную сенситивность и «страх чужого взгляда».

С точки зрения эволюционной психиатрии, шизотипический генотип является приспособлением для облегчения расщепления группы, обычно благодаря «харизматическому» лидеру, выдвигающему новые ценности для своих последователей.

Среди живущих в группах животных групповое расщепление (splitting) необходимым образом предвещает их рассредоточение. Этологи [24, 25] выделяют 2 вида фенотипа среди различных видов животных: фенотип «сохранения» (maintenance) и фенотип «рассеивания» (dispersal). Фенотип «сохранения» лучше всего адаптирован к окружающей родной среде, фенотип «рассеивания» приспособлен для облегчения движения к новой среде обитания, для обеспечения выживания в отличных от родной среды условиях. Таким образом, шизотипическая личность может рассматриваться как форма фенотипа «рассеивания». При этом она представляет собой «стратегию высокого риска», поскольку большинство «дисперсионных» фенотипов погибают. Но в случае, если она приспособится к новой окружающей среде, она обеспечит распространение «новой династии» [37].

Большинство индивидуумов с шизотипическим расстройством личности ничего не достигают. Те, у кого развивается манифестный психоз, могут образовать «псевдообщество» из разделяющих с ними бред в палате для хронически больных или специальных «домах призрания» [30]. Лишь малое число шизотипических личностей становится в реальности основателями новых сообществ, и их увеличенный репродуктивный успех компенсирует сниженную

фертильность пациентов с шизофренией.

Эволюционные психиатры используют и другое объяснение для «адаптивности» шизотипической личности [37]: она может способствовать групповой селекции «альтруистических характеристик». Так, в любой группе есть «халявщики» (живущие за счет других) и «альтруисты». Чтобы одной группе среди соревнующихся было оказано предпочтение, в ее составе «альтруисты» должны количественно существенно превышать «халявщиков». Чтобы число «халявщиков» не успело превысить числа «альтруистов», расщепление группы должно произойти достаточно быстро. Шизотипическая личность в группе может представлять собой фактор, обеспечивающий преимущество в селекции «альтруистов». Первоначально генетики полагали, что групповая селекция возможна только теоретически, но маловероятна на практике [21], поскольку предполагалось, что «халявщики» будут репродуцироваться быстрее альтруистов, жертвующих своими эгоистическими интересами во благо группы, почему групповой селекции и не будет происходить. Однако, возникшие позднее теории агонистического и гедонистического соревнования позволили пересмотреть вопрос групповой селекции. Против агонистической борьбы за лидерство большинство обществ разработали запреты, в них преобладает гедонистическое соревнование, в котором два соперника представляют группе свои привлекательные свойства, добиваясь их одобрения. Ответ членов группы повышает или понижает самооценку соперников и одновременно делегирует их различным престижем («потенциалом удержания социального внимания»). Такой оценочный процесс распространяется на всех членов группы, где они распределяются по «рангам», так что каждый член группы имеет собственный рейтинг по шкале престижа. Индивидуумы высокого ранга оцениваются по качествам лидерства, низкого ранга – а заслуживают ли они вообще быть членами группы. Но на всех социальных «уровнях» важным компонентом оценки является оценка желания индивидуума жертвовать личными интересами в пользу интересов группы. В харизматическом лидере с параноидными чертами предполагается выдающаяся способность к выявлению «халявщиков». Язык, речевое общение между членами группы позволяет создавать «халявщикам» плохую репутацию и предотвращать их брачные союзы.

При этом в человеческой психике есть потенциальные способности к уничтожению конкурирующих групп. Сюда эволюционные психиатры [37] относят тенденции каждой группы видеть себя «избранной», а окружающие группы – варварскими. При исходящем извне оскорблении или угрозе присутствует готовность к включению патриотической страсти, желания молодых людей быть

героями и умереть за отчизну и их поддержки в этом, исходящей от родственников и членов семьи.

«Революционным» изменением в процессе интерсексуальной селекции эволюционисты полагают феномен «гедонистического» соревнования, определения исхода соревнования между конкурентами третьей стороной, не требующего физического конфликта между соперниками. Таким образом, критерии отбора начинают определяться культурально. Так могут возникнуть новые критерии селекции, а группы с различными культуральными критериями могут вступать в войну друг с другом (т.е., агонистический тип взаимодействия между группами не исчезает). Если в свое время сексуальная селекция частично стала замещать естественный отбор как основной источник селекции, то «гедонистическое соревнование» можно назвать «внешне опосредованным» половым отбором. Генетическая склонность к шизофрении развилась в контексте процесса «бегства», который включал быстрое расщепление группы, быструю элиминацию группы, внешне опосредованный половой отбор и возможность межгрупповой селекции. При этом процесс «бегства» не только способствовал развитию языков, но и облегчался благодаря их развитию [37].

В заключении следует отметить, что предлагающие, на первый взгляд, часто оригинальные и неожиданные объяснения психологических и психопатологических феноменов эволюционная психология и психиатрия пока не могут объяснить основного вопроса эволюции человека: почему при стремлении к распространению и передаче собственных генов у человека выработался такой сложный путь размножения.

Литература

1. Бехтерев В.М. Задачи и методы объективной психологии. С.-Петербург: Типография С.М. Проппера, 1909.
2. Бехтерев В.М. Коллективная рефлексология. Петроград: Изд-ское Т-во «Колос», 1921.
3. Корнетов А.Н., Самохвалов В.П., Коробов А.А., Корнетов Н.А. Этология в психиатрии (научный редактор И.Д. Шевчук). Киев: Издательство «Здоровье», 1990.
4. Павлов И.П. (1925-1931 гг). Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных (Редакция, послесловие и примечания члена-корр. АН СССР Э.А. Асратяна). Москва: Издательство «Наука», 1973.
5. Пантелеева Г.П. Аффективный психоз. В кн.: Руководство по психиатрии в 2 томах (Под редакцией А.С. Тиганова). Том 1. Москва: «Медицина», 1999. С. 555-570.
6. Платон. Государство (пер. А. Н. Егунова). В кн.: Платон. Собрание сочинений в четырех томах (Общая редакция А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А.

Тахо-Годи). Том 3. Москва: Российская Академия Наук, Институт Философии, Издательство «Мысль», 1994. С. 79 – 420.

7. Платон. Тимей (пер. С.С. Аверинцева). В кн.: Платон. Собрание сочинений в четырех томах (Общая редакция А.Ф. Лосева, В.Ф. Асмуса, А.А. Тахо-Годи). Том 3. Москва: Российская Академия Наук, Институт Философии, Издательство «Мысль», 1994. С. 421-500.

8. Пятницкий Н.Ю. Эволюция теорий болезни и психических расстройств в античности: от кротонской до александрийской школы. Психиатрия и психофармакотерапия. 2022;(3):58-65.

9. Самохвалов В.П. Эволюционная психиатрия (история души и эволюция безумия). Симферополь: НПФ «Движение», Издательство и типография «Таврида», 1993.

10. Сеченов И.М. (1863). Рефлексы головного мозга. В кн.: И.М. Сеченов. Избранные философские и психологические произведения (под редакцией, со вступительной статьей и примечаниями В.М. Каганова). Москва: ОГИЗ, Государственное Издательство Политической Литературы, 1947. С. 69-178.

11. Снежневский А.В. Психопатология (1962). В кн.: А.В. Снежневский. Клиническая психиатрия (Избранные труды). Москва: «Медицина», 2004. С. 102-123.

12. Aristotle. Parts of Animals. In: The complete works of Aristotle. The revised Oxford translation. One Volume Digital Edition. Edited by Jonathan Barnes. Translated by W. Ogle. Sixth Printing with corrections. Princeton, New Jersey, USA: Princeton / Bollingen Series LXXI 2, Princeton University Press, 1995. P. 2176-2374.

13. Birtchnell J. Interpersonal theory: criticism, modification and elaboration. Human relations 1990;(43):1183-1201.

14. Birtchnell J. How Humans Relate: A New Interpersonal Theory. Westport, Conn.: Praeger, 1993.

15. Bruene M. Textbook of Evolutionary Psychiatry and Psychosomatic Medicine. The origins of Psychopathology. Second Edition. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press, 2016.

16. Chance M.R.A., Jolly C. Social groups of Monkeys, Apes and Men. New York and London: Jonathan Cape/ E.P. Dutton, 1970.

17. Claridge G. Origins of Mental Illness. Oxford: Basil Blackswell, 1985.

18. Darwin Ch. On the Origin of Species by Means of Natural Selection. London: John Murray, 1859.

19. Darwin Ch. The descent of Man and Selection in relation to Sex. London: John Murray, 1871.

20. Diagnostic Criteria from DSM-IV. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

21. Fisher R.A. The Genetical Theory of Natural Selection. Oxford: Clarendon Press, 1930.

22. Foundations of Evolutionary Psychology (edited by Ch. Crawford, D. Krebs). New York: Lawrence Erlbaum Associates, Taylor & Francis Group, 2008.

23. Galen. Que les moeurs de l'ame sont la consequence des temperaments du corps. Dans: Oeuvres anatomiques, physiologiques et medicales de Galen. (Traduit sur les texts imprimes et manuscrits par Ch. Daremberg). Tome Premier. A Paris: Chez J.B. Bailliere, 1854. P. 47-110.

24. Geist V. *Life Strategies, Human Evolution, Environmental Design: Toward a Biological Theory of Health*. New York: Springer Verlag, 1978.
25. Geist V. Culture and its biological origins: a view from ethology, epigenesis and design. In: *The Ethological Roots of Culture* (edited by R.A. Gardner, B.T. Gardner, B. Chiarelli and F.X. Plooj). Dordrecht: Kluwer Academic, 1994. P. 441-459.
26. Gilbert P. The evolution of social attractiveness and its role in shame, humiliation, guilt and therapy. *British Journal of Medical Psychology* 1997;(70):113-148.
27. Gottesman I.I., Shields J. *Schizophrenia: The Epigenetic Puzzle*. Cambridge: Cambridge University Press, 1982.
28. Jung C.G. Die Archetypen und das kollektive Unbewusste. In: C.G. Jung. *Gesammelte Werke* (Herausgeber Lilly Jung-Merker, Elisabeth Ruf). Neunter Band. Erster Halbband. Duesseldorf: Walter Verlag, 1995. S. 1-556.
29. Kretschmer E. *Koerperbau und Charakter. Untersuchungen zum Konstitutionsproblem und zur Lehre von den Temperamenten*. Zweite vermehrte und verbesserte Auflage. Berlin: Verlag von Julius Springer, 1922.
30. Lemert E.M. Paranoia and the dynamics of exclusion. In: *Mental Illness and Social Processes* (edited by T.J. Scheff). New York: Harper&Row, 1967. P. 271-293.
31. Lindholm C. *Charisma*. Cambridge, Mass. and Oxford: Basil Blackwell, 1990.
32. Lombroso C. *L'uomo delinquente studiato in rapporto alla antropologia, alla medicina legale et alle discipline carcerarie*. Milano-Napoli-Pisa: Ulrico Hoepli Libraio-Editore, 1876.
33. MacLean P.D. *A Triune Concept of the Brain and Behaviour*. Toronto: University of Toronto Press, 1973.
34. Neuburger M. *Geschichte der Medizin*. Zwei Baende. I. Band. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag, 1906.
35. Price J.S. Hypothesis: the dominance hierarchy and the evolution of mental illness. *Lancet* 1967;(2):243-246.
36. Schumaker J.F. *The Corruption of Reality: a Unified Theory of Religion, Hypnosis and Psychopathology*. New York: Prometheus Books, Amherst, 1995.
37. Stevens A., Price J. *Evolutionary Psychiatry. A new beginning*. Second Edition. London and New York: Routledge, Taylor&Francis Group, 2000.
38. *The Handbook of Evolutionary Psychology* (Edited by David M. Buss). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, 2005.
39. Toennies F. *Gemeinschaft und Gesellschaft: Grundbegriffe der reinen Soziologie*. Sechste und siebente Auflage [erste Auflage 1887]. Berlin: Karl Curtius Verlag, 1926.

Трушкина С.В.
**ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ МЛАДЕНЦЕВ И ДЕТЕЙ РАННЕГО
ВОЗРАСТА: СОВРЕМЕННЫЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЯ В
ИСТОРИЧЕСКОМ КОНТЕКСТЕ**

Аннотация. В разработку современного понимания психического здоровья младенцев и детей раннего возраста на протяжении XX и XXI веков были вовлечены ведущие ученые и клиницисты в областях психологии развития, клинической психологии и психиатрии из стран Северной Америки и Западной Европы, а также авторитетные международные научные и общественные организации. Сегодня оно определяется как развивающаяся способность ребенка формировать близкие и безопасные отношения со взрослыми и сверстниками; переживать, регулировать и выражать полный спектр эмоций; исследовать окружение и обучаться. При этом понятие «нарушение психического здоровья» не совпадает с понятием «психическое заболевание», а выступает как более широкое по отношению к нему. Участие в этой работе специалистов из других регионов мира оказалось незначительным, в результате чего современные представления отражают достижения преимущественно западной научной мысли, и их универсальность оспаривается.

Ключевые слова: психическое здоровье младенцев, теория привязанности, ранняя психическая патология, культуральные аспекты психического здоровья младенцев.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, психическое здоровье человека описывается как состояние благополучия, при котором он может реализовывать свой потенциал, справляться с обычными жизненными стрессами, продуктивно работать и вносить вклад в жизнь своего сообщества. Нормальное (позитивное) психическое здоровье включает в себя гармоничное, соответствующее возрасту человека развитие психики, а также его способность эффективно справляться с задачами, стоящими перед ним в различных сферах жизнедеятельности [18]. Одно из основных следствий из такого определения психического здоровья человека заключается в том, что понятие «нарушение психического здоровья» не совпадает с понятием «психическое заболевание», а выступает как значительно шире более широкое по отношению к нему.

Применительно к детскому возрасту вообще, и к младенческому и раннему, в частности, определение психического здоровья потребовало дополнительной теоретической проработки. Всемирная ассоциация психического здоровья младенцев (World Association for

Infant Mental Health, WAIMH), созданная в 1992 году, предложила свою формулировку. Согласно ей, психическое здоровье детей младенческого и раннего возрастов – это развивающаяся способность ребенка от рождения до пяти лет формировать близкие и безопасные отношения со взрослыми и сверстниками; переживать, регулировать и выражать полный спектр эмоций; исследовать окружение и обучаться в контексте своей семьи, сообщества и культуры. Были выделены пять универсальных критериев, свидетельствующих о нарушении психического здоровья у маленьких детей: 1. ребенок испытывает дистресс; 2. его связи и отношения нарушены; 3. его участие в соответствующей возрасту повседневной деятельности ограничено; 4. ограничено также участие членов его семьи в повседневной и других деятельности; 5. возможности ребенка в освоении нового снижены и нарушается процесс его развития. Среди основных показателей так называемого «положительного» психического здоровья у младенца и ребенка раннего возраста называются проявления им любви к родителям или замещающим их людям, устойчивость поведения, преимущественно положительное эмоциональное состояние и любопытство. Кроме того, большое значение имеет, вовремя ли ребенок проходит этапы своего развития, а также то, насколько успешно он способен функционировать в условиях различного социального окружения – дома, в детском саду, на детской площадке, на приеме у врача и других ситуациях, где он может оказаться [17].

Не все положения концепции психического здоровья младенцев и детей раннего возраста, принятые в настоящее время, выглядят бесспорными. Чтобы лучше понять те или иные взгляды, относящиеся к психическому здоровью маленьких детей, полезно прибегнуть к краткому экскурсу в историю их становления на протяжении XX и XXI веков.

До начала XX века знания о психологии младенцев и маленьких детей находились на уровне житейских наблюдений, были разрозненны и немногочисленны. Бытовало отношение к младенцу как к будущему, а не настоящему человеку, как к существу, дозревающему и ведущему растительную жизнь. Так, Дж. Локк развивал мысль о сознании новорожденного как о «чистой доске», Ж. Ж. Руссо писал о «сне разума» и характеризовал развитие до 12-ти лет как исключительно физическое. Основу исследований психической жизни маленьких детей составляли дневниковые наблюдения родителей-ученых за своими детьми, которые трактовались ими в свете уже готовых общетеоретических и методологических концепций психического развития. Анализ становления психики реальных детей младенческого и раннего возраста не воспринимался учеными того времени в качестве

материала для выдвижения научных гипотез или построения новых концепций развития. Влияние окружающих взрослых на ход психического развития ребенка могло ими как признаваться, вплоть до его абсолютизации, так и отрицаться [5-6].

Начало XX века совпало с возникновением у европейских и североамериканских психологов стойкого интереса к фактам психического развития детей первых лет жизни и лавинообразным нарастанием числа работ в этой области. Теория рекапитуляции С. Холла, ассоциативная теория Дж. Селли, учение Э. Клапареда о синкретичности детского мышления и другие научные концепции того времени составили начальную теоретическую основу для становления психологии развития детей, в том числе в младенческом и раннем возрастах. Исследования В. Штерна, К. Бюлера, Ж. Пиаже, А.Л. Гезелла в области детского мышления и речи, а также научного обоснования норм психического развития для детей первых лет жизни, послужили формированию научных представлений о ходе раннего психического развития¹ и об отклонениях от него. Общеизвестный авторитет этих ученых укрепил и превратил в господствующую точку зрения, согласно которой основой психического развития ребенка считалось развитие его интеллекта, а этапы психического развития совпадали с этапами познавательного развития. Раннее детское психическое развитие рассматривалось как саморазвертывание генетически обусловленных программ, независимых от социальных влияний [6].

З.Фрейд положил начало целому ряду революционных преобразований в детской психологии, выдвинув положение, что не познавательное, а мотивационное и личностное развитие лежат в основе всего психического развития ребенка и с самого рождения определяют его ход. По его мнению, ребенок обладает мощными врожденными инстинктами, которые требуют своего удовлетворения. Биологическая энергия, названная «либидо», «вкладывается» ребенком на первом году жизни в область рта во время сосания материнской груди, а во второй и третий годы - в анальную область. Эта концепция послужила основой для психоаналитической возрастной периодизации. Успешность прохождения ребенком этапов психосексуального развития зависела от качества материнского ухода за ним, от ее готовности в любой момент предоставить себя для удовлетворения нужд маленького ребенка. Признавалось, что фрустрация ребенка, вызванная отсутствием полноценной материнской заботы, способна привести к его

¹ Здесь и далее термин «раннее развитие» употребляется в значении развития ребенка в первые годы его жизни, а не в значении опережающего развития детей благодаря направленным педагогическим воздействиям

психической травматизации, а пережитые в первые годы жизни психические травмы становятся причиной отклонений в дальнейшем психическом и социальном развитии. Приписывание переживаниям такого рода фатального влияния на всю последующую жизнь поставило в психологии проблему роли раннего детского опыта.

В русле психоанализа впервые было сформулировано понятие «объектных отношений», т.е. особых отношений ребенка, ориентированных не на взрослых вообще, а на строго определенного, конкретного человека. В обычных условиях им оказывается мать ребенка, но может быть и другой человек, при условии, что он проводит достаточно много времени с ребенком и осуществляет хороший уход за ним. «Первичный объект» обладает свойством исключительности, а сами объектные отношения насыщены интенсивными эмоциональными переживаниями, что резко выделяет их среди прочих связей ребенка [12]. Последователями З. Фрейда были разработаны также представления о «нормальном аутизме» и «диадическом симбиозе», присущим ребенку в первые месяцы и годы его жизни, о травме рождения, базальной тревоге, Эдиповом комплексе, «хорошей», «плохой» и «достаточно хорошей» матери.

Благодаря психоанализу подход к развитию маленького ребенка как к процессу, изолированному от влияния социума, был преодолен. Представления о психическом здоровье ребенка в нем связывались с благополучным прохождением стадий и фаз психосексуального развития без фиксации на них, а также с полноценностью заботы матери. Психоаналитическая концепция впервые в истории психологии связала генезис психики ребенка с его взаимоотношениями с матерью. Диадический подход при этом абсолютизировался: развитие маленького ребенка не рассматривалось вне его симбиоза с матерью, а мать представлялась как носитель биологически заложенных родительских функций и «среда» для этого развития. Идея неизбежности психической травматизации личности в ходе ее социализации принималась многими последователями З. Фрейда. Не случайно большинство сведений о развитии на ранних возрастных этапах было получено из детских воспоминаний взрослых, проходящих психоанализ с целью понимания своей психопатологии [10].

Э. Эриксон пересмотрел позиции З. Фрейда относительно врожденных инстинктов человека и степени влияния социального окружения на ход развития ребенка. Он считал, что инстинкты у человека гораздо пластичнее, чем у животных, и что их развитие может успешно направляться принятыми в культурах способами социализации детей. Согласно его воззрениям, развитие личности осуществляется через механизм формирования идентичности с

окружающими людьми и проходит ряд «психосоциальных стадий». Самая ранняя стадия – от рождения до года – способна развить у ребенка как чувство базового доверия и открытости к миру, так и чувство настороженности и закрытости. На второй стадии – от года до трех лет – у детей развивается ощущение либо своей автономности и самостоятельности, либо болезненной зависимости от окружающих. В противовес ортодоксальному психоанализу Эриксон доказывал необходимость исследования хорошо социализированных и уверенных в себе детей и взрослых, а не только подверженных невротическим расстройствам. [6]

Первая и вторая мировые войны с предельной остротой поставили проблему нарушений психического здоровья у детей первых лет жизни. Появление большого числа приютов и круглосуточных яслей, больничная практика содержания детей, эвакуация детей без родителей способствовали накоплению фактов, свидетельствующих о крайне негативном воздействии на психику маленького ребенка разлуки с матерью. Р. Шпиц, изучавший состояние и развитие малолетних пациентов больниц и воспитанников детских домов, описал явление, названное им «госпитализмом»: в закрытых учреждениях при наличии хороших санитарно-гигиенических условий, нормального питания и ухода у детей, лишенных связи с родителями, оскудевают эмоциональная и двигательная сферы, замедляется развитие мышления и речи. Согласно данным тех лет 70% младенцев из приютов не доживали до года, а остальные пребывали на грани умственной отсталости и психических нарушений. Более поздними исследованиями было установлено, что явления, напоминающие госпитализм, могут возникать не только в ситуации разлучения с матерью, но и в условиях семьи, когда ребенку не уделяется достаточно внимания, не удовлетворяются его основные нужды или к нему применяется насилие. Было показано также, что дефицит общения в раннем возрасте крайне отрицательно сказывается на всем развитии ребенка [13].

Объяснить факты психической травматизации детей в условиях разлуки с матерью с позиций психоаналитического подхода было невозможно, т.к. при полноценном уходе и кормлении у них не могло быть причин для страданий и задержек развития. Как один из ответов на этот вопрос в 40-60-е годы сформировалось научное направление, объединившее в себе несколько уже существовавших психологических и естественнонаучных подходов – теория привязанности Дж. Боулби. Она была основана на психоаналитических идеях базальной тревоги и объектных отношений, этологических представлениях о сензитивных периодах и врожденных, направленных на выживание, программах поведения у высших млекопитающих, а также на положениях теории

систем о механизмах обратной связи и управляющих системах в биологии. Опираясь на эти представления и развивая их применительно к психике человека Дж. Боулби утверждал, что в первые месяцы жизни между ребенком и матерью устанавливается тесная эмоциональная связь – «привязанность», вызывающая особый вид поведения ребенка – «поведение привязанности», направленное на сохранение близкого контакта с «фигурой привязанности». Основой этой связи выступает потребность маленького ребенка в ощущениях защищенности и эмоционального тепла, исходящих от матери, а не в правильном уходе и кормлении, как считали теоретики психоанализа. Резкий разрыв этой связи приводит к серьезным нарушениям в психическом здоровье и развитии ребенка. Продолжительная разлука с матерью вызывает у ребенка острую реакцию горя, длительные страдания и способна существенно исказить ход его психического развития. Исследовательское поведение ребенка тесно связано с поведением привязанности: ребенок, чувствуя себя защищенным, начинает активно осваивать внешний мир, а у детей, не уверенных в своей безопасности, превалирует поведение привязанности в ущерб их познавательному развитию. Для того, чтобы вырасти умственно и психически здоровым, маленький ребенок должен был иметь постоянную, близкую, положительно окрашенную эмоциональную связь со своей «фигурой привязанности».

Согласно взглядам Дж. Боулби предрасположенность к установлению близких эмоциональных связей с избранными людьми является базовым компонентом человеческой природы. Поэтому ребенок к моменту рождения уже обладает предварительной приспособленностью, подготовленностью к социальному взаимодействию и установлению эмоциональной связи с матерью. Так, он имеет избирательную чувствительность к социальной стимуляции (предпочтение человеческого лица всем другим объектам, женского голоса другим звукам, движущихся объектов неподвижным), а также врожденные формы поведения (сосание, цепляние, следование, плач и улыбка), которые вызывают у матери ответное поведение заботы и защиты. Благодаря этому ребенок сразу после рождения готов к социальному обмену и установлению связи с матерью [2].

В 70-е годы М. Айнсворт экспериментально доказала существование различных типов привязанности, которые были отнесены ею к разрядам «надежных» и «ненадежных». К последним она относила тревожно-амбивалентный и избегающий типы. Было установлено, что тип привязанности складывается к концу первого года жизни ребенка на основе характера его отношений с матерью в течение этого года. Решающими факторами выступают доступность матери для

контакта, ее чувствительность к сигналам от младенца и отзывчивость на них. Тип привязанности является стабильным личностным образованием и определяет дальнейшее развитие ребенка и его отношений с миром через формирование «рабочих моделей» себя и других [14]. Целым рядом исследований последующих десятилетий было показано, что надежная привязанность является одним из условий оптимального детского развития. Маленькие дети, ощущая надежную защиту матери, растут эмоционально уравновешенными, более стрессоустойчивыми, отличаются лучшей коммуникабельностью и познавательной активностью. Небезопасные привязанности коррелировали с особенностями развития, носящими ту или иную степень дезадаптивности ребенка. Были получены данные, свидетельствующие о связи типа привязанности в раннем возрасте с самооценкой, стилем решения проблем, качеством игры, готовностью к принятию новых социальных ролей и т.д. у детей в более старших возрастах [1, 7, 10].

Теория привязанности активно разрабатывалась исследователями во второй половине XX и начале XXI века. К настоящему времени в европейской и североамериканской психологии она общепризнанно считается одним из основополагающих направлений в изучении психического здоровья и развития маленьких детей. Раннее развитие ребенка, детско-родительские отношения, материнство и отцовство там принято рассматривать через категорию привязанности. Число публикаций в этой области было столь значительно, что потребовало появления специального журнала «Attachment and Human Development», который издавался ежеквартально, начиная с 1999 года. Идеи Дж. Боулби и М. Айнсворт получили свое развитие в работах многочисленных учеников и последователей.

В 1985-2002 годах П. Криттенден воспроизвела классические эксперименты М. Айнсворт по определению качества привязанности у детей, но уже из семей групп социального и медицинского риска. Родители в таких семьях могли испытывать на себе влияние хронической бедности и низкого социального статуса, страдать алкоголизмом, депрессивными и иными психическими расстройствами, проявлять в своем поведении гнев, агрессию и насилие, в том числе и по отношению к маленьким детям. Было показано, что паттерны привязанности у детей из этих семей качественно отличаются от типов, выделенных в свое время М. Айнсворт в относительно благополучных семьях. Оказалось, что дети второго года жизни были способны умело подавлять и маскировать свои негативные чувства по отношению к родителю, а во взаимодействии с ним выстраивать вынужденные

поведенческие стратегии. Классификация М. Айнсворт была дополнена модификациями ненадежных типов привязанности, получивших название «сложноорганизованных паттернов»: компульсивное послушание родителю, компульсивная забота о родителе, демонстрация притворно-беспомощного поведения, агрессивность по отношению к родителю, одновременное или поочередное проявление поведения избегания и гнева по отношению к матери. Были описаны признаки депрессивного состояния у детей со сложноорганизованными паттернами поведения привязанности. Эти дети, как правило, имели значительные трудности в регуляции своего эмоционального состояния и поведения вне контакта с родителем, а их исследовательская и игровая активность находились на низком уровне [15].

Дети с ненадежными типами привязанности, ранее описанные М. Айнсворт, несмотря на очевидные различия в их поведении по отношению к матерям и в уровнях их исследовательской активности, в целом сохраняли спонтанность своих аффективных проявлений, могли активно играть и исследовать окружающую обстановку. Таким образом, было показано, что маленькие дети, вынужденные находиться в постоянном контакте с агрессивным или крайне неотзывчивым родителем, адаптируются к этим экстремальным условиям ценой потери спонтанности эмоциональных и поведенческих проявлений, а также снижения уровней исследования и игры. Необходимость отвлекать психические ресурсы на выработку сложных, не соответствующих возрасту поведенческих стратегий оборачивается замедлением темпов психического развития, появлением клинически выраженных депрессивных и тревожных нарушений, общим снижением уровня психического здоровья. В свете новых данных ненадежные типы привязанности по М. Айнсворт стали рассматриваться как формы адаптации младенца к психологическим особенностям матери и особенностям взаимодействия в семье, т.е. как вариант нормы, что в целом изменило направленность психокоррекционной работы в семьях с маленькими детьми с ненадежной привязанностью.

Западная психиатрическая наука в XX веке продвигалась в направлении всё большего признания психопатологии младенческого и раннего возрастов. Бесспорными психическими нарушениями в этом возрасте всегда считались умственная отсталость, речевое недоразвитие, задержки психического развития различного генеза. По поводу целого ряда других психических расстройств, выявляемых у взрослых людей или более старших детей, долгое время существовало мнение, что их диагностика у детей первых лет жизни невозможна. Это относилось к депрессивным, тревожным, поведенческим,

посттравматическим, гиперактивным и другим расстройствам, диагностируемым, как правило, в школьном или подростковом возрасте. И хотя в целом признавалось, что маленькие дети могут иметь те же симптомы, которые в более старшем возрасте заставили бы их родителей обратиться к психиатру, эмоциональные и поведенческие проблемы трехлетних детей считались сложно поддающимися классификации [3]. Международная классификация болезней МКБ-10, принятая ВОЗ в 1990-м году, содержит психиатрические диагнозы для детского возраста, однако заболеваний, имеющих раннее, до трех лет, начало, среди них не много. В американской классификации DSM-IV были сделаны попытки охватить ранний возраст, но, несмотря на эти усилия, большинство диагнозов в ней применимы к лишь детям старше шести лет. Тем не менее, в обе эти классификации был включен диагноз «расстройство привязанности», причем в двух разновидностях – реактивное и расторможенное расстройство привязанности. Наряду с аутизмом, они вошли в число тех немногих психических расстройств, которые могли быть диагностированы по МКБ-10 и DSM-IV у детей младше трех лет [3, 9].

Вопрос о признании расстройств привязанности в качестве психиатрического диагноза остается среди детских психиатров дискуссионным. Весомым аргументом против выступают данные о том, что многие ненадежно привязанные дети достаточно хорошо адаптированы в своей среде, и у них не возникает психиатрических проблем. В связи с этим расстройство привязанности предлагается учитывать как фактор риска психосоциальной дезадаптации, но не как собственно психическое расстройство. При том признается, что часть этих детей испытывают значительные страдания и имеют выраженные нарушения в своем социальном функционировании [3].

Событием, кардинально поменявшим отношение к ранней детской психопатологии во всем мире, стал выход в 1994 году международного издания Диагностической классификации нарушения психического здоровья и развития в младенчестве и раннем детстве¹ (сокращенно «DC:0-3»). В последующие годы она выдержала два переиздания – в 2005 («DC:0-3R») и 2016 («DC:0-5») годах, становясь с каждым выпуском все более объемным и детализированным руководством по определению психических заболеваний у детей первых лет жизни. Следует отметить, что в 2022 году увидело свет официальное русское издание этой Диагностической классификации [19-21, 4].

Принципиально важным моментом является то, что

¹ Далее – Диагностическая классификация

Диагностическая классификация не противоречит классификационным системам МКБ-10, DSM-IV и DSM-V, а соотносится с ними и может использоваться как дополнительная, учитывающая ярко выраженную специфику психических нарушений в младенчестве и раннем детстве. Последний вариант 2016-го года включает в себя подробное и систематизированное описание 42-х диагностических единиц, отнесенных к восьми рубрикам. Простое перечисление этих рубрик способно проиллюстрировать то, насколько далеко продвинулось понимание ранней детской патопсихологии за первые десятилетия XXI века. В возрасте от рождения до пяти лет у детей могут быть диагностированы: расстройства нейropsychического развития (включающие расстройства аутистического спектра, синдром дефицита внимания и гиперактивности, общее отставание в развитии и др.), сенсорные расстройства (отражающие симптоматику гипер- и гипочувствительности у ребенка), аффективные расстройства (включающие депрессивное расстройство и расстройство регуляции гнева и агрессии), тревожные расстройства (среди них сепарационное тревожное расстройство и социальная фобия), обсессивно-компульсивные расстройства, травматические, стрессовые и депривационные расстройства (куда входят ПТСР и расстройства привязанности), расстройства сна, пищевого поведения и плача, а также новый специфический диагноз «расстройство отношений».

Не менее важен тот факт, что построение Диагностической классификации отражает принципиально новый подход к пониманию психического здоровья детей первых лет жизни. Он заключается в том, что психическое расстройство не возникает вне общего контекста развития ребенка, и, в первую очередь, вне складывающихся отношений с ближайшим социальным окружением. Многоосевая структура Диагностической классификации четко отражает этот подход. Кроме Оси I «Клинические расстройства», описанной выше, она включает в себя Ось II «Контекст отношений», Ось III «Условия и факторы физического здоровья», Ось IV «Психосоциальные и средовые стресс-факторы» и Ось V «Компетенции ребенка».

Таким образом, Диагностическая классификация предлагает квалифицировать и оценивать наиболее важные обстоятельства, влияющие как на развитие и течение психических заболеваний у маленьких детей, так и на общее состояние их психического здоровья. Так, по Оси II в качестве значимых факторов оцениваются такие параметры родительской заботы, как способность взрослого обеспечить физическую безопасность и удовлетворение основных потребностей ребенка; способность родителя обучать ребенка и стимулировать его включенность в социальное взаимодействие; интерес к

индивидуальности ребенка и перспективам его развития и многие другие. Кроме того, предлагается выявлять и оценивать не столь очевидные, но от этого не менее важные для качества родительно-детских отношений характеристики родителя, как его толерантность к собственной амбивалентности в чувствах к психически больному ребенку или способность к рефлексии в отношении дальнейшего развития ребенка. По итогам оценки по Оси II специалист может сделать общий вывод об уровне адаптивности диадических (материнско-детских, отцовско-детских и т.д.) и более широких – внутрисемейных, взаимоотношений, а также о необходимости и степени срочности интервенций, направленных на коррекцию детско-родительских отношений или в особых случаях на защиту ребенка. Вследствие принципиальной важности близких отношений для развития и психического здоровья ребенка первых лет жизни проведение их оценки считается обязательной частью любого психиатрического обследования детей в этом возрасте.

На сегодняшний день научные представления о психическом здоровье младенцев и детей раннего возраста составляют обширную междисциплинарную область знания, объединяющую в себе достижения психологии развития, клинической психологии и психиатрии западных стран. В ней сложились вполне определенные представления, составившие основу завершенной научной концепции. Ее положения концентрируются вокруг основных моментов понимания благополучного психического развития в этом возрасте:

1. младенцы и дети раннего возраста в первую очередь стремятся к безопасности и выживанию через установление надежных отношений с близкими взрослыми;

2. важнейшим фактором психического здоровья маленького ребенка является последовательная, чуткая и отзывчивая забота его близких;

3. в младенческом и раннем возрастах дети наиболее уязвимы для негативных психологических воздействий со стороны своего ближайшего окружения;

4. практики эмоционального отвержения, пренебрежения нуждами или физического наказания способны психически травмировать ребенка, и потому неприемлемы;

5. интерес к окружающему миру, исследование его и обучение являются не менее важными составляющими психического здоровья ребенка, чем его благополучное социальное и эмоциональное развитие;

6. первые три года являются наиболее важными для психического здоровья и благополучия на протяжении всей последующей жизни человека.

В 1977 году в США был создан Национальный центр клинических программ для младенцев ZERO TO THREE, задачей которого было превращение научных знаний о раннем развитии в практические инструменты для специалистов, родителей и организаторов здравоохранения в стране и по всему миру. В числе его достижений – выпуск научно-практического журнала ZERO TO THREE и всех редакций Диагностической классификации, представленной выше. В 1980 году возникла первая Всемирная ассоциация психиатрии младенцев (World Association for Infant Psychiatry, WAIP), объединившая специалистов в области психиатрии и психоанализа детей от рождения до трех лет¹. В 1992 году после слияния с Международной ассоциацией психического здоровья младенцев (International Association for Infant Mental Health, IAIMH), созданной несколько позже, название организации было изменено на Всемирную ассоциацию психического здоровья младенцев (World Association for Infant Mental Health, WAIMH). Начиная с 80-х годов и до настоящего времени WAIMH проводит всемирные конгрессы с периодичностью в 2-3 года. Ближайший из них состоится в 2023 году в Дублине.

В 2016 году WAIMH выпустила Декларацию по правам младенца [11], основанную на убеждении, что потребности младенцев и маленьких детей уникальны и отличаются от потребностей детей более старшего возраста, защищаемых Конвенцией ООН по правам ребенка. Согласно Декларации WAIMH, младенец

1. нуждается в особой охране и заботе по причине своей абсолютной зависимости, физической и умственной незрелости;
2. имеет право на признание, понимание и поддержку его уникальных отношений с основным опекуном;
3. является жизненно важным членом семьи и должен быть зарегистрирован как гражданин, имеющий равную ценность жизни независимо от пола или особенностей развития;
4. имеет право на заботу, любовь, физическую и эмоциональную безопасность, питание и сон;
5. имеет право на защиту от пренебрежения, физического, сексуального и эмоционального насилия;
6. имеет право на доступ к профессиональной помощи при прямом или косвенном воздействии травмирующих событий;
7. младенцы с ограниченными возможностями нуждаются в доступе к качественному медицинскому обслуживанию и паллиативным услугам на том же уровне, что и дети более старшего возраста.

¹ Возрастные периодизации, принятые в России и странах Запада не совпадают; младенцами могут называть детей до трех лет и даже старше.

Можно отметить, что в наши дни рост научного интереса к психической жизни и психическому здоровью младенцев и детей раннего возраста принимает форму общественного движения среди специалистов и родителей. Оно направлено на повышение осведомленности специалистов и родителей в этих областях, организацию клинических и научных исследований, защиту прав маленьких детей, изменение государственной политики в области здравоохранения, организацию научно обоснованного вмешательства в практику взаимодействия родителей со своими младенцами и т.п.

Однако невозможно обойти вниманием и критику, направленную на ряд положений современной западной концепции психического здоровья младенцев и детей раннего возраста. В целом она выражает несогласие с выводами об универсальности этих положений. Отмечается, что они были разработаны при изучении узкого диапазона человеческого поведения, который отражает западную мысль и практику, а затем чрезмерно обобщены и неправомерно распространены на весь мир [16]. Еще со времени этнопсихологических исследований М. Мид в 60-е годы XX века научным сообществом широко обсуждался вопрос об отсутствии стереотипности в формах материнского поведения и ухода за маленькими детьми. Тогда было показано, что в разных культурах практикуются самые разнообразные методы ухода за ребенком и взаимодействия с ним [8]. Детей могут туго пеленать или предоставлять полную свободу движений, тщательно беречь от холода или закаливать, кормить по часам или по требованию, постоянно содержать с матерью или легко передавать под присмотр широкому кругу родственников (как женщин, так и мужчин), часто брать на руки или нет, обращаться с речью или нет, стимулировать развитие навыков или нет и т. д. В этой связи высказывалось мнение, что истинные биологические потребности младенца, в сущности, неизвестны, поскольку в каждой культуре имеются свои представления как о них, так и о способах их удовлетворения.

Дискуссии последних лет отражают серьезные разногласия ученых в отношении того, какие методы оценки на самом деле верно характеризуют качество родительской заботы о маленьких детях. Культурально-ориентированные исследования показывают, как необычайно широк диапазон фактически принятых практик ухода во всем мире, внутри которых младенцы, тем не менее, вполне преуспевают. По мнению ряда современных западных специалистов, само понятие привязанности представляет собой всего лишь частный случай описания «естественных» для человека, как биологического вида, практик ухода. Признается, что в незападных обществах некоторые из декларируемых WAIMH прав младенца могут оказаться

неприемлемыми и вредными. Это может относиться, в частности, к практикам применения телесных наказаний в качестве дисциплинарной меры, оставления маленьких детей дома одних или на попечении других детей, разлучения родителей и детей с оставлением ребенка на попечение родственников; совместного сна родителей и детей, роли отцов в воспитании детей и т.д. Так, в культурах, где принята твердая приверженность родительскому авторитету, физические наказания допустимы, а их запрет способен уменьшить авторитет и автономию родителей и нарушить принятую в обществе систему заботы о детях и правил их социализации. Концепция чуткого воспитания, основанная на теории привязанности, не обязательно подходит для использования во всех семьях в незападных обществах, а также в сообществах национальных меньшинств внутри самих западных стран [16]. В связи с этим специалистам рекомендуется проявлять осторожность при применении теории привязанности и других разработок в рамках культурально-моноцентричного подхода, работая в группах и сообществах с иной культурой.

Таким образом, в разработку понятия психического здоровья младенцев и детей раннего возраста на протяжении XX и первых десятилетий XXI века были вовлечены ведущие ученые и клиницисты в областях психологии развития, клинической психологии и психиатрии из стран Северной Америки и Западной Европы. Большой вклад внесли международные научные и общественные организации. Источниками знаний о маленьких детях стали как наблюдения за детьми и клинический опыт специалистов, так и целенаправленный научно-исследовательский поиск. При этом участие специалистов из других регионов мира оказалось незначительным. Поэтому не удивительно, что современные представления о психическом здоровье младенцев и детей раннего возраста отражают достижения и открытия именно западной научной мысли, в связи с чем их универсальность оспаривается.

Литература

1. Борьесон Б., Бриттен С., Довбня С., Морозова Т., Пакеринг К. Ранние отношения и развитие ребенка. М.: «Питер», 2009.
2. Боулби Дж. Привязанность. - М.: Гардарики, 2003.
3. Гудман Р., Скотт С. Детская психиатрия. М.: «Триада-Х», 2008.
4. Диагностическая классификация нарушений психического здоровья и развития у детей от рождения до 5 лет. – СПб.: Издательско-Торговый Дом Скифия, 2022.
5. Лисина М. И. Формирование личности ребенка в общении. М., 2009.
6. Марцинковская Т.Д. История детской психологии. М.: «ВЛАДОС», 1998.

7. Матушевская Н.В. Теория привязанности: история и современное состояние исследований // Перинатальная психология и психология родительства, 2005, №2, с. 40-80.
8. Мид М. Культура и мир детства. М.: «Наука», 1988.
9. МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра. Психические расстройства и расстройства поведения (F00-F99). [Электронный ресурс] <https://mkb-10.com/index.php?pid=4001>. (Дата обращения 06.02.2023).
10. Мухамедрахимов Р.Ж. Мать и младенец: психологическое взаимодействие. Санкт-Петербург: «Речь», 2003.
11. Позиционный документ WAIMH по правам младенцев. [Электронный ресурс] https://perspectives.waimh.org/2016/06/15/waimh-position-paper-on-the-rights-of-infants/?fbclid=IwAR3iOChOkPjY-72_KFWexm4-yW1i-XxqIjRuM4jyM-vYhx0EkuLbVKoXSoM. (Дата обращения 06.02.2023).
12. Тайсон Ф., Тайсон Р. Объектные отношения [Электронный ресурс] // «Психоаналитические теории развития». - URL:<http://www.psylib.ukrweb.net/books/taiso01/txt05.htm>. (Дата обращения 03.04.2022).
13. Шпиц Р. Психоанализ раннего детского возраста. М.: «Университетская книга», 2001.
14. Ainsworth M.D.S., Blehar M., Waters E., Wall S. Patterns of attachment: psychological study of the Strange Situation. - NJ: Erlbaum, 1978.
15. Crittenden PM. Attachment and psychopathology. In: Goldberg S, editor; Muir R, editor; Kerr J, editor. John Bowlby's attachment theory: historical, clinical, and social significance. New York: Analytic Press; 1995. pp. 367–406.
16. Gaskins, S., Beeghly, M., Bard, K. A., Gernhardt, A., Liu, C., Teti, D. M., Yovsi, R. D. (2017). Implications for policy and practice. In H. Keller & K. A. Bard (Eds.), *The Cultural Nature of Attachment: Contextualizing Relationships and Development* (pp. 321–333). Cambridge: The MIT Press.
17. World Association for Infant Mental Health. [Электронный ресурс] <https://waimh.org>. (Дата обращения 06.02.2023).
18. World Health Organization. [Электронный ресурс] http://www.who.int/mental_health/resources/child/en/index.html (Дата обращения 06.02.2023).
19. ZERO TO THREE. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood (DC:0-3). Washington, DC: ZERO TO THREE Press; 1994.
20. ZERO TO THREE. Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: Revised edition (DC:0-3R). Washington, DC: ZERO TO THREE Press; 2005.
21. ZERO TO TREE. (2016). DC:0-5: Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington, DC: Author.

Якимова Т.В.

ИЗМЕНЕНИЯ СЕМЬИ И ВОПРОСЫ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В XXI ВЕКЕ

Аннотация. Целью представленной статьи является соотнесение происходящих в последние десятилетия изменений в институте семьи с появлением новых теоретических конструктов ее изучения, диагностики происходящих в ней процессов, направлений помощи как семье в целом, так и индивидам. В первой части статьи описана специфика современной семьи, устройство которой становится вариативным, статистической нормой является сосуществование различных семейных укладов. В связи с этим контекстуальность, системность, опора на ресурсы становятся важными принципами изучения и помощи семье. Во второй части статьи собраны отражающие современное состояние семьи теоретические конструкты, принципы организации диагностики (многомерная, сетевая диагностика, в процессе которой сам клиент является активным участником и экспертом своей жизненной ситуации) и направления практикоориентированных исследований в области клинической психологии.

Ключевые слова: современная семья, вариативность, контекстуальность, системность, диагностика, помощь семье.

1. Вариативность и многообразие как структурно-функциональная норма современной семьи. Семья как сложный социальный организм в совокупности своих функциональных, структурных и ценностных характеристик – культурно-исторический феномен, изменяющийся вместе с развитием общества. На протяжении второй половины XX и начала XXI вв. институт семьи и входящие в него родительство и брак претерпели больше изменений, чем за несколько предшествующих тысячелетий. Формы устройства современной семьи и организации брака (*демография семьи*) многообразны: бинуклеарные, замещающие, добровольно бездетные семьи, разнообразные коммуны, семьи выходного дня, сородительские семьи, полные семьи, семьи с одним родителем, полиаморные союзы и др.

В *социально-психологической классификации* типов моногамии, созданной отечественным социологом С.И. Голодом на основе оценки ценностных и иерархических параметров семьи, показано какой эволюционный путь прошла семья [5, 38]. В классификации описано три типа моногамии, каждый из которых создает своеобразную ситуацию развития для входящих в семью людей.

Традиционный тип (патриархатный) характеризуется жесткой

половозрастной субординацией, направленностью на сохранение традиции, сохранение существующих ролевых моделей, воспроизводство прошлого. Одной стороной этой модели является ее предсказуемость и ролевая согласованность. Другой стороной – дискриминация, пренебрежение и допустимость насилия в отношении тех, кто не представляет собой силу и власть (как правило, это разнообразные меньшинства, дети, женщины). Современный (детоцентрированный) тип возникает в условиях индустриализации общества и ценности вклада детей в лучшее будущее, как свое, так и семьи в целом. Ребенок превращается в центральную ценность семьи, семья становится малодетной. При этом гипертрофия родительского долга, избыток ожиданий и заботы о ребенке усиливают детско-родительские конфликты и могут становиться факторами невротизации как детей, так и родителей. Постсовременный (супружеский, партнерский) тип семьи связан уже с постмодерном, быстрыми изменениями в обществе, ценностью индивидуальности. Он характеризуется симметричностью прав и ответственности обоих супругов, уважением к автономии каждого, отношения регулируются не столько традициями и внешними предписаниями, сколько индивидуальными представлениями и потребностями. Общей ценностью является счастье и удовлетворенность каждого члена семьи (и детей, и родителей) в настоящем.

Современное состояние института семьи характеризуется психологами, социологами, демографами как кризисное, что связано с ее структурно-функциональными трансформациями в относительно короткий период времени [14, 38, 40, 57]:

- утратой господства традиционной модели семьи (особенно в мегаполисах);
- вариативностью и многообразием семейных укладов;
- вынесением функций, ранее осуществлявшихся семьей, за ее пределы;
- пересмотром и усилением ценности семьи как способа самореализации и развития взрослого человека, который можно осознанно выбирать (вместо предпрешенной необходимости вступать в те или иные семейные роли).

Одновременное сосуществование, вариативность различных семейных моделей и определяет уникальность современной семьи. При этом различные семейные уклады сосуществуют не только на уровне устройства семей (в наблюдаемых формах), но и в психологическом субъективном пространстве в виде убеждений, ценностей, переживаний, их однозначного или спутанного содержания на уровне индивидуального сознания.

В качестве примеров, иллюстрирующих эти тенденции и особенно идею сосуществования различных семейных укладов в современной семье, можно привести результаты российских и американских опросов.

Результаты опросов ВЦИОМ за период с 1989 по 2020 гг. фиксируют известные демографические изменения семьи: увеличение возраста вступления в официальный брак; рост разводов (почти каждый второй брак заканчивается разводом); сокращение уровня брачности; рост доли работающих женщин в фертильных возрастах (до 84,9 %).

Ценностно-смысловые изменения связаны со всеми сферами жизни семьи. Декларируемой респондентами нормативной моделью становится ответственное родительство, предполагающее, что материнская и отцовская роли не являются естественной, биологически детерминированной, напротив, родительству надо учиться. Содержание родительских практик многообразно, но общая тенденция заключается в отказе от насильственных методов в пользу «мягких», гуманистических подходов к развитию ребенка. При этом не только дети, но и родители должны быть счастливы как друг с другом, так и в контакте с ребенком. Однако гендерное разделение труда в такой модели семьи все еще предполагает большую вовлеченность женщин в обеспечение заботы и быта, а мужчины полагаются ответственными за материальное обеспечение семьи. Семья является одной из приоритетных ценностей в жизни россиян. Она не столько обеспечивает экономическое выживание своих членов, сколько становится одной из приоритетных сфер самореализации индивидов [30].

Данные американского опроса об использовании времени ATUS, собранные за период с 2008 по 2012 год, показывают, что все больше матерей работают и зарабатывают больше своих партнеров-мужчин, а все больше отцов берут на себя повышенную ответственность по дому (иногда вообще уходят с работы, чтобы заботиться о детях). Однако многочисленные исследования показывают, что женщины все еще проводят большую часть своего времени на неоплачиваемой (домашней) работе по сравнению с мужчинами. Как матери, так и отцы сообщают об одинаковом уровне удовольствия от ухода за детьми. В то время как общее время, затрачиваемое на уход за ребенком, увеличилось за последние пятьдесят лет, наиболее резко оно увеличилось среди более образованных родителей [47, 48, 66].

Интенсивность и направление изменений семейных отношений в последние десятилетия объясняются взаимодействием многочисленных и ***взаимосвязанных факторов***:

– приоритетность ценностей индивидуального счастья и партнерства над ценностью социально-ролевых ожиданий;

- ослабление\нивелирование дифференциации гендерных ролей;
- увеличение продолжительности этапов жизненного цикла семьи, связанных только с супружеством и не занятых воспитанием детей;
- депатологизация развода;
- развитие коммуникативных технологий и изменения в образовании (оно становится непрерывным, дистанционным, не жёстко привязанным к образовательным учреждениям и пр.);
- ослабление классовых, религиозных и национальных стереотипов как регуляторов жизни и др.

К этим факторам изменений семьи стоит добавить и факторы изменений последних лет – это все более уверенная дифференциация деторождения от секса в связи с развития разнообразных медицинских технологий, а также нарастающая дифференциация реального и виртуального миров, которая значительно усилилась и во многих аспектах жизни, уже успела стабилизироваться как новая норма в результате пандемии COVID-19. Эти два фактора внесут свой вклад в изменения семьи позже.

Стремительные изменения структурно-функциональных характеристик семьи породили множество новых феноменов, требующих внимания и изучения со стороны психологов, а также переосмысления старых и введения новых терминов для их описания. Изменения происходят и описываются как в семье в целом, так и на уровне ее отдельных подсистем.

Демографическая норма *современного брака* определяется как серийная моногамия (чередa моногамных отношений, завершающихся разводом). При этом ценностные, структурные, иерархические параметры супружества сильно варьируют в конкретных парах: традиционные (патриархатные) пары, партнерские пары, пары с работающими женами и мужьями-домохозяевами, «белые» браки, полиаморные союзы и др. Также интересно, что секс перестает быть перегруженным многими смыслами (сепарация, свидетельство взрослости, единственный источник близости и утешения, способ появления детей), что, в свою, очередь нивелирует различия гендерных ролей. Такая структурная организация семьи, как бинуклеарная, вместе с последовательной моногамией также становится статистической нормой [28].

Вариативность и эмоциональная основа супружества (приоритетность личного счастья в браке) сопровождается изменением отношения к *разводам* как в обществе, так и в профессиональной среде: от алармистского отношения, связанного с рисками прежде всего для женщины и ребенка/детей, до дифференцированного в каждом конкретном случае. В модели жизненного цикла семейной системы,

которая приводится Дж. Брауном и Д. Кристенсен, развод уже рассматривается как один из нормативных кризисов, предвещающих следующий этап развития семьи [2]. Развод в современной семье приобретает все более нормативную коннотацию, переосмысливается не как личная драма, провал, которого нужно избежать, а как механизм сепарации, которую нужно правильно пережить.

Такое понимание развода ставит перед специалистами задачи изучения вариантов прохождения этого семейного кризиса. Появляются различные классификации развода – завершенный и незавершенный, функциональный и дисфункциональный, высококонфликтный и низкоконфликтный [36, 41].

При этом дифференцируется и взгляд на последствия развода родителей для ребенка\детей. По своему содержанию, длительности и функциональности эти последствия можно разделить на реактивные и структурные. Реактивные последствия относительно кратковременны и определяются универсальной динамикой переживания утраты, они функциональны. Структурные последствия имеют длительный характер и определяются изменением структуры внутрисемейных ролей, связанной со спутанностью систем супружеских и детско-родительских отношений, при которой ребенок оказывается вовлечен в отношения взрослых (несет родительскую ответственность за братьев и сестер, эмоционально поддерживает горящего родителя, регулирует супружеский конфликт, старается не расстраивать родителей в сложной ситуации и пр.). Структурные последствия развода дисфункциональны, они накладывают отпечаток на развитие ребенка в виде ригидных стратегий его адаптации к этим условиям [36].

Новые тенденции отмечены специалистами и в *детско-родительской подсистеме семьи*. Факторы изменений также многочисленны: увеличение продолжительности жизни и периода детства (феномены Kid-adult, Boomerang-child, Twixt, Emerging Adulthood); устранение экономической необходимости в детях и при этом ресурсоемкость воспитания ребенка в современном мире; возможность управлять репродуктивным поведением; доступность дошкольных учреждений, что позволяет совмещать родительские и профессиональные карьеры; снижение остроты конфликта поколений (родители не являются носителями технологий и даже смыслового опыта для детей при современной скорости изменений уже в пределах одного поколения) [12, 15, 31].

Понятия «семейное воспитание», которое многие десятилетия претендовало на охват всех граней системы детско-родительских отношений, переосмысливается, дифференцируется и уходит из профессиональной терминологии как слишком узкое. Родители больше

не приравниваются к воспитателям, а видятся как члены семьи, лишь одной из ролей которых является родительская. В описании детско-родительских отношений на первый план выходит привязанность как эмоциональная связь, вклад в которую вносит уже не только родитель, но и ребенок. Родительская забота дифференцируется на эмоциональную (контейнирование), физическую и социальную, а родительский контроль – на мониторинг развития ребенка и наказание\поощрение как способы воздействия. Появляются понятия «интенсивное родительство», «вертолетное родительство», «ответственное отцовство», «вовлеченное отцовство» [10, 12, 15, 22, 44, 50, 51, 65]. И вместе с описанием этих феноменов современного родительства появляются исследования родительского стресса и выгорания [31]. Стоит еще раз отметить характерную для современной ситуации вариативность моделей материнства и отцовства, а также нормализацию статуса Childfree.

Вместе с попаданием семьи как целостной системы в поле зрения специалистов стали видны и сиблинги. Традиционно **сиблинговым отношениям** уделялось крайне мало внимания по сравнению с другими системами семейных отношений. Мало исследованными остаются такие аспекты сиблинговых отношений, как:

- сиблинговая подсистема, в которой один из детей с ОВЗ. А именно: специфика ситуации развития здорового сиблинга; роль сиблинговой системы в семье, имеющей ребенка с ОВЗ (например, в семьях с двумя детьми отношение к ребенку с РАС более принимающее в случае, когда он старший [25]);

- динамика сиблинговых отношений (не изучена), горевание сиблинга о выходе другого из семьи;

- сиблинговая подсистема как зона ближайшего развития (значение не только сиблинговой позиции и разницы в возрасте детей, но и их индивидуальных характеристик, обучения друг у друга, создание их уникальной сиблинговой культуры);

- изменения предпочитаемой разницы в возрасте между сиблингами под влиянием социальных факторов (3-4 года, 6-7 лет, 10-20 лет);

- трудности, задачи и ресурсы сводных братьев и сестер в бинуклеарных семьях.

Система сиблинговых отношений также изменяется за последние годы. В частности, стоит отметить очень новую ситуацию, в которой разница в возрасте между братьями и сестрами может достигать 20 лет.

Современные исследования семьи и наблюдения помогающих семье специалистов отражены в таких периодических изданиях, как «Психология и психотерапия семьи» (издается Обществом семейных

консультантов и психотерапевтов, <http://www.supporter.ru/ru/>), «Contemporary Family Therapy», «Couple and Family Psychology», «The Family Journal», «Family Process», «Family Relations (journal)», «Journal of Family Issues», «Journal of Family Psychology», «Journal of Family Therapy», «Journal of Marital and Family Therapy» и другие. Обзор исследований и статей, опубликованных в них, за последние пять лет позволяет сформулировать направления, привлекающие наибольшее внимание и интерес специалистов:

- различные аспекты небинарных отношений в семье, различные аспекты супружества;
- межкультурные браки и этническая специфика семейных отношений;
- ПТСР, травма, насилие в семье;
- различные эффекты отношений привязанности в семейных процессах;
- факторы здоровья, функциональности и устойчивости семейной системы.

2.Изменение фокусов исследований, диагностики и клинико-психологической помощи семье. В системе семейных отношений порождаются и удовлетворяются психологические потребности (в безопасности, привязанности, признании, развитии и др.), вырабатываются стратегии их удовлетворения. В связи с этим семья оказывает многозначное влияние на индивида: она выступает источником развития, поддержки, ресурсов, но также и его патологизации, травматизации, закрепления неадаптивных стратегий поведения и эмоциональной регуляции.

При этом вариативность форм современной семьи также имеет неоднозначный эффект. С одной стороны, усиливается толерантность, принятие разнообразия, многие жизненные ситуации и их переживания депатологизируются, дестигматизируются. В частности, это отражено в новой редакции МКБ-11, в которой многие «расстройства» перекалфицируются в «состояния», обусловленные теми или иными обстоятельствами и факторами развития (например, это относится к трансгендерности, личностным расстройствам и др.). В таком контексте снижаются тяжёлые переживания вины, стыда, неадекватности, связанные с различными проявлениями ненормативности или отклонениями от единообразной нормы. С другой стороны, повышается тревога неопределенности, необходимость принятия ответственности за свои выборы, легкость обесценивания и утраты смыслов и ценностей и т.п.

Сложность и многообразие современной семьи, сочетание ее позитивных и негативных эффектов на индивида не может не

учитываться в клинической психологии. Во второй части статьи будут описаны актуальные в настоящее время теоретические модели, на которые опираются практики в процессе помощи семье и ее членам, и тесно связанные с ними подходы к диагностике. В качестве иллюстраций будут представлены разнообразные практикоориентированные исследования. Часть исследований была представлена в конференциях, которые регулярно проводит Общество семейных консультантов и психотерапевтов (<http://www.supporter.ru/ru/>).

Теоретические принципы и модели помощи семье. Многообразие и скорость появления новых семейных укладов привели к тому, что в фокусе психологической помощи оказались не только и не столько вопросы патологии и проблем, сколько вопросы факторов психологического благополучия, комплаентности, возможности опоры на ресурсы. Эти изменения отражены в концепциях и теориях, помогающих объяснить и учесть взаимосвязь факторов, находящихся на разных уровнях и влияющих на появление эмоционально-поведенческих проблем, их закрепление или, наоборот, их преодоление у индивидов.

Продуктивной теоретической моделью для исследований и организации помощи семье (в частности, воспитывающей ребенка с ОВЗ) признается *теория экологических систем* У.Бронфенбреннера (Bronfenbrenner, 2004). «Психологическая экология» человека/ребенка рассматривалась У. Бронфенбреннером как совокупность иерархически организованных, взаимосвязанных социальных систем (контекстов), имеющих непосредственное и опосредованное влияние на его развитие. Доступность информации, адекватный уровень финансовой поддержки, наличие социальных поддерживающих связей (горизонтальные сети), доступность медицины и образования, эмоциональная и физическая безопасность среды – все это важнейшие факторы социальных систем, без учета которых психологическая помощь людям и семьям с ОВЗ оказывается недостаточной на современном этапе [24, 26, 29, 33, 38, 39].

Во второй половине XX в. по мере развития терапевтической практики семья стала рассматриваться как целостный феномен. *Системная семейная терапия* как метод психологического воздействия на систему отношений клиента породила множество открытий в области человеческих взаимоотношений. В терапевтической работе с семьей как с целостным организмом выявлялись все новые закономерности ее функционирования, а уже известные феномены семейного взаимодействия получали новую трактовку. Так процессы триангуляции, межпоколенной передачи (трансгенерации), эмоционального разрыва, роль качества

коммуникации и структурных параметров семьи обоснованы как механизмы и факторы симптомообразования у отдельных членов семьи (М. Боуэн, Г. Бейтсон, Дж. Хейли, П. Вацлавик, С. Минухин и др.).

В представленной статье хочется остановиться на некоторых конструктах системного подхода, которые важно учитывать в практике и исследованиях клинической психологии.

Одним из важнейших методологических вопросов, связанных с теоретическим осмыслением семейных процессов и с психологической практикой, является *вопрос о норме семейного функционирования*. Определение критериев функциональности или «здоровья» семьи представляет теоретическую сложность. Во-первых, нормы и ценности семейного функционирования тесно связаны с культурно-историческим контекстом семьи, а он весьма разнообразен. Во-вторых, семья не статичное образование, как совокупность коммуникационных процессов она динамична, ее состояние изменяется от ситуации к ситуации в довольно широких пределах.

А.Я. Варга определяет функциональность семьи через ее способность проходить системные кризисы без застревания, через гибкую смену паттернов адаптации к внешней среде и к меняющимся потребностям своих членов [3]. Введение этих критериев – возможность удовлетворения потребностей членов семьи и ее способность к изменению, гибкость – позволяет разграничить собственно психологическую оценку функциональности семьи от ее житейской и демографической оценки, позволяет увидеть, что не состав, а системные характеристики семьи определяют ее «здоровье». Результаты многих исследований, в основу которых положены не демографические (полнота семьи, наличие повторных браков, семья с ребенком с ОВЗ и др.), а системные характеристики (сплоченность и гибкость, качество коммуникации и др.), все больше показывают, что именно они связаны с показателями функциональности семьи в целом и отдельных ее членов [28, 35, 43, 49].

В исследованиях семьи и семейных факторов развития индивида все большее внимание уделяется изучению именно *системных характеристик семьи* (а не демографических). Например, в исследовании пациентов с соматоформными расстройствами [34] изучались такие факторы как семейная коммуникация (опросник СЭК), структура семьи (тест FAST), стрессогенные события семейной истории (ранние смерти членов семьи, присутствие при тяжелой болезни члена семьи, разводы, несчастные случаи с членами семьи и т.д. в жизни трех поколений нуклеарной семьи испытуемых). Также в клинических исследованиях довольно широко изучаются базовые свойства семейной системы (сплоченность и гибкость) на основе циркулярной модели Д.

Олсона и опросников FACES-3 или FACES-4 [27, 38, 59, 61].

При таком подходе появляется возможность изучить не только области дисфункции, но и психотерапевтический потенциал семьи, ее жизнеспособность, определяющие эффективность преодоления ею стресса, а также семейные факторы комплаентности в случае инвалидизации члена семьи. Конструкт жизнеспособности семьи, имеющей опыт инвалидности, включает: систему семейных убеждений, позволяющих восстанавливаться после травматического опыта и принимать свою уязвимость; паттерны семейных реакций на заболевание, позволяющих членам семьи находить смысл жизни в заботе, эффективно реагировать на требования болезни; коммуникативные навыки, открытость и активность в решении проблем; семейную связность и гибкость; эффективное использование внешней поддержки со стороны социальных и общественных организаций [1, 8, 9, 21].

Другим важным конструктом системных теорий является модель жизненного цикла семьи (ЖЦС) и *системные кризисы*, через которые проходит семья, изменяясь на каждом этапе своего развития. К нормативным кризисам относятся: образование пары, появление ребенка, выход ребенка/детей в школу, выход ребенка/детей из семьи и др. Они имеют культурную легализацию и ритуализацию, типичны для большинства семей данной культуры, изменения в семье после их прохождения прогнозируемы (например, после рождения ребенка появляются новые роли родителей, прародителей, сиблингов, новые сферы ответственности, иное структурирование пространства и времени). Семья может столкнуться и с ненормативными кризисами, вызванными преждевременной тяжелой болезнью или дизонтогенезом, невозможностью совместного проживания супругов, подростковой беременностью, неверностью, войной, эмиграцией и т.д. Ненормативные кризисы определяются относительной нетипичностью, нежелательностью, иногда стигматизацией, переживаниями вины, стыда, неадекватности, краха, неопределенностью изменений в семье после его прохождения. При этом общей чертой и нормативных, и ненормативных кризисов является дестабилизация привычного течения семейной жизни, временная дисфункция, которая в той или иной степени сопровождается тревогой членов семьи, повышением уровня конфликтности, затрудненностью коммуникации, дистанцированием, утратой стабилизирующих привычек, а иногда и смыслов [23, 38].

Важные направления исследований, связанные с *эффектами прохождения системных кризисов*, особенно ненормативных – это процесс *принятия* семьей происходящих в ней изменений, а также ресурсы и факторы поддержки семьи в этом процессе. К внутренним факторам,

связанным с качеством прохождения кризисов в целом относятся: степень сохранения привычной организации жизни, степень дифференцированности\гибкости системы, понимание эмоциональных процессов (самых переживаний) и безопасное обращение с ними со стороны членов семьи. Перед психологом-консультантом в работе с кризисами в системе клиента, как правило, стоят две задачи: с одной стороны, нормализовать закономерности прохождения кризиса, а с другой стороны, помочь предотвратить застревание в кризисе или его патологическое разрешение.

Принятие психической болезни или дизонтогенеза ребенка родителями, а также принятие факта заболевания любого члена семьи, в настоящее время стало одной из ключевых мишеней работы в системной семейной психотерапии и клинической психологии. Этот процесс можно сопоставить с эмоциональным процессом горевания и утраты, включающим известные фазы [13, 29, 32]. До тех пор, пока родители не принимают особенности ребенка и свое «особое» родительство, им сложно доверять специалистам, задавать вопросы, замечать динамику в состоянии ребенка, формулировать адекватные требования по отношению к ребенку, менять свое поведение, что существенно замедляет как динамику изменений в состоянии ребенка, так и общую адаптивность семейной системы.

Одной из первых в нашей стране эту мишень обозначила Л.С. Печникова. Она показала, что ребенок с РДА своими биологическими особенностями предъявляет экстремально специфические требования к матери – она должна, осуществляя его связь с внешним миром, не столько стремиться вовлечь его в активную социальную деятельность, сколько снизить интенсивность окружающей среды. В связи с этим становятся понятны родительская растерянность, а иногда и «психическая парализация» перед сложной патологией ребенка, непонимание, как удовлетворить его потребности, обвинения себя в невозможности наладить оптимальный контакт с ним, что, конечно, отражается в родительском поведении [25].

В исследовании принятия семьей психической болезни ребенка (Центр психического здоровья детей и подростков им. Г.Е. Сухаревой) показано, что признание факта болезни не означает ее принятия: при формальном признании проблем у 89% родителей отмечается игнорирование различий между умениями, достижениями, возможностями своего ребенка и других детей. Сама возможность сравнить своего ребенка с другими ровесниками и заметить отличия от них оценивается авторами как маркер принятия его болезни [9]. В исследовании родительского отношения к детям раннего возраста, развивающихся нормативно и имеющих нарушения в развитии,

проведенном И.Н. Галасюк и О.В. Митиной, показано, что по показателям родительской поддержки и чуткости нет значимых различий между группами. Значимые различия были выявлены по показателям родительской апатии и доминирования (родители детей с атипичным развитием по ним имеют более высокие показатели). По мнению авторов, одним из факторов этих различий может быть попытка родителей компенсировать нарушения в развитии ребенка за счет усиленного обучения [4]. Это также может быть маркером затруднений принятия особенностей развития ребенка.

Трудности процесса принятия «ненормативности» подробно и вполне универсально описаны в исследовании семей, в которых подросток обнаруживает свою трансгендерность. Они проявляются в отрицании и игнорировании изменений: родители продолжают называть сына/дочь старым именем, используют неверные родовые окончания, не замечая этого или игнорируя просьбы подростка. После каминг-аута наблюдается рост сплоченности членов семьи против трансгендерного родственника, формулируются и укрепляются идеи о его «психическом заболевании» (например, в виде запроса на постановку диагноза по МКБ-10), о «заразе в Интернете», о «моде на извращения». Семья сплачивается не только против трансгендерного родственника, но и против некоего обобщенного внешнего социального врага [7]. Подобная динамика приводит всю семейную систему к дисфункции.

Взгляд на семью в современном теоретическом поле углубляется возможностями, которые открыла для психологической теории и практики *теория привязанности* (Дж. Боулби, М. Эйнсворт, Э. Троник, Дж. Робертсон, К. Хейнике, П. Криттенден, Г. Ньюфелд и др.). Самые сильные эмоции связаны с отношениями привязанности – их характеристиками, развитием, утратой, травматизацией. В процессе совладания с эмоциями привязанности и с целью их регуляции формируются устойчивые защитные стратегии, форма и ригидность которых часто становятся серьезными внутри- и межличностными проблемами, попадающими в поле зрения, в том числе, и клинических психологов – зависящее поведение, насилие, расстройства пищевого поведения, самоповреждающее поведение, так называемые акцентуации характера и др.

Самые разные эмоциональные и поведенческие проблемы индивида с помощью теории привязанности могут быть поняты как проявления тревоги, связанной с переживанием ненадежности связи с близким человеком («сепарационный дистресс»), а также как способы совладания с ней, как защитно-адаптивные стратегии в ненадежных типах привязанности (тревожный контроль, избегание контакта, парадоксальное сочетание преследования и избегания). Рабочая модель (Work

Model) как единица анализа эмоциональных связей между людьми и регуляции эмоциональных состояний индивидуальной психики, формирующаяся в раннем детстве, помогает понять и объяснить закономерности феноменов, далеко выходящих за рамки отношений матери и ребенка на первых годах его жизни:

– типичные паттерны взаимодействия в супружеской паре «отстранение-преследование», «атака-атака», «отстранение-отстранение», которые могут достигать эскалации, включающей насилие, девиации, зависимости, устойчивые депрессивные состояния и др.;

– закономерности и этапы переживания утраты привязанности (горевания) как универсальный эмоциональный процесс, с различной интенсивностью включающий состояния отчаяния, гнева и борьбы, отчуждения (депрессии), а в итоге – принятие новой ситуации. Этот процесс концептуализирован в различных теоретических моделях (В.Волкан, В.Ворден). Об этом процессе уже шла речь выше в связи с прохождением кризисов в семье;

– закономерности развития психики при сломе или отсутствии условий поддержания привязанности, которые описываются терминами «расстройство привязанности», «диффузия привязанности» и «травма привязанности». В частности, понятными становятся эмоциональные, волевые, когнитивные особенности детей, живущих в условиях институализации, и высокий риск воспроизводства социального сиротства.

Развитие теории привязанности, ее распространение на понимание эмоциональной регуляции и привязанности у взрослых, а также множество эмпирических исследований связи привязанности и нейрорегуляции помогает пониманию природы эмоциональных процессов, их интенсивности и способов регуляции (Л. Гринберг, С. Джонсон и др.) [45, 46, 52, 53, 54, 55, 56, 60, 63, 64].

В практикоориентированных исследованиях в России привязанность как фактор формирования эмоциональных и поведенческих проблем индивида, а также как фактор протекции при прохождении системных кризисов в семье пока изучается недостаточно.

Например, фактор привязанности изучался в группах матерей и их детей раннего возраста как с нормативным развитием, так и с признаками дизонтогенеза тяжелой степени. Отсутствие ожидаемого отклика ребенка с дизонтогенезом на воздействия матери, ее затруднения при влиянии на его состояние и показатели развития составляют основу ее хронической фрустрации и стресса, затрудняют принятие себя как родителя и принятие своего ребенка. Здесь важно помнить, что система привязанности активируется именно в стрессе. Было выявлено, что надежная первичная привязанность самой матери

может выступать как протектор в процессе принятия своего особого родительства, тогда как ее отсутствие, напротив, становится дополнительным стрессором, лишает важного ресурса, затрудняет нормализацию [39]. Подобные результаты получены в исследованиях развития детей с высокой сенсорной чувствительностью (по данным Э. Эйрон это около 20% людей). Показано, что их особенности с большой вероятностью создают сложность для формирования привязанности к ним матери и близких взрослых и являются сильным фактором стресса в детско-родительской системе [19].

Еще один важный для клинической психологии теоретический конструкт – **ментализация** как способность понимать и называть свои мысли и чувства, а также мысли и чувства других людей. В норме ментализация незаметно организует взаимодействие с другими людьми и собственный эмоциональный опыт, являясь одним из механизмов адаптации через понимание вероятностного характера своих предположений и различение своего восприятия и реальности, через возможность выстраивать временную перспективу, представление об изменчивости эмоций и влиянии собственного поведения на другого человека. Так как ментализация развивается в контексте близких, эмоционально значимых отношений в семье, в системе привязанности, ее особенности (и нарушения) теснейшим образом связаны с коммуникацией в семье (П. Вацлавик, Г. Бейтсон, Р. Лэинг, П. Фонаги). Важными факторами развития ментализации являются заинтересованность (или, наоборот, пренебрежение) других к чувствам и мыслям ребёнка, безопасность близких связей и самого процесса ментализации (физическое и психологическое насилие могут защитно блокировать процесс ментализации, так как понимать другого и чувствовать его гнев и презрение может быть слишком травматично). Эти факторы (в своей негативной коннотации) приводят к парциальным или генерализованным нарушениям ментализации, проявляющимся опять же в широком спектре межличностных проблем, алекситимии, неадекватных стратегиях совладания и поведения в целом [16, 42].

На основе перечисленных теоретических конструктов развиваются **современные интегративные методы психотерапии** – схематерапия (Дж. Янг), эмоционально-фокусированная терапия (Л. Гринберг, С. Джонсон), IFS (Р. Шварц), терапия на основе ментализации (Р. Fonagy, А. Bateman), EMDR (Ф. Шапиро), АСТ, DBT и др. Эти методы и их отдельные инструменты все более уверенно применяются клиническими психологами (конечно, при условии специальной подготовки, которая также в нашей стране стала вполне доступной).

Особо стоит упомянуть такой уникальный терапевтический

метод, как *Психологическое просвещение*, который возник на стыке системной семейной психотерапии и клинической психологии и стал практически «народным» (К. Андерсон и др., 1986, Дж. Ролланд, 1994, McDaniel et al., 1992, Goldstain et al., 1978) [20]. В фокусе внимания метода оказывается семья, столкнувшаяся с хроническим заболеванием взрослого члена семьи или с дизонтогенезом ребенка, что рассматривается как ненормативный системный кризис. Информирование о закономерностях динамики заболевания и его последствиях, обучение необходимым стратегиям поведения и заботы снижает тревогу членов семьи, осуществляется депатологизация их переживаний. Важной целью помощи семье в целом является поддержка жизненных задач всех и каждого члена семьи. В технологическую часть метода входит организация групп поддержки, форумов, издание специальной литературы, пособий [6; 9].

Современный подход к помощи семье опирается на принципы контекстуальности, поддержания связей, опоры на ресурсы, сотрудничества с клиентом. Представленные теоретические модели и сформулированные в них принципы изменяют фокус и организацию **методов диагностики**. Диагностика становится многомерной (учитывающей вклад самых разных контекстов в ситуацию клиента(пациента), сетевой, в процессе которой сам клиент является активным участником и экспертом своей жизненной ситуации.

Важно «исследовать социальное окружение детей и семей в самых разных контекстах психологической и социальной работы с ними. Социальная диагностика требует не столько интерпретаций и выводов со стороны специалиста, сколько совместных размышлений вместе с клиентом и помощи клиенту в формулировании его собственного видения ситуации, значимых людей и связей с ними. Все инструменты направлены не просто на «ревизию» значимых связей, но и на поиск и активизацию ресурсов и факторов жизнестойкости детей и семей, которые действуют на уровне расширенной семьи и местного сообщества; на проектирование желаемого будущего и безопасной домашней среды» [11, стр. 3-4].

В диагностику все чаще включаются разные типы карт социальных контактов, которые основаны на методах генограмм и социограмм. Их основная идея – подробное исследование социального окружения клиента(пациента), максимально широкое и подробное описание его значимых отношений. Основанные на принципах социографии методы могут изучать как актуальное состояние человека, так и поиск ресурсов для него (например, методика «Круги безопасности и поддержки» S.Parker) [18, 37]. Идея применения подобных методов (в отличие от опросников или тестов) самым

наглядным образом отражает принцип единства диагностики и воздействия, так как вместе со специалистом сам клиент\пациент активно включен в исследование собственной ситуации, и в этом процессе обнаруживает\пересматривает ранее не задействованные ресурсы. Карты социальных контактов также полезно использовать как средство оценки эффектов проводимой работы.

Все отраженные в статье тенденции уверенно прослеживались в поле психологических исследований и практики все последние годы. А вот в самое последнее время пандемия COVID-19 стала мощным фактором изменений, которые могут стабилизироваться в дальнейшем и на которые в данной статье также стоит уделить внимание. Эти изменения отчасти были отражены в работе секции «Семья с особыми задачами и потребностями развития» на III научно-практической конференции «Семья в ситуации социального кризиса и неопределенности» (Москва, 28-29 мая, 2022) [17]. Обобщая содержание выступлений спикеров секции, можно отметить некоторые важные последствия ситуации пандемии и социального кризиса (2022 г.) для семей с особыми задачами развития.

К негативным последствиям можно отнести следующие:

– в период пандемии пострадало выявление детей с ОВЗ (А.Л.Битова);

– затруднился доступ к государственным программам поддержки, некоторые программы прекратили свое существование (А.Л.Битова);

– у родителей особых детей появились новые угрозы, переживаемые как сильнейший хронический страх: страх институализации ребенка в случае госпитализации или смерти родителя, страх исчезновения необходимых препаратов и поддерживающих связей, хроническое состояние шока и тревоги в ситуации социальной неопределенности (Е.Ю.Горина, А.В.Рязанова);

– проблема насилия в пандемию в семьях с людьми с ОВЗ стала острее в силу их высокой чувствительности к изменениям и угрозам, но она не освещается и не осмыслена пока специалистами (М.В.Маклин);

– у родителей особых детей снижается или исчезает совсем запрос на помощь себе в ситуации кризиса и неопределенности (Н.В.Романовский).

– К позитивным последствиям можно отнести:

– появление и распространение новых технологий работы: фото-диагностика со стороны родителей, доступность\видимость рутины семьи для наблюдателя, консультирование онлайн по фото- и видеоматериалам (А.Л.Битова);

– расширение возможностей помощи в онлайн-формате независимо от места жителей, множество вариантов онлайн-групп для семей (А.Л.Битова, Е.Ю.Горина, А.В.Рязанова);

– в фокус работы больше попадают компетенции и ресурсы семьи, чем дефициты и их преодоление, что укрепляет и расширяет непатологизирующий взгляд на «особые семьи» как внутри самой семьи, так и в сообществах (Е.Ю.Горина, А.В.Рязанова);

– в процессе дистанционной работы родители все больше вовлекаются в контакт с ребенком через новые для себя роли ассистента психолога и/или агента развития ребенка (как это и происходит при нормативном развитии). В этих ролях родители обучаются поддерживать/восторгаться маленькими шагами в развитии ребенка (маленькие шаги обычно видит специалист, но родитель крайне редко), чувствовать свою агентность в развитии своего особого ребенка (А.М.Щербакова, А.А.Азирова, Н.В.Романовский);

– возросла потребность в психологах и их квалифицированной работе, в том числе, в психообразовании членов семьи (А.Л.Битова, М.В.Маклин).

Итак, современный мир характеризуется многообразием и одновременным сосуществованием различных вариантов развития семьи. Вариативность проявляется не только в многоукладности семьи, но и вариативности ее жизненного цикла, в частности, за счет большей распространенности и тенденции к нормализации тех семейных кризисов, которые с позиции традиционной модели рассматривались как ненормативные (например, разводы), или за счет различий в темпе прохождения семьей отдельных стадий жизненного цикла (например, в случае рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья).

Какой бы из вариантов жизненных сценариев ни разворачивался, все семьи проявляют общую тенденцию – стремятся к нормализации и интеграции в социальное окружение. Современное общество, будучи более гибким и толерантным по сравнению с традиционным, создает контекст, в котором становятся возможными более дифференцированный, рациональный подход к изучению разнообразных вариантов развития, а также создание наиболее оптимальных стратегий психологической помощи как индивиду (носителю симптома или состояния), так и его близким, семье.

Надеемся, что достигнутое не будет потеряно.

Литература

1. Артамонова А.Ю., Марцинкевич Н.Е. Помощь семье, воспитывающей ребенка с особенностями в развитии: от первой встречи к установлению отношений // Социальное обслуживание семей и детей: научно-методический сборник. 2019. №16. С. 45–55.
2. Браун Дж., Кристенсен Д. Теория и практика семейной психотерапии. – СПб.: Питер, 2001. – 352 с.
3. Варга А.Я. Системная семейная психотерапия. – Москва : Когито-Центр, 2009. – 182 с.
4. Галасюк И.Н., Митина О.В. Детско-родительское взаимодействие в период раннего детства: сравнительный анализ профилей родительской отзывчивости в диадах с типично и атипично развивающимися детьми // Консультативная психология и психотерапия. 2021. Т. 29. № 2. С. 119-144.
5. Голод С.И., Моногамная семья: кризис или эволюция? Психология семьи (Серия «Психология семейных отношений»): хрестоматия; ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Издательский Дом «БАХРАХ-М». 2002 – 190 с.
6. Горина Е.Ю., Рязанова А.В. Онлайн терапевтические группы для родителей детей и молодежи с особенностями развития в период пандемии // Психология и психотерапия семьи. Выпуск: №3 (21) 2022, стр. 34-36.
7. Грин И.С. Трансгендерный каминг-аут в семье: системный и нарративный взгляд // Семья в современном мире: трансформация психотерапии : материалы Международной научно-практической конференции. Москва, НИУ ВШЭ, 28–29 сентября 2019 г. / под ред. Е.Ю. Чеботаревой, И.Е. Чесновой, И. Знаменской. – Москва : РУДН, 2019. – 224 с.
8. Довбыш Д.В. Семейная поддержка как фактор приверженности лечению у больных хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ) // Современное поле семейной психотерапии : материалы научно-практической конференции. Москва, НИУ ВШЭ, 23-24 сентября 2017 г. / под ред. Е. Ю. Чеботаревой. – Москва: РУДН, 2017. – 272 с.
9. Ермакова М.В., Довбыш Д.В., Шишкина Е.А., Абрамов К.В. Принятие психической болезни ребенка родителями как одна из ключевых мишеней работы в системной семейной психотерапии // Семья в современном мире: трансформация психотерапии : материалы Международной научно-практ. конференции. Москва, НИУ ВШЭ, 28-29 сентября 2019 г. / под ред. Е.Ю. Чеботаревой, И.Е. Чесновой, И. Знаменской. – Москва : РУДН, 2019.
10. Знаменская И.И., Прихидько А.И. Интенсивное родительство: конструктор и методика его диагностики // Международной конференции по консультативной психологии и психотерапии, посвященная памяти Ф.Е. Василюка: сборник материалов [электронное издание] / под ред. В.В. Архангельской, А.А. Голзицкой, Н.В. Кисельниковой, Е.А. Семеновой. – М.: ФБГНУ «Психологический институт РАО», 2018. – 258 с.
11. Исследование ресурсов семьи и ее окружения / Под ред. Т.О. Арчаковой. – М.: БДФ «Виктория», 2020.
12. Карабанова О.А. В поисках оптимального стиля родительского воспитания // Национальный психологический журнал. – 2019. – № 3(35). – С. 71-79.

13. Карабанова О.А. Задачи психологической помощи семье с большим ребенком // Альманах Института коррекционной педагогики. 2020. №40 «Комплексная реабилитация детей с ОВЗ и детей-инвалидов».
14. Клецина И.С., Иоффе Е.В. Нормы женского поведения: традиционная и современная модели // *Женщина в российском обществе*. 2019. №3. С. 72-90.
15. Куликов Л.В., Малёнова А.Ю., Потапова Ю.В. Субъективная картина материнства в российских и зарубежных исследованиях // *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*. 2020. №4. С. 135–167.
16. Лайшева Г.А. Качество ментализации в семейной коммуникации в процессе терапии // *Современное поле семейной психотерапии : материалы научно-практической конференции*. Москва, НИУ ВШЭ, 23-24 сентября 2017 г. / под ред. Е.Ю. Чеботаревой. – Москва: РУДН, 2017. – 272 с.
17. Материалы III научно-практической конференции "Семья в ситуации социального кризиса и неопределенности", Москва, 28-29 мая, 2022 // *Психология и психотерапия семьи*, №3, 2022 / <http://familypsychology.ru>
18. Методики и инструменты для работы с детьми и семьями в трудной жизненной ситуации в ориентированном на решение подходе – М.: БДФ «Виктория», 2019.
19. Монастырская Н.А. Семья с высокочувствительным ребенком: особенности психологической работы // *Современное поле семейной психотерапии : материалы научно-практ. конференции*. Москва, НИУ ВШЭ, 23-24 сентября 2017 г. / под ред. Е.Ю. Чеботаревой. – Москва: РУДН, 2017. – 272 с.
20. Николс М., Шварц Р. Семейная терапия: концепции и методы / пер. с англ. О. Очкур, А. Шишко. – М.: Эксмо, 2004. – 960 с.
21. Одинцова М.А., Гусарова Е.С., Айсмонтас Б.Б. Жизнеспособность семьи в стрессогенных ситуациях инвалидности в зарубежных исследованиях // *Современная зарубежная психология*. 2020, Том 9. №1. С. 29-38.
22. Одинцова О.Ю., Крюкова Т.Л. Ожидание ребенка в изменяющемся социальном контексте: страх беременности и родов у мужчин и женщин // *Герценовские чтения: психологические исследования в образовании*. 2020. №3. С. 507-515.
23. Олифиревич Н.И., Зинкевич-Куземкина Т.А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. – СПб.: Речь, 2006.
24. Пазухина С.В., Калинина З.Н., Декина Е.В. Психолого-педагогическое сопровождение родителей детей с ограниченными возможностями здоровья // *Гуманитарные науки*. 2018. № 2 (42). С. 128–136.
25. Печникова Л.С. Особенности материнского отношения к детям с ранним детским аутизмом : автореферат дис. ... кандидата психологических наук : 19.00.04 / МГУ им. М. В. Ломоносова. – Москва, 1997.
26. Подурова Е.В., Довбыш Д.В., Джавадова Э.И., Ильина А.А., Бычкова Н.А., Швец М.В., Байкова А.А. Семья в условиях госпитализации ребенка в психиатрический стационар // *Современное поле семейной психотерапии : материалы научно-практ. конференции*. Москва, НИУ ВШЭ, 23-24 сентября 2017 г. / под ред. Е.Ю. Чеботаревой. – Москва: РУДН, 2017. – 272 с.
27. Поздеева О., Лидерс А.Г. Сплоченность и гибкость как интегративные параметры семейной системы // *Семейная психология и семейная терапия*, – 2006. – №3. – С.30 - 45.

28. Пэпернау П. Выживание и процветание в семьях с повторным браком. Что работает, а что нет. / Перевод с англ. Глазунова И.С., науч. ред. Черников А.В. – М.: Научный мир, 2022. – с. 384.
29. Селигман М., Дарлинг Р. Обычные семьи, особые дети: [пер. с англ.] – М.: Теревинф, 2007. – 368 с.
30. СоциоДиггер. – 2020. Сентябрь. Том 1. Выпуск 2: Семья и родительство.
31. Филиппова Г.Г. Эмоциональное выгорание матери: новая проблема в перинатальной психотерапии // Антология российской психотерапии и психологии. Сетевое научно-практическое издание. Материалы итогового международного конгресса «Возможности психотерапии, психологии и консультирования в сохранении и развитии здоровья и благополучия человека, семьи и общества». Москва, 12-15 октября 2017 г. С. 154-159.
32. Фюр Г. Запрещенное горе. Книга для родителей особых детей. – Минск : БелАПДДиМИ, 2008.
33. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Петрова Г.А. Социальная поддержка как предмет научного изучения (на примере больных с расстройствами аффективного спектра) // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т. 13. № 2. С. 15-24.
34. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте на (модели соматоформных расстройств) // Медицинская психология в России. 2011. №1. URL: <http://medpsy.ru> (14.07.2019).
35. Хорошева Е.В. Сравнительное исследование семей, имеющих ребенка с нормативным и нарушенным развитием // Психологическая наука и образование. 2010. №5. С.52–59.
36. Якимова Т.В. Нормативные и травмирующие аспекты развода родителей для ребенка // II Международная конференция по консультативной психологии и психотерапии памяти Федора Ефимовича Василюка: сборник материалов [электронное издание] / под ред. Е.В. Букшиной, В.А. Земцовой. – М.: ФБГНУ «Психологический институт РАО», 2020. – 291 с.
37. Якимова Т.В. Особенности общения сиблингов в условиях детского дома // Культурно-историческая психология. – 2011. – №4.
38. Якимова Т.В. Психология семьи : учебник и практикум для вузов. – Москва : Издательство Юрайт, 2020. – 345 с.
39. Якимова Т.В., Метелкина Л.С. Специфика привязанности матери к своему ребенку раннего возраста в норме и при дизонтогенезе тяжелой степени // Психология и психотерапия семьи. 2019. № 3. С. 45-60.
40. Allen S.H., Mendez S.N. Hegemonic heteronormativity: Toward a new era of queer family theory // Journal of Family Theory & Review, 2018, 10(1), 70-86.
41. Asplund N.R., Casasnovas A.F., Moore R.O., Ordway A.M. Understanding Vicarious Trauma, Burnout, and Compassion Fatigue in High-Conflict Divorce // Contemporary Family Therapy., 2020, pp. 187-193.
42. Bateman A., Fonagy P. Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment. – Oxford : Oxford University Press, 2004.
43. Beavers R. Successful Families: Assessment and Intervention. – N.-Y : Norton, 1990.

44. Blackstone A., Howard H., Stahnke B. Lived Experiences and Life Satisfaction of Child-Free Women in Late Life // *Contemporary Family Therapy*, 2020, pp. 159-167.
45. Bouchard K., Greenman P., Pipe A., Johnson S., Tulloch H. Reducing Caregiver Distress and Cardiovascular Risk: A Focus on Caregiver-Patient Relationship Quality // *Canadian Journal of Cardiology*. Published online, May, 2019.
46. Büscher A., Knecht Ch., Meng M., Schnepf W., Sorber M. Alternative Constructions of Partner Relationships in Chronic Illness: A Qualitative Study Exploring Concurrent Relationships // *Journal of Family Issues*, Volume 43 Issue 10, October 2022 ИЛИ 2021, pp. 2531-2555.
47. Chesley N. Stay-at-Home Fathers and Breadwinning Mothers: Gender, Couple Dynamics, and Social Change // *Gender & Society*. 2011, 25(5), pp. 642-664.
48. Chesley N., Flood S. Signs of Change? At-Home and Breadwinner Parents' Housework and Child-Care Time // *Journal of Family Issues* Volume 43 Issue 10, October 2022.
49. Crowe A., Kim T. The Influence of Gender, Income, and Religious Beliefs on Life Satisfaction Through Affect and Stress in Families With and Without Mental Illness // *The Family Journal*. 2021. pp. 91-101.
50. Gold J.M. Supporting Successful Stepfathering: An Integration of the Professional Literature and Online Stepfather Reflections // *Contemporary Family Therapy*, 2020, pp. 146-149.
51. Davis Eric S., Haberman S., Smith V.S., Smith Sh., Wolgemuth J. Being a Stay-at-Home Dad (SAHD): Implication for the Mental Health Profession // *Contemporary Family Therapy*, 2020, pp. 150-158.
52. Devlin J.M., Toof J., Wong J. Childhood Trauma and Attachment // *Contemporary Family Therapy*, 2020, pp. 194-198.
53. Fletcher K., MacIntosh H. Emotionally Focused Therapy in the Context of Addictions: A Case Study // *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 2018, 26(3), 330-340.
54. Gordon Walker J., Johnson S.M., Manion I., Cloutier P. Emotionally focused marital intervention for couples with chronically ill children // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1996, 64(5), 1029-1036.
55. Gordon Walker J., Manion I., Cloutier P.F., Johnson S.M. Measuring marital distress in couples with chronically ill children: The Dyadic Adjustment Scale // *Journal of Pediatric Psychology*, 1992, 17(3), 345-357.
56. Greenman P.S., Johnson S.M. United we stand: Emotionally Focused Therapy (EFT) for Couples in the treatment of post-traumatic stress disorder // *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 2012, 68(5), 561-569.
57. Hanson M., Lynch E. Family Diversity: Implications for Policy and Practice // *Topics in Early Childhood Special Education*. 1992. V. 12(3). C. 285.
58. Kaufman G. Superdads: How fathers balance work and family in the 21st century. – NY: New-York University Press, 2013.
59. Larghi F., Baiocco R., Lonigro A., Capacchione G., Baumgartner E. Family functioning and binge drinking among Italian adolescents. *Journal of Health Psychology*, 2012.

60. Lee N.A., Furrow J.L., Bradley B.A. Emotionally Focused Couple Therapy for Parents Raising a Child with an Autism Spectrum Disorder: A pilot study // *Journal of Marital and Family Therapy*, 2017, 43(4), 662-673.
61. Margarsinski A., An Outcome Study of Alcoholic Families in Poland Using FACES IV. *Journal of Family Psychoterapy* (2014), 25, 348-358.
62. Priest J.B. Emotionally Focused Therapy as Treatment for Couples With Generalized Anxiety Disorder and Relationship Distress // *Journal of Couple & Relationship Therapy: Innovations in Clinical and Educational Interventions*, 2013, 12(1), 22-37.
63. Slootmaeckers J., Migerode L. Fighting for Connection: Patterns of Intimate Partner Violence // *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 2018, 17(4), 294-312.
64. Stiehl K., Naaman S., Lee A. Couples and Chronic Illness: An Attachment Perspective and Emotionally Focused Therapy Interventions // *Journal of Systemic Therapies*, 2007, 26(4), 59-74.
65. Tom B., LeMoyné T. Helicopter Parenting and the Moderating Impact of Gender and Single-Parent Family Structure on Self-Efficacy and Well-Being // *Contemporary Family Therapy*. 2020. pp. 262-272.
66. Zimmerman T.S. Marital equality and satisfaction in stay-at-home mother and stay-at-home father families // *Contemporary Family Therapy*. 2000, 23(3). pp. 337-354.

РАЗДЕЛ 2. НОВЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

**Буклина С.Б., Жуков В.Ю., Горяйнов С.А, Баталов А.И.,
Афандиев Р.М.**

СИНДРОМНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У БОЛЬНЫХ С ГЛИОМАМИ ЛОБНОЙ И ВИСОЧНОЙ ДОЛЕЙ ЛЕВОГО ПОЛУШАРИЯ НА ФОНЕ ПОРАЖЕНИЯ АРКУАТНОГО ТРАКТА

Аннотация. Целью работы явился синдромный анализ нарушений речи и письма по методу А.Р.Лурия у больных с поражениями разных отделов аркуатного пучка и сопоставление этих нарушений с известными синдромами афазии. Материал и методы. Клинико-нейропсихологическое исследование проведено у 25 больных (15 больных с опухолями лобной доли и 10 – височной). Всем больным до операции и через 5-6 дней после операции выполнены МРТ, нейропсихологическое обследование по методу А.Р.Лурия, большинству – МРТ- трактография по методу HARDI. 24 больных оперированы с пробуждением, из них 3 пациента исследованы через год после операции. Результаты. У всех пациентов опухоль была в непосредственной близости от аркуатного тракта,

отмечалось его вовлечение в перифокальный отек и дислокация, которые усугублялись после операции. После удаления опухолей с вовлечением аркуатного тракта наблюдались нарушения речи и письма, сочетающие характеристики поражения тех корковых речевых зон, которые этот тракт соединяет (лобная и височная доля). Нарушения повторения в речи у всех больных не выступали на первый план. В специфике ошибок на письме прослеживались нарушения связи между моторным и слуховым образом слова.

Ключевые слова: нейропсихологический синдромный анализ, поражение аркуатного тракта, нарушения речи и письма, проводниковая афазия.

Введение. Проводниковая афазия была первоначально описана Wernicke в 1874г. и определена как «расстройство языка», характеризующееся относительно беглой спонтанной речью, хорошим пониманием, с преимущественным нарушением повторения, при котором возникали множественные литеральные парафазии [9, 11, 14, 15, 20, 21]. Wernicke предполагал, что проводниковая афазия является следствием разобщения височной (центр «акустических образов слов») и лобной («центр моторных образов слов») речевых зон. В дальнейшем описания больных с проводниковой афазией дополнялись данными о снижении у них слухоречевой памяти (больные сохраняли смысл предъявленных слов, но теряли их фонологический след) [12, 13, 19], о нарушении называния [19], а также о возможном расстройстве орального праксиса [18]. Некоторые авторы при синдроме проводниковой афазии отмечали дефекты повторения и запоминания не только речевых, но и неречевых стимулов, воспринятых на слух [33, 34].

В 1819-1826 гг. Burdah и Dejerine представили описание аркуатного тракта (AF), затем аркуатный тракт детально изучал Monakov, как тракт, который соединяет зоны Брока и Вернике. А в 1908г. Wernicke связал с его повреждением развитие проводниковой афазии. В дальнейшем в середине 60-х годов прошлого века эта точка зрения была поддержана Geschwind, который и постулировал главенствующую роль дугообразного (аркуатного AF) пучка в развитии проводниковой афазии, как дисконнекционного синдрома (модель Wernicke-Geschwind) [22, 25].

А.Р. Лурия не считал проводниковую афазию отдельным расстройством [5, 8]. Он писал, что нарушение повторения может быть связано либо с артикуляторными дефектами у больных (при нарушениях орального праксиса при поражении ниже-теменных отделов левого полушария) либо с расстройством слухоречевой памяти, как при височных поражениях. То есть, так называемая проводниковая афазия, по

А.Р.Лурии, могла быть особой формой либо афферентной моторной афазии (при поражении теменных отделов), либо акустико-мнестической афазией (при поражении височной коры).

Внедрение в клинику метода трактографии позволило прижизненно изучать состояние аркуатного тракта как у здоровых добровольцев (и выявлять его индивидуальные особенности), так и у больных с очаговыми поражениями мозга, особенно при проведении трактографии по методике HARDI, позволяющей изучать длинные ассоциативные волокна мозга в их взаимном расположении [20-22]. Однако M.Catani and M. Mesulam делают важную оговорку, что находки при трактографии, как математической модели, не обязательно полностью идентичны анатомическим находкам волокон, но похожи на них [22]. Аркуатный тракт имеет передний сегмент (кортикальная проекция на нижнюю, среднюю и прецентральные фронтальные извилины) и задний сегмент с кортикальными проекциями на верхнюю и среднюю височные извилины, а также вертикальный сегмент с кортикальными проекциями на ангулярную и супрамаргинальную извилины [3].

Большое количество современных работ с использованием метода трактографии подтверждает появление у больных (в подавляющем большинстве с инсультами) проводниковой афазии при развитии очагов с повреждением аркуатного тракта [11, 16, 22, 24, 27, 30, 31, 35, 36, 39]. В то же время имеется большое количество работ, в которых авторы обнаруживают развитие проводниковой афазии в ее классическом определении (как преимущественного нарушения повторения слов) при корковом поражении, а потенциальные зоны повреждения самого аркуатного пучка при этом остаются интактными. При этом обращает на себя внимание, что чаще всего упоминается поражение коры задних отделов верхней и средней височной и супрамаргинальной извилин при инсультах, а исследование проводилось с помощью ПЭТ и фМРТ с оценкой возможности повторения по разным тестам. [17, 19, 26, 28, 30, 32,38]. J.M. Anderson et al. [10] и J.P. Zollner et al. [40] обнаруживали симптомы, характерные для проводниковой афазии, при электростимуляции задних отделов коры левой височной доли и ангулярной извилины у больных эпилепсией. С другой стороны, по мнению ряда исследователей, функциональное разобщение зон Брока и Вернике может не приводить к каким-либо речевым нарушениям. Так, у здоровых добровольцев по данным фМРТ могли выявляться активации зон Брока и Вернике в разных полушариях, то есть имело место функциональное разобщение этих речевых зон, но речь при этом оставалась полностью сохранной [10, 15, 16].

Однако при детальном изучении этих исследований, где авторы спорят о топической принадлежности проводниковой афазии – может

ли она быть только при корковой локализации, либо для ее возникновения необходимо поражение аркуатного тракта - напрашивается вывод, что эти работы не так уж и противоречивы. Чаще всего авторы пишут о появлении проводниковой афазии при инсультах в области маргинальной и ангулярной извилин, задних отделов височной доли, а инсульты редко ограничиваются исключительно поражением коры мозга. То есть, в этих отделах мозга повреждается кора с подлежащими под ней белым веществом с волокнами аркуатного тракта, который именно здесь делает поворот на лобную долю.

Суммируя представленные литературные данные, можно сказать, что не всегда поражение аркуатного тракта приводило к развитию проводниковой афазии (по классическому определению - преимущественному страданию повторения). Много данных о наличии корковых очагов (часто упоминается задне-височно-теменная область) при развитии этого вида речевых нарушений. Обращает на себя внимание, что проводниковая афазия вследствие поражения аркуатного тракта определялась исключительно как преимущественное нарушение повторения слов и снижения слухоречевой памяти при хорошем понимании речи. В доступной нам литературе не встретилось синдромного анализа нарушений речи при проводниковой афазии (обязательно ли преимущественное нарушение повторения?) в зависимости от локализации поражения аркуатного тракта, а также сравнения выявленных речевых расстройств с хорошо описанными видами афазий и исследований письменной речи у таких пациентов.

Цель настоящей работы - синдромный анализ нарушений речи у больных с глиомами лобной и височной долей левого полушария на фоне поражения аркуатного тракта в зависимости от локализации поражения аркуатного пучка (лобный или височный его участки), сопоставление выявленных речевых расстройств с видами афазии по классификации А.Р.Лурия [13, 14], а также изучение письма больных.

Материал и методы. Проанализированы данные клинико-нейропсихологического исследования 25 пациентов с глиомами лобной или височной долей левого полушария мозга, которые проходили оперативное лечение в ФГАУ «НМИЦ нейрохирургии им. Н.Н.Бурденко» Минздрава России. Больные были отобраны по следующим параметрам: 1. у них выявлялись четкие речевые нарушения при локализации очага НЕ в классической корковой речевой зоне (больные с опухолями лобных долей), либо признаки афазии, совершенно нетипичные для поражения данной зоны (больные с глиомами височной доли); 2. у всех пациентов глиома локализовалась в зоне потенциального расположения аркуатного пучка, что потом подтверждалось данными МР-трактографии. Обязательным условием включения данного клинического случая

в исследовании было расположение всего объема опухоли изолированно только в лобной либо только в височной доле.

Среди пациентов было 19 женщин и 6 мужчины. Возраст - от 23 до 70 лет, средний возраст – 47,6 лет. По степени злокачественности глиомы распределялись: Gr II – 8 чел., Gr III – 8 чел., Gr IV (глиобластома) – 9 чел. 15 больным выполнена операция удаления глиом левой лобной доли и 10 – височной доли. Все больные исследовались до операции и на 5-6 день после операции. Три пациента исследованы в катамнезе через год после операции. Всем пациентам до и после операции были выполнены МРТ с контрастом, 19 больным - МР-трактография с построением длинных ассоциативных трактов по методике HARDI с определением топографо-анатомических взаимоотношений трактов к опухоли. МР-трактография выполнена большинству больных после операции в первые 72 часа. Кроме того, после операции производилась КТ-головного мозга. При исследовании больных в катамнезе через год проводилась МРТ с контрастом. Верификация локализации глиомы осуществлялась также во время операций с пробуждением и мониторингом речи на фоне электростимуляции мозговых зон.

Всем пациентам до операции, на 5-6 день после операции и трем пациентам в катамнезе проводилось комплексное нейропсихологическое исследование по методу А.Р. Лурии [7]. Так как объемы опухоли и их резекций, а также их локализация у разных больных точно не совпадали, мы не ставили целью изучить количественные параметры речевых нарушений. Напротив, использование качественного синдромного анализа по методу А.Р.Лурии позволяло выявить механизмы речевых нарушений и сопоставить их с уже хорошо изученными видами афазий. Проводилось исследование разных видов праксиса, зрительного гнозиса, пространственных функций, мышления и памяти. Предъявлялись стандартные наборы из 5 слов, 2 серий по 3 слова с непосредственным и отсроченным воспроизведением, оценивался пересказ рассказа и запоминание 6 невербализуемых фигур. Особый акцент делался на исследовании речевой функции: спонтанная речь, название (по стандартному альбому с 24 картинками), повторение (по стандартному набору простых слов или слогов, многосложных слов, серий слов, предложений), фонематический слух и звукобуквенный анализ слов. Специально исследовалось самостоятельное письмо и письмо под диктовку (набор стандартных фраз, ФИО, отдельные слоги и буквы), а также чтение. Проводился тест на беглость речи – больного просили в течение минуты называть существенные на определенную букву или определенной категории. Важно подчеркнуть, что набор проб зависел от речевых возможностей больного. Ведущая рука определялась по анамнезу и опроснику М.Аннетт [1]. Все исследованные больные были правшами.

Из 25 пациентов 23 были оперированы в условиях пробуждения. При этом в качестве речевой нагрузки при электростимуляции мозга служили свободная речь больного и диалог с ним, перечисление автоматизированных рядов (дней недели, месяцев, счет от 1 до 10), а также называние на 50 простых черно-белых картинках предметов (больные с опухолями височной доли) или действий (больные с опухолями лобной доли) [4]. Обязательно перед называнием картинки больной должен был произносить вводное слово «здесь» или «тут», что позволяло отличить во время пропуска при назывании картинки во время стимуляции обстановку речи (стимуляция зоны Брока) от нарушений номинации (височный эффект). При электростимуляции использовался переменный ток 3-5 мА, время экспозиции электрода не превышало 1-3 сек. Выбор речевой нагрузки во время операции с пробуждением производился в зависимости от состояния и возможностей больного.

Результаты и их обсуждение.

Исследование до операции

При поступлении трое пациентов жаловались на легкие нарушения речи, у одной пациентки нарушения речи были умеренные. У всех этих были глиобластомы, Gr IV. Остальные пациенты жаловались на эпилептические приступы или нарушения памяти, что и послужило причиной для обследования. При МРТ до операции выявлено, что глиомы в левой лобной доле занимали префронтальную и премоторную область на уровне средней или верхней лобной извилины корково-подкорковой локализации, иногда доходили до зоны Брока, у одного больного в незначительной степени распространялись на теменную долю. В височной доле у всех больных глиомы располагались в задних отделах, на уровне верхней и средней височной извилины, иногда частично переходили в супрамаргинальную зону, занимали кору и подлежащее белое вещество. МР-трактография у всех больных показала, что аркуатный пучок непосредственно прилегает к опухоли, деформирован опухолью, иногда включен в ее периферийные отделы.

При нейропсихологическом исследовании до операции у 2 больных из 15 (с глиобластомами) с опухолью *левой лобной доли* отмечались речевые нарушения. При этом у одного больного - в виде элементов эфферентной моторной афазии (в виде персевераций), что соответствовало топике лобного поражения. У другой пациентки нарушения речи были более выраженные и имели сочетанный характер (как при сочетанном лобно-височном поражении). У остальных пациентов на первом плане были нарушения памяти разной степени выраженности, преимущественно в слухоречевой сфере, а также нарушения динамического праксиса.

До операции у двух из 10 пациентов с *опухолью височной доли*

(у обеих больных были глиобластомы) наблюдались нарушения речи: у одной были легкие нарушения называния, как при типичном височном поражении [7], а у другой пациентки уже на дооперационном этапе присоединялся несвойственный височному поражению моторный компонент в виде замедления речи, «растягивания» слов, трудностей начала произнесения слова (на это жаловалась сама пациентка). Для всех пациентов были характерны нарушения слухоречевой памяти.

Исследование во время операции

Операция с пробуждением выполнена у 23 пациентов, у 10 больных с глиомами височной доли и у 13 пациентов с глиомами лобной доли.

При электростимуляции разных точек *лобной доли* (корковых отделов и подлежащего белого вещества в глубине раны, что соответствовало локализации аркуатного тракта), у 9 пациентов получены только типичные для электростимуляции лобной доли речевые эффекты: остановка речи, персеверации слов, литеральные парафазии по типу персевераций. Однако у четырех пациентов речевые нарушения были особенными. У одной больной были верифицированы две речевые зоны: зона Брока в треугольной зоне коры левой лобной доли (персеверация первого слога слов с невозможностью произнесения целого слова, остановка речи) и в зоне локализации аркуатного тракта в глубине раны (2,5-3 см) на уровне второй лобной извилины (пропуски при назывании предметов и действий, большая четко произносила «тут», но забывала названия действия, о чем и сообщала после окончания стимуляции). Эффект забывания слов при электростимуляции имел большое сходство с проявлением височной акустико-мнестической афазии [7]. Еще у одного пациента при стимуляции белого вещества также в глубине раны (2-2,5 см от поверхности коры мозга) появились типичные литеральные парафазии по височному типу («топтябрь» - октябрь, «синябрь» - сентябрь). Еще у двух больных во время электростимуляции белого вещества лобной доли на уровне верхней и средней лобной извилин в глубине раны появились ранее нигде не описанные вербальные парафазии при назывании действий по картинкам из совершенно другой семантической группы (далекие по смыслу), что не было похоже ни на лобную, ни на височную афазию. Например, на картинку, где девочка чистит зубы, одна больная быстро говорила «моет песок», а где гладят кошку – «чешет землю».

При электростимуляции задних отделов *височной доли* коры и подлежащего белого вещества у 7 больных были обнаружены типичные для электростимуляции височной доли эффекты – больные забывали названия предметов. Однако у трех больных при стимуляции задних отделов височной доли в глубине раны (глубина примерно 2, 5 см)

появились отчетливые моторные эффекты – больные стали очень выражено «растягивать» слова, «спотыкаться» на первом слоге вплоть до невозможности говорить, у двух из них отмечалась остановка речи (у одной из них легкое «растягивание» слов, произнесение их по слогам было выявлено и до операции).

Исследование после операции

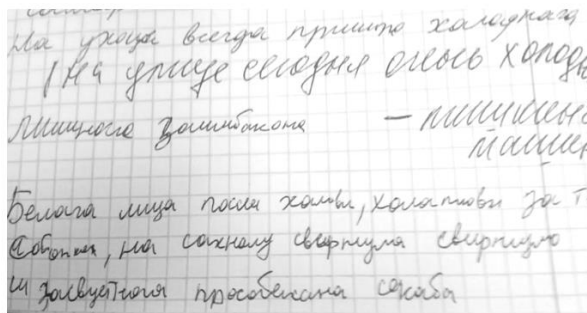
После операции при нейровизуализации было показано отсутствие распространения послеоперационного отека на височную долю у больных после удаления опухоли лобной доли, и на лобную долю, соответственно, после удаления опухолей височной доли. Это является принципиально важным, так как выявленные после операции речевые синдромы носили признаки поражения обеих этих долей, что связывалось с вовлечением (локальная ишемия, отек с дислокацией) аркуатного тракта. Ни в одном случае не отмечено появления распространенных на обе лобную и височную доли очагов ишемии вследствие выключения сосудов сильвиевой группы, что подтверждалось не только соответствующими данными нейровизуализации, но и отсутствием появления парезов и нарушений чувствительности у исследованной группы больных. То есть, после операции очаг повреждения мозга (постооперационная полость и в 6 случаях прилегающая к полости небольшая ишемия) не распространялся на вторую долю мозга.

МР-трактография после операции у всех больных показала тесное прилегание аркуатного тракта к послеоперационной полости и включение его в зону отека с грубой дислокацией. У 6 больных (у 4 после удаления опухоли лобной доли и у 2 – височной) по данным МРТ в разных режимах выявлены небольшие очаги ишемии рядом с послеоперационной полостью. У этих же пациентов по данным МР-трактографии зафиксирована прерывистость тракта – волокна в зоне прохождения тракта отсутствовали. Ни в одном случае не получено данных за полный хирургический «обрыв» трактов у больных с опухолями лобной доли, но тракты были включены в постоперационный отек или грубо деформированы (имели форму крючка). У 5 пациентов после удаления опухолей височной доли отмечено хирургическое повреждение тракта (был разорван), что было обусловлено более радикальным удалением опухоли.

При нейропсихологическом исследовании больных после удаления глиом *левой лобной доли* было выявлено ухудшение речевой функции у всех 15 пациентов, но в разной степени. Речевые нарушения у всех этих больных имел сложный сочетанный характер. На фоне ожидаемого лобного компонента - симптомов эфферентной моторной афазии в виде perseverаций в речи и при письме, бедности речи - были выявлены нарушения, *характерные для поражения височной доли* [7]. Это были

расстройства называния: больные забывали названия предметов как в спонтанной речи, так и при показе картинок в альбоме, использовали при этом функциональное описание предметов (оценивалось только на фоне удовлетворительной спонтанной речи). У четырех больных дополнительно отмечено отчуждение смысла слов, когда больных просили показать по вербальной инструкции предметы в комнате, части лица и тела, картинки в альбоме. При этом больные многократно повторяли вслух названное слово (без ошибок), как бы «прощупывая» его на слух и артикуляторно. У пяти больных после операции выявлялись необычные вербальные парафазии, далекие по семантическому полю, которые у одной больной уже встречались во время электростимуляции при пробуждении. Например, диван на картинке назван как «тарелка», тулуп – «пенал», лампа – «ветка», ящик – «щавель», часы – «ножницы», картинка, где ловят бабочку – «стишки ловят». Важно подчеркнуть, что это не были персеверации предшествующих слов. Следует отметить, что подобные вербальные парафазии изредка наблюдались у других пациентов с обширными глиомами лобно-височной локализации, не вошедших в это исследование.

Особого описания требуют нарушения письма, выявленные у пяти пациентов после удаления опухоли левой лобной доли. Письмо имело характер «словесной крошки» или даже «буквенной крошки». Причем у одного пациента такое письмо отмечено на фоне отчетливых речевых нарушений (больше по моторному типу), имелись при письме и персеверации, но не они определяли характер нарушений письма (рис. 1).



Последний абзац – больной пишет: «Бегала лиса по полю. Погнались за ней собаки. Но лиса круто свернула, и собаки пробежали мимо».

Рисунок 1. Письмо пациента после удаления опухоли левой лобной доли

Еще у трех пациентов после удаления опухоли верхней и средней лобной извилины в устной речи наблюдались лишь эпизодические забывания слов, несколько страдало называние, а письмо совершенно не

подавалось прочтению. У одной пациентки спонтанная речь после операции оставалась практически нормальной, при назывании картинок она забыла три низкочастотных слова, пострадала слухоречевая память, а в письме отмечена грубая «буквенная крошка». Пациентка сама это обнаружила при написании письма по электронной почте после операции. Эта больная писала медленно, многократно проговаривая слова вслух, но это ей не помогало. Страдало как самостоятельное письмо, так и письмо под диктовку. Было возможно только написание своих ФИО и простых односложных слов (все с трудом!). Очень необычной была такая грубая диссоциация между сохранной спонтанной речью и грубым расстройством письма. При этом чтение тестовых текстов самими пациентами было сохранным (иногда с редкими персеверациями). Подобное письмо описано А.Р.Лурия только при сенсорной афазии при поражении задних отделов левой височной доли [6, 7], тогда как в наших случаях аналогичные нарушения письма наблюдались при локализации опухоли в лобной доле. При этом повторение звуков, в том числе и оппозиционных фонем, а также слов было сохранным, но у всех пациентов с грубыми нарушениями письма страдал звукобуквенный анализ слова. Важно также подчеркнуть, что в данных случаях не наблюдалось преобладания нарушений повторения.

Нарушения повторения были выявлены только у одного больного после удаления опухоли левой лобной доли с некоторым распространением на теменную долю. У этого пациента после операции по данным нейровизуализации выявлен небольшой очаг ишемии, прилегающий к постоперационной полости в месте прохождения аркуатного тракта. До операции у больного речь и письмо были в норме. После операции отмечено появление довольно выраженных нарушений речи одновременно по лобному и височному типу, а также нарушение повторения, начиная уже с отдельных согласных звуков (гласные звуки больной повторял хорошо), которое не соответствовало ни лобному, ни теменному, ни височному типу. Например, больного просили повторить его имя «Сережа», больной четко повторял как «ефан» и т.д.

После удаления опухолей *левой височной доли* корково-подкорковой локализации у всех 10 пациентов имели место нарушения речи. Это были ожидаемые для поражения задних отделов височной доли нарушения называния, более тяжелые расстройства слухоречевой памяти в звене отсроченного воспроизведения. Но вместе с этим у всех пациентов отчетливо проявились нарушения, характерные для поражения левой лобной доли [7]: нарушения моторного компонента речи в виде персевераций в устной речи и при письме отдельных слогов и целых слов, «спотыкания» в начале произнесения слова. У одной пациентки выявились и другие отчетливые моторные сложности в речи:

больная стала «растягивать» слова, иногда произносить их по слогам. В письме также отчетливо прослеживался моторный компонент нарушений, из-за чего три пациентки даже отказались писать, не могли написать простые автоматизированные слова, например, свои ФИО. Другая пациентка демонстрировала персеверации при назывании предметов по альбому, а при письме у нее отмечалась полная аграфия в виде персевераций с отказом от письма (больная не смогла написать даже свою фамилию) (рис.2). Обращает на себя внимание то, что и у этой группы пациентов нарушения повторения в речи не преобладали, при этом часто при повторении наблюдались персеверации.

Письмо больной Р после удаления опухоли задних отделов левой височной области. До операции речь и письмо полностью сохранила. После операции – петуховая акустико-мнестическая аграфия с персеверациями. Письмо – аграфия с персеверациями.

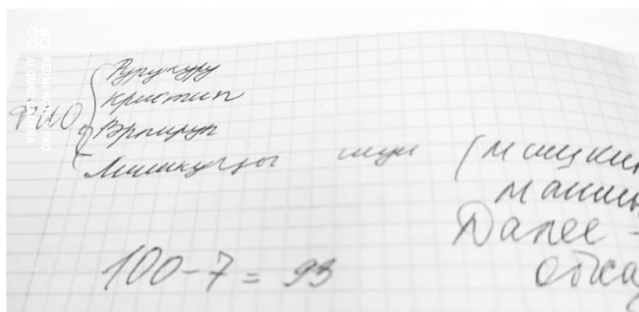


Рисунок 2. Письмо больной после удаления опухоли задних отделов левой височной области

Прослежено состояние трех больных *в анамнезе через год* после операции после удаления глиомы левой лобной доли. У одной больной на МРТ выявлен продолженный рост опухоли, речь у нее оставалась практически на прежнем уровне. У двух других больных, у которых было нарушено преимущественно письмо, отмечено существенное улучшение, у одной из них до нормы, а у другой также отмечено улучшение письма – оно стало правильным, но оставалось очень медленным, больная могла писать, только долго проговаривая вслух каждую букву. На МРТ продолженного роста опухоли и прежнего очага ишемии не выявили.

Таким образом, у представленных больных с глиомами как лобной, так и височной долей, выявлялись сложные сочетанные нарушения речи, в части случаев проявляющиеся уже до или во время операции при электростимуляции мозга, но особенно отчетливые - при исследовании после операции. Глиомы у них располагались в проекции аркуатного тракта, что подтверждалось также и данными МР-трактографии.

Важно подчеркнуть, что у исследованных больных глиомы располагались в области средней и верхней лобной извилины премоторной

и префронтальной зоны мозга, т.е., не затрагивая зону Брока, тем не менее у них после операции выявлялись речевые нарушения по типу эфферентной моторной афазии, но в сочетании с элементами, характерными для поражения височной доли [7], то есть с нарушением называния, снижением слухоречевой памяти, иногда отчуждением смысла слов. J. Fridriksson et al. [23] описывали «aphasia non-fluent» (по зарубежной классификации) при поражении переднего сегмента аркуатного тракта, сопоставимую с эфферентной моторной афазией. Однако упоминания о добавлении височного компонента нарушений речи при этой локализации поражения в доступной литературе авторы не встретили.

С другой стороны, при глубинном поражении задних отделов височной доли (с частичным переходом на супрамаргинальную извилину) в проекции хода аркуатного тракта, авторы также обнаружили сложные речевые расстройства, в состав которых помимо височных нарушений (дефекты слухоречевой памяти и номинативной функции речи), входили и моторные компоненты в виде частых персевераций, а у двух больных и очевидного нарушения моторной стороны речи.

Авторы работы не встретили в доступной литературе подобного описания речевых расстройств при повреждении аркуатного тракта у больных с изолированными поражениями лобной или височной доли. Большинство работ по проводниковой афазии выполнены при исследовании больных с инсультами, у которых повреждение средней мозговой артерии нередко приводят к одновременному поражению и лобной, и височной долей и, соответственно, появлению сочетанной речевой симптоматики. Кроме того, в зарубежной литературе представлены результаты разных тестов исследования отдельных симптомов проводниковой афазии, прежде всего, повторения и слухоречевой памяти, но при этом не проводятся сопоставления ни с другими симптомами, ни с целостным синдромом афазии.

Согласно данным авторов, при поражении одного сегмента аркуатного пучка (например, его переднего сегмента или заднего) страдает не только функция того отдела коры, где этот сегмент берет начало, но и речевая функция других отделов коры, которые связывает этот длинный ассоциативный путь. Трудно предложить иное объяснение появлению этих сочетанных речевых расстройств, кроме как заинтересованностью аркуатного пучка (опухоль, интраоперационное повреждение, отек и локальная ишемия вокруг очага операции), при локальном опухолевом поражении мозга. То есть, проводниковая афазия в данном исследовании предстает как типичный дисконнекционный синдром, когда повреждение проводников приводит к нарушению функции участков коры, ими связанными, и появлению соответствующей симптоматики. Такое наблюдается не только при повреждении самих проводников (в

данном исследовании аркуатного тракта с развитием проводниковой афазии), но и отмечается, например, при повреждении глубинных структур, когда возникает симптоматика со стороны коры мозга, имеющей с ними связи [2].

В литературе существуют термины «проводниковая афазия, похожая на афазию Брока» (Broka-like) и «проводниковая афазия, похожая на афазию Вернике (Bernicke-like) [35]. Однако в тех случаях речь идет совсем о другом – при корковых поражениях зоны Брока и Вернике авторы описывают, наряду с типичными речевыми симптомами, характерными для поражения этих зон, еще и преимущественное нарушение повторения. По мнению авторов данной работы весьма сложно определять синдром афазии исключительно только по преимущественному нарушению повторения. Согласно литературным и собственным данным авторов, повторение может нарушаться при разных видах афазии [5, 8, 29]. Кроме того, повторение серий слов также может нарушаться при височном поражении при отсутствии нарушений речи, т.е. только при нарушении слухоречевой памяти. Важно отметить, что, кроме формы афазии, при нарушении повторения может играть роль и речевой анамнез индивида. При афазии спонтанная речь может нарушаться несколько меньше, чем при повторении, которое более произвольно. Сейчас в литературе описано очень много тестов для подробнейшего исследования повторения, начиная от повторения отдельных звуков и кончая повторением серий слов [12, 13, 18]. Однако принципиально важными, на наш взгляд, являются работы, где у здоровых добровольцев или пациентов с помощью фМРТ показано участие в повторении речевых элементов премоторной и височной зоны мозга не только левого полушария, но и правого [16, 33, 34,37]. При этом авторы считают, что повторение не только речевая функция, но также слуховая (повторение звуков без их дифференцировки). Таким образом, повторение – это сложная функция, и его нарушение – симптом, на основе которого сложно определять тот или иной вид афазии, не учитывая при этом механизмов его нарушения.

Особого анализа (и дальнейшего накопления материала) требует расстройство письма у описанных в данном исследовании пациентов с глиомами лобной и височной доли. В описанных случаях очень наглядно проявилось разобщение функций лобной и височной долей. Согласно работе А.Р.Лурия [6] письмо – это очень сложная сознательная форма речевой деятельности, которую обеспечивают все речевые зоны. «В психологическое содержание письма обязательно входит звуковой анализ подлежащего написанию слова, уточнение фонематического состава слова и сохранение порядка входящих в него звуков. ... В этом процессе значительную роль играют как механизмы акустического

анализа, связанного с функцией височных систем, так и скрытые артикуляции, уточняющие звуковой анализ слова и позволяющие сохранить последовательность входящих в слово элементов; последнее прежде всего связано с работой афферентных «гностических» разделов коры головного мозга, и специализированных частей работы моторной области – с другой. Процесс письма ...с необходимостью включает в себя *перевод звуковой структуры слова в систему графических знаков*, длительное удерживание в памяти этих графических символов (графем) и их правильную пространственную организацию. Во всем этом существенную роль играют аппараты теменно-затылочной области мозговой коры» [6]. Кроме этого, необходимым условием для этого является «сохранение принятого задания», при нарушении чего письмо полностью может нарушаться за счет случайных написаний элементов, стереотипий и персевераций. Это сторону письма обеспечивает премоторная зона головного мозга» [6].

В данном исследовании отчетливо прослеживалось нарушение перевода звуковой структуры слова в правильную систему графических знаков при письме. Особенно наглядно это выступало у тех больных с глиомами лобной локализации, у которых спонтанная речь была практически нормальной, а письмо грубо нарушено и представляло собой «буквенную и словесную крошку». При этом некоторые больные писали бегло, не задумываясь, а одна пациентка долго на слух повторяла отдельные слоги слова, как бы «прощупывая» их звуковой образ. Чтение предложенных текстов и понимание прочитанного у всех этих больных полностью сохранялось.

Авторы не встретили в литературе ни описаний, ни подробного изучения письма у больных с проводниковой афазией. Возможно поэтому, что по прежним канонам проводниковая афазия определялась, как преимущественное нарушение повторения, при этом другие речевые нарушения при повреждении аркуатного тракта не принимались во внимание. Результаты данного исследования показали, что особенности письма у этих больных требуют специального изучения.

Выводы.

1. Афазия как синдром не может быть классифицирована только по одному признаку, в частности, по нарушению повторения в речи. Необходим синдромный анализ совокупности выявленных симптомов.

2. Поражение (отек, локальная ишемия) аркуатного тракта приводит к появлению нарушений речи и письма, характерных для одновременного повреждения корковых полей, связанных этим трактом (височной и лобной доли), с соответствующими симптомами и патогенезом. Проводниковая афазия – типичный дисконнекционный синдром.

3. Нарушения речи на фоне поражения аркуатного тракта с

разобщиением функции височной и лобной долей могут проявляться не только в повторной речи, но и при письме, а в некоторых случаях – **практически только при письме.**

Литература

1. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического обследования. СПб. 2005. 373с.
2. Буклина С.Б. Нарушения высших психических функций при поражении глубоких и стволовых структур головного мозга. М. Изд-во «Медпресс», 2018, 312с.
3. Быканов А.Е., Пицхелаури Д.И., Баталов А.И. и др. Хирургическая анатомия перинесулярных ассоциативных трактов. Часть I. Система верхнего продольного пучка. // Вопр нейрохир. 2017. Т.81. № 1. С.26-38.
4. Dragoу O, Chrabaszcz A, Tolkacheva V., Buklina S.B. Russian Intraoperative Naming Test: a Standardized Tool to Map Noun and Verb Production during Awake Neurosurgeries. // Russ J Cogn Sci. 2016. Vol. 3. № 4. P. 25.
5. Лурия А.Р. Травматические афазии. М. Изд-во АМН СССР. 1947. 368с.
6. 36. Лурия А.Р. Очерки психофизиологии письма. М. Изд-во АПН РСФСР, 1950. 83 с.
7. Лурия А.Р. Нарушения высших корковых функций при очаговых поражениях головного мозга. М. Изд-во МГУ. 1962. 432с.
8. Лурия А.Р. Основные проблемы нейролингвистики. М. Изд-во «Либроком», 2009. 256с.
9. Acharya A.B., Maani C.V. Conduction Aphasia. // SourceStatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2019- Jun 29.
10. Anderson J.M., Gilmore R., Roper S. et al. Conduction aphasia and the arcuate fasciculus: A reexamination of the Wernicke-Geschwind model. // Brain Lang. 1999 Vol. 70. № 1. P.1-12.
11. Ardila A. A review of conduction aphasia. // Neurol Neurosci Rep. 2010. Vol. 10. № 6. P. 499-503.
12. Baldo JV1, Klostermann EC, Dronkers NF. It's either a cook or a baker: patients with conduction aphasia get the gist but lose the trace. // Brain Lang. 2008. Vol. 105. № 2. P. 134-140.
13. Bartha L., Benke T. Acute conduction aphasia: an analysis of 20 cases. // Brain Lang. 2003. Vol. 85. № 1. P. 93-108.
14. Benson D.F., Sheremata W.A., Bouchard R. et al. Conduction aphasia. A clinicopathological study // Arch. Neurol. 1973. Vol. 28. № 5. P. 339-346.
15. Bernal B., Ardila A. The role of the arcuate fasciculus in conduction aphasia. // Brain. 2009. Vol. 132. Pt 9. P. 2309-2316.
16. Berthier M.L., Lambon Ralph M.A., Pujol J., Green C. Arcuate fasciculus variability and repetition: the left sometimes can be right. // Cortex. 2012. Vol. 48. № 2. P.133-143.
17. Binder J.R. Current Controversies on Wernicke's Area and its Role in Language. Curr Neurol Neurosci Rep. 2017 Vol. 17. № 8. P. 58.
18. Bizzi A., Nava S., Ferrè F. et al. Aphasia induced by gliomas growing in the ventrolateral frontal region: assessment with diffusion MR tractography, functional MR imaging and neuropsychology. // Cortex. 2012. Vol. 48. № 2. P. 255-272.

19. Buchsbaum B.R., Baldo J., Okada K. et al. Conduction aphasia, sensory-motor integration, and phonological short-term memory - an aggregate analysis of lesion and fMRI data. // *Brain Lang.* 2011. Vol. 119. № 3. P. 119-28.
20. Catani M., Jones D.K., Ffytche D.H. Perisylvian language networks of the human brain. // *Ann Neurol.* 2005. Vol. 57. № 1. P. 8-16.
21. Catani M., Ffytche D.H. The rise and falls of disconnection syndromes. // *Brain.* 2005 Vol. 128. Pt 10. P. 2224-2239.
22. Catani M., Mesulam M. The arcuate fasciculus and the disconnection theme in language and aphasia: history and current state. // *Cortex.* 2008. Vol. 44. № 8. P. 953-961.
23. Fridriksson J., Guo D., Fillmore P. et al. Damage to the anterior arcuate fasciculus predicts non-fluent speech production in aphasia. // *Brain.* 2013 Vol. 136. № 11. P. 3451-3460.
24. Geldmacher D.S., Quigg M., Elias W.J. MR tractography depicting damage to the arcuate fasciculus in a patient with conduction aphasia. // *Neurology.* 2007. Vol. 69. № 3. P. 321.
25. Geschwind N. Disconnexion syndromes in animals and man. // *I. Brain.* 1965. Vol. 88. № 2. P. 237-294.
26. Ibayashi K. A case of conduction aphasia due to small infarction in the left parietal lobe. // *Rinsho Shinkeigaku.* 2002. Vol. 42. № 8. P. 731-735.
27. Jang S.H., Cho I.T., Lim J.W. Recovery of aphasia and change of injured arcuate fasciculus in the dominant hemisphere in stroke patients. // *NeuroRehabilitation.* 2017. Vol. 44. № 4. P.759-764.
28. Kempler D.I., Metter E.J., Jackson C.A. et al. Disconnection and cerebral metabolism. The case of conduction aphasia. // *Arch Neurol.* 1988 Vol. 45. № 3. P.275-279.
29. Li E.C., Williams S.E. Repetition deficits in three aphasic syndromes. // *J Commun Disord.* 1990. Vol. 23. № 1. P.77-88.
30. López-Barroso D., Catani M., Ripollés P. et al. Word learning is mediated by the left arcuate fasciculus. // *Proc. Natl. Acad. Sci U S A.* 2013 Vol. 110. № 32. P.3168-3173.
31. Marchina S., Zhu L.L., Norton A., Zipse L et al. Impairment of speech production predicted by lesion load of the left arcuate fasciculus. // *Stroke.* 2011. Vol. 42. № 8. P. 2251-2256.
32. Quigg M., Geldmacher D.S., Elias W.J. Conduction aphasia as a function of the dominant posterior perisylvian cortex. Report of two cases. // *J Neurosurg.* 2006 Vol. 104 № 5. P. 845-848.
33. Sidiropoulos K., Ackermann H., Wannke M., Hertrich I. Temporal processing capabilities in repetition conduction aphasia. // *Brain Cogn.* 2010. Vol. 73. № 3. P. 194-202.
34. Sidiropoulos K., de Bleser R., Ablinger I., Ackermann H. The relationship between verbal and nonverbal auditory signal processing in conduction aphasia: behavioral and anatomical evidence for common decoding mechanisms. // *Neurocase.* 2015. Vol. 21. № 3. P377-393.
35. Song X., Dornbos D., Lai Z. et al. Diffusion tensor imaging and diffusion tensor imaging-fibre tractograph depict the mechanisms of Broca-like and Wernicke-like conduction aphasia. // *Neurol Res.* 2011. Vol. 33. № 5. P. 529-535.

36. Tak H.J., Jang S.H.. Relation between aphasia and arcuate fasciculus in chronic stroke patients. // BMC Neurol. 2014. Vol. 14. № 1. P.46.
37. Tkach J.A., Chen X., Freebairn L.A et al. Neural correlates of phonological processing in speech sound disorder: a functional magnetic resonance imaging study. // Brain Lang. 2011. Vol. 119. № 1. P.42-49.
38. Tomasino B., Marin D., Maieron M. et al. A multimodal mapping study of conduction aphasia with impaired repetition and spared reading aloud. Neuropsychologia. 2015 Vol. 70. P. 214-226.
39. Zhang Y., Wang C., Zhao X. et al. Diffusion tensor imaging depicting damage to the arcuate fasciculus in patients with conduction aphasia: a study of the Wernicke-Geschwind model. // Neurol Res. 2010. Vol. 32. № 7. P. 775-778.
40. Zöllner J.P, Haag A., Hermsen A. et al. Ictal conduction aphasia and ictal angular gyrus syndrome as rare manifestations of epilepsy: The importance of ictal testing during video-EEG monitoring. // Epilepsy Behav. Case Rep. 2017 Vol. 3. № 8. P. 55-62.

Гуткевич Е.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ АДАПТАЦИЯ СЕМЬИ: НОВЫЕ ПАРАДИГМЫ ЗДОРОВЬЯ И ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

Аннотация. В статье представлены результаты исследований адаптации и психического здоровья семей из нескольких поколений, находящихся на разных стадиях жизненного цикла. Выявлены основные тренды и парадигмы современности, определяющие актуальность настоящего исследования с точки зрения интегративного подхода, включающего психологические, генетические и клинические знания. Показаны изменения демографических процессов и трансформации форм семьеустройства, вариативность репродуктивных установок и поведения, их связи с психологическим здоровьем. Установлена взаимосвязь между эмоциональным состоянием матери и качеством жизни ребёнка до трёх лет, связь психологического благополучия матерей из многодетных семей и характеристиками семейной системы. «Клиническая психогенеалогия» позволила определить состояние здоровья родственников и выделить группы персонального генетического риска. Выявлены проблемы адаптации семьи в чрезвычайных ситуациях и при возрастающей распространенности нарушений ментального здоровья в популяции и среди родственников. Описаны адаптационно-превентивный потенциал семьи с психически больным, приведены данные о привязанности к дому лиц с разным уровнем психического здоровья. Сформулированы «психолого-генетические феномены», которые характеризуют поведение и адаптацию индивида, здорового и страдающего от психической болезни, и семейной системы, представлена технология их

установления. Рассмотрены направления и некоторые технологии оказания помощи семье, рекомендации для специалистов и будущих родителей. Предложены перспективы изучения психологической адаптации и здоровья семьи.

Ключевые слова: семья, психологическая адаптация, психическое здоровье, здоровьесберегающие технологии, семейно-ориентированная помощь.

Введение. Интерпретация понятия «адаптация» в рамках психологии связано с психологической трактовкой человеческой деятельности, которая не приемлет отождествления развития психики человека с простым приспособлением организма [4, 6]. Процесс психологического включения человека в системы социальных, профессиональных и иных отношений, а также их взаимодействие между собой и воспроизведение соответствующих ролевых функций определяется как психологическая адаптация. Психологическая адаптация человека как многоуровневое и сложное явление осуществляется в разных сферах его жизнедеятельности. Существуют интегральные или системные типы психологической адаптации: личностная, профессиональная, семейная и другие. В широком психологическом смысле под адаптацией понимается любое взаимодействие между индивидом и окружающей средой, в котором координируются их структуры, функции и поведение. В узком смысле – это определение рассматривается в контексте отношений индивида с небольшой группой, в том числе, семейной. При этом процесс адаптации понимается как вхождение индивида в малую группу, усвоение им установленных норм, отношений, занятие определенного места в структуре отношений между его членами. Особенность этого процесса проявляется в том, что отношения индивида и общества опосредуются небольшими группами, членом которых является индивид; небольшая группа (семья) сама является одной из сторон, участвующих в адаптационном взаимодействии, образуя новую социальную среду – сферу ближайшего окружения, к которому приспособляется индивид [3, 5, 9]. В клинической психологии семейная адаптация является характеристикой того, как гибко или ригидно семейная система способна изменяться и приспособляться при воздействии различных стрессоров [35]. Одним из таких стрессоров является отклонение в состоянии здоровья.

В настоящее время здоровье нации, стабильность общественной жизни напрямую ставится в зависимость от состояния семьи, в которой происходят многие события человеческой жизни и деятельности, проясняется психолого-социальная и биологическая, в том числе генетическая, сущности. Происходящие трансформации семьи и особенности её функционирования в современном мире связаны со многими факторами

и вызовами («новые» семьи и поливариативность форм семейного устройства; индивидуализация личности и либерализация общественных правил; гендерные и этнические отношения, цифровые технологии и различные виды мобильности) (Рис. 1). Эти глобальные тенденции противоречат традиционным представлениям о жизненном цикле семьи, свидетельствует о наличии тенденции разделения институтов брака и семьи, расхождения брачного и репродуктивного поведения (особенно характерном для молодой семьи), способствуют возникновению демографических проблем и распространению нарушений психологического благополучия и здоровья, в том числе ментального, в разных возрастных группах населения [10, 41]. Однако согласно концепции ООН, несмотря на то, что формы, функции, условия и статус семьи различаются как внутри одного общества, так и между странами, общими для всех стран направлениями поддержки семьи являются те, что связаны с функциями реализации прав человека в семье и обществе, моральной и материальной поддержки, защиты, предоставляемой друг другу членами семей, смягчения стрессов, вызываемых перегрузками на работе и в домашней среде.



Рисунок 1. Различные формы семьеустройства (Гуткевич Е.В.)

Семья является основополагающим из феноменов, который сопровождает человека в течение всей его жизни. По мнению ряда авторов, он включает в себя такие характеристики, как полнота, форма (вид), состав семьи, семейное взаимодействие и микроклимат, «которые во многом определяют степень зрелости формирующейся личности, уровень последующих эмоциональных жизненных контактов,

самостоятельную, в том числе и семейную, жизнь» каждого человека в макросоциуме, в обществе [22, 34, 36]. Но в наше время семья является одним из самых неблагоприятных социально-психологических институтов, в связи с чем актуализируются проблемы психологической адаптации и безопасности семьи, как характеристик достаточного уровня защищенности от влияния стрессоров, устойчивости к различного рода факторам нарушения здоровья всех членов семьи разного возраста и поколений [17]. По мнению многих исследователей состояние здоровья людей закладывается в семье [23, 27]. Семья играет значительную роль в воспитании отношения всех ее членов к факторам здоровья, в ней происходит формирование мотивации к его укреплению [25]. Влияние семьи на здоровье осуществляется прежде всего через семейный уклад, который определяется как интегральное понятие, включающее в себя установившийся порядок жизни конкретной семьи, ее установки, потребности, интересы, традиции, ценностные ориентации, стиль отношений, личный пример, уровень психолого-педагогической культуры родителей и, самое существенное, здоровье членов семьи [39, 40]. Дисгармония в семейном укладе негативно отражается на здоровье членов семьи. Дети, выросшие у родителей, переживших сильный стресс или психологическую травму, оказываются в состоянии хронического неудовлетворения своих базовых потребностей в безопасности, самоуважения и любви, что может привести к нарушениям здоровья, в том числе и психического, при этом общий уровень эффективности функционирования и адаптации семьи будет падать [8, 26]. В семье могут присутствовать родственники нескольких поколений разных возрастов, при этом члены семьи попадают в «группы риска» с разной вероятностью наследственного предрасположения и проявления психологических проблем, расстройств ментального здоровья в зависимости от индивидуальных генетических, психологических и семейных характеристик [15]. Существующие в настоящее время технологии здоровьесбережения носят индивидуальный характер и не ориентированы на семью в целом, поэтому возникает задача адаптировать индивидуальные технологии и перепрофилировать их на семью в целом [1].

Понятие здоровья, введенное еще в середине прошлого века Всемирной организацией здравоохранения, как «Здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов», сегодня требует новых междисциплинарных системных подходов в силу стремительного развития наук и трансляции научных знаний в практику, в том числе в сфере психологии. К середине XXI

века скорость эволюционных процессов устремится к бесконечности, а интервалы между научно-техническими открытиями – к нулю в точке сингулярности. Расширение возможностей научно-практических исследований приводит к трансформации принятой в последние годы биопсихосоциальной рамочной модели здоровья, на основе смен существующих парадигм [18, 45]. В развитии научной дисциплины выделяются различные этапы: препарадигмальный (тот, который предшествует установлению парадигмы), господства парадигмы («нормальная наука»), кризиса в научной революции, суть которой заключается в смене парадигмы, переходе от одной к другой. В психологии парадигма имеет три основных подхода: естественно-научная парадигма, гуманитарная парадигма и практическая парадигма. Естественно-научная парадигма предполагает теоретическую систематизацию объективных знаний о мире. Для нее характерны две установки: ценность объективного знания и последующее познание объективных законов и ценность новизны (то есть постоянное увеличение объективного знания о мире как результат исследования). Само же знание строится на гипотезе, подтвержденной экспериментом. Гуманитарная парадигма – самая распространенная, она вводит понятие духовной жизни человека. Гуманитарное знание предполагает переход от факта к смыслу, от вещи к ценности, от объяснения к пониманию. Главным предметом изучения гуманитарного подхода выступает изучение человеческого в человеке, его субъективный мир, духовный мир, личностные ценности и смысл жизни. Последняя парадигма, практическая, предполагает реализацию преобразовательного отношения. Еще в конце XX века Юрий Федорович Поляков указывал: «В центре внимания клинической психологии человек с трудностью адаптации и самореализации, связанными с его физическим, социальным и духовным состоянием» [29]. Таким образом, в основе практической психологии лежит не исследование психологической реальности, а работа с ней [21]. Эти исключительно важные идеи согласуются с понятиями технологии, как совокупности методов и инструментов для достижения желаемого результата; в широком смысле – применение научного знания для решения практических задач. При этом технология включает в себя способы работы, её режим, последовательность действий. Отметим, что к началу XX века термин «технология» охватывал совокупность средств, процессов и идей в дополнение к инструментам и машинам. К середине XX столетия понятие определялось такими фразами как «средства или деятельность, с помощью которых человек изменяет свою среду обитания и манипулирует ею». В XXI веке среди множества технологий описаны относящиеся к следующим областям – здоровье, общественное

здоровье, социальное здоровье – социальные технологии, которые представляют собой систему практических знаний и способов решения задач по управлению поведением людей, которые вырабатываются и используются в процессе социального планирования и проектирования. Представляется, что данное понятие можно отнести и к здоровью семьи, как одной из социальных систем.

Таким образом, в изложенном выше контексте психологическую адаптацию семьи можно определить как способность семейной системы сохранять устойчивость в психотравмирующей, конфликтной ситуации, в том числе при расстройствах здоровья членов семьи, сопротивляемость и способность противостоять деструктивным внутренним и внешним стрессорам, воздействиям и трансформировать отношения после них с использованием здоровьесберегающих технологий.

Направления практико-ориентированных исследований психологической адаптации, здоровьесбережения, оказания помощи в сфере охраны здоровья всех членов семьи разных поколений считаются наиболее перспективными, хотя и наиболее сложными, многосекторальными (психология, генетика, психиатрия). В данной статье рассмотрим различные аспекты психологической адаптации и здоровья семьи на разных стадиях жизненного цикла, с членами семьи, страдающими расстройствами психического здоровья, направлений оказания помощи семье и здоровьесберегающих технологий.

Интегративный подход для сохранения здоровья всех поколений семьи: психологические, генетические и клинические знания для эффективной практики. Теоретико-методологической базой многолетних исследований НИИ психического здоровья Томского НИМЦ и кафедры генетической и клинической психологии факультета психологии ТГУ служили концепции, изложенные в научных монографиях В.Я. Семке и др. («Превентивная психиатрия», 1999; «Основы персонологии», 2001; «Здоровье личности и психотерапия», 2002; «Психосоциальные и биологические факторы психической дезадаптации (на модели невротических расстройств», 2008), А.В. Семке и др. («Первичные и вторичные нарушения адаптации при шизофрении», 1995; «Семейные взаимоотношения и наследственная отягощенность шизофренией», 2009; «Соматические расстройства при шизофрении, 2009), Н.А. Бохана и др. («Коморбидность в наркологии», 2009; «Психология зависимости и созависимости у женщин из аддиктивных семей», 2011), И.Я. Стояновой и др. («Пралогические образования в адаптивно-защитной системе у больных с психическими расстройствами непсихотического спектра и в норме (психологическая модель)», 2009), Е.В. Гуткевич и др. («Медико-генетические основы превентивной психиатрии», 2004;

«Клинико-генеалогический метод в психиатрической практике», 2011; «Семейные системы в адаптации больных шизофреническими расстройствами», 2012; Расстройства аутистического спектра (клинико-динамический, региональный и семейный аспекты), 2013; «Семья и психические расстройства (генетика, превенция, этика)», 2014; «Психолого-генетические технологии выявления факторов психической дезадаптации семейных систем», 2015; «Женские кризисы в семье – психолого-социальные аспекты», 2018).

В исследованиях применяли классический клинико-генеалогический метод с установлением психического и соматического здоровья членов семьи, составляли родословных семей (обозначали данное исследование как «Клиническая психогенеалогия» [11]; при необходимости проводили некоторые биохимические, цитогенетические методы, молекулярно-генетическое тестирование полиморфизмов генов-кандидатов («Генетический паспорт»); психодиагностические методы исследования эмоциональных, мотивационных, когнитивных и других психологических особенностей членов семей; супружеских, родительско-детских, межпоколенных и других отношений («Паспорт здоровья семьи»); семейная диагностика адаптации и сплоченности, привязанности к близким и дому и другие («Адаптационно-превентивный потенциал семьи»); методы математической статистики.

Исследовали детей и подростков нормативного развития, в том числе посещающих детские дошкольные образовательные учреждения и общеобразовательные школы, их родителей и других близких родственников; детей и подростков с психическими болезнями, такими как: детский аутизм и расстройства аутистического спектра, специфические расстройства речи и навыков, гиперкинетические расстройства, умственная отсталость, тревожные, фобические расстройства и некоторые другие, их матерей и отцов; больных шизофреническими и непсихотическими психическими расстройствами, болезнями зависимостей и родственников различных степеней родства; здоровых лиц от 18 лет и старше; семьи из нескольких регионов Сибирского федерального округа Российской Федерации и Казахстана. Всего исследовали 326 детей и подростков нормативного развития, в том числе посещающих детские дошкольные образовательные учреждения и общеобразовательные школы, 271 родителей и других близких родственников; 165 детей и подростков с психическими болезнями, 109 их матерей и отцов; 87 больных шизофреническими и непсихотическими психическими расстройствами, болезнями зависимостей и 36 их родственников различных степеней родства; 677 здоровых лиц от 18 лет и старше; 377 семей

из нескольких регионов Сибирского федерального округа Российской Федерации и Казахстана.

Многолетние исследования и данные последних лет позволили выявить основные тренды и парадигмы современности и сделать следующие выводы.

Демография. Первый тренд изменений касается демографических процессов, приведем некоторые цифры. Так, население Томской области, 2021, всего 1070339 человек (2020 год – 1079271 человек). В том числе в возрасте, 0-4 лет – 58830 человек (2020 год – 63697 человек); в возрасте 5-9 лет – 70807 человек (2020 год – 69852 человека). Демографическая ситуация в январе-июле 2022 года в Томской области характеризовалась процессом естественной убыли населения: родившихся в 2022 году 5140 человек (январь-июль 2021 года – 5515; снижение –375), умерших – 7559 человек (2021 – 8732). Естественная убыль - 2419 человек (2021 – 3217). Браков – 3504 (2021 – 3602), при увеличении возраста вступающих в брак (25-34 и 35 и более лет), разводов – 2653 (2021 – 2643).

«Новые семьи». Вторым трендом современности являются «новые семьи», в которых изменяются репродуктивные мотивы, установки и поведение. Так, в исследовании взаимосвязи компонентов психологического здоровья и репродуктивных установок женщин в современных условиях показано: что, чем меньше ориентация на деторождение, тем ниже уровень психологического здоровья (Кушкова М.В. «Взаимосвязь компонентов психологического здоровья и репродуктивных установок женщин в современных условиях», ВКР, 2022). В исследовании приняли участие 80 женщин в возрасте от 18 до 50 лет. Из них 26 женщин имели хотя бы одного ребёнка. Проведенное исследование показало, что рождение детей вне заключения официального брака считают приемлемым 51 респондент (34 – полностью приемлет, 17 – скорее приемлет), неприемлемым – 29 респондентов (10 – категорически нет, 19 – скорее нет).

С другой стороны, показана тенденция к вариативности отношений к абортам. Отношение к абортам является самым неоднозначным вопросом: отрицательно к аборту относятся 28 респондентов, положительно – 26 (из которых 20 имеют абсолютно положительное отношение). 26 респондентов относятся к аборту нейтрально.

По результатам методики «Шкала психологического благополучия» среднее значение общего показателя психологического благополучия составляет 189,33 при максимальном значении 270 и минимальном 54, то есть выше среднего. Минимальное и максимальной значение по каждой шкале – 9 и 45 соответственно. Средние значения по всем шкалам приблизительно одинаковы. Самым высоким

показателем является «Личностный рост», самым низким – «Компетентность». Вероятно, это можно объяснить тем, что участники исследования ещё не достигли удовлетворяющего их уровня реализации собственных потребностей и ценностей, однако замечают собственное развитие и совершенствование с течением времени. Результаты методики «Смысложизненные ориентации» показали средний уровень осмысленности жизни (средний суммарный показатель 94,36, при минимальном 20 и максимальном 140). Разница в средних значениях шкал обусловлена разным количеством вопросов в каждой шкале и, соответственно, разными минимальными и максимальными значениями. Сравнение результатов методик, направленных на диагностику компонентов психологического здоровья по фактору репродуктивных установок выявило статистически значимые различия в большинстве шкал. Было выделено 2 группы репродуктивных установок – с положительными и отрицательными значениями общего показателя репродуктивных установок методики «Ролевой опросник деторождения». Наиболее значимые различия по фактору репродуктивных установок обнаружены в результатах методики «Смысложизненные ориентации» (во всех шкалах различия значимы при $p < 0,01$). Также высокую статистическую значимость имеют различия в результатах методики «Шкала базисных убеждений» по шкалам «Благосклонность мира» и «Справедливость мира» и методики «Шкала психологического благополучия» по шкалам «Позитивные отношения» и «Жизненные цели». Таким образом, существует определённая взаимосвязь между репродуктивными установками и компонентами психологического здоровья, в особенности с осмысленностью жизни и субъектностью. Осознанность в вопросах потенциального родительства сочетается с более низким уровнем психологического здоровья у женщин, имеющих низкие репродуктивные установки.

Психодиагностика и определение триединых отношений в семье – между супругами, между родителями, родственниками нескольких поколений в семье показывают особенности и проблемы на разных стадиях жизненного цикла семьи. Так, проведены исследования функционирования семей на разных стадиях онтогенетического цикла, в том числе «молодых». Например, изучение различий эмоциональной выразительности мужчин и женщин разного возраста показало, что у женщин доминирующей является психомоторная и коммуникативная эмоциональность, а у мужчин – интеллектуальная эмоциональность, что важно учитывать при выборе партнера и создании семьи (Молькова А.А. «Психологическое благополучие семейных отношений в молодых супружеских парах», ВКР, 2017). Уровень развития интеллекта и

удовлетворенность браком – отрицательная корреляция (-0,79) между степенью развития интеллекта и уровнем удовлетворенности супружеством. В данных супружеских парах присутствуют пары 25% с не комплементарными темпераментами. Все супружеские пары отнесли свой брак к группам удачного брака или брака с определенными сложностями, с которыми они справляются. Большинство молодых супружеских пар удовлетворены своим браком (полностью удовлетворены 30 %), причем и супруг, и супруга. У 75 % супругов определяется негативная реакция на возникающие в паре конфликты и при этом пассивный характер поведения.

Молодые семьи, не способные иметь детей, тем не менее оценивают свои брачные союзы как удачные и счастливые. Они находят оптимальные способы общения друг с другом и выстраивают гармоничные отношения со своими любимыми. 56,25% супругов удовлетворены отношениями с партнером, их супружеские отношения можно отнести к благополучным (Ковалева Е.В. «Психологическое благополучие супругов в семьях без детей», ВКР, 2017).

Исследования взаимосвязей вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) и состояния психологического и психического здоровья показали, что отношение родителей к собственным детям на ранних этапах развития ребёнка зависит от факта использования вспомогательных репродуктивных технологий. К возрасту ребёнка 18 месяцев различия в отношении к ребёнку между двумя группами стираются и перестают быть статистически значимыми [42].

Исследование психологических состояний матерей детей разного возраста с разным качеством жизни показало, что среднее значение параметра «Качество жизни» составило 4,298 при стандартном отклонении 0,346, что говорит о том, что качество жизни детей респондентов выше среднего. У 30% детей был определён высокий уровень качества жизни, средний у 53% и низкий уровень у 17% детей, при этом самую высокую оценку получил показатель «Поведение и общение». Установлена взаимосвязь между эмоциональным состоянием матери, в частности, такими проявлениями как спокойствие, энергичность, приподнятость, уверенность и качеством жизни ребёнка до трёх лет, с учетом таких показателей качества жизни как нервно-психическое развитие и физическое здоровье, семейное окружение, поведение и общение и способность оставаться одному (Иршенко Н.В. «Эмоциональное состояние матери как фактор качества жизни ребенка до трех лет», магистерская диссертация, 2021). Изучение психологического благополучия матерей в многодетной семье (74 женщины, у которых не менее трех детей, в возрасте от 30 до 50 лет и старше, проживающих в Томске и Томской

области, позволило сделать выводы о существовании связи психологического благополучия со свойствами личности, показателями психоэмоционального состояния матерей, характеристиками семейной системы, но не обнаружилось значимых связей психологического благополучия с социально-демографическими данными, кроме признака функционального ресурса семьи, т.е. умения семьи выстраивать взаимоотношения, умения справляться с кризисами сообщества (Тарасевич Т.Ю. «Психологическое благополучие матери в многодетной семье», магистерская диссертация, 2021).

«Клиническая психогенеалогия», здоровье и адаптация семьи

Изучение клиничко-генетических аспектов адаптации и здоровья семьи и «Клиническая психогенеалогия» дает возможность установить уровень здоровья родственников и выделения нескольких групп персонального биологического риска. Психогенеалогия позволяет определить здоровье членов семьи и возможность выделения групп конкретного биологического (генетического) риска. Психогенеалогия – «...опирается на психоанализ, расширенный трансгенерационными связями и социопсихологической техникой геносоциограммы, где генеалогическое древо дополнено важными связями и жизненными событиями» [20, 43, 44], психогенеалогия «рождается на стыке психологии жизненного пути и семейной истории» [24].

Так, нами было показано, что нарушение привязанности передается от старшего поколения к младшему в расширенной семье и у всех пробандов усиливается интенсивность проявлений нарушений взаимоотношений в собственной семье [15]. Усиление нарушения привязанности проявляется в V поколении, которое характеризуется уменьшением количества членов данного поколения, несмотря на детородный возраст IV поколения. Нарушение привязанности находится во взаимосвязи с адаптивными, мотивационными процессами и субъективным отношением к семье и прослеживается в нескольких поколениях российской семьи. При нарушении функционирования семьи в роду наблюдается репрезентация травмы нарушения привязанности, и наблюдается усиление травматизации и ослабление ресурсной чуткой связи между близкими родственниками. Критической точкой нарушения привязанности является завершение рода, а именно, невозможность или нежелание индивида продолжать свой род, что может быть представлено как модель «песочных часов» травматизации (Рис. 2).



Рисунок 2. Межпоколенная передача травмы нарушения привязанности (Гуткевич Е.В., Шатунова А.С., 2019)

Генетическое тестирование дает информацию об уникальных особенностях генотипа человека, а выявление коморбидных наследственных заболеваний – корреляции между молекулярными изменениями генома и особенностями их фенотипического проявления. Выявление ассоциаций психических расстройств с врожденной патологией и менделирующими признаками в семьях показало три основные группы коморбидных генетических состояний: в первую группу можно отнести врожденные пороки развития у пробандов (поперечный редукционный порок конечностей; киста средостения, дивертикул пищевода; гипоплазии передней доли гипофиза). Вторая группа включает хромосомную патологию в семьях (47, XY, + 16 у плода; 46, XY, del 22q11.2). В третью группу входят семьи с наличием определенных генетических мутаций (гена, кодирующего медь-транспортирующую АТФазу; гена *FBN1* – фибриллина 1; дефицит альфа-галактозидазы А). Клинический полиморфизм нарушений индивидуального здоровья связан с клинико-генетическим континуумом и внутрисемейном ядром как психопатологического синдрома, так и особенностей соматического здоровья, вероятно, определяемым «полем действия» генов [46].

Мобильность, миграция, биэтнические семьи. Третьим актуальным трендом является мобильность, миграция, биэтнические семьи, дети – би- и полилингвы [7, 33]. По Томской области – миграция, всего, январь-июль 2022: 13205 человек (январь-июль 2021 года – 15222; 2020 год – 30953). Международная миграция (человек): 2020 – 6619. СНГ – Казахстан, Узбекистан, Киргизия, Армения и др.; другие страны – Китай, Грузия, Германия и др. Проводились исследования в рамках магистерских диссертаций под нашим научным руководством: «Взаимосвязь личностной сензитивности, психологической адаптации и безопасности студентов вуза в кросскультурном аспекте. Турсунбаева А.У., 2021; «Детско-родительские отношения как фактор психологической адаптации первоклассников к социокультурным особенностям образовательной среды». Абросимова Т.В. 2021; «Этнопсихологические особенности насилия в семье». Намдан Н.О., 2020. Мы обосновывали, что поколения «цифровых кочевников» происходят из семейных систем, несущих разные предрасположенности к психическому здоровью, реализуемые в конкретных условиях окружающей среды, что можно обозначить как отношения между «нейросетями, нейросемьями и нейросоциумом». «Цифровые иммигранты» (люди, рожденные в доцифровую эпоху, старшее поколение), как правило, уже реализовали себя в семье и имеют опыт существования в микро- и макросоциуме. Но они приспособляются к новой «цифровой эпохе», что может быть сопряжено с изменениями в сфере психического здоровья. Молодое поколение «цифровых кочевников» – «цифровых аборигенов» будет создавать свои собственные – нуклеарные семьи в своеобразных условиях – социально-психологических, популяционно-генетических, мультикультурных, политико-экономических, климатогеографических [12].

Проблемы семьи в чрезвычайных ситуациях. Четвертый тренд касается проблемы семьи и COVID-19, «Постковид» (2020-2021-2022гг.) и такого феномена как «Пандемия сиротства». Число смертей от COVID-19 в мире превысило цифру в 6,55 млн человек. В большинстве случаев это были пожилые и взрослые люди. По данным российского оперштаба по борьбе с коронавирусом, с начала пандемии в стране скончались 394 735 человек (данные на 23 января 2023г.). В 2020 году уровень смертности в России вырос на 18% или на 323,8 тыс. человек, основную часть которых (274 тыс.) оставили граждане старше трудоспособного возраста. Так, в РФ число пенсионеров на учете в ПФР сократилось на 970 тыс. человек за 2021 год (2,3%) по сравнению с показателем на 1 января 2021 года. Но у погибших остались дети и внуки, которым пришлось пережить смерть близких – и это чревато последствиями для их психики и благосостояния. Эпидемия COVID-19 привела к тому, что более 1,5 млн детей, в том числе и в России, потеряли

одного или обоих родителей, бабушек и дедушек. Почти в каждой стране смертность среди мужчин была выше, чем среди женщин, особенно в среднем и старшем возрасте. В целом, в пять раз больше детей потеряли своих отцов, чем матерей. Сироты не только сталкиваются с сильным стрессом, им также чаще грозят бедность, насилие, инфекционные (ВИЧ, СПИД) и хронические заболевания, психические проблемы [49]. «Скрытая пандемия сиротства – это глобальная чрезвычайная ситуация, и «...мы не можем позволить себе откладывать принятие мер, вышедшая из-под контроля эпидемия COVID-19 резко и навсегда меняет жизнь детей, оставшихся без попечения родителей...» (Сет Флакман).

Адаптация и здоровье семьи при психических расстройствах.

Пятый тренд свидетельствует об увеличении распространенности нарушений психического здоровья среди населения разных возрастов, особенно в периоды пандемии и постпандемии короновирусной инфекции [38]. Дети, подростки и пожилые члены семьи, молодые и зрелого возраста – группы риска, когда возрастают риски депрессии и тревожных расстройств, суицидов, рецидивы психических заболеваний, существуют проблемы неудовлетворенных потребностей людей с деменцией.

Нами показано, что у детей с аутистическими синдромами существуют особенности нейропсихологического функционирования (недостаточность кинетического фактора, слабость функций регуляции активации проявляется в просодическом компоненте речи, слабость функций серийной организации действий и движений), определяющие специфику нейропсихологического профиля, изменяющиеся в процессе проведения с детьми нейропсихологической коррекции. У родителей детей с расстройствами аутистического спектра изменяется тип отношения к болезни детей в зависимости от динамики изменений проявления заболевания, проявляясь в тревоге, нозогнозии, контроле активности и интернальности, на разных этапах тяжести психического состояния ребенка [31].

Проведено исследование об осведомленности и отношении населения к проблеме интеграции в общество людей с аутизмом [30]. Выборка он-лайн опроса – 113 человек (72 женщины и 41 мужчина) в возрасте от 17 до 62 лет включительно, средний возраст – 41,03. Отвечая на вопрос об этиологии аутизма, большинство респондентов отмечало врожденные причины (91,2%), однако остальные считали, что некоторые внешние факторы в постнатальном периоде развития могут повлиять на формирование аутизма (8,8%). В вопросе понимания различий между терминами «аутизм» и «расстройства аутистического спектра» (с возможностью выбора несколько вариантов ответа из заданного списка)

34,5% ответов дано респондентами в пользу различия данных диагнозов в проявляемой степени тяжести в когнитивно-поведенческом аспекте, 34,5% ответов – в проявляемой степени тяжести адаптации и социализации в общество человека на ранней стадии развития, 16,8% ответов – различия заключаются в проявляемых интеллектуальных способностях, 3,5% ответа – в уходе за человеком, в какой-либо мере лишенного возможности самообслуживания. В 27,4% отмечалось затруднение в ответе на данный вопрос. Подчеркнем, что 89,4% респондентов, отвечая на вопрос о возможности улучшения качества жизни и дальнейшей самостоятельной жизнедеятельности человека с диагнозом аутизм, согласны с тем, что с помощью специализированных терапевтических развивающих программ есть возможность повышения качества их жизни.

Исследования адаптационно-превентивного потенциала семьи психически больного на разных стадиях жизненного цикла семьи из нескольких поколений позволили нам представить семью больных шизофреническими расстройствами как систему, при этом сбалансированными и средне-сбалансированными оказались около двух третей семей [13]. Функциональный ресурс семьи как высоко положительный оценили почти половина пациентов, в то время как родственники только в незначительном числе случаев, а супруги пробандов выделили и низко положительный ресурс. Медико-социальное бремя болезни члена семьи связано с различными оценками семейного функционирования, «семейного бремени» и затрат родственниками. Полученные балльные оценки параметров семейного функционирования, сравнение социально-демографических и психологических характеристик пациентов и их родственников, позволили выделить три уровня адаптационно-превентивного потенциала семей больных шизофренией – низкий, средний и высокий, как предиктора приспособительного поведения к хроническому патологическому процессу, включая ресурсы, ограничения, мишени и механизмы воздействия. Три уровня адаптационно-превентивного потенциала семьи определяют, наряду с генетическими факторами, социально-психологические возможности семьи пациента компенсировать ограничения функционирования семьи, которые могут сформироваться в результате болезни её члена.

Наиболее уязвимыми сферами жизни в семье респондентов с хроническими психическими расстройствами и повторными госпитализациями являются отношения с окружающими их близкими людьми. По данным тестирования с использованием разработанной «Анкеты антирецидивного поведения» установлено, что у подавляющего большинства пациентов-женщин есть члены семьи или друзья, которые их поддерживают, мужчины чаще отвечали отрицательно; выявлены

особенности ежедневной деятельности дома, в семье, в которой они будут участвовать [16, 47].

Домашняя среда лиц с разным уровнем психического здоровья как фактор семейной адаптации. Известен феномен привязанности к месту «place attachment» [48]. Под местом чаще всего понимают реальную или воображаемую территорию – страну, район или дом. В ходе взаимодействия человека с домом, домашней средой проявляется возможность удовлетворения потребностей в хранении семейной истории, личностной или групповой идентичности. Домашняя среда является комплексом позитивных чувств и переживаний по отношению к дому как к лично значимому месту, влияющему на поведение и ценности, направляющему жизнь, поддерживающему психологическое благополучие человека [28]. Пространство домашней среды формируется, в том числе и семьей. Актуальность изучения домашней среды индивида с различным уровнем психического здоровья определяется: трансформацией парадигмы здоровья и многофакторностью причин возникновения и развития психических заболеваний; возможностью выявления взаимосвязей социального и бытового, в том числе семейного, функционирования больных психическими расстройствами и выраженностью патопсихологических, в том числе нейрокогнитивных нарушений при шизофрении; необходимостью идентификации ресурсов личности (привязанности к дому) как фактора формирования разноразноуровневых адаптационных компетенций при психических расстройствах; важностью получения новых знаний о механизмах охраны психического здоровья каждого члена семьи; перспективой разработок практик создания дружелюбности домашней среды.

В исследовании лиц разного возраста с разрешения авторов апробирован экспериментально-психологический опросник «Привязанность к дому», 14 пунктов, 5 вариантов ответа: от «Совершенно не согласен» до «Совершенно согласен» с выделением двух блоков – эмоционально-смысловой и функциональной привязанности к дому [32]. Обследованы пациенты в возрасте от 21 года до 60 лет с диагнозом шизофрения F20 и шизотипическое расстройство F21 (по МКБ-10) с давностью заболевания более 1 года и повторными госпитализациями в стационар. Было получено 186 ответов (из 196 возможных); группа здоровых лиц (он-лайн опрос), 94 человека в возрасте от 17 до 26 лет; группы лиц – участников проекта «День психического здоровья» (Всемирный день психического здоровья 2021 «Психическое здоровье в неравном мире»), 108 человек и их родственников (32 человека) разного возраста. Всего обследовано 4 группы лиц – 248 человек.

Был проведен анализ привязанности студентов к домашней

среде по результатам прохождения опросника «Привязанность к дому» (Шалыгина Е.А. «Связь личностной агрессивности у студентов высших учебных заведений и особенностей их семейной системы», ВКР, 2022). Средний балл «силы значимости дома для его обитателей» по массиву данных составляет 3,55, что отличается от среднего значения исследования авторов опросника (3,73), проведенного в 2016 году [32]. Преобладающее количество положительных ответов здоровых респондентов молодого возраста, студентов были получены на вопросы, которые в большей степени относятся к эмоционально-смысловой привязанности к месту (более 60 % респондентов выбрали ответ «скорее согласен», «совершенно согласен»). Вариантом проявления эмоционально-смысловой привязанности может быть идентификация с домашней средой – при которой дом выступает личностным элементом «образа Я» студента. Период студенчества связан с расширением пространства жизнедеятельности человека, проведением большого количества времени вне домашней среды, что может ослаблять функциональную привязанность к дому и включенность в домашние обязательства, а также объяснять снижение среднего балла «силы значимости дома для его обитателей» в сравнении с исследованием авторов. Вместе с этим для студента наиболее значимыми оказываются возможности саморазвития в домашней среде, так как в этот возрастной период наиболее актуальной становится учебно-профессиональная деятельность, что может объяснять преобладание эмоционально-смысловой привязанности к месту.

Также с использованием методики «FACES-3» (Шкала семейной адаптации и сплоченности) было показано, что 53,8 % респондентов имели сбалансированный уровень семейной адаптации (структурированный, гибкий), а 46,2 % – несбалансированный (ригидный, хаотичный), т.е. у более половины респондентов семьи характеризуются гибкостью, высокой адаптивностью, демократическим стилем общения между членами. У 30 % респондентов отмечался несбалансированный уровень семейной сплоченности, у 70 % – сбалансированный, т.е. у более чем половины респондентов семьи характеризуются умеренной и высокой эмоциональной связью между ее членами. В целом, обобщая полученные по шкалам результаты, у 56,3 % респондентов, на основе комбинации параметров адаптации и сплоченности, тип семьи соответствовал среднесбалансированному, 33,8 % – сбалансированному, 10 % – несбалансированному.

Сравнительный анализ с применением U-критерия Манна-Уитни для двух независимых выборок (выборка респондентов со сбалансированным уровнем семейной адаптации и выборка

респондентов с несбалансированным уровнем семейной адаптации) между показателем привязанности к дому и уровнями семейной адаптации и сплоченности показал, что статистически значимых различий показателя привязанности к дому при сбалансированном и несбалансированном уровне семейной адаптации не обнаружено, но отмечаются статистически значимые различия ($p=0,000$) показателя привязанности к дому при сбалансированном и несбалансированном уровне семейной сплоченности. Показатель привязанности к дому выше при сбалансированном уровне семейной сплоченности (Таблица 1).

Таблица 1.

Результаты сравнительного анализа привязанности к дому и уровнями семейной сплоченности

Показатель привязанности к дому	Уровень семейной сплоченности	N	Средний ранг	Сумма рангов	U-критерий Манна-Уитни	Значимость, p
Привязанность к дому	Сбалансированный	56	39,04	2616,00	324,0	0,000**
	Несбалансированный	24	42,12	624,00		
Примечания						
** – различия значимы на уровне 0,01						

Также был проведен сравнительный анализ с применением критерия Краскала-Уоллеса между показателем привязанности к дому и типами семьи в целом (Таблица 2).

Таблица 2.

Результаты сравнительного анализа привязанности к дому и типа семьи

Показатель привязанности к дому	Тип семьи	N	Средний ранг	Хи-квадрат	Значимость, p
Привязанность к дому	Сбалансированная	27	43,50	8,001	0,018*
	Среднесбалансированная	45	42,61		
	Несбалансированная	8	18,50		
Примечания					
* – различия значимы на уровне 0,05					

Более высокие показатели привязанности к дому отмечаются при сбалансированном типе семьи, ниже показатели наблюдаются при среднесбалансированном типе и самые низкие показатели привязанности к дому при несбалансированном типе.

Таким образом, по данным сравнительного анализа отмечаются статистически значимые различия показателя привязанности к дому при разных уровнях семейной сплоченности и разных типах семьи. При сбалансированном уровне семейной сплоченности, характеризующимся высокой эмоциональной близостью членов семьи, совместным времяпровождением и взаимопомощью, отмечается более высокая привязанность к дому студентов. Более высокие показатели привязанности к дому респондентов наблюдаются при сбалансированном типе семьи, определяющейся демократическим стилем общения в семье, совместным времяпровождением, взаимоподдержкой, учетом мнения каждого члена семьи и др.

Был проведен корреляционный анализ для выявления взаимосвязи между показателем привязанности к дому и показателями функционирования семьи (адаптация и сплоченность) с применением непараметрического критерия Спирмена (Таблица 3).

Таблица 3.

Показатели корреляционного анализа привязанности к дому, семейной адаптации и сплоченности

Показатель привязанности к дому	Показатель функционирования семьи	Коэффициент корреляции, r	Значимость, p
Привязанность к дому	Семейная адаптация	0,172	0,128
	Семейная сплоченность	0,503**	0,000
Примечания ** – корреляция значима на уровне 0,01			

Таким образом, чем выше показатель семейной сплоченности, тем выше показатель привязанности к дому.

Особенностью распределения ответов пациентов с шизофренией явилось то, что самыми частыми ответами на одни и те же вопросы у разных пациентов были противоположные – «Совершенно согласен» (61 или 31%) и «Совершенно не согласен» (47 или 24%). Средний балл – 4,14.

Участники «Дня психического здоровья» – пользователи специализированной консультативной помощи показали низкий средний балл 3,59. Данное мероприятие проходило в 2021-2022 годах, когда большинство населения находилось в режиме карантинных и других мероприятий, связанных с пандемией новой коронавирусной инфекции. В этот период описаны многочисленные разнообразные проблемы в сфере психического здоровья в семьях лиц разного возраста.

Родственники и значимые близкие лиц – участников проекта «День психического здоровья» продемонстрировали значения среднего

балла «Привязанности к дому» 3,71.

В целом, исследование с помощью опросника «Привязанности к дому» пациентов с шизофреническими расстройствами показало увеличение среднего значения общего балла по сравнению со здоровыми лицами и лицами – участниками проекта «День психического здоровья» (потребители специализированных психиатрических услуг). Выявленная противоречивость ответов больных шизофренией характеризует особенности функциональной и эмоционально-смысловой привязанности к дому, что может быть связано с нейропсихологическими нарушениями. Психологические основы привязанности могут быть сопряжены с множеством фактов и индивидуальных предикторов, например, частым нахождением пациентов вне домашней среды в периоды повторных госпитализаций. Родственники и близкие лиц – участников проекта «День психического здоровья» продемонстрировали большие значения среднего балла «Привязанности к дому».

Выявленные некоторые особенности привязанности к дому и субъективного отношения к домашней среде в перспективе могут стать определенными индикаторами состояния психического здоровья у лиц из групп риска (родственники и близкие пациентов) и адаптации при шизофренических и других ментальных нарушениях, что требует дальнейших междисциплинарных исследований.

Направления и технологии оказания помощи семье. При исследованиях семейных систем в парадигме трансформации функционирования семьи на разных стадиях онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений, связанных с психическим здоровьем, для совершенствования диагностики и оказания помощи при расстройствах психического здоровья, нами выявлены *«психолого-генетические феномены»*, которые характеризуют поведение и адаптацию индивида, здорового и страдающего от психической болезни, и семейной системы в условиях семейно-генетического кризиса. Совокупность «психолого-генетических феноменов» определяет уровень психологической адаптации и безопасности семьи, психического и психологического здоровья и адаптационные возможности для его сохранения в микро- и макросреде.

Разработана технология их установления, представленная в виде этапов:

- 1) на первом этапе происходит определение уровня здоровья пробаанда в динамике, начиная от психического здоровья, психоадаптационных-психодезадаптационных состояний, с переходом в предболезнь (донозологические формы, инцидальный период) и выраженные психические расстройства;

2) на втором этапе происходит выявление генетической предрасположенности и коморбидных болезней;

3) последующий третий этап технологии характеризуется установлением стадии жизненного цикла семьи пациента и формы семьи;

4) на четвертом этапе проводится психодиагностика личностных характеристик членов семьи, межличностных отношений внутри семьи и взаимодействий семьи пробанда с внешней средой;

5) изучаются межпоколенные взаимодействия в родительской и расширенной семье пробанда;

6) формулируются психолого-генетического статус и уровень адаптации семьи пациента и персонализированные программы оказания семейно-генетической помощи;

7) проведение интервенций в рамках семейно-генетической превенции и адаптации, психосоциальной реабилитации;

8) динамическое наблюдение и оценка эффективности оказания помощи.

Ранее нами были сформулированы основания, принципы и этапы семейно-генетической помощи в сфере психического здоровья, а также некоторые особенности в условиях пандемии [14]. В настоящей статье укажем, что в период пандемии проблемы с психическим здоровьем затрагивали все без исключения возрастные и социальные группы. Во многих случаях страдания, которые выпадали на долю людей и их семей, усугубляются стигматизацией, дискриминацией, нарушением прав человека и социальной изоляцией, и восприятие обществом людей с нарушениями психического здоровья само по себе является частью проблемы. Целевыми группами населения являются дети, женщины, пожилые люди, уязвимые люди (коренные народы, мигранты и люди, пострадавшие от конфликтов и стихийных бедствий), студенческая молодежь, инвалиды и семьи лиц с проблемами психического здоровья или психосоциальными нарушениями, то есть нарушениями, возникающими в результате взаимодействия человека с психическим заболеванием и его окружением (ВОЗ, 2021). По данным НИИ психического здоровья Томского НИМЦ в 2019 году по возрастному составу пролеченных больных в клинике наибольшее количество было представлено лицами от 31 до 60 лет – 60,1%, старше 61 года – 26,9%, в возрасте до 30 лет – 13%, 68,9% - женщины, 31,1% – мужчины. Преобладали больные с непсихотическими психическими расстройствами (67,4%): экзогенно-органические психические расстройства – 27,2% (их количество незначительно уменьшилось на 6% по сравнению с 2018 годом); невротические расстройства – 38% (их количество увеличилось на 1,4%); аффективные расстройства – 14,6%

(рост на 2%); алкогольная и наркотическая зависимости – 10,2% (в 2018 г. – 8,7%); доля больных шизофренией и шизотипическим расстройством увеличилось на 0,5% в сравнении с 2018 г. (2018 г. – 6,8%, 2019 г. – 7,3%) (Отчет, 2020). В 2020 году преобладали больные с непсихотическими психическими расстройствами (65%): обращает на себя внимание увеличение невротических расстройств – 41,4% (их количество увеличилось на 3,4%); экзогенно-органические психические расстройства – 31,2% (их количество незначительно увеличилось на 4%); аффективные расстройства – 13,6% (незначительное уменьшение); алкогольная и наркотическая зависимости – 6,6% (в 2019 г. – 10,2%); доля больных шизофренией и шизотипическим расстройством уменьшилась на 2,8% в сравнении с 2019 г. (7,3%) и составила 4,5%. В 2020 году среди пациентов преобладала категория служащих, к которой принадлежало более 1/3 контингента пролеченных больных (31%), значительно (на 13%) увеличилось количество неработающих. Рост данного показателя обусловлен утратой работы в связи с пандемией COVID-19. В 2020 году показатель трудоспособности, утраченной по возрасту, убавился на 2%, что обусловлено уменьшением численности пролеченных пациентов пенсионеров по возрасту (в связи с действием возрастного ограничения, введенного из-за пандемии COVID-19). За первый год пандемии, 2020 год несколько изменилась ситуация с возрастным составом пролеченных больных, впервые за последние 5-7 лет на 2% увеличилось количество пациентов в возрасте от 20 до 30 лет и на 3% уменьшилась доля пациентов в возрасте от 30 до 40 лет. Сохраняется высокий процент числа пролеченных пациентов старшего и позднего возрастов 27% (возраст старше 60) (Отчет, 2021).

Очевидно, что нарушения психического здоровья наблюдаются у лиц разного возраста, представителей разных поколений, разных семей. В период пандемии в обществе, начальной структурной единицей которого до сих пор является семья, актуализировалась проблематика взаимодействий между членами семьи в режиме самоизоляции и карантинных мероприятий в ограниченном пространстве места проживания, обострились хронические заболевания на фоне распространения тревожности в связи с непредсказуемостью последствий эпидемии, произошло изменение режима и формы труда и обучения, отдыха и нахождения в домашней среде. В этих условиях сотрудниками НИИ психического здоровья была организована «Горячая линия» Телефона доверия, на которой работали медицинские психологи. В течение 8 месяцев 2020 года проведено более 600 консультаций [37]. В процессе работы по внедрению в практику здравоохранения научных достижений медицинской технологии «Персонализированная терапия больных шизофренией с

сопутствующей патологией органов пищеварения» проведено анкетирование пациентов отделения эндогенных расстройств с применением разработанной анкеты по рационам и режиму питания. Учитывая положительное отношение пациентов к дому, как месту проживания и «бытования», данные об особенностях пищевого режима, предложена технология персонализированной программы различной ежедневной деятельности пациента дома, в частности, программа с рекомендациями о конкретной деятельности в сфере физической активности «Пирог физической активности» и питания «Моя еда для меня».

Также в 2020-2021-2022 годах были предложены возможности он-лайн консультирования в рамках семейно-ориентированной помощи, такие как разговор по телефону, классический письменный чат – электронная почта, видео-встречи, по семейно-генетическим вопросам: информирование о возможном влиянии применения психотропных препаратов на состояние репродуктивной системы пациентов и риски рождения ребенка с пороками развития; планирование рождения детей в семье с матерью, находящейся на стационарном лечении в психиатрической клинике; разъяснение семье ребенка с наследственным заболеванием смысла проведенных молекулярно-генетических исследований с составлением «маршрута» дальнейшего прохождения обследования и плана реабилитации и многие другие. При этом составлен пакет файлов с бланками Информированного согласия, тестов и опросников для семейной диагностики.

Разработаны рекомендации по реализации практической деятельности в сфере семейно-генетической профилактики психологического благополучия и расстройств психического здоровья для специалистов и будущих родителей. Принимая во внимание, что психическое здоровье обусловлено как генетическими, так и социально-психологическими, средовыми факторами, формируется в семейной среде, возможно рекомендовать: 1) напоминая определение ВОЗ (согласованное со всеми ее участниками, в том числе и с российским Минздравом) первичной медико-санитарной помощи – «обеспечение решения медицинских проблем людей посредством всеохватных мер по укреплению и охране здоровья, профилактике, лечению, реабилитации и паллиативной терапии на протяжении всей жизни с уделением первостепенного внимания основным системным функциям, нацеленным на *отдельных людей, семьи и все население*, как центральным элементом комплексного предоставления услуг на всех уровнях здравоохранения», реализовать в рамках повышения квалификации специалистов первичной медико-санитарной помощи

новые образовательные программы для распространения научных знаний по семейно-генетическим аспектам психического здоровья («Генетика психического здоровья», «Психическое здоровье и психология семьи», «Жизненный цикл семьи из нескольких поколений», «Практико-ориентированные исследования и технологии охраны психического здоровья для повышения качества жизни и активного долголетия всех поколений», «Биоэтика семьи»); 2) понимая задачи перехода к персонализированной медицине («... на первом этапе необходимо, используя технологию генетического полиморфизма и секвенирования ДНК, а также информацию, полученную из 3 основополагающих источников – *генеалогического древа (семейная история)*, анамнеза *morb* и анамнеза *vita*, идентифицировать людей, предрасположенных к развитию данного заболевания, сформировав для второго этапа соответствующие группы риска. ...» [2, 19], проводить мониторинг психического здоровья в семьях с использованием технологий генетического скрининга в семье: Чек-лист «Генеалогия и здоровье», генетические панели и «Топ-гены психического здоровья», «Семья как система» с целью построения региональных программ охраны психического здоровья; 3) учитывая важность питания и пищевого поведения в семье для сохранения психического здоровья, значение инфекционных заболеваний в развитии психических нарушений у родственников разного возраста использовать новые технологии диагностики и управления микробиологическим состоянием здоровья, коррекции микробиоты (Программа по нутригенетике и геномике, Микробиологический Check-up); 4) расширяя сферу просветительской деятельности как в рамках первичной медико-санитарной помощи, так и используя ресурсы Российского общества «Знание» и других организаций, учитывая возможности «Года информирования о ранней помощи детям и их семьям», 2022, и другие программы, реализовывать для лиц молодого возраста и будущих родителей программы по продвижению идей здорового образа жизни семьи (тренинг «Готовность молодежи к семейной жизни и поддержке здоровья», «Генетика, мозг, микробиота») и формировать позитивное общественное мнение о важности для каждого человека и его семьи психического здоровья, возможностях современных генетических технологиях в оказании помощи семьям при психических заболеваниях; 5) обратить внимание на целесообразность при разработке программ профилактики и охраны здоровья населения предусматривать разделы комплексной помощи *семьям пациентов, страдающих психическими расстройствами*, оказывая организационную, информационно-аналитическую и материальную поддержку в работе всех заинтересованных организаций по их

выполнению.

Заключение. Устойчивые тенденции к оказанию помощи в сфере здоровьесбережения по-новому, обусловлены требованиями, которые диктуют общество, семья, человек в актуальных внешних условиях. Но при этом наиболее востребованными являются: 1) лечебные программы, удовлетворяющие население; 2) программы, которые эффективны на всех этапах оказания помощи (профилактическом, лечебном, и катамнестическом). Также мультидисциплинарный подход к организации лечебно-реабилитационных программ является основой современной специализированной психиатрической помощи. Этот подход реализуется на разных уровнях: на уровне пациента (и его семьи), местном (региональном, областном, городском) и государственном, что особенно важно, так как для укрепления психического здоровья необходимы мероприятия в сфере общественного здравоохранения. Они тем более актуальны для психического здоровья, потому что душевное самочувствие определяется не только качествами личности, но и средой обитания, которая в состоянии предотвращать, провоцировать или усугублять проблемы психического здоровья. Так, распоряжение Правительства Российской Федерации (от 23 декабря 2020 г. № 3512-р) предполагает реализацию до 2024 года многих мероприятий по совершенствованию системы оказания психиатрической помощи населению в субъектах Российской Федерации, в том числе «...актуализацию взаимодействия медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь по профилю «психиатрия», с медицинскими организациями первичного звена здравоохранения; предупреждения и профилактики нарушений психического здоровья...». В настоящее время имеются неопровержимые доказательства воздействия внешних стрессогенных факторов на индивидуальное, общественное и семейное психическое здоровье. Исходя из особенностей функционирования семейных систем, можно предположить, что последствия этих трудностей будут длительными, что требует проведения дальнейших научно-практических исследований и внедрение их результатов для улучшения качества жизни населения всех возрастов и поколений.

Семейное функционирование и адаптация является в определенной степени интегральным критерием, учитывающим многомерную совокупность показателей психического здоровья. Генетическое тестирование дает информацию об уникальных особенностях генотипа человека, а выявление коморбидных наследственных заболеваний – корреляции между молекулярными изменениями генома и особенностями их фенотипического проявления

(выделены три группы). Психогенеалогия позволяет определить здоровье членов семьи и возможность выделения групп конкретного биологического риска. Диагностика и квалификация триединых отношений в семье – супружества, родительства, межпоколенных связей определяют психологические особенности и проблемы на разных стадиях жизненного цикла семьи. Адаптационно-превентивный потенциал (три уровня) семьи психически больного определяет биологические (генетические) и социально-психологические возможности семейной системы индивида компенсировать ограничения онтогенетического цикла семьи из нескольких поколений, сформировавшиеся вследствие болезни её члена. Совокупность психолого-генетических феноменов функционирования семьи определяет уровень психического здоровья и адаптационные возможности для его сохранения.

Полученные новые знания и разработанная технология диагностики «психолого-генетических феноменов» функционирования семьи на основе использования методов клинической (медицинской) психологии, психиатрии и клинической генетики, дают возможность формировать программы оказания помощи семьям. Перспективными направлениями изучения психологической адаптации и здоровья семьи представляются – систематизация научно-практических данных о механизмах функционирования семьи для создания квалификационной системы клинко-психологических феноменов, путем синтеза методологических подходов различных наук для исследования семейной системы в современных социально-психологических условиях; открытие междисциплинарных программ обучения в современном образовательном пространстве («Клиническая семейная психология») и введение новых специальностей – семейный психолог; продвижение идей «трансляционной психологии» («Клиника здоровой семьи»); внедрение в практику новых технологий работы с семьей; создание и развитие системы межведомственной поддержки и партнерства с семьей.

Литература

1. Александрова О. Ю., Коновалов О. Е., Васильева Т. П., Пак В. И., Алленов А. М., Арсеев О. Ю. Развитие технологий здоровьесбережения: от индивидуального подхода к семейному. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2021;29(6):1470-1474.
2. Александровский Ю.А. Введение в клиническую психиатрию. В книге: Психиатрия. Александровский Ю.А. и др. Краткое издание: национальное руководство / Москва, 2021. (2-е издание, переработанное и дополненное). С. 145-149.
3. Асмолов А.Г. Родословная «жизни сообща»: еще раз о скачках эволюции. Вопросы психологии. 2018. №4. С. 3-19.

4. Асмолов А.Г., Шехтер Е.Д., Черноризов А.М. Парадокс сосуществования адаптации и преадаптации в историко-эволюционном процессе. Вопросы психологии. 2021. Т. 67. № 4. С. 3-20.
5. Белинская Е. П. Совладание с трудностями в эпоху неопределенности и глобальных рисков: основные исследовательские тренды. Вестник Кемеровского государственного университета. 2022. Т. 24. № 6. С. 760-771.
6. Березин, Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека / Ф. Б. Березин. – П. : Книголюб, 2020. – 270 с.
7. Буторин Г.Г., Бенько Л.А. Системные изменения в условиях миграции. Электронный научный журнал «Системная интеграция в здравоохранении». 2017. №5 (35). С. 66-72.
8. Векилова С.А. Стресс и его влияние на функционирование многопоколенной семьи // Психология семьи : учебник и практикум для вузов / С.А. Векилова. – Москва : Издательство Юрайт, 2022. С. 31-41.
9. Волинская Л.Б. Социокультурная и личностная адаптация на различных стадиях жизненного цикла: учеб. пособие. М.: ФЛИНТА: НОУ ВПО «МПСи», 2017. 168 с. С. 8-12.
10. Голод С. И. Социолого-демографический анализ состояния и эволюции семьи / Голод С.И. <http://socioline.ru/files/golod.pdf>
11. Гуткевич Е.В. Клинико-генеалогический метод в психиатрической практике / под научной и консультативной редакцией В. Я. Семке, В. Ф. Лебедевой. – Томск : Изд-во «Иван Федоров», 2011. – 102 с.
12. Гуткевич Е.В. Психолого-генетический профиль «цифрового кочевника»: реальность, риски и перспективы семьи «человека цифровой эпохи» // Цифровое кочевничество как глобальный и сибирский тренд. Сборник материалов III Международной трансдисциплинарной научно-практической WEB-конференции. 2017. С. 103-110.
13. Гуткевич Е.В. Адаптационно-превентивный потенциал семьи психически больного как фактор общественного психического здоровья. Психиатрия. 2018. № 79 (3). С. 38-44.
14. Гуткевич Е.В. Семейно-генетическая помощь в сфере психического здоровья: принципы, этические основания, особенности в условиях пандемии COVID-19 (глава монографии) // Семья и дети в условиях пандемии: клинические и психологические аспекты: монография / М. Е. Баулина и др.; под ред. Е. В. Куфтяк. – М.: Московский институт психоанализа – Когито-Центр, 2022. –С. 35-62.
15. Гуткевич Е.В., Шатунова А.и. Межпоколенная передача психической травмы. Психогенеалогия и психическое здоровье в семье (феноменологическое исследование). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. №3 (104). С. 21-32.
16. Гуткевич Е.В. Клинико-психологические детерминанты антирецидивного поведения при хронически (длительно) протекающих психических расстройствах. Медицинская психология в России. 2020. Т.12. № 5 (64). 4 с.
17. Гуткевич Е.В. Семья в условиях пандемии COVID-19 (обзор актуальных психологических исследований) // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Познание. 2022. №2, февраль. С. 27–31.

18. Дайнеко И.А., Кучер О.Н. Функциональный диагноз пациента био-психо-социо-духовной модели человека // Педагогика и медицина в служении человеку : материалы VII Всероссийской научно-практической конференции (г. Красноярск, 02- 03 декабря 2020 г.) / гл. ред. Е. А. Авдеева; редкол. О. Н. Кучер. – Красноярск : тип. КрасГМУ, 2020. – С. 149-155
19. Дедов И.И., Тюльпаков А.Н., Чехонин В.П. и др. Персонализированная медицина: современное состояние и перспективы. Вестник Российской академии медицинских наук. 2012. Т. 67. № 12. С. 4-12.
20. Де Гольжак В. История в наследство: Семейный роман и социальная траектория / Перев. с франц. И.К. Масалкова. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2003. – 233 с.
21. Залевский Г.В. Методология клинической психологии // Методологические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии. Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Роциной. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. С. 13-28.
22. Карпов А.Б., Львов С.Ю. Вовлеченность в работу представителей разных поколений. Вопросы психологии. 2020. Т.66. № 6. С. 95-105.
23. Кесаева, Р. Э. Взаимодействие семьи и медицины в современном обществе : автореф. дис. ... д-ра социол. наук / Р. Э. Кесаева. – Волгоград, 2006. – 47 с.
24. Кроник А.А., Ахмеров Р.А. Психогенеалогия: история формирования, первые эксперименты и перспективы развития. SCIENTIFIC E-JOURNAL «РЕМ: PSYCHOLOGY. EDUCOLOGY. MEDICINE». Online. 2015. № 3-4. С. 30.
25. Кудрина, Е. А. Научное обоснование принципов профилактики хронических заболеваний на уровне семьи : автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е. А. Кудрина. – М., 2008
26. Маркина А.Ю. Научно-методическое обоснование системы профилактики раннего социального сиротства в крупном промышленном регионе: дис. ... д-ра мед. наук. М.: Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России, 2021. 373 с.
27. Монахов, М. В. Качество жизни семей с детьми и его влияние на заболеваемость и инвалидизацию детей : автореф. дис. ... канд. мед. наук / М. В. Монахов. – М., 2009.
28. Нартова-Бочавер С.К., Бочавер А.А., Резниченко С.И., Хачатурова М.Р. Дом и его обитатели: психологическое исследование / Отв. ред. С.К. Нартова-Бочавер. М.: Памятники исторической мысли, 2018. 293 с.
29. Поляков Ю.Ф. Новая специальность – клиническая психология. Сибирский психологический журнал. 1999, вып.10. С. 51-53.
30. Проценко Д.И., Гуткевич Е.В. Осведомленность и отношение населения к проблеме интеграции в общество людей с аутизмом // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии: сборник статей по материалам докладов XIX юбилейной научно-практической конференции с международным участием / под редакцией академика РАН Н.А. Бохана. Томск : ООО «Интегральный переплет», 2022. Выпуск 20. С. 118-120.
31. Пустовая А.В., Пустовая Е.Н., Гуткевич Е.В. Особенности психологического отношения матерей и отцов к болезни в семьях, имеющих ребенка с

- расстройствами аутистического спектра. Научно-теоретический журнал «Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта». 2021. № 2 (192). С. 415-421.
32. Резниченко С.И., Нартова-Бочавер С.К., Кузнецова В.Б. Метод оценки привязанности к дому. Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2016; 13; 3; 498-518.
33. Родермель Т.А., Хохлова Н.И. Адаптация детей мигрантов в условиях образовательной среды. Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. 2021. Т. 10. № 2А. С. 207-214.
34. Семейная экосистема человека: монография / З.Х. Саралиева, Г.Л. Воронин, С.А. Судьин, Д.А. Шпилев [и др.]. – Н. Новгород: Изд-во НИСОЦ, 2018. – 225 с.
35. Системная семейная психотерапия / Под ред Э.Г. Эйдемиллера. – СПб.: Питер, 2002. – 368 с.
36. Современная социология семьи: проблемы и их решения: коллективная монография / отв. ред. А.Ю. Нагорнова. – Ульяновск: Зебра, 2020. – 101 с.
37. Стоянова И.Я., Иванова А.А., Смирнова Н.С., Лебедева В.Ф., Руденко Л.С., Магденко О.В., Бохан Н.А. Психические нарушения, развивающиеся в кризисно-экстремальной ситуации пандемии коронавируса: актуальная проблематика и особенности психолого-психотерапевтического консультирования. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2021. № 1 (115). С.71-77.
38. Стоянова И.Я., Гуткевич Е.В., Лебедева В.Ф., Иванова А.А., Бохан Н.А. Психологические факторы, наносящие транснациональный урон общественному психическому здоровью населения в период пандемии. Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2022. № 1 (114). С 46-56.
39. Холмогорова, А.Б. Культура, эмоции и психическое здоровье / А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян. Вopr. психологии. 1999. № 2. С. 61-74.
40. Черствая О. Е. Здоровье в системе семейного уклада [Текст] / О.Е. Черствая // Мир образования – образование в мире. 2011. № 3 (43). С. 31-38.
41. Чурсина В.Н. Современная модель российской семьи: особенности социально-психологической адаптации. Научные ведомости. Серия Гуманитарные науки. 2014. № 13 (184). Выпуск 22. С. 382-388.
42. Штро Р.С., Гуткевич Е.В. Психологические риски вспомогательных репродуктивных технологий и особенности отношения родителей к детям, рождённым с помощью ВРТ (литературный обзор). Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2020; 2 (107): 51–59.
43. Шутценбергер А.А. Синдром предков: трансгенерационные связи, семейные тайны, синдром годовщины, передача травм и практическое использование геносоциограммы. – 3-е изд. – М: Психотерапия, 2007. – 256 с.
44. Шутценбергер Анн Анселин. Психогенеалогия: Как излечить семейные раны и обрести себя. – М.: Психотерапия, 2010. – 224 с.
45. Engel G. L. The clinical application of the biopsychosocial model // American Journal of Psychiatry. 1980. Vol. 137, № 5. P. 535–544.
46. Gutkevich E.V. Mental Disorders and hereditary diseases: comorbidity, phenotypes and “field of action” of the gene. European Neuropsychopharmacology. Abstracts of the 26th World Congress of Psychiatric Genetics (WCPG): Poster Abstracts: Friday. XXVI World Congress of Psychiatric Genetics, Glasgow, October 11-15, 2018. P.39.

47. Gutkevich E., Lebedeva V., Bokhan N., Vladimirova S. “Features of the phenomenon of re-hospitalizations and opportunities of formation of anti-relapse behavior in mental disorders”. 19th WPA World Congress, 21-24 August, 2019, Lisbon, Portugal. Morressier.
48. Inglis J. (2008). Using human-environment theory to investigate human valuing in protected area management (Doctoral dissertation). Retrieved from <http://vuir.vu.edu.au/id/eprint/151>.
49. Susan D. Hills, H Juliette T Unwin, Yu Chen, Lucie Cluver, Lorraine Sherr. Global minimum estimates of children affected by COVID-19-associated orphanhood and deaths of caregivers: a modelling study 2021). Lancet. VOLUME 398, ISSUE 10298, P391-402, JULY 31, 2021.

Зверева М.В.

Клиническая психология и искусство в XXI веке

Аннотация. В статье рассматривается эволюция взаимоотношений психологии и кинематографа на протяжении XX века и вплоть до настоящего времени. Представлены первые исследования психологии кино, как зарубежные, так и отечественные. Также в статье приведены основные направления применения кино в психологии, начиная от синаматерапии и обучающих кинопоказов для студентов, заканчивая отдельным направлением супергеройская терапия – синтез кино, гик-культуры и популярных психотерапевтических направлений.

Ключевые слова: психология искусства, клиническая психология, кинематограф, синаматерапия, кинотерапия, супергеройская терапия

В современном мире одним из наиболее популярных видов искусств можно считать кинематограф. Взаимоотношения кино как вида искусств и психологии насчитывают уже почти целый век. Еще на заре появления кинематографа как отдельного самостоятельного вида искусства, психологи заинтересовались этим направлением. Основоположителем направления изучения кинематографии в психологии можно считать Гюго Мюнстерберга. Он был многосторонним исследователем: интересовался приложениями психологии к бизнесу, индустрии, юриспруденции (где он одним из первых применил методы детекции лжи), медицине, социологии и педагогике, за что по праву считается основателем прикладной психологии. По имеющимся свидетельствам, кинематографом он заинтересовался только в 1915 году, посмотрев фильм «Дочь Нептуна». Подойдя к вопросу со всей немецкой основательностью, он посвятил целое лето посещениям никельдеонов (кинотеатр в США начала XX

века, в котором немые короткометражные фильмы демонстрировались за 5 центов («никель» — англ. nickel)), написал несколько статей о кино и сделал несколько коротких учебных фильмов.[5] Первой работой, посвященной профессиональному изучению психологии кино считается вышедшая в год смерти Мюнстерберга «Фотопеса» стала последней книгой ученого и считается одной из первых фундаментальных книг по теории кино. При этом она оказалась едва ли не единственной кинотеоретической работой, которая существенно повлияла на кинопроцесс не после, а до своего издания: по утверждению близко знавшего Дэвида Гриффита американского поэта Вейчела Линдсея (тоже одного из неизвестных у нас ранних теоретиков кино, автора первой фундаментальной кинотеоретической книги «Искусство кино» (1915)), Гриффит «строил «Нетерпимость» как иллюстрацию к некоторым теоретическим положениям» Мюнстерберга. К 1916 году те немногие работы, которые составляли корпус тогдашней кинотеории, в основном, занимались вопросом: является ли кино искусством? Гюго Мюнстерберг не отошел от этой традиции и задал его во введении, но отвечать на этот вопрос напрямую не стал. То, что он сделал в своей книге, лишило этот вопрос смысла: через 20 лет после возникновения кино и спустя год, как Мюнстерберг обратил на него внимание, он фактически построил первую систематическую теорию кино. [5, 11]

В России дела обстояли иначе. Благодаря работам великих российских режиссеров С.М. Эйзенштейна, Дзиги Вертова, Льва Кулешова были открыты неожиданные психологические эффекты монтажа, которые оказывали определенное влияние на восприятие зрителя, что обеспечило значительный интерес российских психологов к кинематографу как к молодому направлению в искусстве. Наиболее известной работой психологическому изучению восприятия и воздействия искусства считается книга Л.С. Выготского «Психология искусства» [2, 4]. Выдающиеся психологи всегда откликались на предложения коллег из области художественной сферы. Один из таких примеров сотрудничества – общение С.М. Эйзенштейна и А.Р. Лурии. По приглашению Эйзенштейна А.Р. Лурия работал в институте кинематографии, где имела психологическая лаборатория. Сам Александр Романович оставил воспоминания о своих отношениях с великим кинорежиссером и мыслителем, ученым (по мнению самого Лурии), который пытался найти общие законы художественного воздействия, в том числе на психологической основе. В процессе восприятия фильма участвует произвольное и произвольное внимание. Непроизвольное внимание — когда человек обращает внимание на что-то, выбивающееся из общего ряда: резкие движения,

необычная одежда, неподвижность (когда все остальные двигаются) и т.д. Произвольное внимание — человек сам обращает внимание на то, что ему интересно. При просмотре фильма зритель, как правило, руководствуется какой-то идеей, мыслью, которую хочет найти в фильме (подтверждение или опровержение). В случае с фильмами режиссер оперирует произвольным вниманием человека: используя кинематографические приемы (например, крупный план), он заставляет зрителя фокусировать внимание на том, на чем он в обычных обстоятельствах внимание бы не сфокусировал. [2, 4, 7, 15]. После ухода А.Р. Лурия кафедру нейро- и патопсихологии ф-та психологии МГУ возглавлял Ю.Ф. Поляков, который также был открыт многим новым направлениям в психологии, в том числе клинической (медицинской) психологии, находил новые пути в изучении психической патологии, в практической коррекционно-развивающей работе и в вопросах обучения студентов.

Большинство современных известных психологических исследований в кинематографической сфере направлены на изучение воздействия сцен жестокости на зрителя, выявление социальных стереотипов, проблем влияния на молодежь. С другой стороны, в психотерапевтических сообществах кино часто рассматривается в контексте анализа психолого-смыслового содержания различных известных кинофильмов, причем нередко это фильмы на психопатологическую или психолого-психиатрическую тематику. Сотрудники кафедры нейро- и патопсихологии МГУ им. М.В. Ломоносова активно применяли своего рода «психологический» просмотр кинофильмов и их обсуждение в контексте анализа типов личностной патологии, форм психотерапии и др. в курсах обучения клинических психологов. Можно выделить следующие «обучающие» направления применения кинопросмотра в психологии:

- Существуют специализированные обучающие фильмы, они необходимы для фиксации и передачи определенного опыта, в том числе клинического, примером может служить известная серия фильмов – Московской медицинской академии с записью осмотров пациентов с различной яркой психиатрической симптоматикой.
- Фильмы, снятые при творческом участии душевнобольных – пример – проект «Зазеркалье», фильм «Голоса»
- Художественные фильмы посвященные психопатологии – «Кабинет доктора Калигари», «Пролетая над гнездом кукушки», «Человек-дождя», «Психи».

- Режиссеры, заходящие на территорию психопатологии и андеграунда: Вуди Аллен, Педро Альмадовар, Дэвид Линч, Ларс фон Триер
- Художественные фильмы, напрямую не имеющие отношения к психопатологии, но являющиеся неожиданно хорошей иллюстрацией разных психических феноменов. [3, 4,5]

Невозможно обойти стороной и зарубежных коллег. Начиная с 90х всерьез затрагивается вопрос о стигматизации образа психически больных людей, благодаря кинематографу. Фильмы формируют общественное восприятие психических заболеваний, людей с психическими заболеваниями и тех специалистов, которые лечат эти расстройства. Вполне вероятно, что многие из преубеждений и заблуждений, которые пациенты приносят в психотерапию, являются результатом образов психических заболеваний, терапевтов и терапии, которые обычно изображаются на телевидении и в фильмах (Gabbard & Gabbard, 1999). [13]

Но появляется также и мысль, что фильмы также можно использовать непосредственно в клинической терапии, и в ряде исследований того времени предполагается, что фильмы являются значимым инструментом в арсенале психотерапевта. Термин «кинотерапия» был введен Берг-Кроссом, Дженнингсом и Барухом (1990), которые определили его как терапевтическую технику, включающую выбор фильмов для просмотра клиентом, которые будут иметь прямой терапевтический эффект или использоваться в качестве стимула для терапевтического обсуждения на будущих сеансах терапии. Хесли и Хесли (1998), например, утверждали, что фильмы могут помочь в планировании лечения, (а) вселяя надежду и ободрение, (б) переосмысливая проблемы, (в) предоставляя образцы для подражания, (г) выявляя и укрепляя внутренние сильные стороны, (д) усиление эмоций, (е) улучшение общения и (ж) помощь клиенту в расстановке приоритетов. Берг-Кросс и коллеги, что кинотерапия помогает создать терапевтический альянс, «путем создания общего моста понимания между тревогой клиента и эмпатией терапевта». По их мнению, фильмы дают клиентам более глубокое понимание их жизненных дилемм, собственной личности и создают значимые терапевтические метафоры, отражающие суть существующей проблемы. [13, 14] Кинотерапия (синематерапия) — современное направление психологического консультирования и психотерапии. Она является тонким и мощным инструментом для самодиагностики и коррекции бессознательной сферы психики. Форма терапии или самопомощи, при которой в качестве терапевтических инструментов используются фильмы, особенно видео. Кинотерапия может стать

катализатором исцеления и роста для тех, кто открыт к познанию того, как фильмы влияют на людей, и к просмотру определенных фильмов с осознанием. Кинотерапия позволяет использовать воздействие образов, сюжета, музыки и т.д. в фильмах на психику для озарения, вдохновения, эмоционального освобождения или облегчения и естественных изменений. Кинотерапия, используемая как часть психотерапии, представляет собой инновационный метод, основанный на традиционных терапевтических принципах. Целью кинотерапии является эмоциональное переживание и проживание участниками актуальных на данный момент жизни ситуаций и проблем. Метод основан на совместном анализе просмотренного фильма и дальнейшей коррекции собственных проблемных ситуаций, отраженных в его сюжете. Каждая группа посвящена определенной теме, которая представлена в просматриваемом фильме.[6, 13]

Фильмы могут служить педагогическим целям и могут быть полезным способом познакомить клиентов и членов семьи с психическими расстройствами. Персонаж Ричарда Гира в «Мистере Джонсе» достаточно точно изобразил поведение пациента с биполярным расстройством, главный герой фильма «Блеск» продемонстрировал, что люди с глубокими психологическими проблемами могут вносить важный вклад в общество, а персонаж Джека Николсона в «Лучше не бывает» информировал общественность о реалии обсессивно-компульсивного расстройства.[13]. Благодаря огромной аналитической и практической работе, Danny Wedding, Ryan M. Niemiec опубликовали уже 4-е издание книги «Movie and Mental Illness», где собраны наиболее яркие примеры разнообразия представленности психической (и не только) патологии из мирового кинематографа. Авторы опираются на последнюю версию руководства DSM-V, ниже представлена таблица, где выбраны фильмы по расстройству личности, по степени тяжести самого расстройства, а также по известности фильма, где демонстрируется расстройство. [14]

Таблица 1.

Фильмы по кластерам DSM-V

DSM-V	Расстройство личности	Характеристика расстройства	Классический пример из кинематографа	Дополнительные примеры из кино
A	Параноидное	Недоверие и подозрение по отношению к окружающим	«Восстание Кейна» (1954), Филипп Френсис Квинг; «Сокровища Сиерра Madre» (1948), Фред Дobbс.	«Страна изобилия» (2004) Пол, «Я, Робот» (2004) Дэлл Спунер.
	Шизоидное	Отстраненность от социальных отношений и запрет на выражение эмоций	«Уилл Пенни» (1968), Уилл Пенни	«Варгтаби» (2001) Бартлби, «Человек, которого не было» (2001) Эд Крейн.
	Шизофреническое	Острый дискомфорт близких отношений, искажения восприятия или когнитивные искажения, эксцентричное поведение.	«Правящий класс» (1972) Джек Арнольд Александер Танкред Гарни	«Чарли и шоколадная фабрика» (2005) Вилли Вонка, «Опустевший город» (2007) Чарли Файнман.
B	Антисоциальное	Правонарушения и насилие по отношению к окружающим	«Заводной апельсин» (1971), Алекс, «Незнакомцы в поезде» (1951), Бруно Энтони	«Американский психопат» (2000) Патрик Бейтман, «Матч Поинг» (2005) Крис Уилтон, «Игры дьявола» (2007) Энди Хансон, «Ледяной» (2013) Ричард Кукулински.
	Пограничное	Нестабильные эмоциональные и межличностные отношения, неадекватная самооценка, страх быть покинутым, импульсивность	«Роквое влечение» (1987) Алекс Форрест	«Скандальный дневник» (2006) Барбара Ковет, «Марго на свадьбе» (2007) Марго.
C	Гистрионное	Яркая эмоциональность и поиск внимания	«Трамвай «Желание» (1951) Бланш Дюбуа	«Красота по-американски» (1999) Каролина Бернхам, «Последнее воскресенье» (2009) графиня Софья Андреевна Толстая, «Жасмин» (2013) Жасмин
	Нарциссическое	Грандиозное Я, нуждающееся в восхищении, недостаток эмпатии при столкновении с потребностями других	«Сансет Бульвар» (1950) Норма Десмонд	«Уолл-стрит» (1987) Бад Фокс, «Вся ночь» (2003) Трой Даффи, «Телеведущий: Легенда о Роне Бургунди» (2004) Рон Бургунди
	Изабгающее	Социально-избгающее, чувство неадекватности и гиперчувствительность к критике или негативной оценке	«Стеклянный зверинец» (1950) Лаура Вингфилд	«Амели» (2001) Амели, «Найти Форрестера» (2000) Уильям Форрестер
	Зависимое	Подчиненное поведение и страх separации	«А как же Боб?» (1991) Боб Уилли	«Белый олеандр» (2002) Клэр Ричардс
	Обсессивно-компульсивное	Обзавоченность порядком, перфекционизм и контроль	«Странная парочка» (1968) Феликс Ангер	«Лунная шакалка» (1996) Эл Фонтгейн

Помимо кинотерапии, набирает популярность такое

направление как *Superhero Therapy* («супергеройская терапия»). Американский психолог, психотерапевт Янина Скарлетт предложила использовать образы супергероев и других персонажей поп-культуры в доказательной психотерапии. Супергеройская терапия – это включению персонажей из гик-культуры, супергероев и других персонажей из комиксов, а также персонажей из фантастики, научной фантастики и видеоигр в доказательную терапию (когнитивно-поведенческая терапия и терапия принятия и ответственности). [9,10,12] Необходимо дать определение термина «гик» и почему для нового направления в терапии был взят именно он. Термин «гик» первоначально использовался для обозначения подростка-изюга в школе, стереотипный образ которого состоит из очков, любви к компьютерам и комиксам (в русском языке синонимом является термин «ботан»). В современном представлении термин претерпевает некоторые изменения, например, Е.А. Андреев дает следующее определение последователя гик-культуры: «Гик (от англ. geek) — это предельно увлеченный своим хобби человек, прекрасно разбирающийся во всех аспектах предмета своих увлечений и сам креативно участвующий в формировании субкультуры, связанной с предметом его увлечений». Однако, наиболее удобным представляется следующее определение «Гик-культура — это совокупность молодежных субкультур информационного общества, отличительной особенностью которых является увлеченность виртуальными мирами, что становится существенной особенностью образа жизни ее последователей и их самоидентификации». [1, 8]

Таким образом, концепция, лежащая в основе «супергеройской терапии», не нова. Многие клинические психологи используют образы супергероев или комиксы на консультациях. Отличительной чертой «супергеройской терапии» Я. Скарлетт — это использование элементов поп-культуры (истории супергероев или примеры из популярных, как правило на мировом уровне, кинофильмов\сериалов «Гарри Поттера», «Звездных войн», «Ходячих мертвецов», «Доктора Кто») в доказательных подходах, таких как когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) и терапия принятия и ответственности (ТПО). Acceptance and Commitment Therapy (АСТ, Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999) — это модель поведенческой психотерапии, направленная на снижение стратегии избегания контакта с опытом (мыслями, чувствами, действиями, ощущениями) и когнитивной спутанности с одной стороны и побуждение клиента развивать поведение, направленное на реализацию персональный ценностей (жизненных смыслов). Целью АСТ является увеличение психологической гибкости, то есть осознанного контакта с текущим моментом и способности выстраивать свое поведение с учетом контекста и в соответствии со wybranными

ценностями. АСТ применяется для широкого круга проблем и хорошо подходит для терапии последствий психической травм. [8, 12]

Многим людям сложно осознавать мысли и эмоции, потому что это может быть больно для них, или потому, что у них просто нет времени, чтобы подвергнуть анализу происходящее. Большинство испытывает чувство одиночества и изоляции, сталкиваясь с потерей, физическим или психологическим заболеванием — и это ещё одна причина, почему этот подход может быть полезен. Обычно люди склонны критиковать и стыдить себя за плохое самочувствие. В те моменты, когда остро нуждаются в сострадании и социальной поддержке, наоборот, нередко отстраняются, отчуждают себя от других людей. В результате чувство одиночества и подавленности обостряется, что еще больше усиливает страдание. Однако знание того, что другой человек, пусть даже вымышленный, прошёл через подобные переживания, может позволить примириться с собственным опытом. Любимые истории могут быть напоминанием о том, что сам человек не единственный, кто пережил трудности или столкнулся со сложными эмоциями. Известные и любимые герои проходили через боль, отвержение, тревогу, депрессию, зависимость, ПТСР, расставания и потери так же, как живые люди. АСТ-терапия в сочетании с элементами поп-гик-культуры приводит к тому, что «супергеройская терапия» может помочь таким людям, как Брюс Уэйн (герой серии комиксов про «Бэтмена»), но уже в реальной жизни — людям, пережившим страшную потерю или травматический опыт, людям, которые борются с изнуряющей депрессией или всепоглощающей тревогой. Цель такой терапии — помочь описать и понять собственную «историю происхождения». Супергеройская терапия учит человека находить субъективный смысл в том, с чем он сражается, и восстанавливать себя. И, возможно, затем помогать другим людям, которые тоже борются с подобной проблемой. Кроме того, она способствует принятию себя, состраданию к себе и позитивным изменениям в поведении. [12]

В действительности то, что называется «парасоциальными взаимодействиями» или связями с вымышленными персонажами и историями, способно значительно уменьшить одиночество и облегчить симптомы депрессии, давая человеку чувство любви и сопричастности. По опыту Я. Скарлетт «супергеройскую терапию» можно использовать в работе со взрослыми и детьми от 10 лет, однако некоторые профессионалы применяют часть методов и с детьми младшего возраста. В России популярность гик-культуры еще не так распространена во взрослом возрастном сегменте, но зато такой вариант терапии может быть достаточно успешным для подросткового и юношеского возраста. [9, 10]

Резюмируя вышесказанное, можно отметить, насколько разрослось взаимодействие и взаимное исследование кинематографа и психологии. Совместное исследование психологией кинематографа и кинематографом психологии с разных сторон позволяет придумывать все новые способы продуктивного пересечения этих областей и создания новейших подходов к изучению и излечению человека.

Литература

1. Владимиров И. А. Гик-культура как новый молодежный социокультурный феномен современного российского общества. Гуманитарные науки. Вестник Финансового университета, (3 (39)), 2019, с 114-118.
2. Выготский Л. С. Психология искусства. Ростов н/Д: изд-во «Феникс», 1998.-480 с.
3. Зверева М.В. К проблеме восприятия психических заболеваний через призму кинематографа: взгляд клинического психолога. Молодые исследователи образования. XVI Всероссийская научно-практическая конференция. Том I. – М.: ФГБОУ ВО МГППУ, 2017. С.331-333.
4. Зверева М.В. Кинематограф и психологическая наука: контексты применения в психосоциальной реабилитационной работе. Поляковские чтения - 2018 (к 90-летию Ю.Ф. Полякова). Научно-практическое издание. Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием 14–15 марта 2018 г/ под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной, С.Н. Ениколопова. – М.: ООО «Сам Полиграфист», 2018. – 390с. С. 164–166
5. Зверева М.В. Психическое здоровье в зеркале современного кинематографа: лайфхак для подготовки клинических психологов Психическое здоровье человека и общества. Актуальные междисциплинарные проблемы: Сб. материалов науч.-практ. онлайн-конференции (Москва, 1 ноября 2021 г.) / Под ред. проф. Г.П. Костюка. — М.: Изд-во ГБУЗ «ПКБ № 1 ДЗМ», 2022, С. 282–285
6. Левковская, О. Б., Парлашкевич, А. О. Психотерапевтические возможности киноискусства. Психическое здоровье, 2016, 14(11), 79-82.
7. Лурия А.: Психологическое наследие. Избранные труды по общей психологии. Москва: Смысл, 2003, 431 С.
8. Орестова, В. Р., Ткаченко, Д. П., Карпук, В. А. Вселенная супергероев как пространство идентификации и социализации в условиях транзитивности. Вестник РГГУ. Серия «Психология. Педагогика. Образование», 2019 (4), 145-156.
9. Fradkin C. "Janina Scarlet: Therapy Quest: An Interactive Journey Through Acceptance and Commitment Therapy: Little, Brown Book Group, London, 2018, 208 pp, 177-179.
10. Fradkin, C. "Janina Scarlet: Superhero Therapy: A Hero's Journey Through Acceptance and Commitment Therapy: London: Little, Brown Book Group, 2016, 111 pp, (2017): 1629-1632.
11. Munsterberg H. The Photoplay: A Psychological Study [1916] Paperback – September 22, 2009, Cornell University Library, 250 p
12. Scarlet, J. (2016). Superhero Therapy: A hero's journey through Acceptance and Commitment Therapy. Hachette UK.

13. Wedding, D., & Niemiec, R. M. (2003). The clinical use of films in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 59(2), 207-215.
14. Wedding, D., & Niemiec, R. M. *Movies and Mental Illness: Using Films to Understand Psychopathology* 4th, revised and expanded edition, Hogrefe Publishing, 456 p.
15. Zvereva M., Voronova S., *Cinema as a dynamic system of perception of visual images. XVI EUROPEAN CONGRESS OF PSYCHOLOGY (ECP 2019) Moscow, 02–05 July 2019 p. 2017*

Иванова Е.М., Немкова С.Л.
ИСПОЛЬЗОВАНИЕ РАЗЛИЧНЫХ СТИЛЕЙ ЮМОРА ПРИ
СОВЛАДАНИИ С СИМПТОМАМИ ПТСР

Аннотация. В современном обществе проблема психологической травмы становится вновь остро актуальной. Целью данного исследования стало изучение взаимосвязей между использованием различных стилей юмора и признаками посттравматического стрессового расстройства и посттравматического роста личности. Выборку составили 62 респондента 18–42 лет, из них 15 мужчин и 47 женщин. Использовались «Опросник травматических ситуаций», «Опросник посттравматического роста», опросник «Удовлетворенность жизнью» и «Опросник стилей юмора». Результаты показали наличие признаков ПТСР у 39% испытуемых. Эта группа респондентов характеризовалась меньшей удовлетворенностью жизнью, однако при более выраженном посттравматическом росте удовлетворенность жизнью у них повышалась. При наличии симптомов ПТСР респонденты менее склонны к использованию самоподдерживающего и агрессивного стилей юмора. При этом, чем выше у них самоподдерживающий стиль юмора, тем выше удовлетворенность жизнью. Стили юмора также связаны с посттравматическим ростом личности: при наличии ПТСР самоподдерживающий стиль прямо, а самоуничижительный стиль – обратно – с ним ассоциированы.

Ключевые слова: психотравма, ПТСР, посттравматический рост, совладание, стили юмора.

Исследования переживания психотравмы и факторов наиболее благоприятного выхода из кризисного состояния всегда актуальны в психологии, однако в текущей социально-политической ситуации в России они приобретают особую значимость в связи с большим количеством пострадавших от военных действий, беженцев, иммигрантов, военных и их близких. Можно также с уверенностью говорить о массовой травматизации общества под влиянием событий,

освещаемых в СМИ.

В современных исследованиях психотравмы можно выделить два основных направления, взаимосвязанных друг с другом: это изучение ее негативных последствий, в частности синдрома посттравматического стрессового расстройства (ПТСР), и позитивных последствий – посттравматического роста личности (ПТР) [5, 22, 23]. Традиционное в психологии представление о том, что развитие личности всегда происходит через кризис, используется в данном случае в обратной логике: кризис, возникающий вследствие психотравмирующих событий, может приводить не только к психологическим и психическим расстройствам, но и к развитию личности.

Концепция посттравматического роста личности ставит вопрос о том, каковы психологические факторы, позволяющие одним людям успешно преодолевать травмирующий опыт и использовать его для развития, в то время как у других он вызывает психические расстройства. Подобные факторы широко исследуются в русле позитивной психологии, где выделяются сильные стороны характера, одной из которых считается чувство юмора [21]. Данные многочисленных исследований свидетельствуют о том, что чувство юмора является одним из важных копингов и повышает адаптационный потенциал у людей, переживших травматические события [10, 11, 14, 18, 19].

Однако роль юмора в преодолении стресса неоднозначна, поскольку он может иметь как позитивные, так и негативные психологические функции [см., например, 15]. Так, спорным остается вопрос о совладающем потенциале агрессивного и черного юмора. Р. Мартин с соавт., выделяя четыре стиля юмора, отнесли агрессивный стиль к дезадаптивным [20], а некоторые другие исследователи сообщали о высокой популярности и значимости черного и агрессивного юмора как копинг-механизма в сфере так называемых «профессий особого риска», например, спасателей, военных, медицинского персонала [12, 13, 16, 17].

Возможно, разные стили юмора могут быть связаны с психотравмой или, наоборот, с посттравматическим ростом. Тогда особенности чувства юмора могут стать диагностическим критерием при выявлении симптомов психологической травмы или признаков посттравматического роста. Можно также предположить, что развитие способности к юмористическому видению может быть использовано в психореабилитации людей, переживших психотравмирующие события.

Таким образом, *целью* настоящего исследования стало изучение

взаимосвязей между использованием различных стилей юмора и признаками посттравматического стрессового расстройства и посттравматического роста личности. Были сформулированы следующие гипотезы: 1) выраженность ПТСР обратно, а ПТР прямо взаимосвязаны с удовлетворенностью жизнью; 2) условно дезадаптивные стили юмора прямо, а адаптивные – обратно – взаимосвязаны с выраженностью ПТСР; 3) условно адаптивные стили юмора прямо, а дезадаптивные – обратно – взаимосвязаны с удовлетворенностью жизнью и с выраженностью ПТР.

Характеристика выборки. В исследовании приняли участие 62 респондента от 18 до 42 лет (средний возраст $M=26$, $SD=5$ лет), из них 15 мужчин и 47 женщин, студенты и работающие специалисты разных специальностей. *Критерии исключения:* наличие выявленной неврологической патологии, диагностированного эндогенного психического расстройства и/или диагностированных психических расстройств в острой фазе.

Методы исследования. В качестве методов исследования использовались «Опросник травматических ситуаций» для выявления признаков ПТСР, «Опросник посттравматического роста» для определения степени выраженности позитивных последствий психотравмы, опросник «Удовлетворенность жизнью» для оценки результирующего психологического состояния и «Опросник стилей юмора Мартина» для выявления предпочитаемых стилей юмора. Методы статистического анализа включали описательные статистики, критерий сравнения средних рангов Манна-Уитни и коэффициент корреляции Спирмена.

Опросник травматических ситуаций (Life Experience Questionnaire, LEQ) разработан Дж. Норбеком с соавт. и адаптирован Н.В. Тарабриной с соавт. [8]. Методика представляет собой 38 описаний травматических ситуаций: криминальных событий, эпизодов физического, сексуального и психологического насилия, природных и техногенных катастроф, случаи получения физических увечий, а также столкновения со смертью и болью.

Испытуемому необходимо отметить те ситуации, которые он переживал в своей жизни начиная с раннего детства и до настоящего момента, а также оценить их продолжающееся влияние на него за последний год. Таким образом, методика дает возможность определить как наличие травмирующих событий, так и степень их влияния на актуальное состояние человека.

По результатам опросника подсчитывается «индекс травматичности», высокий показатель по которому (>3 баллов) означает наличие у испытуемого симптомов ПТСР.

Опросник посттравматического роста (Tedeschi, Calhoun, 1996 в адаптации М.Ш. Магомед-Эминова, 2009) [по: 3] направлен на обнаружение феномена личностного роста у испытуемых, переживших травматическое событие. Методика включает 21 утверждение, которые распределены по пяти шкалам: «отношение к другим» (например, «Я нахожу, что я больше рассчитываю на людей в трудную минуту»), «новые возможности» («У меня появились новые интересы»), «сила личности» («Я чувствую большую уверенность в себе»), «духовные изменения» («Я стал лучше понимать духовные проблемы»), «повышение ценности жизни» («У меня поменялись жизненные приоритеты»). Эти шкалы подразумевают сферы, в которых могли произойти изменения в жизни испытуемого вследствие пережитой им травматической ситуации.

Испытуемым предлагается оценить для каждого из утверждений степень, в которой соответствующие изменения произошли в их жизни вследствие травматического опыта, по шкале от 0 (никаких изменений после той или иной ситуации не произошло) до 5 (изменения произошли в очень большой степени).

Опросник «Удовлетворенность жизнью» (УДЖ) (разработан коллективом под руководством Н.Н. Мельниковой, 2001) [6] направлен на изучение субъективного чувства удовлетворенности жизнью по четырем параметрам: «Жизненная включенность», «Разочарование в жизни», «Усталость от жизни» и «Беспокойство о будущем». Первый фактор описывает положительный компонент жизненной удовлетворенности, а три остальных – разные составляющие неудовлетворенности жизнью.

Фактор «Жизненная включенность» включает утверждения, отражающие такие компоненты удовлетворенности жизнью, как ощущение насыщенности и полноты жизни, «вкус жизни», активность и желание что-то делать, а также наличие и выраженность таких позитивных состояний, как радость, удовольствие, душевное равновесие. Например: «Я испытываю чувство внутреннего спокойствия», «Мне нравится то, что со мной происходит».

Фактор «Разочарование в жизни» объединяет высказывания, выражающие чувства разочарования, досады, обиды, ощущения несправедливости из-за расхождения желаемого с действительным. Примеры: «Мне бывает обидно, что моя карьера недостаточно успешна», «У меня возникает такое ощущение, что делаешь, делаешь, а результатов нет».

Фактор «Усталость от жизни» объединяет утверждения, свидетельствующие о наличии и выраженности у человека таких состояний, как усталость, истощение, физическая слабость, апатия.

Например: «У меня возникает устойчивое чувство усталости», «У меня бывает состояние, когда ничего не хочется, всё безразлично».

Фактор «Беспокойство о будущем» включает высказывания, выражающие тревожные ожидания неблагоприятных жизненных событий и неуверенность в завтрашнем дне, связанные с чувством нестабильности окружающего и ощущением небезопасности мира. Например: «Я чувствую неуверенность в завтрашнем дне», «Я испытываю страх за своих близких».

Таким образом, опросник УДЖ включает 46 утверждений, которые испытуемый должен оценить по пятибалльной шкале от 1 (почти никогда) до 5 (постоянно), в зависимости от того, насколько часто в последнее время для него характерны указанные в тексте мысли, чувства, состояния.

Опросник стилей юмора Мартина (в адаптации Е.М. Ивановой с соавт., 2013) [7] оценивает степень выраженности того или иного стиля юмора. Он включает 32 утверждения, которые предлагается оценить по шкале от 1 (полностью не согласен) до 7 (полностью согласен). Утверждения описывают различные социальные ситуации, в которых может быть использован юмор.

Опросник содержит 4 шкалы, соответствующие четырем стилям юмора, различающимся по своей адаптивности и направленности: аффилиативный (например: «Я шучу и смеюсь с другими людьми больше, чем другие мои знакомые»), самоподдерживающий («Обычно, когда я один и чувствую себя подавленным, юмор поднимает мне настроение»), агрессивный («Я часто подтруниваю над человеком, если он допускает ошибку») и самоуничижительный («Я позволяю людям смеяться, подшучивать над собой больше, чем следовало бы»).

Процедура исследования. Вербовка участников и их мотивирование на участие в исследовании проходили индивидуально, по методу снежного кома. После знакомства и первичного установления контакта им в форме беседы или в форме переписки в соцсетях предлагалась подробная информация об исследовании, а также предоставлялась возможность задать все интересующие их вопросы и оставить свои контакты для получения обратной связи. После этого им посылались ссылка на прохождение исследования в формате гугл-формы. Методики предоставлялись в фиксированной последовательности. Процедура исследования, включая предшествующую заполнению методик беседу или переписку, занимала около 60 минут.

Все участники были ознакомлены с текстом информированного согласия на участие в исследовании и методики предъявлялись только после отметки об их согласии. Исследование было одобрено локальным

этическим комитетом ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова МЗ РФ протоколом №211 от 18 октября 2021 г.

Результаты. Результаты, полученные по Опроснику травматических ситуаций, показали, что у 39% испытуемых «индекс травматичности» превысил пороговый балл (ИТ>3), т.е. они в той или иной степени имеют симптомы ПТСР.

Анализ взаимосвязей между показателями ПТСР, ПТР, удовлетворенности жизнью и стилями юмора. Для выявления взаимосвязей между исследуемыми переменными использовался корреляционный анализ данных при помощи коэффициента Спирмена. Сначала были проанализированы взаимосвязи между параметрами каждого из исследуемых конструкторов. Так, между всеми шкалами удовлетворенности жизнью были выявлены сильные взаимосвязи (здесь и далее $p < 0,05$): между жизненной включенностью и разочарованием в жизни ($r = -0,730$); включенностью и усталостью от жизни ($r = -0,855$); включенностью и беспокойством о будущем ($r = -0,737$); между разочарованием в жизни и усталостью от жизни ($r = 0,801$), разочарованием и беспокойством о будущем ($r = 0,780$), а также между усталостью от жизни и беспокойством о будущем ($r = 0,771$).

Между всеми характеристиками посттравматического роста также были выявлены значимые взаимосвязи: сильные – между новыми возможностями и силой личности ($r = 0,741$), силой личности и ценностью жизни ($r = 0,721$) и между ценностью жизни и обретением новых возможностей ($r = 0,728$); средние по тесноте – между отношением к другим и новыми возможностями ($r = 0,685$), отношением к другим и силой личности ($r = 0,558$), отношением к другим и духовными изменениями ($r = 0,586$), между духовными изменениями и обретением новых возможностей ($r = 0,509$), между силой личности и духовными изменениями ($r = 0,399$), между отношением к другим и ценностью жизни ($r = 0,541$), а также между изменением ценности жизни и духовными изменениями ($r = 0,520$).

Показаны также взаимосвязи между различными стилями юмора: между affiliативным и самоподдерживающим ($r = 0,541$), affiliативным и самоуничижительным ($r = 0,310$), самоподдерживающим и агрессивным ($r = 0,339$), агрессивным и самоуничижительным ($r = 0,418$). Следующим шагом анализировались взаимосвязи между изучаемыми переменными. Как и предполагалось, индекс травматичности оказался значимо и обратно связан с удовлетворенностью жизнью: с разочарованием в жизни ($r = -0,351$), беспокойством о будущем ($r = -0,385$) и общим баллом по УДЖ ($r = -0,324$).

Были также получены ожидаемые взаимосвязи между

параметрами удовлетворенности жизнью и посттравматического роста личности: прямые корреляционные связи – между жизненной включенностью и силой личности ($r=0,374$), включенностью и ценностью жизни ($r=0,278$), и обратные – между разочарованием в жизни и силой личности ($r=-0,272$), силой личности и усталостью от жизни ($r=-0,320$), а также силой личности и беспокойством о будущем ($r=-0,330$).

В противовес предположениям, из четырех стилей юмора только один – агрессивный стиль – оказался невысоко, но значимо связан с индексом травматичности ($r=-0,281$). Аналогично, лишь один из стилей юмора – самоподдерживающий стиль – оказался связанным с удовлетворенностью жизнью: более высокий балл по этому стилю прямо коррелирует с жизненной включенностью ($r=0,476$) и обратно – с разочарованием в жизни ($r=-0,415$), усталостью от жизни ($r=-0,412$), а также с беспокойством о будущем ($r=-0,471$). Три других стиля юмора статистически значимых корреляций с параметрами удовлетворенности жизнью не обнаружили.

Неожиданным оказался тот факт, что между стилями юмора и характеристиками посттравматического роста личности была выявлена лишь одна невысокая корреляция ($p<0,05$) – между силой личности и самоподдерживающим стилем юмора ($r=0,266$).

Сравнительный анализ результатов исследования между группами респондентов с наличием или отсутствием признаков ПТСР. Для дальнейшего анализа группа испытуемых была разделена на две подгруппы в зависимости от наличия или отсутствия у них признаков ПТСР по «Опроснику травматических ситуаций»: 1) группа без симптомов ПТСР (38 человек), 2) группа с наличием симптомов ПТСР (24 человека). Сначала анализировались межгрупповые различия по исследуемым параметрам. Затем в каждой группе отдельно были вновь проанализированы взаимосвязи между удовлетворенностью жизнью, ПТР и стилями юмора.

В соответствии с ожиданиями, между двумя группами были выявлены значимые различия по уровню удовлетворенности жизнью. Испытуемые с наличием признаков ПТСР, по сравнению со второй группой, показали меньшую удовлетворенность жизнью в целом – по общему баллу опросника УДЖ (критерий Манна-Уитни, $p=0,018$, средние ранги 24,67 и 35,84 соответственно). В частности, у них выявлены более высокие баллы по шкалам «Разочарование в жизни» ($p=0,013$, средние ранги – 38,63 и 27,0 соответственно) и «Беспокойство о будущем» ($p=0,009$, средние ранги – 39,04 и 26,74). Также на уровне тенденции у людей с наличием симптомов ПТСР отмечалась более низкая жизненная включенность ($p=0,055$ при средних рангах 25,98 и

34,99 соответственно).

По параметрам посттравматического роста личности значимых различий между двумя сравниваемыми группами обнаружено не было, т.е. травма и рост не являются взаимоисключающими явлениями, а могут сосуществовать одновременно.

Затем были проанализированы межгрупповые различия по стилям юмора, определяемым по «Опроснику стилей юмора». Было выявлено, что испытуемые с симптомами ПТСР, по сравнению с теми, у кого они отсутствовали, менее склонны к использованию самоподдерживающего ($p=0,02$; средние ранги – 24,79 и 35,74 соответственно) и агрессивного ($p=0,013$; средние ранги 24,79 и 36,04 соответственно) стилей юмора. При этом по affiliативному и самоуничижительному стилям юмора различий не наблюдалось.

Следующим шагом был вновь проведен корреляционный анализ переменных уже в каждой из групп по отдельности для сравнения. Показатели удовлетворенности жизнью, полученные по опроснику УДЖ, в обеих группах имеют высокие корреляционные связи друг с другом, что проиллюстрировано в таблице 1. Можно отметить, что в группе испытуемых с признаками ПТСР сила связей в целом выше, чем во второй группе, однако содержание и направление связей в двух группах идентичное.

Таблица 1.

Значимые корреляционные связи между показателями опросника
«Удовлетворенность жизнью»

	Жизненная	Разочарование в жизни	Усталость от жизни	Беспокойство в будущем
Группа без симптомов ПТСР				
Жизненная включенность		-0,670**	-0,846**	-0,722**
Разочарование в жизни			0,762**	0,724**
Усталость от жизни				0,771**
Группа с наличием симптомов ПТСР				
Жизненная включенность		-0,777**	-0,861**	-0,652**
Разочарование в жизни			0,882**	0,787**
Усталость от жизни				0,761**

*Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

****Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)**

При анализе по группам, параметры посттравматического роста личности оказались взаимосвязанными в обеих группах, однако, в группе респондентов с признаками ПТСР шкала духовных изменений выбивается из системы связей (см. таблицу 2).

Таблица 2.

Значимые корреляционные связи между показателями посттравматического роста личности

	Отношение к другим	Новые возможности	Сила личности	Духовные изменения	Ценность жизни
Группа без симптомов ПТСР					
Отношение к другим	-	0,609**	0,560**	0,503**	0,560**
Новые возможности		-	0,774**	0,628**	0,841**
Сила личности			-	0,461**	0,724**
Духовные изменения				-	0,644**
Ценность жизни					-
Группа с наличием симптомов ПТСР					
Отношение к другим	-	0,758**	0,620**	0,647**	0,546**
Новые возможности		-	0,693**	0,282	0,585**
Сила личности			-	0,308	0,742**
Духовные изменения				-	0,343
Ценность жизни					-

*Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

**Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

Паттерны взаимосвязей между стилями юмора также кардинально различаются в двух сравниваемых группах (см. таблицу 3). Если в группе респондентов без признаков ПТСР преимущественно попарно связаны два условно адаптивных и два условно дезадаптивных стиля юмора, то в группе испытуемых с симптомами ПТСР агрессивный стиль юмора коррелирует с самоподдерживающим.

Таблица 3.

Значимые корреляции между стилями юмора в сравниваемых группах

Стили юмора	Самоподдерживающий	Самоуничижительный
Группа без симптомов ПТСР		
Аффилиативный	0,678**	0,424**
Агрессивный		0,592**
Группа с наличием симптомов ПТСР		
Агрессивный	0,554**	

*Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

**Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

В разных группах обнаруживаются и различные паттерны взаимосвязей между показателями удовлетворенности жизнью и параметрами посттравматического роста личности, поскольку здесь выявляются различные паттерны взаимосвязей. Если в группе респондентов без признаков ПТСР выявлена только одна взаимосвязь – между беспокойством о будущем и силой личности ($r=-0,395$ $p<0,05$), то в группе испытуемых с признаками ПТСР этой связи не наблюдается, зато отмечаются другие корреляции: так, жизненная включенность прямо коррелирует с силой личности ($r=0,585$), ценностью жизни ($r=0,630$), а усталость от жизни обратно коррелирует с силой личности ($r=-0,550$) и ценностью жизни ($r=-0,486$). Эти данные представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Корреляционные связи между показателями удовлетворенности жизнью и параметрами посттравматического роста личности

	Сила личности	Ценность жизни
Группа без симптомов ПТСР		
Беспокойство о будущем	-0,395*	
Группа с наличием симптомов ПТСР		
Жизненная включенность	0,585**	0,630**
Усталость от жизни	-0,550**	-0,486*

*Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)

**Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)

Корреляционный анализ показал в целом схожие, но не идентичные паттерны взаимосвязей между стилями юмора и показателями удовлетворенности жизнью: прямая взаимосвязь – между самоподдерживающим стилем юмора и жизненной включенностью ($r=0,422$ и $r=0,504$ в группе без ПТСР и в группе с ПТСР соответственно $p<0,05$) и обратная – между этим же стилем и беспокойством о будущем ($r=-0,327$ и $r=-0,576$ соответственно). Также в группе респондентов, не имеющих симптомов ПТСР, была обнаружена значимая ($p<0,05$) прямая корреляция между разочарованием в жизни и самоуничижительным юмором ($r=0,325$), а в группе участников, имеющих симптомы ПТСР, – обратные связи: между самоподдерживающим стилем юмора и разочарованием в жизни ($r=-0,405$) и между этим же стилем и усталостью от жизни ($r=-0,496$).

Анализ взаимосвязей между выраженностью характеристик посттравматического роста личности и стилями юмора показал различные паттерны в двух группах. В группе с наличием симптомов ПТСР было обнаружено несколько статистически значимых ($p<0,05$) корреляционных связей средней тесноты: так, сила личности прямо связана с самоподдерживающим стилем юмора ($r=0,480$), а ценность жизни обратно связана с самоуничижительным стилем ($r=-0,410$). В отличие от этого, в группе без признаков ПТСР подобных корреляций не обнаружено.

Обсуждение результатов. В первую очередь, необходимо отметить, что, несмотря на то что исследование проводилось на представителях общей популяции, т.е. на респондентах без признаков острых психических расстройств, почти у 40% испытуемых были

выявлены признаки наличия посттравматического стрессового расстройства, что дало возможность сформировать две группы для дальнейшего сравнительного анализа данных. Такой большой процент объясняется тем, что сбор данных осуществлялся в 2021-2022 гг., при этом большая часть респондентов были опрошены до, но часть – сразу после объявления начала специальной военной операции, что, очевидно, вызвало волну психологической травматизации у населения. Поэтому эти результаты хорошо согласуются с известными данными о распространённости ПТСР в 1-12% случаев среди обычного населения и в 48-80% – с ростом катастроф и различных массовых травматических ситуаций, включая военные действия [1, 9].

Стоит сделать важное замечание об ограничениях, связанных с интерпретацией данных, полученных по «Опроснику посттравматического роста». По сути результаты, полученные по данному опроснику у людей, не имеющих симптомов ПТСР, не могут быть рассмотрены как признаки посттравматического роста личности в связи с отсутствием актуальной и занимающей центральное место в жизни психотравмы [22]. Эти данные, например, могут быть показателями личностного роста, не связанного с травматическим опытом, или же являться последствиями событий небольшой интенсивности или произошедших очень давно и не являющихся актуальными. В связи с этим, обсуждение результатов анализа ПТР в группе респондентов без признаков ПТСР можно считать нецелесообразным.

Анализ взаимосвязей между показателями ПТСР, ПТР, удовлетворенности жизнью и стилей юмора. Анализ взаимосвязей между отдельными компонентами исследуемых переменных показал тесные взаимосвязи между шкалами удовлетворенности жизнью, а также между шкалами посттравматического роста личности, что согласуется с данными оригинальных исследований [6], [23]. Между стилями юмора также выявлены взаимосвязи: между аффилиативным и самоподдерживающим, аффилиативным и самоуничижительным, самоподдерживающим и агрессивным, агрессивным и самоуничижительным. Полученные корреляции в целом согласуются с данными, полученными на московской выборке ранее [2], однако, в отличие от более ранних исследований, не обнаружено связей аффилиативного стиля с агрессивным, зато выявлена корреляция самоподдерживающего стиля с агрессивным; корреляция агрессивного и самоуничижительного стиля подтверждена, однако с коэффициентом в два раза более высоким.

Затем анализировались взаимосвязи между изучаемыми переменными. В соответствии с нашими предположениями, индексы

травматичности взаимосвязан с удовлетворенностью жизнью. Параметры удовлетворенности жизнью и посттравматического роста личности тоже оказались взаимосвязанными, причем преимущественно эти связи обеспечиваются таким компонентом посттравматического роста, как сила личности. Чем она выше, тем выше жизненная включенность, тем ниже разочарование в жизни, усталость от жизни и беспокойство о будущем. Склонность к ощущению ценности жизни также связана с более высокой жизненной включенностью.

В противовес нашим предположениям, только агрессивный стиль оказался невысоко, но значимо связан с индексом травматичности. Из всех стилей юмора только самоподдерживающий стиль оказался связанным с удовлетворенностью жизнью: чем он выше, тем выше жизненная включенность и тем ниже разочарование в жизни, усталость от жизни и беспокойство о будущем. Исходя из данных более ранних исследований [20], можно было бы ожидать наличие взаимосвязей с удовлетворенностью жизнью и других стилей юмора: прямой – для аффилиативного – и обратных – для агрессивного и самоуничижительного. С другой стороны, именно самоподдерживающий стиль юмора рассматривается как наиболее близкий к пониманию копинг-механизма.

В противовес нашим ожиданиям, выраженность стилей юмора оказалась мало связана с посттравматическим ростом личности. Лишь самоподдерживающий стиль коррелирует с силой личности (один из параметров роста), причем с невысоким коэффициентом. Таким образом, вновь демонстрируется совладающий потенциал именно самоподдерживающего стиля юмора. При этом, вероятно, его использование не связано с выраженностью травматического расстройства само по себе, но является фактором, оказывающим влияние на посттравматический рост и, в конечном итоге, – на удовлетворенность жизнью.

Сравнительный анализ результатов исследования между группами респондентов с наличием или отсутствием признаков ПТСР. На следующем этапе анализа выборка была разделена на две подгруппы по наличию симптомов ПТСР и проводился сравнительный анализ данных между полученными группами. В соответствии с ожиданиями, испытуемые с наличием признаков ПТСР, по сравнению со второй группой, показали меньшую удовлетворенность жизнью в целом, большее разочарование в жизни и беспокойство о будущем, а также на уровне тенденций – более низкую жизненную включенность.

По параметрам посттравматического роста личности значимых различий между двумя сравниваемыми группами обнаружено не было, что согласуется с концепцией ПТР, где травма и рост рассматриваются

как относительно независимые конструкты.

В отношении стилей юмора респонденты с симптомами ПТСР были менее склонны к использованию самоподдерживающего и агрессивного стилей. Что касается первого, то этот результат согласуется с описанным выше совладающим эффектом самоподдерживающего юмора. Второе противоречит известным данным о повышении агрессивности в целом при ПТСР [4]. Однако по совокупной выборке агрессивный юмор также обратно связан с индексом травматичности. Поскольку известно, что агрессивный юмор свойственен больше мужчинам, чем женщинам [2, 20], то возможно, что полученные в отношении него данные связаны со значительным перевесом в сторону участников-женщин в нашем исследовании.

Повторный анализ взаимосвязей переменных уже внутри каждой из двух групп по отдельности позволил получить следующие данные. Взаимосвязи между отдельными параметрами удовлетворенности жизнью в двух группах имели сходный паттерн. Можно только отметить, что в группе респондентов с признаками ПТСР связи в целом теснее.

Параметры посттравматического роста личности в целом взаимосвязаны в обеих группах, однако, интересно, что в группе респондентов с признаками ПТСР шкала духовных изменений коррелирует лишь со шкалой отношений к другим и не обнаруживает взаимосвязей с тремя другими шкалами.

Паттерны взаимосвязей между стилями юмора кардинально различаются в двух сравниваемых группах. Если в группе респондентов без признаков ПТСР преимущественно попарно связаны два условно адаптивных и два условно дезадаптивных стиля юмора, то в группе испытуемых с симптомами ПТСР агрессивный стиль юмора коррелирует с самоподдерживающим. Таким образом, несогласованность данных по совокупной выборке в этом отношении с результатами более ранних исследований [2], вероятнее всего, объясняется значительной долей в выборке травмированных респондентов. Учитывая тот факт, что оба этих стиля юмора в группе ПТСР были значимо снижены, по сравнению с другой группой, а также то, что корреляций агрессивного стиля с параметрами удовлетворенности жизнью или посттравматического роста не выявлено, можно предположить, что взаимосвязь между самоподдерживающим и агрессивным стилями в этой группе может являться артефактом и обуславливаться влиянием третьей переменной – психотравмы.

При анализе взаимосвязей между показателями удовлетворенности жизнью и параметрами посттравматического роста

личности в двух группах выявляются различные паттерны взаимосвязей. Если в группе респондентов без признаков ПТСР выявлена только одна взаимосвязь – между беспокойством о будущем и силой личности, то в группе испытуемых с признаками ПТСР этой связи не наблюдается, зато отмечаются другие корреляции: так, чем выше сила личности и ценность жизни, тем выше жизненная включенность и тем ниже усталость от жизни. При этом теснота связей в этой группе оказывается более выраженной, чем при аналогичном анализе по всей выборке в целом. Таким образом, действительно при наличии симптомов ПТСР посттравматический рост личности является значимым фактором повышения удовлетворенности жизнью.

Анализ взаимосвязей между стилями юмора и показателями удовлетворенности жизнью показал в целом схожие между группами паттерны: чем больше склонность к самоподдерживающему стилю юмора, тем выше жизненная включенность и тем меньше беспокойство о будущем (последняя связь намного теснее в группе ПТСР). Однако имеются и различия. В группе респондентов без симптомов ПТСР самоуничижительный стиль юмора связан с разочарованием в жизни, что не наблюдается в группе ПТСР. В последней самоподдерживающий стиль юмора связан с меньшими разочарованием в жизни и усталостью от жизни. Таким образом, вновь подтверждается значимость именно самоподдерживающего стиля юмора при совладании с последствиями психотравмы, что согласуется с данными более ранних исследований [10, 20].

Анализ взаимосвязей между стилями юмора и параметрами посттравматического роста личности также показал различные паттерны в двух группах. В группе респондентов с симптомами ПТСР самоподдерживающий стиль прямо взаимосвязан с силой личности, причем коэффициент корреляции выше, чем по совокупной выборке; а самоуничижительный стиль – обратно взаимосвязан с ценностью жизни. Напротив, в группе испытуемых без признаков ПТСР стили юмора и посттравматический рост не связаны между собой вовсе.

Заключение. Таким образом, в целом сформулированные в исследовании гипотезы подтвердились.

1) Как и ожидалось, респонденты с признаками ПТСР характеризовались меньшей удовлетворенностью жизнью, в частности, большим разочарованием в жизни и беспокойством о будущем, а также на уровне тенденции – более низкой жизненной включенностью. Напротив, посттравматический рост связан с большей удовлетворенностью жизнью: при наличии симптомов ПТСР, чем выше сила личности и ценность жизни, тем выше жизненная включенность и тем ниже усталость от жизни.

2) Гипотеза о том, что условно дезадаптивные стили юмора прямо, а адаптивные – обратно – взаимосвязаны с выраженностью ПТСР подтвердилась частично: респонденты с симптомами ПТСР менее склонны к использованию самоподдерживающего и агрессивного стилей.

3) Гипотеза о том, что условно дезадаптивные стили юмора прямо, а адаптивные – обратно – взаимосвязаны с удовлетворенностью жизнью также подтвердилась частично. В основном самоподдерживающий стиль имеет здесь значение: чем он выше, тем выше жизненная включенность и тем ниже разочарование в жизни, а при ПТСР также ниже усталость от жизни и беспокойство о будущем. Кроме того, в группе респондентов без симптомов ПТСР самоуничижительный стиль юмора связан с разочарованием в жизни, что, однако, не наблюдается в группе ПТСР.

Выраженность посттравматического роста при ПТСР также связана с ожидаемыми паттернами стилей юмора: самоподдерживающий стиль ассоциирован с большей силой личности, а самоуничижительный стиль – с более низкой ценностью жизни. Однако вопреки ожиданиям, ни аффилиативный, ни агрессивный стили юмора не показали связей с параметрами удовлетворенности жизнью или посттравматического роста личности.

Литература

1. Бундало, Н. Л. Актуальные вопросы этиологии посттравматического стрессового расстройства // Сибирское медицинское обозрение. 2007. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aktualnye-voprosy-etologii-posttravmaticheskogo-stressovogo-rasstroystva> (дата обращения: 15.01.2023).
2. Иванова, Е. М., Митина, О. В., Стефаненко, Е. А., Ениколопов, С. Н., Бабина, Ю. А., Зизганова Г. А., Низовских, Н. А. Самоуничижительный юмор в России и особенности стилей юмора москвичей // Сибирский психологический журнал. – 2014. – №51. – с.163-175.
3. Квасова, О. Г. Трансформация временной перспективы личности в экстремальной ситуации: дис. ... канд. психол. наук: 19.00.01/ Квасова Ольга Григорьевна. – М., 2013. – 216 с.
4. Курицына, А. А., Бундало Н. Л. Гендерные особенности проявлений агрессивности и враждебности при посттравматическом стрессовом расстройстве // Сибирское медицинское обозрение. 2007. №1. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/gendernye-osobennosti-proyavleniy-agressivnosti-i-vrazhdebnosti-pri-posttravmaticheskom-stressovom-rasstroystve> (дата обращения: 15.01.2023).
5. Магомед-Эминов, М. Ш. Феномен посттравматического роста/ М. Ш. Магомед-Эминов// Вестник ТГУ. – 2009. – № 3. – С. 111-117.
6. Мельникова, Н. Н. Диагностика социально-психологической адаптации личности: Учебное пособие/ Н. Н. Мельникова. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2004. – 57 с.

7. Русскоязычная адаптация опросника стилей юмора Р. Мартина/ Иванова Е. М., Митина О. В., Зайцева А. С., Стефаненко Е. А., Ениколопов С. Н.// Теоретическая и экспериментальная психология. – 2013. – Т. 6. – № 2. – С. 71-85.
8. Тарабрина, Н. В. и др. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – М.: Изд-во «Когито-Центр», 2007. – 208 с.
9. Тимошенко, П. С. Посттравматическое стрессовое расстройство: новые вызовы современности // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2015. №12 (57). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/posttravmaticheskoe-stressovoe-rasstroystvo-novyevyzovu-sovremennosti> (дата обращения: 15.01.2023).
10. Хазова, С. А. Юмор как ресурс совладающего поведения/ С. А. Хазова// Сибирский педагогический журнал. – 2012. – № 3. – С. 177-182.
11. Berk, R. A. The Greatest Veneration: Humor as a Coping Strategy for the Challenges of Aging, Social Work in Mental Health/ R. A. Berk// Social Work in Mental Health. – 2015. – P. 30-47.
12. Christopher, S. An introduction to black humour as a coping mechanism for student paramedics/ S. Christopher// Journal of Paramedic Practice. – 2015. – Vol. 7. – № 12. – P. 610-615.
13. Dangermond, K., Weewer, R., Duyndam, J., Machielse, A. «If it stops, then I'll start worrying». Humor as part of the fire service culture, specifically as part of coping with critical incidents/ K. Dangermond et al.// De Gruyter Mouton. HUMOR. – 2022. – 35 (1) – P. 31-50.
14. Dixon, R. The Effects of Humor when Coping with Stress/ R. Dixon// CMC Senior Theses. – 2021.
15. Edwards, Kimberly R., "The Role of Humor as a Character Strength in Positive Psychology" (2013). Electronic Thesis and Dissertation Repository. 1681. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/1681>
16. Fang, L., Hsiao, L., Fang, S., & Chen, B. Associations of work stress and humor with health status in hospital nurses. A cross-sectional study. – 2019. Oct;28 (19-20): 3691-3699.
17. Henman, L. D. Humor as a coping mechanism: Lesson from POWs/ L. D. Henman// Humor: International Journal of Houmor Research. – 2001. – 14 (1). – P. 83-94.
18. Lefcourt, H. M. Humor: The psychology of living buoyantly. – New York: Kluwer Academic/ Plenum Publishers. – 2001.
19. Martin, R. A., Kuiper, N. A., Olinger, L. J., Dance, K. A. Humor, Coping with Stress, Self-Concept, and Psychological Well-Being// Humor: International Journal of Humor Research. – 1993. – 6(1). – P. 89-104.
20. Martin, R. A., Puhlik-Doris, P., Larsen, G., Gray, J., Weir, K. Individual differences in uses of humor and their relation to psychological well-being: Development of the Humor Styles Questionnaire// Journal of Research in Personality. – 2003. – № 37. – P. 48-75.
21. Peterson, C., & Seligman, M. E. P. (2004). Character strengths and virtues: A handbook and classification. Oxford: Oxford University Press.
22. Tedeschi, R. G., Calhoun L. G. Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence// Psychological Inquiry. – 2004. – V. 15. – P. 1–18.

23. Tedeschi, R. G., Calhoun, L. G. The Posttraumatic Growth Inventory: Measuring the Positive Legacy of Trauma. – 1996.

Каверина М. Ю., Кроткова О. А.
ТЕХНОЛОГИЯ АЙТРЕКИНГА В СОВРЕМЕННОЙ ЗАРУБЕЖ-
НОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Аннотация. Клиническая психология 21 века будет ассимилировать технологические достижения времени для решения практических, теоретических и методологических задач. Одной из технологий является окулография или, как более укрепившийся термин, - «айтрекинг». Приборы бесконтактной регистрации движений глаз значительно расширяют спектр актуальных возможностей клинической психологии. Это положение иллюстрируется и обосновывается обзором публикаций последних трёх лет. Выделены четыре направления в развитии клинической психологии, опирающиеся на технологию айтирекинга. 1. Исследования, связанные с диагностикой и количественной оценкой когнитивных нарушений. 2. Работы, ставящие задачу коррекции дефектов психической сферы и реабилитации пациентов. 3. Публикации, посвященные новым возможностям в решении ассистивных задач. 4. Фундаментальные исследования, направленные на изучение механизмов протекания психических процессов и их мозговой реализации. Рассматривается интенсивность развития каждого из направлений.

Ключевые слова: регистрация движений глаз, айтирекинг, восприятие, внимание, память.

Введение. 21 век - период острого соревнования технологий. Глобальное технологическое переоснащение происходит даже в «гуманитарных» науках, ранее относительно консервативно ассимилировавших технические новшества. Для клинической психологии одной из интенсивно внедряющихся технологий становится айтирекинг. Появление дешёвых приборов регистрации движений глаз, сопоставимых по стоимости с оснащением рабочего места психолога компьютером, приводит к бурному расширению спектра применения айтирекероов, причём в ряде областей настойчиво акцентируется необходимость замещения рутинных методик работы методами точной окулографии. В данной статье отобраны наиболее интересные, на взгляд авторов, исследования на основе технологии айтирекинга, опубликованные в 2020–2023 годах. На этом временном срезе представлены существующие направления и подходы в использовании айтирекинга и география исследовательских центров. В заключительном разделе будет дана характеристика анализируемых направлений в

аспекте интенсивности их развития.

Диагностика и количественная оценка когнитивных нарушений. Малые габариты и простота эксплуатации позволяют оснастить айтрекером каждое рабочее место психолога. Точность измерений и минимальные затраты времени на тестирование являются аргументами в пользу скрининговых исследований на основе этой технологии. В Нанкинском медицинском университете Китая было проведено исследование детей с глобальной задержкой развития с целью выявления умственной отсталости на самых ранних стадиях. В исследовании участвовало 120 детей от полутора до четырёх лет. Регистрация движений глаз осуществлялась при просмотре картинок и коротких видеороликов. Оценивалась возможность слежения взором за целевым объектом и перевод взора в, так называемую, «область интереса». Например, в одном из видеороликов ребёнку демонстрируется равномерно движущийся по белому экрану маленький красный шарик. Затем, через несколько секунд, на экране появляется непрозрачная трубка, а красный шарик закатывается в трубку слева и выкатывается из неё справа. Область интереса в данном задании – точка выхода шарика на правой стороне трубки. Здесь должен оказаться взор ребёнка с учетом скорости движения шарика. Основанные на данных айтрекинга результаты тестов совпали с результатами традиционного тестирования интеллекта, однако требовали меньше времени и оказались менее трудоёмкими. Разработанный тест предлагается для скрининга интеллекта детей раннего возраста [20].

Ещё более раннее выявление нарушений стало возможным с использованием айтрекеров фирмы Jvckenwood Corporation (Япония), для которых очки, подголовник и калибровка не требуются. В 2021 году журнал Nature опубликовал результаты исследования с участием младенцев в возрасте 4–11 месяцев. Им предъявлялся двухминутный ролик, в котором актриса выражала интерес к одному из окружающих её предметов – смотрела на этот предмет и указывала на него пальцем. Кроме того, актриса моргала и открывала рот. Оценивалось время зрительных фиксаций на предмете, заинтересовавшем актрису, а также на различных частях её лица. Здоровые младенцы своими зрительными фиксациями хорошо выделяли предмет интереса и были склонны рассматривать глаза актрисы больше, чем её рот. Дети с расстройствами аутистического спектра демонстрировали аномальное распределение зрительных фиксаций и снижение социального внимания. Исследование японских ученых показало возможность использования айтрекинга для скрининговых исследований и выявления детей с признаками расстройств аутистического спектра, начиная с четырёхмесячного возраста [6].

Ещё в одной статье из журнала Nature представлены данные ученых из Технологического Университета Братиславы (Словакия). Был проведен анализ движений глаз во время чтения текстов у 97 детей с высоким риском дислексии и 88 детей с низким уровнем такого диагноза. Был предложен принципиально новый подход к анализу движений глаз во время чтения. Записи айтрекинга моделировались и классифицировались как единое целое в виде последовательности координат X\Y, без выделения в них фиксации и саккад. Далее с помощью машинного обучения, интеллектуального анализа данных, глубокого обучения в искусственных нейронных сетях, метода главных компонент и других сложных статистических преобразований авторы достигли возможности с точностью 96,6% только по записи движений глаз во время чтения определять наличие дислексии [18].

Скрининговые обследования на основе айтрекинга активно лоббируются и по отношению к пациентам, перенесшим инсульт. Как правило, речь идет о выявлении скрытого левостороннего игнорирования. Например, в статье журнала Cortex учеными из лаборатории Восприятия и Движений Глаз Университета Берна предлагается следующая тестовая процедура. Испытуемому последовательно выводятся на экран 12 пейзажных картинок и 12 их зеркальных вариантов, отраженных по вертикальной оси. Каждое изображение свободно рассматривается в течение 7 секунд. В интервалах между стимулами в центре экрана появляется фиксационный крест. Исследование, включая калибровку перед экспериментом, занимает менее 10 минут. В статье представлены результаты 78 пациентов с правополушарным инсультом. У пациентов, имеющих скрытое левостороннее игнорирование, было обнаружено правостороннее смещение в распределении зрительных фиксаций по сравнению с пациентами без игнорирования. Результаты традиционных «бумажно-карандашных» тестов («paper-pencil tests») таких, как Деление отрезка пополам, Bells test, Random Shape Cancellation test и других, были менее чувствительными к выявлению неглекта (neglect). Тест на основе айтрекинга оказался не только менее трудоемким, но и более надёжным для выявления скрытого левостороннего игнорирования, чем батарея традиционно проводящихся бумажно-карандашных тестов [11].

Помимо стационарных айтрекеров в клинической психологии используются приборы, вмонтированные в носимые очки. Такие приборы позволяют осуществлять регистрацию движений глаз при свободном передвижении испытуемого в условиях, приближенных к его повседневной деятельности. Скрининговый тест на основе такого оборудования в сочетании с виртуальной реальностью и свободным

передвижением пациента в комфортном для него темпе предполагал поиск объектов слева и справа по линии движения. Хотя для оценки постинсультного игнорирования тест, безусловно, является более экологичным, однако требует более сложного оборудования и программного обеспечения по сравнению с тестами для стационарных айтрекеров [7].

Большую социальную значимость имеют работы, демонстрирующие изменения в глазодвигательной сфере при нормальном старении, а также основанные на окулографии методы ранней диагностики болезни Альцгеймера в стадии её латентного течения. Люди с болезнью Альцгеймера постепенно теряют эффективный контроль, связанный с запуском саккады. В Центре исследования старения Тегерана и на факультете гериатрии Университета социального обеспечения и реабилитационных наук Тегерана (Иран) проводилось исследование, показавшее, что дефицит управляющих функций при лёгких когнитивных нарушениях может быть выявлен в задаче «про\антисаккадических движений глаз». Испытуемому предъявлялся центральный фиксационный крест в центре экрана, от которого, как можно быстрее, он должен либо перевести взор к целевому стимулу, либо, наоборот, сгенерировать саккаду в противоположном направлении. Целевые стимулы в случайном порядке, по одному, появлялись слева и справа от фиксационного креста. Измерялось время реакции саккад, подсчитывались ошибочные, пропущенные и нескорректированные саккады. Результаты этого задания высоко коррелировали с баллами по шкале MMSE и другими тестами на выявление начальных признаков доклинической стадии болезни Альцгеймера [3].

Около 30% пациентов после выздоровления от острой инфекции SARS-CoV-2 (COVID-19) продолжают испытывать неврологические симптомы: головную боль, головокружение, нарушение обоняния и\или вкуса. В субъективных отчетах доминируют жалобы на быструю утомляемость, нарушения концентрации внимания, «мозговой туман», проблемы с памятью, повышенную тревожность. Однако объективизация и количественная оценка нейронных дефицитов в основе паттерна этих симптомов отсутствуют. Исследование, проведённое в сети больниц Аллегейни Питсбурга (штат Пенсильвания, США) и Университета Сан-Паулу (Бразилия) показало, что когнитивное тестирование с регистрацией движений глаз в комплексе с исследованием вестибулярных функций и измерением времени реакций могут объективизировать функциональные нарушения нервной системы после перенесённого COVID-19. Наиболее выражено у перенесших заболевание страдают плавное слежение взором и

оптокинетические реакции. Ученые делают вывод, что отклонения в глазодвигательной системе являются «количественными биомаркерами» общего состояния здоровья мозга. При этом отмечается, что многие постковидные симптомы сходны с жалобами в синдроме хронической усталости, что говорит об их общих мозговых механизмах. Важно, что в обеих ситуациях глазодвигательные тесты выступают как объективный индикатор субъективных состояний, например жалоб на быструю утомляемость [12].

Технология айтрекинга для коррекции нарушений.

Следующим интенсивно развивающимся направлением на основе айтрекинга является область реабилитационных воздействий – коррекция когнитивных дефицитов. В работе, выполненной в Научном Центре Нейропсихологии Китайского Университета Гонконга (Гонконг, Китай) участвовали 32 ребёнка с синдромом дефицита внимания и гиперактивности (СДВГ) в возрасте 8–9 лет. Дети прошли когнитивный тренинг в форме компьютерных игр, заключавшихся в слежении взглядом за целевым объектом. Например, в игре «Падающий камень» надо было как можно дольше пристальным взглядом следить за падающим камнем до его падения, не отвлекаясь и не переводя взгляд на другие объекты, возникающие на экране. Длительность непрерывного слежения за целевым объектом после каждого эпизода игры сопровождалась поощрениями. Общая продолжительность тренинга составляла 240 минут, распределённых на несколько сеансов в интервале двух недель. До и после тренинга проводился тест «про\антисаккадических движений глаз». Аномальные саккадические движения глаз – более длительная латентность антисаккад и более низкая, чем в норме, точность саккад – часто встречаются у детей с СДВГ. Показатели этого теста, а также результаты традиционных бумажно-карандашных тестов на когнитивную гибкость и тормозной контроль улучшались у детей, прошедших тренинг. В контрольной группе детей, выполнявших аналогичные следящие движения не глазами, а пальцем или мышкой, такого улучшения не регистрировалось. Фокус внимания при слежении пальцем или мышкой может быть лишь отчасти сконцентрированным на цели, тогда как айтрекинг при любом соскальзывании внимания сразу обнаруживает это отклонение [14,15].

В 2022 году этот же коллектив ученых расширил контингент участников исследования, включив в него всех детей, которые испытывают трудности обучения в общеобразовательных школах. Предлагаемая ими методика теперь позиционируется как инновационный подход, альтернативный внешкольным вспомогательным занятиям, которые обычно проводятся с такими

детьми, чтобы они успевали со сверстниками усваивать новые знания. Подтверждением служило улучшение концентрации внимания, самоконтроля и памяти детей, проходивших тренинги со зором. Результаты исследования опубликованы в журнале Nature, однако сами авторы отмечают, что пока зафиксирован только непосредственный эффект их программы. Устойчивость положительных изменений в когнитивной сфере ещё предстоит установить [2].

Интенсивно внедряются когнитивные тренинги на основе айтрекинга в клинику инсульта. Одно из исследований было проведено в отделении реабилитации клиники Национального Университета Кёнпук (город Тэгу, Южная Корея). В Южной Корее существует, так называемое, «Традиционное компьютеризированное когнитивное обучение для больных, перенесших инсульт, - ComCog, Maxmedica». Больные с помощью мышки и клавиатуры выполняют на компьютере различные задания на память, внимание, мышление, скорость реакции. Такое обучение проходят после инсульта все пациенты. Однако, как отмечают многие авторы, тренинг приводит к улучшению в рамках выполняемых заданий, однако не изменяет состояние когнитивных процессов, протестированное другим способом, и не приводит к уменьшению проблем в повседневной активности пациентов. Для изменения этой ситуации авторы работы предложили использовать зор для управления компьютером. Благодаря айтрекингу задержка зора на той или иной иконке приводит к её «срабатыванию», как если бы осуществлялось наведение курсора и нажатие клавиши мышки. Выполняемые задания были аналогичны набору в традиционном когнитивном тренинге. Были сформированы две группы пациентов, перенесших инсульт. Одна проходила традиционный когнитивный тренинг. Вторая – тренинг с использованием айтрекинга. Обе группы имели 30 сеансов продолжительностью 30 минут: 5 сеансов в неделю в течение 6 недель. Только во второй группе наблюдались значимые изменения памяти, зрительно-пространственного внимания и самостоятельной деятельности в повседневной жизни [17].

Большинство приёмов, на которых в последующем планируется выстроить реабилитационные методы воздействия, в настоящее время находятся в состоянии предварительной апробации. Однако эти публикации представляют важные сведения для понимания механизмов нарушений. В исследовании, проведённом на ф-те неврологии и в Университетском госпитале г. Любек (Германия), участвовало 19 пациентов с игнорированием левой части зрительного поля после правополушарного инсульта. При рассматривании картин зрительные фиксации пациентов располагались в основном в правой части рисунков, а при поиске предметов, если они располагались в левой

части изображений, у пациентов возникали значительные затруднения. Для коррекции этих нарушений был использован следующий приём. Как только взор пациента смещался вправо, эта половина изображения становилась менее контрастной, здесь уменьшалась насыщенность цвета. Трансформации происходили плавно и незаметно для пациента, но взор при этом смещался в левую, более отчетливую часть изображения. В результате проведённого тренинга распределение зрительных фиксаций в левом и правом полях зрения у пациентов стало примерно одинаковым, приближаясь к нормативным показателям. Однако обнаружение предметов в левом поле зрения по-прежнему оставалось затруднённым. Это исследование ещё раз показало, что проблема пациентов с левосторонним неглектом не только в том, что их взор не сканирует левую часть пространства, но и в том, что, даже находясь в этой области, взор не вычленяет целевые изображения (феномен «смотрит, но не видит») [13].

В 2022 году был опубликован систематический обзор исследований, сообщавших о достижении статистически значимых положительных эффектов для целей нейрореабилитации и когнитивных тренингов на основе айтрекинга. Обзор осуществлялся учеными из лаборатории нейронаук Итальянского аукологического института (Милан, Италия). Из международных баз данных за 1990–2021 годы были отобраны 24 статьи. 14 из них были посвящены коррекции нарушения развития детей (недоношенные младенцы, дети с расстройствами аутистического спектра, СДВГ или с синдромом Ретта). В 7 публикациях сообщалось о работе в клинике психиатрии (расстройства настроения, тревожные расстройства, алкогольная зависимость). В 3 публикациях рассказывалось о преодолении неврологических дефектов после инсульта. Осуществлённый систематический обзор свидетельствует о том, что публикаций по заявленной теме мало, процесс только набирает силу, ни о каком массовом применении речи пока не идёт – перед нами единичные поисковые работы, проводящиеся отдельными исследовательскими группами [1].

Айтрекинг в ассистивных задачах. Помимо решения задач восстановления нарушенных функций и коррекции когнитивных дефицитов айтрекинг в нейрореабилитации используется для ассистивных целей. Как правило, речь идёт о перешифровке зрительных фиксаций на иконках дисплея в заранее оговоренный перечень команд к внешнему оборудованию или компьютерным программам. Взор становится генератором управляющих команд вместо традиционных двигательных или голосовых управляющих команд пользователя. Предполагается, что такое использование взора может оказаться

ассистивным решением для больных с ограниченными возможностями движений и коммуникации. Обзор современного ассистивного оборудования содержится в публикации из Вустерского политехнического института (Массачусетс, США). Концепция «умного дома» позволяет парализованным пациентам путём фиксации взгляда на иконках дисплея включить и выключить свет, изменить положение спинки электрической кровати, позвать ухаживающего родственника. Сочетание фиксаций с морганием позволяет усложнять команды и повышать точность срабатывания подсоединённого к программе электрического оборудования. Выбор с помощью зрительных фиксаций на экране компьютера букв, слов или заранее составленных фраз может явиться ассистивным способом коммуникации [8].

Технические решения продолжают совершенствоваться и варьируют в зависимости от характера неврологического дефицита пациента. Например, в работе ученых факультета нейронаук Университета Турина (Италия) сообщается о пациенте, перенесшем инсульт в области ствола головного мозга. У пациента возник тетрапарез, отсутствовала речь, а из-за стойкого спонтанного нистагма он не мог использовать стандартные коммуникаторы, основанные на отслеживании взгляда. Для общения с ним был создан коммуникатор, реагирующий на аккомодационные изменения диаметра зрачка. В зависимости от желаемого ответа «да» или «нет» пациент должен был смотреть либо на метку перед собой, либо на край экрана вдали, тем самым произвольно изменяя диаметр своего зрачка. Недорогая коммуникационная система реагировала на эти изменения, позволяя пациенту отвечать на задаваемые ему вопросы в режиме «да-нет» [16].

Наибольшую проблему при решении ассистивных задач на основе айтрекинга представляет дифференциация произвольных «командных» движений глаз от постоянно происходящих произвольных саккад и зрительных фиксаций. Ложные срабатывания при случайном нахождении взгляда в области командных иконок могут возникнуть, когда пациент просто рассматривает экран или обдумывает нужное решение. Ложные срабатывания пытаются нивелировать при помощи специальных алгоритмов, ещё более усложняющих интерфейс на основе движений глаз. Однако только такое опосредованное управление сенсорами позволяет решать проблему. В Стокгольмском Университете (Швеция) разработана программа для рисования взглядом - EyeCompass. Проблема ложных срабатываний дисплея решается следующим способом. Рисование производится кистью, которую пациент должен «захватить взглядом». Рисование происходит короткими штрихами, затухающими в конце. После каждого маленького штриха кисть становится не

активной. Во время возникающей паузы можно дать глазам отдохнуть, рассмотреть свой рисунок, обдумать следующий штрих и снова захватить кисть взором, чтобы сделать следующий небольшой штрих. Непроизвольные движения глаз при этом не приводят к ложным линиям. Интерфейс интуитивно понятен. Кроме того, в программу включено множество дополнительных функций для рисования – регулировка скорости рисования, плавность соединения элементов, выбор готовых элементов рисунка [9].

Отдельную группу составляют исследования пациентов с нарушенным сознанием. Особенности зрения у них служат важным диагностическим и прогностическим признаком, формируют решение о возможности введения в курс нейрореабилитации ассистивных технологий. Примером такой работы является статья из Гданьского технологического университета (Гданьск, Польша). У 33 пациентов со сниженным уровнем сознания в результате перенесённой черепно-мозговой травмы айтрекинг использовался одновременно с регистрацией ЭЭГ. Врач обращался к больному с вопросами, требующими ответа «да/нет» и соответствующими иконками на дисплее для фиксации взора. Паттерны ЭЭГ и глазодвигательной активности соотносились с традиционной оценкой по Шкале комы Глазго и в целом способствовали более объективной оценке уровня сознания пациента [5].

В Каролинском институте (Стокгольм, Швеция) проводилось наблюдение за больными с длительным нарушением сознания после тяжёлой черепно-мозговой травмы. Пациенты открывали глаза с выраженным циклом сна и бодрствования, но не проявляли поведенческих признаков сознания. Использовались модели носимых айтрекеров, позволяющих регистрировать движения глаз без предварительной калибровки. На слух предъявлялись простые инструкции, например, найти взором один из двух объектов. По динамике взора определяли, пытается ли пациент выполнить задание. Данные айтрекинга повышали чувствительность обнаружения сознательных реакций и дополняли клиническое обследование [10].

Тонкие механизмы мозговой реализации психических процессов. Регистрация движений глаз является мощным инструментом изучения работы мозга, церебрального обеспечения психических явлений. В этой области содержится большое число самых разнородных публикаций. Приведём несколько примеров, иллюстрирующих, как изящно могут быть решены давно обсуждавшиеся проблемы с помощью айтрекинга.

Проблема оптимальной когнитивной нагрузки во время урока. Ряд моделей айтрекеров позволяет регистрировать не только движения глаз, но и диаметр зрачка. Ученые факультета Физической медицины и

реабилитации Национального Университета Тайваня использовали изменение диаметра зрачка в качестве индивидуального физиологического маркера трудности решаемой задачи. Расширение зрачка отражает дополнительные усилия в решении текущих задач. В качестве субъективного показателя использовался ответ испытуемого в виде нажатия на клавишу от 1 до 9 в зависимости от трудности только что выполненного задания. Поочерёдно выполнялись пространственно-конструктивные задания, различающиеся по уровню когнитивной нагрузки, и задания на запоминание. В исследовании приняли участие 80 здоровых учащихся в возрасте 11 лет. Чем более высокой была когнитивная нагрузка в пространственно-конструктивных заданиях, тем хуже были результаты в заданиях на память, перемежающихся с ними. Авторы исследования делают заключение об «ограниченности когнитивных ресурсов» в каждом временном отрезке. Если на каком-то этапе работы её интенсивность возрастает, например, решаются более сложные пространственно-конструктивные задачи, то в этом интервале времени задания на запоминание будут выполняться с меньшей успешностью. При этом данные айтрекинга более точно, по сравнению с субъективной оценкой, прогнозируют последующее снижение этой успешности в мнестических заданиях. Конкуренция ресурсов может быть оптимизирована с помощью физиологических маркёров прилагаемых ребёнком усилий [4].

Проблема трудностей понимания устной речи у пожилых. Жалобы на затруднения при восприятии устной речи часто присутствуют у пожилых людей. Ученые из Университета имени Райхмана в Герцлии (Израиль) провели исследование, в котором предъявляемые на слух инструкции сопровождались помехами в виде шума. Одновременно с инструкцией на дисплей выводились изображения, совпадающие по звучанию с началом или с концом целевого стимула (например, для инструкции «покажи коробку» на экран выводились рисунки, изображающие коробку, корову, скобку и пробку). Данные айтрекинга показывали, сразу ли испытуемый находит взором нужное изображение, либо ориентируясь на фрагменты слов, проходит через стадии ошибочных перешифровок. В исследовании участвовало 36 здоровых испытуемых со средним возрастом в группе - 67,9 лет. Помимо указанного задания выполнялись традиционные тесты на оперативную память. Испытуемые с хорошей оперативной памятью смогли более точно находить взором целевые объекты, избегая зрительных фиксаций на дистракторах. Айтрекинг позволил проследить, насколько трудности понимания обращенной речи зависят от сужения объема слухового восприятия, шумов окружающей среды и возможного фонематического сходства в названиях конкурирующих элементов [19].

Проблема сегментации визуального опыта. Текущий визуальный опыт является непрерывной чередой хаотичных впечатлений как «движение листьев на ветру или людей в толпе». Однако в нашей памяти визуальный опыт остаётся в виде хорошо структурированных событий с четко обозначенными границами. Регистрация фМРТ при просмотре фильмов вблизи границ событий выявляет активизацию сети мозга, включающую медиальную префронтальную кору, периренальную и парагиппокампальную кору. Процесс сегментации визуального опыта сопровождает все стадии восприятия. Анализ движений глаз может служить способом его изучения. В качестве одного из индикаторов используют прогнозирующие движения глаз. При слежении за персонажем фильма регистрируются, так называемые, «прогнозирующие движения глаз» - перевод взора на объект, с которым предполагает взаимодействовать персонаж. Прогнозирующие движения глаз становятся менее распространёнными вблизи границ событий и, наоборот, возрастают по частоте по мере удаления от них [21].

Заключение. В развитии каждого научного направления, как представляется, можно обнаружить истоки – первые работы, пробудившие интерес к изучению предмета; период ориентировочных работ, по итогу оставляющих больше вопросов, чем убедительных выводов; период бурного развития, когда число публикаций по данному направлению растёт в геометрической прогрессии, сопровождаясь важными фактами, решениями и выводами; период плато – публикаций по-прежнему много, однако «выводы мельчают» и во многом «перпевают» ранее полученные данные; период спада интереса – снижение числа публикаций, когда как бы в «тепящемся режиме» ожидается появление качественно новых прорывных работ, которые запустили бы новую волну синусоиды в развитии данного научного направления.

Пожалуй, такой «взгляд сверху» обладает субъективностью, но он имеет право на существование при регулярном знакомстве с литературой в определённой области знаний. В нашем случае – это область исследований в клинической психологии, связанная с технологией айтрекинга. Какие же стадии, на наш взгляд, проходят те четыре направления, которые были проиллюстрированы работами последних лет? Направление, связанное с диагностикой и количественной оценкой когнитивных нарушений, безусловно, находится в стадии бурного развития. И по количеству публикаций, и в аспекте постоянно расширяющегося спектра тем, и по размерам выборки – количеству участников исследования. Активно обсуждается использование айтрекинга для скрининговых исследований. Ставятся вопросы о постепенной замене традиционного тестирования пациентов исследованиями на основе точной окулографии.

Технология айтрекинга для коррекции нарушений, напротив, пока находится в стадии ориентировочных работ. Публикаций немного: систематический обзор 2022 года с поиском во всех международных базах данных с 1990 года выявил всего 24 публикации, в которых сообщалось бы о достижении значимых положительных эффектов для целей нейрореабилитации. Большинство работ этого направления и позиционируется как поисковые (пилотные) исследования с отсутствием данных об отдалённых результатах интервенций и о возможности использования сформированных в процессе реабилитации глазодвигательных стратегий в повседневной деятельности пациентов.

Айтрекинг в ассистивных задачах. На наш взгляд, в текущем «синусоидальном цикле» это направление уже миновало период своего расцвета. Большие ожидания от возможности использовать взор как управляющий сигнал для работы с оборудованием в целом не оправдали надежд. Произвольное управление взором требует больших волевых усилий, концентрации внимания и сосредоточения на каждом действии. Но именно эти характеристики страдают при массивных поражениях мозга, то есть именно у тех пациентов, для которых предназначаются данные ассистивные технологии. И даже в контрольных группах здоровых испытуемых использование взора в качестве сигнала управления вызывает большие возражения, так как почти не сопровождается выработкой новых автоматизмов, а любое мышечное движение конечностей оказывается более точным и контролируемым.

Основанные на технологии айтрекинга фундаментальные исследования находятся в фазе интенсивного развития. Особенностью является то, что в этих работах не только постоянно расширяется спектр решаемых вопросов, но многие из них «подрывают основы» наших представлений о самостоятельном существовании таких психологических явлений как восприятие, внимание, память, мышление. Регистрация движений глаз показывает, что демаркационные линии, разграничивающие эти когнитивные явления, отсутствуют и в отношении их мозгового обеспечения, и в отношении глазодвигательной реализации. Процесс переработки информации начинается в момент первых зрительных фиксаций на визуальных стимулах. Визуальное поведение определяет, как будут сегментированы на события визуальные впечатления, какая информация поступит в память, какие аспекты визуальных впечатлений будут формировать поведенческие решения.

Возможно, наш прогноз развития перечисленных научных направлений является субъективным, но как бы ни обстояли дела в будущем, можно с уверенностью сказать, что технология айтрекинга прочно займёт достойную нишу в клинической психологии 21 века.

Литература

1. Carelli, L., Solca, F., Tagini, S., Torre, S., Verde, F., Ticozzi, N., Ferrucci, R., Pravettoni, G., Aiello, E. N., Silani, V., & Poletti, B. (2022). Gaze-Contingent Eye-Tracking Training in Brain Disorders: A Systematic Review. In *Brain Sciences* (Vol. 12, Issue 7).
2. Chan, A. S., Lee, T. L., Sze, S. L., Yang, N. S., & Han, Y. M. Y. (2022). Eye-tracking training improves the learning and memory of children with learning difficulty. *Scientific Reports*, 12(1).
3. Chehrehnegar, N., Shati, M., Esmaeili, M., & Foroughan, M. (2022). Executive function deficits in mild cognitive impairment: evidence from saccade tasks. *Aging and Mental Health*, 26(5), 1001–1009.
4. Chen, H. C., Kao, C. H., Wang, T. H., & Lai, Y. T. (2022). Evaluation of children's cognitive load in processing and storage of their spatial working memory. *Frontiers in Psychology*, 13.
5. Czyżewski, A., Kurowski, A., Ody, P., & Szczuko, P. (2020). Multifactor consciousness level assessment of participants with acquired brain injuries employing human-computer interfaces. *BioMedical Engineering Online*, 19(1).
6. Fukushima, S., Takahashi, T., Tsukamoto, K., Matsumura, M., Takigawa, R., Sakai, Y., Maniwa, S., Murphy, L., & Taketani, T. (2021). The feasibility of Gazefinder under 12 months of age infants. *Scientific Reports*, 11(1).
7. Gomes Paiva, A. F., Sorrentino, G., Bignami, B., Kemlin, C., Gueorguieva, S., Pradat-Diehl, P., Thoumie, P., & Bayen, E. (2021). Feasibility of assessing post-stroke neglect with eye-tracking glasses during a locomotion task. In *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* (Vol. 64, Issue 5). Elsevier Masson s.r.l.
8. Guler, U., Tufan, T. B., Chakravarti, A., Jin, Y., & Ghovanloo, M. (2023). Implantable and Wearable Sensors for Assistive Technologies. In *Encyclopedia of Sensors and Biosensors* (pp. 449–473). Elsevier.
9. Huang, L., Westin, T., Eladhari, M. P., Magnússon, S., & Chen, H. (2023). Eyes can draw: A high-fidelity free-eye drawing method with unimodal gaze control. *International Journal of Human-Computer Studies*, 170, 102966.
10. Johansson, J., Franzon, K., Godbolt, A., & Möller, M. (2021). Methodological aspects of using a wearable eye-tracker to support diagnostic clinical evaluation of prolonged disorders of consciousness. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 53(7), jrm00213.
11. Kaufmann, B. C., Cazzoli, D., Pflugshaupt, T., Bohlhalter, S., Vanbellingen, T., Müri, R. M., Nef, T., & Nyffeler, T. (2020). Eyetracking during free visual exploration detects neglect more reliably than paper-pencil tests. *Cortex*, 129, 223–235.
12. Kelly, K. M., Anghinah, R., Kullmann, A., Ashmore, R. C., Synowiec, A. S., Gibson, L. C., Manfrinati, L., Araújo, A. de, Spera, R. R., Brucki, S. M. D., Tuma, R. L., Braverman, A., & Kiderman, A. (2022). Oculomotor, vestibular, reaction time, and cognitive tests as objective measures of neural deficits in patients post COVID-19 infection. *Frontiers in Neurology*, 13.
13. Kunkel genannt Bode, L., Schulte, A. S., Hauptmann, B., Münte, T. F., Sprenger, A., & Machner, B. (2022). Gaze-contingent display technology can help to reduce the ipsilesional attention bias in hemispatial neglect following stroke. *Journal of NeuroEngineering and Rehabilitation*, 19(1).

14. Lee, T. L., Yeung, M. K., Sze, S. L., & Chan, A. S. (2020). Computerized eye-tracking training improves the saccadic eye movements of children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Brain Sciences*, 10(12), 1–9.
15. Lee, T. L., Yeung, M. K., Sze, S. L., & Chan, A. S. (2021). Eye-tracking training improves inhibitory control in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Brain Sciences*, 11(3), 1–12.
16. Lorenzo Villalobos, A. E., Giusiano, S., Musso, L., de'Sperati, C., Riberi, A., Spalek, P., Calvo, A., Moglia, C., & Roatta, S. (2021). When assistive eye tracking fails: Communicating with a brainstem-stroke patient through the pupillary accommodative response – A case study. *Biomedical Signal Processing and Control*, 67, 102515.
17. Moon, S.-J., Park, C.-H., Jung, S. I., Yu, J.-W., Son, E.-C., Lee, H. N., Jeong, H., Jang, S., Park, E., & Jung, T.-D. (2022). Effects of an Eye-Tracking Linkage Attention Training System on Cognitive Function Compared to Conventional Computerized Cognitive Training System in Patients with Stroke.
18. Nerušil, B., Polec, J., Škunda, J., & Kačur, J. (2021). Eye tracking based dyslexia detection using a holistic approach. *Scientific Reports*, 11(1).
19. Nitsan, G., Banai, K., & Ben-David, B. M. (2022). One Size Does Not Fit All: Examining the Effects of Working Memory Capacity on Spoken Word Recognition in Older Adults Using Eye Tracking. *Frontiers in Psychology*, 13.
20. Xu, H., Xuan, X., Zhang, L., Zhang, W., Zhu, M., & Zhao, X. (2021). New Approach to Intelligence Screening for Children With Global Development Delay Using Eye-Tracking Technology: A Pilot Study. *Frontiers in Neurology*, 12.
21. Zacks, J. M. (2020). Event Perception and Memory. In *Annual Review of Psychology* (Vol. 71, pp. 165–191). Annual Reviews Inc.

Цыганкова П.В.

**ОТРАЖЕНИЕ СОЦИОКУЛЬТУРНЫХ ТЕНДЕНЦИЙ
ИНФОРМАЦИОННОГО ОБЩЕСТВА В ОСОБЕННОСТЯХ
ОПОСРЕДУЮЩИХ ОБРАЗОВ В МЕТОДИКЕ
«ПИКТОГРАММА»**

Аннотация. Статья посвящена феномену увеличения частоты использования испытуемыми молодого возраста при выполнении методики «Пиктограмма» в качестве опосредующих запоминание образов новых феноменов так называемой «цифровой семиотики» (в частности, эмодзи и интернет-мемов), а также образов молодежной массовой культуры и субкультур. Как нестандартность формы подобных образов, так и несовпадение предшествующего культурного опыта диагноста и пациента могут вызывать трудности квалификации и создавать риск диагностических ошибок. На примерах из диагностической практики автора иллюстрируются источники и содержание соответствующих трудностей и предлагаются возможные пути их преодоления.

Ключевые слова: опосредованное запоминание, методика «Пиктограмма», цифровая семиотика, эмодзи, интернет-мемы.

Изменение структуры понятия в информационном обществе.

Согласно положениям культурно-исторического подхода Л.С. Выготского [3], культура является главным источником развития личности, формирующейся посредством присвоения, интериоризации обобщенных форм отражения общественно-исторического опыта, психологических орудий-знаков, наиболее универсальной системой которых является язык. Изменение социокультурного контекста, семиотических систем, опосредованных техническими устройствами видов практической деятельности и форм повседневной коммуникации, в которые включен современный человек, неизбежно должно отражаться на структурно-функциональных особенностях его психики, что ставит перед современной клинической психологией ряд новых теоретических и практических задач.

Современное общество нередко называют *«информационным»*, подразумевая тип общественных отношений, определяемый широкой доступностью информации, повсеместной компьютеризацией и проникновением современных технологий во все сферы жизни [8]. Данный тип общества характеризуется так называемым *«визуальным поворотом»*, заключающимся в смещении способов восприятия окружающего мира от вербальных к визуальным, образным [4]. При этом визуальность (фотография, кино, телевидение, интернет, гляцевые журналы и т.д.) является не просто дополнением к вербальным формам репрезентации мира, но базовым модусом существования современной культуры, общим принципом структурирования ее форм. Линейное письмо сменяется потоком экранных изображений, через визуальное человек непосредственно знакомится с информацией или событием, посредством визуальных образов транслируются социальные роли и иерархии ценностей. Происходит переход «от страницы к экрану» [10], слово отодвигается на второй план, современная коммуникация тяготеет к упрощению языка общения, к «плоскому знаку», а сознание программируется на считывание единичного, фрагментарного вне каких-либо рамок обобщения [4]. Лингвисты говорят о появлении новой — *«гибридной»*, письменно-устной формы речи [8, 11], о формировании особой *«социальной семиотики в цифровой среде»*, отличающейся *«ультимодальным»* характером и включающей, помимо прочего, такие паралингвистические знаки, как эмодзи, эмотиконы, мемы [9], о *«цифровом языке»* — новой разновидности языка, в которой вербальное сообщение оказывается подчинено визуальному знаку [10].

Высказывается мнение, что обилие полимодальной информации, потребляемой современным человеком, приводит к трудностям при восприятии информации без визуальной опоры [17].

Описанный социокультурный сдвиг позволяет предположить возможность постепенной трансформации системы культурных знаков, репрезентированных в медиапространстве, и закономерно следующую за этим трансформацию структуры понятий, выступающих в качестве основного психологического орудия в рамках индивидуального сознания. Структура любого понятия включает в себя как словесный, так и образный компоненты. Это справедливо даже в отношении наиболее абстрактных понятий, хотя удельный вес данных компонентов значительно варьирует в зависимости от степени конкретности понятия [16]. Мультимодальная структура понятия составляет основу операции опосредования запоминания, классической, базовой психологической методикой для исследования которого является «Пиктограмма» [15, 16, 17]. Уже в одной из самых ранних посвященных «Пиктограмме» публикаций (1934 г.) Г.В. Биренбаум [2] указывает, что опосредование подразумевает установление испытуемым частичного совпадения значения слова и значения рисунка. Анализ особенностей современной культуры, а также обобщение диагностических наблюдений автора позволяют предположить, что процесс опосредованного запоминания у современных испытуемых претерпевает определенные содержательные и формальные изменения, обусловленные изменением соотношения словесного и образного компонента в структуре понятия. При этом можно отметить, что соответствующие изменения наиболее явно проявляются в продукции испытуемых молодого возраста, усвоение которыми систем культурных знаков происходило уже в «цифровую эпоху» и которые уже с детского возраста были активно вовлечены в практики использования современных технологий.

Проблема субъективности интерпретации образов «Пиктограммы» в контексте социокультурных изменений. Есть все основания предполагать, что «Пиктограмма», при выполнении которой ответы испытуемых не ограничены стимульным материалом, а ограничены лишь, по удачному выражению Б.Г. Херсонского [16], «интеллектуально-ассоциативным фондом личности», окажется диагностической методикой, обладающей высокой чувствительностью к социокультурным изменениям. И действительно, в нашей диагностической практике¹ мы всё чаще констатируем появление

¹ Примеры в данной статье приводятся на материале «Пиктограмм», выполненных пациентами кризисного психиатрического отделения ГКБ им.

нового типа образов опосредования, не описанных в классических руководствах и недостаточно осмысленных профессиональным сообществом. Изменения относятся как к содержанию ассоциаций (репрезентации образов популярных в массовой культуре или в узких субкультурах фильмов, сериалов, аниме, изображения технических средств виртуальной коммуникации, использование компьютерных терминов и т.п.), так и к самой форме рисунков (появление рисунков, воспроизводящих эмодзи, интернет-мемы, символы из компьютерных игр, комиксов и проч.).

Интерпретация результатов «Пиктограммы» является в значительной степени субъективной, большую роль играет степень сходства и/или различий между испытуемым и диагностом. Особенности личности, воспитания, образа жизни, образования, интересов, увлечений, пол и возраст и т.п. могут приводить к большему или меньшему сходству ассоциаций и, соответственно, большей или меньшей субъективной понятности образов диагносту, что нередко приводит к гипер- или гиподиагностике выявляемых нарушений. В случае низкой включенности диагноста в современную молодежную и интернет-культуру, он может испытывать существенные трудности при оценке образов нового типа.

Так, для оценки с помощью «Пиктограммы» мышления испытуемого центральным является критерий адекватности опосредующего образа, к качественным признакам которой относятся умеренная абстрактность, краткость изображения и объяснения, но прежде всего, — наличие содержательной связи значения рисунка и значения слова («общее смысловое поле») [13, 17]. Однако при несовпадении предшествующего культурного опыта диагностируемого и диагноста последний рискует неверно оценить значение рисунка, что может привести к диагностическим ошибкам при оценке как когнитивных функций, так и эмоционально-личностных особенностей обследуемого.

Приведем примеры. Пациент П.Н., 25 лет, успешный интернет-разработчик, имеющий диагноз «шизотипическое расстройство» (состояние медикаментозной ремиссии на момент обследования), для запоминания понятия «ошибка» рисует жука, поясняя: «*баг по-английски означает ошибку*». Можно предположить, что большинству диагностов знаком соответствующий термин компьютерного сленга, означающий программную ошибку, «ошибку в программе или в системе, из-за которой программа выдает неожиданное поведение и, как

А.К. Ерамишанцева, имеющими преимущественно пограничные психические расстройства и нарушения адаптации.

следствие, результат» [19]. Однако незнание диагностом данного термина при отсутствии пояснения со стороны пациента могло бы привести к квалификации описанного образа (не вполне нормативного, но психологически понятного, особенно с учётом профессии пациента) как крайне неадекватного, лишённого какой-либо содержательной связи между стимульным словом и рисунком.

Следующий пример представляется более сложным для интерпретации. Пациент Г.В., студент 21 года, имеющий диагноз «органическое расстройство личности», на понятие «дружба» рисует *«отличительные знаки 6-ти пони из мультика «My Little Pony»», а на понятие «обман» изображает «три яблочка, злодея из выше упомянутого мультика, знак равенства и три перевернутых черных яблока»,* после чего рассказывает диагносту сюжет одной из серий второго сезона. Для адекватной оценки соответствующего образа необходимо владеть информацией о существовании определенной интернет-субкультуры. «My Little Pony: Friendship is Magic» — это канадско-американский анимационный мультсериал, который изначально предназначался для детского просмотра, но стал интернет-мемом и приобрёл популярность среди взрослых мужчин и юношей в возрасте от 15 до 35 лет. Фанаты называют себя «брони» (от англ. brother — брат и pony — пони) [18]. Пациент, имеющий опыт буллинга в школе, выраженные трудности социализации, дефицит дружеских связей в реальной (оффлайн) жизни, не столько являлся фанатом примитивной детской мультипликации, сколько компенсаторно стремился получить опыт принятия, дружеской поддержки и групповой принадлежности среди интернет-пользователей, обладающих сходной жизненной траекторией и личностными особенностями. Сложность интерпретации данного случая обусловлена низкой вероятностью знакомства диагноста с соответствующей довольно узкой и специфической субкультурой.

В связи с вышесказанным нам представляется уместным приложение лингвистической категории *«прецедентности»* [6] к оценке содержания ассоциаций в «Пиктограмме». Прецедентность — лингвистическая категория, подразумевающая обращение к прошлому коммуникативному опыту, имеющему сверхличный характер, хорошо известному широкому окружению данной личности и неоднократно возобновляемому в дискурсе. Традиционно прецедентность воплощается в отсылках к хрестоматийным литературным персонажам, цитировании крылатых выражений и т.п., которые считаются общезвестными в конкретной речевой культуре. Однако в современном интернет-дискурсе прецедентность приобретает новые формы, и содержанием мемов в широком смысле могут становиться

злободневные ситуации, широко освещаемые СМИ, рекламные лозунги, вымышленные интернет-персонажи и многое другое [6].

Наличие «прецедентного» компонента в опосредующих образах «Пиктограммы», т.е. отсылка к предположительно общему с диагностом культурному опыту, на наш взгляд, соответствует диалогической позиции обследуемого, стремлению быть понятым, способности к ментализации, к учету точки зрения собеседника. Случаи же, когда протокол «Пиктограммы» изобилует отсылками к текстам и знакам, понятным лишь узким группам лиц, могут служить одним из признаков снижения социальной, коммуникативной направленности мышления обследуемого, наличия аутистических тенденций.

По нашим наблюдениям, при отсутствии значительных психических нарушений, испытуемые даже подросткового и юношеского возраста склонны использовать в своих ассоциациях образы массовой культуры, появившиеся не в последние годы, а ещё в XX в., прочно закрепившиеся в культуре (ставшие, по сути, «прецедентными текстами») и с высокой вероятностью знакомые и понятные диагносту. Так, на понятия «сомнение» и «сложный выбор» нередко изображается фрагмент сцены из фильма «Матрица» («The Matrix», 1999), в которой персонаж Морфеус предлагает главному герою Нео выбор между двумя таблетками, синей и красной, что олицетворяет этическую дилемму. Понятие «будущее» нередко актуализирует образный ряд фильма «Назад в будущее» («Back to the Future», 1985), понятие «смелый поступок» – образ супермена (первое появление в комиксах – 1938 г., в кинематографе – 1948 г.), «ночной кошмар» – образ Фредди Крюгера из сериала «Кошмар на улице вязов» («A Nightmare on Elm Street», 1984-1994) и т.п. Вероятно, в основе выбора соответствующих ассоциаций лежит имплицитное предположение испытуемого об их понятности для диагноста. Подобные ассоциации отражают скорее высокую социальную направленность мышления и личности.

В других случаях художественные образы, на которые опирается испытуемый, могут быть гораздо более своеобразными и отражать интровертированность, склонность к уходу в фантазию и даже аутизированность. Приведем пример ассоциаций аутистического типа, с высокой вероятностью непонятных усредненному диагносту вне дополнительной справочной информации. Пиктограммы получены в ходе патодиагностического обследования пациента А.Р., 19 лет, совершившего суицидальную попытку, спрыгнув с одного из крупных мостов г. Москвы (без негативных последствий для соматического здоровья). Перед совершением попытки пациент написал развернутое предсмертное письмо, подписав его *«неполноценный человек»*. В

качестве мотивировки суицидальной попытки указывает отсутствие мотивации и неспособность справиться с учёбой. В течение нескольких лет подражает японскому писателю Осаме Дадзаю (знаменитому произведением «Исповедь «неполноценного» человека» и покончившему жизнь самоубийством посредством самоутопления), а также одноименному персонажу аниме-сериала «Проза бродячих псов» (2016-2019), чья сверхспособность называется «неполноценный человек» и заключается в том, чтобы прикосновением нейтрализовать любую другую способность, и который на протяжении всего сериала безуспешно пытается совершить суицид. Выполняя «Пиктограмму», в первой части задания пациент использует достаточно адекватные, нейтральные образы, однако во второй части задания проявляет фиксацию на образном ряде аниме: «непоправимая ошибка» – «Чувак наклеил бумажку на спину другому. Это из аниме-сериала», «идеал» – «Записная книжка. Отсылка к тому же сериалу, где человек записывал все свои идеалы», «справедливость» – «Амулет, на котором выгравировано, сколько людей он убил». Примечательно, что пациент, активно использующий образный ряд аниме не только для опосредованного запоминания, но и для патологической интеграции собственной идентичности, не состоит ни в каком интернет-сообществе, не обсуждает свои интересы с другими любителями аниме (или японской литературы), т.е. не направлен на диалог, на коммуникацию, даже опосредованную интернетом, замкнут в мире собственных переживаний, что может подтверждать диагностическую гипотезу об эндогенном характере его расстройства. Отметим, что в подобных случаях от диагноста требуется особый интерес к происхождению образов, на которые опирается пациент для опосредованного запоминания, целенаправленная поисковая активность, готовность ознакомиться с соответствующими «текстами» (в расширительном «цифровом» значении данного понятия, где под «текстом» может пониматься сериал, видеоролик, музыкальный клип, компьютерная игра и прочие совокупности взаимосвязанных семиотических элементов [10]) с целью понимания психологических механизмов поведения пациента, установления с ним доверительных отношений и выстраивания оснований для психотерапевтического диалога.

Использование эмодзи в качестве опосредующих образов в «Пиктограмме». Одним из косвенных признаков адекватности опосредующих образов в «Пиктограмме» выступает их частотность в генеральной популяции. Использование испытуемым стандартных ассоциаций отражает социальную опосредованность его мышления, склонность опираться на признаки предметов и явлений,

расцениваемые как существенные в данной культуре. Вместе с тем, частота использования тех или иных образов представляется крайне быстро меняющимся и неустойчивым феноменом. Так, признанный специалист в области методики «Пиктограмма» Б.Г. Херсонский [16], указывает среди наиболее частотных образов на понятие «весёлый праздник» изображения флагов и цветов, однако в нашей многолетней практике подобные образы встречались крайне редко, что, по-видимому, обусловлено социокультурным сдвигом, имевшим место после распада СССР (работа Б.Г. Херсонского впервые была издана в 1989 г.). На протяжении длительного времени наиболее стандартной ассоциацией остается изображение воздушного шарика. В последние несколько лет, однако, по нашим наблюдениям, в молодежной популяции его начинает теснить новый образ – характерное изображение хлопушки, из которой вылетает конфетти. Данный рисунок представляет собой копию эмодзи «праздничная хлопушка» (Party Popper; U+1F389), традиционно используемого в качестве сопровождения для поздравительных сообщений в интернет-переписке. При изображении человеческой мимики для опосредования понятий, обозначающих эмоциональные состояния («счастье», «печаль», «сомнение»), обследуемые всё чаще сообщают, что нарисовали «смайлик».

Проясним термины. «Смайлик», или строже – «эмотикон», – знак, схематически изображающий определенную эмоцию, тогда как «эмодзи» – идеограмма, основанная на стандарте Unicode [11, 12]. Современные эмодзи включают в себя такие тематические группы, как: смайлики и люди, животные и природа, еда и напитки, активность, путешествия и местности, объекты, символы и флажки. Большинство эмодзи не соотносимы ни с какими эмоциями, они символизируют тот или иной объект действительности без его оценки [12], «называют» предмет, действие, явление, благодаря чему могут в интернет-коммуникации выполнять заместительную-номинативную функцию, т.е. использоваться вместо слова, обозначающего соответствующий предмет [11].

Хотя эмотиконы, сформированные средствами типографского шрифта, например, улыбающееся :-) или грустное :(лицо, эпизодически использовались еще со времен распространения печатных машинок в XIX в., они не имели широкой популярности вплоть до наступления эры интернет-общения. Эмодзи были созданы в 1999 г. работником компании DoMoCo Сигэтака Курита, и долгое время использовались лишь в Японии, обретая всемирную популярность после включения в Unicode (2007–2010 гг.) и клавиатуру iPhone / iPad в 2011 г. Во все мобильные устройства в мире встроен один и тот же перечень

картинок, что делает язык эмодзи универсальным, межкультурным средством коммуникации [8, 11, 12].

Этимология обсуждаемых терминов соответствует их широкому использованию при выполнении «Пиктограммы». Слово «эмотикон» составлено из английских слов «эмоция» (emotion) и «образ» (icon), тогда как имеющее японское происхождение слово «эмодзи» составлено из элементов «картинка» и «письменный знак, символ» [11]. Неудивительно, что данная система иконических знаков зародилась на Востоке в одной из немногих стран с иероглифической письменностью, ближе находящейся к пиктографическому письму, чем алфавитное письмо, характерное для стран Запада. Исследователями высказывается даже мнение о том, что человечество находится на пути «второго когнитивного парадигматического сдвига» (первый состоял в переходе от пиктографического к идеографическому и алфавитному письму около 1000 лет до н.э.), что подразумевает своеобразное возвращение пиктографически-логографического типа письма, соединенного с письмом алфавитным, что, в свою очередь, может являться фактором значительного изменения человеческого сознания, перехода от линейного способа обработки информации к более целостному, образному способу мышления [9].

Эмодзи используются в интернет-переписке подавляющим количеством пользователей и выполняют функцию невербальной составляющей коммуникации, эмотивную, прагматическую, пунктуационную, заместительную, декоративную и риторическую функции. Позволяя прояснить намерения в неоднозначном контексте, передать коннотации и скрытые смыслы высказывания, эмодзи повышают эффективность коммуникативного акта и служат средством преодоления ограничений, накладываемых электронной письменной коммуникацией [9], выполняют ориентирующую функцию, указывая собеседнику, как следует интерпретировать сообщение [8].

Повсеместное использование эмодзи породило их определение как «универсального языка» новой информационной эры [8]. В 2015 году «Оксфордский словарь английского языка» назвал «словом года» в средствах массовой информации эмодзи «лицо со слезами радости» (Face with Tears of Joy; U+1F602) в виде плачущего от смеха человека; в 2014 году Библиотека конгресса США пополнилась эмодзи-вариантом романа «Моби Дик» Германа Мелвилла; про приключения эмодзи снят полнометражный мультфильм «Эмоджи фильм» («The Emoji Movie», 2017); всё больше людей утверждают, что думают с помощью эмодзи; с 17 июля 2014 года отмечается Всемирный день эмодзи; появилась даже профессия переводчика эмодзи [10, 11].

Приведем пример «Пиктограммы», для интерпретации которой

самому диагносту необходимо владеть навыками «перевода с языка эмодзи». Отметим, однако, что данный пример не является типичным и в большинстве случаев испытуемые используют эмодзи для опосредования единично.



Рисунок 1. Протокол выполнения «Пиктограммы» испытуемой А.А., 20 лет, смешанное расстройство личности

Таблица 1.

Протокол выполнения «Пиктограммы» испытуемой А.А., 20 лет, смешанное расстройство личности

№	Стимульные слова	Опосредующие образы	Воспроизведение
1	Весёлый праздник	Смайлик и эмодзи «подарок». Смайлик показывает, что весёлый, а подарок – что праздник. Когда поздравляешь кого-то с днём рождения в переписке, то шлешь такой подарок в конце.	+
2	Тяжёлая работа	Эмодзи с мускулом и серп. Мускул показывает, что тяжёлая, а серп – что работа.	+
3	Дружба	Два человечка за руки держатся - такой эмодзи тоже есть.	+

4	Болезнь	<i>Больной эмодзи. На голове у него грелка, а во рту термометр.</i>	+
5	Смелый поступок	<i>Снова эмодзи с мускулом и ноги. Мускулы – это сила, смелость. А ноги ступают, значит – поступок.</i>	+
6	Разлука	<i>Разбитое сердечко.</i>	тоска, печаль, обиды
7	Красивая вещь	<i>Северное сияние. Такой эмодзи тоже есть, да.</i>	красота
8	Сомнение	<i>Знаки вопроса над смайликом.</i>	+
9	Счастье	<i>Улыбающийся смайлик со звёздочками.</i>	+
10	Ночной кошмар	<i>Человек подскочил в кровати. Такого эмодзи я не помню, но пусть будет так.</i>	+
11	Будущее	<i>Часы и стрелка вперёд.</i>	+
12	Непоправимая ошибка	<i>Персонаж из одного мультика. Он у меня ассоциируется с непоправимой ошибкой.</i>	роковая ошибка
13	Идеал	<i>Путин и российский флаг. Эмодзи Путина, конечно, нет, во всяком случае, у меня, но флаг есть.</i>	+
14	Обман	<i>Эмодзи «рот», запрещающий знак и эмодзи «голос».</i>	+
15	Справедливость	<i>Человек, меч.</i>	+

В данном примере пациентка, используя для запоминания первого стимульного словосочетания «веселый праздник» эмодзи, применяемые ею в интернет-переписке, в дальнейшем намеренно старается подобрать соответствующие значки для опосредования всех последующих слов. В большинстве случаев ей это удается, кроме словосочетаний «ночной кошмар», «непоправимая ошибка» и – частично – «идеал». Таким образом, 12 понятий из 15 опосредованы с помощью эмодзи, что трудно квалифицировать однозначно. Самой пациенткой такой вариант выполнения задания расценивается как удачный, нетривиальный, оригинальный. Однако квалификация может быть и обратной: соответствующее решение можно расценить как

стереотипное, шаблонное, поскольку собственная креативность, творческая мыслительная деятельность испытуемой оказывается ограниченной и подменяется использованием уже готовых, по сути, «пиктограмм». По уровню абстрактности, коррелирующему с уровнем доступного обобщения и абстрагирования, эмодзи также занимают неоднозначное положение – с одной стороны, имеют довольно тесную, конкретную взаимосвязь с репрезентируемыми объектами действительности, с другой стороны, – выполняют роль графических символов, существенно упрощающих содержание передаваемой мысли, условных, часто – аффективно поверхностных и пустых.

Возрастающая склонность испытуемых использовать эмодзи в качестве образов опосредования вызывает в психологическом сообществе дискуссии относительно процедуры проведения методики «Пиктограмма». В личных беседах с коллегами автору неоднократно доводилось слышать мнение, что использование эмодзи снижает информативность методики, маскирует нарушения мышления, сужает проективные возможности «Пиктограммы», в связи с чем выдвигается предложение дополнить инструкцию, содержащую запрет на использование слов и букв, также запретом на использование эмодзи. Нам, однако, данное предложение не представляется оптимальным по нескольким причинам.

В значительном количестве случаев невозможно провести чёткую грань между изображением материального объекта и воспроизведением знака-эмодзи. Графически изображения, означаемые испытуемыми как, например, «грустное лицо» или «грустный смайлик», как правило, ничем не отличаются. Такие частотные образы, как торт со свечками, подарочная коробка с бантом, новогодняя ёлка на понятие «весёлый праздник», сердечко на понятие «любовь», рукопожатие или изображение двух держащихся за руки людей на понятие «дружба» и мн. др. могут быть обнаружены в стандартном наборе эмодзи и часто используются в интернет-переписке. Однако открытым остается вопрос: актуализируются ли соответствующие образы в «Пиктограмме» в связи с их активным использованием в интернет-коммуникации или, напротив, соответствующие эмодзи используются в интернет-коммуникации, поскольку изображаемые ими атрибуты уже тесно ассоциированы для индивида с соответствующими понятиями, благодаря его предшествующему жизненному опыту.

Мы полагаем, что оба предположения справедливы. С одной стороны, эмодзи представляют собой «кристаллизацию» общепринятых, конвенциональных, коллективных представлений об определенных предметах и явлениях, воплощают и отражают уже существующую систему значений, репрезентируют наиболее

универсальные, узнаваемые визуальные образы тех или иных понятий. С другой стороны, при активном использовании эмодзи в ежедневной интернет-переписке происходит интериоризация, присвоение индивидуальным сознанием определенных образных компонентов понятий. В контексте описанной двунаправленной связи использование испытуемым эмодзи для опосредования при выполнении «Пиктограммы» представляется диагностически значимым, поскольку отражает характерную для него систему значений, имеющую социокультурное происхождение, сформированную в рамках практической деятельности и в системе значимых отношений.

В заключение отметим, что, по нашему опыту, умеренное использование обследуемыми эмодзи в качестве образов опосредования при адекватности их содержания можно, по-видимому, считать нормативным явлением, имеющим низкую нозологическую специфичность, что, однако, нуждается в дополнительном исследовании.

Использование «интернет-мемов в качестве опосредующих образов в «Пиктограмме». Использование «интернет-мемов» при выполнении «Пиктограммы» наблюдается существенно реже, чем использование эмодзи, однако может составлять более значительные трудности интерпретации для диагноста.

Термин «мем» весьма неоднозначен и восходит к концепции английского эволюционного биолога Р. Докинза, предложившего по аналогии с геном как единицей передачи биологической информации ввести понятие «мем» как обозначение базовой единицы передачи культурной информации, распространяя на мемы также механизмы естественного отбора, мутации и искусственной селекции [1]. С появлением социальных сетей данное понятие нашло наиболее продуктивное приложение к такому явлению, как интернет-мемы, определяемые одними авторами более широко: как «фразы, изображения или видео, вирусно распространяющиеся в Интернете» [5], как «явление спонтанного распространения некоторой информации или фразы, часто бессмысленной, спонтанно приобретшей популярность в интернет-среде посредством распространения в Интернете всеми возможными способами, также сама эта информация или фраза» [1], или более узко, например, как «комплексный феномен интернет-коммуникации, представляющий собой целостную, завершенную единицу, с текстом и картинкой в квадратной рамке» [7].

Мемы получили популярность среди активных интернет-пользователей молодого возраста (18-34 года) в начале 2010-х годов [14] и переживают расцвет популярности в настоящее время, вызывая высокий исследовательский интерес преимущественно в области

социологии, культурологии, лингвистики, маркетинга. Обобщая взгляды различных авторов [5, 6, 7, 14], в качестве основных свойств мемов можно назвать, прежде всего, их вирусность и реплицируемость, т.е. способность быстро распространяться в интернете и тиражироваться большим количеством копий среди интернет-пользователей («go viral», «завируситься»). Для интернет-мемов характерна устойчивая и достаточно минималистичная форма, нередко – юмористическая направленность. Как правило, мемы злободневны по содержанию, привязаны к конкретному социальному и культурному контексту, новостям. Мемы имеют свойство передавать определенные эмоции и апеллировать к ним. Помимо очевидной развлекательной функции мемов, можно выделить такие функции, как: информирование, формирование и выражение картины мира, идеологии и самоидентичности, интеграция в определенное сообщество или идентификация с ним, установление и поддержание контакта с конкретными людьми.

В контексте темы данной статьи важным представляется подчеркнуть возможность использования мемов в качестве способов очерчивания границ группы [5], идентификации «свой–чужой» [14]. Верное раскодирование, воспроизведение и передача мема подразумевает необходимость обладания соответствующей культурной/субкультурной базой, принадлежность к определенной группе [10]. Границы группы могут очерчиваться на разном уровне. Е.Н. Лысенко [14] указывает, что мемы выделяют «*ин-группы и ау-группы*», подразумевая склонность молодых людей делиться определенными мемами только с друзьями или хорошо знакомыми людьми, обычно близкими по возрасту. В проведенном ею исследовании по методу фокус-групп респонденты упоминали выражение «*локальные мемы*», которым обозначали мемы, понятные только узкому кругу людей, связанных общим опытом. На другом конце континуума оказываются мемы, не требующие особых знаний и понятные среднему представителю интернет-аудитории, однако недоступные для аудитории, не пользующейся интернетом, особенно социальными сетями, например, для лиц старшего возраста [7]. Довольно часто мемы понятны ограниченному кругу лиц, разделяющих общий культурный опыт. Ю.А. Белкина [1] выделяет неидиоматические и идиоматические мемы по критерию того, что значение первых понятно без специальных знаний об их происхождении и сфере употребления, в то время как значение вторых не может быть угадано из контекста употребления, и чтобы их понять, нужно обладать знаниями об их происхождении. Одна из дихотомий, предлагаемых Е.Н. Лысенко [14] для классификации мемов, состоит в определении

того, к чему апеллирует мем – к некому общему прошлому или к новостям, что пересекается с обсуждавшимся нами выше понятием «прецедентности». В случаях мемов, апеллирующих к «традиции», объектом становятся фразы из классических фильмов, типичный опыт и практики людей определенного возраста. В случае мемов, апеллирующих к «инновации», обыгрывается волнующая новость, новая практика, внезапный флешмоб, события и фразы из новых фильмов. Для понимания этих мемов необходимо быть включенным в происходящие события. В обоих случаях мемы «отсекают» тех пользователей, которые не имели обозначенного опыта и переживаний, не знают показанных произведений искусства, не находятся в курсе новостей. Автор делает вывод о том, что мемы могут выступать проводниками неравенства, исключая из коммуникации тех, кто не имеет культурной базы или новостной осведомленности для их понимания.



Приведём примеры использования мемов в «Пиктограмме». В качестве мема, содержание которого понятно, независимо от степени интернет-активности диагноста, можно привести пример образа, часто используемого нашими испытуемыми для опосредования понятия «справедливость». На меме, противопоставляющем понятия «равенство» и «справедливость», изображены три человека разного роста, пытающиеся наблюдать спортивный матч, стоя за забором. В случае «равенства» каждый из них стоит на ящике одинакового размера, в результате чего человек маленького роста упирается взглядом в забор. В случае «справедливости» высокий человек не получает ящика, тогда как низкий стоит на двух ящиках, в результате чего все зрители имеют достаточный обзор. Как правило, наши испытуемые изображают лишь вторую часть мема, с той или иной степенью упрощения. Незнание диагностом источника данной ассоциации не приведёт к ошибке при оценке степени адекватности образа (содержательная связь понятия и рисунка достаточно очевидны), однако может привести к ошибочной оценке образа как удачного оригинального, тогда как более правильным с точки зрения частоты циркуляции в интернет-пространстве представляется его оценка как стандартного, шаблонного.

В следующем примере опосредующий образ гораздо менее стандартен и более сложен для оценки.

Таблица 2.

Фрагмент протокола «Пиктограммы» пациента И.В., 32 года, работающего в сфере IT и госпитализированного с умеренным депрессивным эпизодом

Стимульное понятие	Объяснение	Рисунок	Мем

сомнение	<i>Чувак в шляпе. Есть такой мем.</i>		
----------	---------------------------------------	---	---

При отсутствии пояснения со стороны пациента образ мог бы быть расценен как неадекватный, поскольку человек в шляпе с отсутствием явной эмоциональной мимики не ассоциируется прямо с понятием «сомнение». Однако на основании комментария испытуемого и информации, найденной диагностом на сайте Memepedia (русскоязычная интернет-энциклопедия мемов), удалось выяснить, что изображен «L.A. Noire «Doubt» (Press X To Doubt, Phelps Doubt) — мем, представляющий собой изображение большой кнопки «Doubt» («Сомнение») и недоверчивую реакцию детектива Коула Фелпса, главного героя игры L.A. Noire от Rockstar Games. Картинка используется для того, чтобы выразить недоверие к какому-либо утверждению» [20]. Данная справочная информация проясняет смысловую связь понятия и рисунка, образ может быть оценен как более адекватный. При этом, однако, образ не имеет диалогической направленности, не апеллирует к общему с диагностом культурному опыту, напротив, проводит некоторую границу между «посвященным» испытуемым и «непосвященным» диагностом. Отметим, что в протоколе данного пациента присутствовал ещё один (более широко известный) мем на понятие «обман» – Trollface (англ. «лицо тролля») – мем-образ персонажа, носящего озорную улыбку, используемый для символизации интернет-троллей – пользователей интернета, намеренно использующих в сетевом общении провокацию, подстрекательство и издевательства [21]. Подчеркнем важность при проведении «Пиктограммы» подробного прояснения ассоциаций испытуемого, особенно имеющих неочевидный источник.

Заключение и выводы. Количество репрезентаций новых социокультурных явлений информационного общества в образах «Пиктограммы» растет, особенно среди представителей молодого поколения, интерпретация же подобных образов может представлять значительные трудности для диагноста. Обобщим некоторые специфические источники этих трудностей и наметим возможные пути их преодоления.

На надежность диагностических выводов может влиять степень личной включенности диагноста в интернет-коммуникацию, его знакомство с различными виртуальными субкультурами, а также с произведениями массовой культуры, имеющими в молодёжной среде

«прецедентный» статус, но не имеющими такового для представителей старшего поколения. Безграничный объем и молниеносная скорость распространения информации в современном обществе делает нерешаемой задачу быть в курсе всех происходящих событий и явлений даже при наличии у диагноста высокой мотивации и заинтересованности. Таким образом, первым из источников трудностей нам представляется частое несовпадение предшествующего культурного опыта диагностируемого и диагноста. Данное несовпадение может быть особенно отчетливо выражено при наличии у пациента определенных когнитивных особенностей и эмоционально-личностных черт, лежащих в основе нестандартности интересов и увлечений, а также отсутствия диалогической позиции, снижения социальной направленности мышления, неспособности или нежелания быть понятным для собеседника.

Вторым источником трудностей нам представляется отсутствие однозначной связи между означающим и означаемым в системах современной цифровой семиотики. Например, хотя каждый эмодзи имеет определенное название и значение, описанное в специально созданных словарях, реальная практика их использования характеризуется широкой индивидуальной вариативностью, семантика отдельных эмодзи диффузна и формируется повторяющимся контекстом, в котором возникают так называемые окказиональные значения [12]. Очевидно, что приписываемые знаку-эмодзи диагностом и испытуемым значения могут не совпадать. Что касается мемов, они не унифицированы и не стандартизованы, претерпевают постоянную трансформацию, переработку. По мнению исследователей, трактовка подлинного содержания мема сугубо индивидуальна, мем лишь инициирует процесс осознания, человек же рассуждает самостоятельно без подразумеваемого единственно правильного результата его размышлений [1].

Безусловно, несмотря на невозможность исчерпывающей ориентировки во всех нюансах культуры информационного общества, для диагноста-патопсихолога важно поддерживать и развивать в себе интерес к современным тенденциям, знакомиться с различными явлениями и продуктами молодежной интернет-культуры не только с позиций личного, но и с позиций профессионального интереса. В частности, полезным представляется регулярное ознакомление с современными научными и научно-популярными публикациями в рамках смежных дисциплин (социологии, культурологии, лингвистики), посвященными особенностям репрезентации информации и специфике коммуникации в информационном обществе. Подобные публикации содержат как большое количество наглядных

запоминающихся примеров обсуждаемых феноменов, так и их обобщение и осмысление.

В то же время одним из основных принципов проведения психологического исследования является его интерактивный характер, поддержание активной беседы с испытуемым на протяжении всей диагностики. При проведении «Пиктограммы» ключевой особенностью процедуры является необходимость прояснения содержания *всех* опосредующих образов, их происхождения, личностной значимости для испытуемого, характера связи со стимульным понятием [15, 17]. Соблюдение данного принципа в сочетании с навыками использования справочных ресурсов позволит в значительной степени снизить вероятность диагностических ошибок при столкновении диагноста с неизвестными для него репрезентациями современной информационной культуры.

Литература

1. Белкина Ю.А., Куценко Е.В. Мем как часть интернет-дискурса // АНИ: педагогика и психология. 2014. №4 (9), стр. 77-79.
2. Биренбаум Г.В. К вопросу об образовании переносных, условных значений слова при патологических изменениях мышления // Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии. М. -Л.: Изд-во АН СССР, 1934, стр. 147-164.
3. Выготский Л.С. Мышление и речь / Собрание сочинений в 6 т. под ред. В.В. Давыдова. М.: «Педагогика». 1982. Т.2. 504 с.
4. Дроздова А.В. Визуальность как феномен современного медиаобщества // Дискуссия. 2014. №10 (51), стр. 29-36.
5. Зиновьева Н.А. Воздействие мемов на Интернет-пользователей: типология Интернет-мемов // Вестник экономики, права и социологии. 2015. №1, стр. 195-201.
6. Канашина С.В. Интернет-мем и прецедентный феномен // Вестник ТГПУ. 2018. №4 (193), стр. 122-127.
7. Канашина С.В. Что такое интернет-мем? // Вопросы журналистики, педагогики, языкознания. 2017. Т. 36. №28 (277), стр. 84-90.
8. Китова Е.Б. Общение в интернет-среде и «Универсальный язык» эмодзи // Вопросы теории и практики журналистики. 2016. т.5. №4, стр. 654-664.
9. Кольцова Е.А., Карташкова Ф.И. Мультиmodalный характер цифровой коммуникации: функционирование эмодзи в межличностном общении // Вестник РУДН. Серия: Теория языка. Семиотика. Семантика. 2022. т.13. №3, стр. 769-783.
10. Копусь Татьяна Леонидовна К вопросу об исследовании цифрового языка // Сервис +. 2021. №2, стр. 13-23.
11. Космарская И.В. Формирование строевых элементов письменной интернет-речи (на материале смайлика и эмодзи) // Вестник Московского государственного лингвистического университета. Гуманитарные науки. 2021. №3 (845), стр. 110-121.

12. Крылов Ю.В. Семантика эмодзи в виртуальном диалоге // Вестник Омского государственного педагогического университета. Гуманитарные исследования. 2017. №2 (15), стр. 50-52.
13. Лонгинова С.В. "Пиктограмма" как метод исследования расстройств мышления при шизофрении // Патопсихология: Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. - М.: Изд-во УРАО, 1998. - 224 С., стр. 96-108.
14. Лысенко Е.Н. Интернет-мемы в коммуникации молодежи // Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. 2017. Т.10. №4, стр. 410–424.
15. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения в клинике. (Практическое руководство) - Изд-во Института Психотерапии, 2010 г. - 224 с.
16. Херсонский Б.Г. Клиническая психодиагностика мышления. - М.: Смысл, 2019, - 287 с.
17. Цыганкова П.В., Иванова Е.М. Методы патопсихологической диагностики: методика "Пиктограмма": учебное пособие для вузов. М.: Юрайт, 2022. 191 с.
18. Брони // Википедия. [2022]. Дата обновления: 05.12.2022. URL: <https://ru.wikipedia.org/?curid=4593873&oldid=127071677> (дата обращения: 15.01.2022).
19. Программная ошибка // Википедия. [2022]. Дата обновления: 14.11.2022. URL: <https://ru.wikipedia.org/?curid=26613&oldid=126644718> (дата обращения: 15.01.2022).
20. Press X To Doubt // Memepedia [2018]. URL: <https://memepedia.ru/press-x-to-doubt/> (дата обращения: 15.01.2023).
21. Trollface // Википедия. [2023]. Дата обновления: 05.01.2023. URL: <https://ru.wikipedia.org/?curid=8733646&oldid=127677904> (дата обращения: 15.01.2023).

РАЗДЕЛ 3. ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ

Горячева Т.Г., Зверева Н.В.

СОВРЕМЕННАЯ ДЕТСКАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Аннотация. Статья посвящена истории и современному состоянию клинической психологии детей и подростков. Анализируются основные теории (психоанализ, бихевиоризм, гештальтпсихология, культурно-исторический подход), оказавшие влияние на развитие детской клинической психологии, обсуждаются практические задачи и видоизменение форм практической работы с детьми и подростками, предлагается авторское видение междисциплинарного положения детской клинической психологии и рисков редукционизма в настоящее время. Обсуждается

взаимодействие теории и практики, дается определение содержания современной детской клинической психологии.

Ключевые слова: клиническая психология, дети и подростки, психологическая практика.

Введение. Научно-практический интерес к проблемам аномального детства, нарушенного развития, детской клинической психологии существует уже более двухсот лет. В далеком 1913 году выдающийся российский детский психиатр и психолог Григорий Яковлевич Трошин (1874–1938) написал заметки на тему «100 лет изучения детской ненормальности» [7]. С тех пор направления науки и практики, связанные с состоянием нервно-психического развития ребенка, интенсивно разрабатываются как в мировой науке, так и в отечественной. Все эти годы обсуждается проблема теоретической базы детской клинической психологии [1, 2, 3, 5, 8, 11, 13, 34]. Авторов статьи, как детских клинических психологов, интересуют пути соприкосновения отечественного и зарубежного подходов, современное состояние вопроса [10, 19, 23, 35].

На современном этапе имеется расширение практики применения, изменения методологии и технологии детской клинической психологии. Это затрагивает теоретическую, методологическую и методическую стороны, направления прикладной науки и практической деятельности специалистов помогающих профессий, сопровождающих аномальное детство.

Среди ключевых вопросов практики диагностики – интеграция или стандартизация, количественный или качественный подход должны быть определяющими, ведущими? Также важной остается проблема выборов базовых задач и запросов на диагностику и практическую помощь, определение ее средств, технического обеспечения.

В настоящей статье последовательно будут рассмотрены разные стороны вопроса: междисциплинарное положение современной детской клинической психологии (1), ее теория (2) и современная практика (3). Основное внимание будет уделено отечественной детской клинической психологии с обязательным обращением к истории вопроса.

1. Проблемы междисциплинарного положения детской клинической психологии.

Междисциплинарное положение детской клинической психологии предполагает интенсивное сотрудничество психологии, медицины, биологии, педагогики, социальных и юридических наук. В зависимости от поставленных научно-практических задач

сотрудничество может быть более плотным или как бы «рядоположенным» взаимодействием. На современном этапе вышеназванное заставляет обратиться в сторону возможных рисков разного рода **редукционистских взглядов** в психологии. Рассмотрим основные из них, определяемые смежными базовыми направлениями науки.

Во-первых, это **биологический редукционизм**, который в 21 веке представляется очень соблазнительным объяснением всех тонкостей человеческой психики, ее развития, поскольку расшифрован геном человека, изучены тонкости деятельности мозга, показано значение биохимических процессов, разных видов иммунитета, роль микробиоты и т.п. В связи с этим «угрозу» для клинической психологии представляет прежде всего генетический, нейромедиаторный, биохимический, иммунологический варианты редукции психического к биологическому, также в этом ряду находятся и современные взгляды на роль микробиоты как второй (если не первой и основной) нервной системы человека; на это же претендуют варианты управления развитием психики через разнообразные диеты и т.д. Свою лепту вносит и расширение технических средств диагностики и лечения. Все это требует более пристального обсуждения, однако в рамках данной публикации поставлена задача прежде всего обозначить проблемы, возникающие в современной науке применительно к базовым механизмам психического развития.

Во-вторых, свое влияние оказывает потенциальный и реальный **медицинский редукционизм**. В этом случае нет четкой дифференцировки психологии и психиатрии, психологии и неврологии (например, поведенческая неврология – это новое направление в медицине? или в психологии?). Более того, система стандартов оказания медицинской помощи в современной психиатрии также оказывает как позитивное, так и негативное влияние на смежную с медициной область клинической психологии. В последней человек (и психолог, и больной) выступает прежде всего как субъект деятельности, общения, взаимодействия, а не как объект приложения знаний и умений специалистов по нервно-психическим и иным заболеваниям.

В-третьих, в последние годы заявляет о себе и **педагогический редукционизм** – в этом случае практически нет различий клинической психологии и дефектологии, специальной психологии как в диагностике (например, ЗПР, ЗРР, ОНР, РАС), так и в средствах коррекционно-развивающей работы. Более того, часто педагогические воздействия рассматриваются как единственно верные в отношении разных вариантов психического дизонтогенеза, при этом может игнорироваться необходимая медицинская помощь, а психологическая

коррекция не дифференцируется с педагогической и дефектологической.

В действительности существует острая необходимость соотнесения разных видов диагнозов (биологического, педагогического, психологического, медицинского), и только на основании комплексной диагностики возможно построение оптимальной совместной коррекционной работы специалистов-смежников, также важным является сотрудничество, а не соревнование в работе медиков, психологов, педагогов.

Существенную роль в современных условиях играет юридическое обеспечение взаимодействия специалистов разного профиля при оказании помощи детям с нервно-психической патологией и их семьям.

2. Вопросы теоретического обоснования детской клинической психологии.

Детская клиническая психология – часть психологии, и как ее неотъемлемая составляющая, она вобрала в себя во многом историю теоретических исканий, направлений анализа, вариантов методологии, имевших место на долгом исторической пути психологической науки. Рассмотрим некоторые из теорий психологии, которые авторам показались значимыми в контексте клинической психологии детей и подростков и определения ее предмета и методов работы. Не претендуя на полноценное изложение некоторых теорий психологии 20 века, мы все же выбираем следующие: психоанализ, бихевиоризм, гештальт-подход, культурно-исторический подход. Безусловно, свою лепту в развитие клинической психологии детства вносили и другие направления, например, экзистенциальная и гуманистическая психология. В работе И.В. Вачкова содержится анализ динамики представлений о психопатологии детского возраста в контексте изменений в психологической науке и психиатрии, а также в рамках развития психотерапевтической помощи ребенку с дизонтогенезом [2, 3]. Г.В. Залевский дал свою оценку истории развития детской клинической психологии в учебнике по истории клинической психологии [8]. Авторы статьи также высказывали свою точку зрения на историю детской клинической психологии [5, 9], но в рамках данной публикации мы обсуждаем теорию и практику современной клинической психологии детей и подростков, опираясь на ключевые историко-теоретические позиции.

Психоанализ – одно из направлений науки, в котором существенная роль отводилась влиянию особенностей детского развития на последующее функционирование и психическое здоровье взрослого. У З. Фрейда (1856–1939) есть одна работа, посвященная

ребенку-пациенту – «Анализ фобии пятилетнего мальчика» (1907), и еще «Из истории инфантильного невроза», где психоанализу подвергается взрослый пациент, но разбирается его инфантильный невроз [29]. Детский психоанализ своим рождением обязан дочери З. Фрейда – Анне Фрейд (1895–1982). Психоанализ ребенка основан на тех же принципах, что и психоанализ взрослого, различия касаются прежде всего практики. Основатели и главные теоретики, практики и дискуссионты - Анна Фрейд, Мелани Кляйн (1882–1960) [8, 12, 27, 28].

В детском психоанализе актуально большинство понятий, применяемых во взрослом психоанализе, обратим внимание на некоторые термины: внимание к внутренней, душевной психической жизни, сопротивление, защиты, перенос, а также теория объектных отношений (М. Кляйн, Д. Винникот (1896–1971)). Значение имеет периодизация развития в соответствии со стадиями сексуального развития, описанными в психоанализе взрослых, также для детского психоанализа важна работа с разными возрастными группами, обязательна работа с семьей – и это тоже один из принципов детской клинической психологии. В детском психоанализе работа происходит в игре, и/или в творчестве. Игра в данном случае не является самоцелью, она выступает как способ общения терапевта и ребенка, кроме того, в психоанализе важным является обязательный обмен сведениями между психоаналитиком и родителями ребенка. Практика работы известных специалистов, основной целью которых является восстановление хода нормального развития ребенка (Дональд Винникот, Франсуаза Дольто (1908-1988) и др.) показывает, что особое внимание уделялось отношению матери и ребенка, становлению телесности. Эти и другие положения детского психоанализа не противоречат базовым установкам специалистов, работающих в детской клинической психологии в настоящее время. По сей день это наследие вносит свой вклад в развитие представлений об онтогенезе ребенка, движущих силах и проблемных зонах, в формирование диагностических средств (разные виды игры в том числе) и видов психотерапевтической помощи.

Существуют работы отечественных специалистов, практикующих в русле психоанализа (М.К. Бардышевская) и применяющих его методологию, например, психоаналитический театр кукол «ФАНИ», который создал Валерий Лейбин в 1985 году [14].

Для детской клинической психологии важны следующие обсуждаемые (или даже впервые в психоанализе поднимаемые) темы, это взаимодействие ребенка и родителя (отдельно и матери, и отца), проблема сексуального развития ребенка и его проявления на разных стадиях, связь нарушений развития (в частности, в сексуальной сфере) с последующими особенностями и даже психическими расстройствами

ребенка/взрослого в будущем.

Бихевиоральный подход. Родоначальники бихевиорального подхода, как известно, Эдвард Торндайк (1874–1949) и Джон Уотсон (1878–1958). Суть классического подхода состоит в модификации поведенческих стереотипов через использование принципов теории научения (Б. Скиннер (1904–1990), Р. Лазарус (1922–2002)). В России, по-иному, но в этом направлении работали И.П. Павлов (1849–1936) и В.М. Бехтерев (1857–1927). На начальных этапах развития бихевиоризма обращение к детскому возрасту имело место только при сопоставлении развития психики и поведения ребенка и животных. Значение, которое придается поведению в рамках бихевиоризма, трудно переоценить, но также невозможно работать в детской клинической психологии, не анализируя поведение особенного или здорового ребенка [2, 3, 8].

Развитие теории и практики бихевиоризма, особенно необихевиоризма и социального бихевиоризма приводят к появлению и закреплению «детской» тематики в этом научном направлении. Некоторые важные термины: оперантное и классическое обуславливание, условные и безусловные рефлексы, подкрепление, рационально-эмоционально-поведенческая терапия применимы и в настоящем. Как и в клинической психологии, в бихевиоральном подходе осуществляется работа с детьми разных возрастов и их семьями. Одним из наиболее известных методов работы в русле бихевиоризма является прикладной анализ поведения или метод О. Ловааса (1927–2010) (в настоящее время более известен под именем АВА-терапия). Рассматриваются нарушения поведения различной этиологии, но более всего – нарушения при расстройствах аутистического спектра. Идея подхода заключается в том, что социальные поведенческие навыки могут быть привиты детям с тяжелой формой нарушения поведения (аутизм) с помощью системы поощрений. В рамках АВА терапии выделяют ряд этапов: оценка навыков ребенка с целью построить индивидуальную обучающую программу (1 этап); написание индивидуальной программы обучения, помимо навыков работа с нежелательным поведением, программа охватывает почти все стороны жизни (2 этап); собственно реализация программы, внесение необходимых корректив в программу для достижения лучшего результата (3 этап). Следует отметить, что в АВА для многих поведенческих аналитиков радикально-бихевиористская интерпретация является лишь одной из прочих равно принимаемых интерпретаций анализа поведения.

Отечественные специалисты по-разному относятся к прикладному анализу поведения, есть ярые сторонники (в основном,

сертифицированные специалисты по методу работы - Ю. Эрц, М. Сударикова и др.) и столь же ярые противники (Либлинг М.М. и др.) [15, 18, 25].

Отдельно стоит сказать о психотерапевтическом подходе Шевченко Ю.С. – это методика семейно-групповой интенсивно-экспрессивной психотерапии и психокоррекции (ИНТЭКС), в которой сочетаются принципы эволюционного и бихевиорального подходов [30, 31].

Таким образом, бихевиоральный подход заострил внимание на поведении ребенка и его коррекции при нарушениях развития и нервно-психической патологии, что важно для теории и практики клинической психологии детей и подростков.

Гештальт-подход. В рамках гештальт-подхода, кроме экспериментов К. Левина (1890–1947), М. Вертхаймера (1880-1943), детских клинических психологов может заинтересовать и вдохновить не столько теория, сколько практика работы с детьми, с семьей, которая осуществляется с опорой на гештальт-теорию, прежде всего Ф. Перлза (1893–1970) и его последователей. Следует обратить внимание на некоторые базовые термины гештальт подхода: инсайт, контакт, контактирование, построение (и разрушение) фигуры в ходе опыта, который определяется как «граница контакта», динамика фигуры и фона, отношения к себе. Все они актуальны при работе с особенными детьми и их семьями. Фокус на работе с семьей также составляет один из базовых принципов работы. Возможна и проводится современными специалистами работа с детьми разных возрастов

Остановимся на практике работы известных специалистов, например Виолетты (Вайолет) Оклендер (1927–2021). «Окна в мир ребенка» - одна из первых книг по детской гештальт-терапии. В. Оклендер разработаны многие техники и методики работы как с ребенком, так и с семьей, работы с разными сложными психическими и эмоциональными состояниями (например, известна и имеет широкое применение ее техника работы с гневом). Разумеется, речь не идет о детях с грубой нервно-психической патологией, однако в пограничных и дезадаптивных состояниях весьма полезно применять предложенные В. Оклендер особенности терапевтической работы: 1. Рисовать все виды злости, иногда используя просто цвета, линии, формы. 2. Бить по барабану для выражения различных форм гнева. 3. Использовать музыку для иллюстрации агрессивных чувств. 4. Использовать творческие драматизации, чтобы проиллюстрировать гнев (это возможный способ включить в работу тело). 5. Рассказывать истории и читать книги с агрессивными сюжетами. 6. Играть в карточки, на которых написано: "Что тебя злит?" или "Что приводит тебя в

бешенство?" и т.п. 7. Составлять список вещей, которые злят [6, 21].

Очевидно, что некоторые из этих приемов используются многими специалистами - детскими клиническими психологами. Среди отечественных практиков детской гештальт-терапии необходимо отметить Н.Б. Кедрову. В ее работах обсуждаются, например, основные этапы работы с желаниями: 1. Разговор о желаниях, о важности высказывания своих желаний. 2. Исследование окружающей среды, выделение предметов желаний. 3. Узнавание предмета потребности, осознание потребности. 4. Встреча с реальностью, переживание возможности или невозможности осуществления желания. 5. Выбор и обсуждение реального способа действия, адекватного ситуации. Подчеркнем, что такой подход больше показан детям с пограничными расстройствами или дезадаптивными состояниями, однако предлагаемые технологии работы будут полезны и для организации психотерапевтической и, возможно, даже диагностической работы с аномальными детьми [3, 6].

Культурно-исторический подход. Завоеванием отечественной психологии является развиваемый культурно-исторический подход, имеющий своим фундаментом теоретические положения Л.С. Выготского (1896–1934) [4,16]. Предлагаем сопоставить базовые положения культурно-исторического подхода и дать оценку их значению для современной клинической психологии детей и подростков. Такое сопоставление представлено ниже.

Таблица 1.

Базовые положения культурно-исторического подхода и современная клиническая психология

Положения культурно-исторической Л.С.Выготского концепции	Значение для клинической психологии детей и подростков
Принципиальное сходство закономерностей психического развития в норме и при отклоняющихся вариантах развития	Позволяет сопоставить онтогенез и дизонтогенез, выделять типы и виды дизонтогенеза
Системное строение психики ВПФ – имеют системное иерархичное строение, социальные по происхождению прижизненно формируются, опосредствованны и произвольны по реализации.	Дает возможности оценить нарушения развития любого параметра ВПФ или их сочетаний, квалифицировать их.
Закон перехода от натуральных к культурным (опосредствованных)	Базовый закон возрастной психологии, существенно

орудиями и знаками) формам поведения -" закон опосредствования ".	важный для анализа задержанного и других форм аномального развития.
Закон перехода от социальных к индивидуальным формам поведения (средства социальной формы поведения в процессе развития становятся средствами индивидуальной формы поведения). Закон перехода функций извне внутрь. "Этот процесс перехода операций извне вовнутрь мы и называем законом «вращения», интериоризации	Позволяет выделить основные варианты нарушения психики (поведения, интеллекта, эмоций), конкретные показатели задержки/искажения развития, определить первичный или вторичный дефект
Значение времени возникновения ВПФ, соотношение натуральных и высших психических функций	Дает возможность прежде всего учитывать первичный и вторичный дефекты
Значение социальной ситуации развития на всех этапах онтогенеза (развитие идей Выготского на все время онтогенеза-дизонтогенеза).	Указывает на социальные факторы и их роль в возникновении и специфике нервно-психических нарушений, позволяет ориентироваться в возможностях коррекции.
Понятие зоны ближайшего развития (возможно – представление о ближайшей зоне распада в ситуации патологии).	Определяет ресурс для прогноза, возможностей абилитации или реабилитации; дает критерии оценки дефекта (зоны ближайшего распада), прогноза развития в целом.

В рамках предлагаемого подхода работает значительная часть отечественных детских клинических психологов. Очевидно, что подробное обсуждение культурно-исторического подхода в отечественной клинической психологии детей и подростков требует отдельной публикации. Классиками отечественной патопсихологии, в том числе и ее детского звена, по праву считаются Б.В. Зейгарник (1900–1988), С.Я. Рубинштейн (1911-1990). В области детской нейропсихологии большая работа проделана Э.Г. Симерницкой, Т.В. Ахутиной, Ж.М. Глозман, Ю.В. Микадзе, А.В. Семенович и другими [8, 10, 22].

Отечественная детская клиническая психология, опираясь на культурно-исторический подход как базовую методологию,

предложила много новых форм практической работы с аномальными детьми, а также разрабатывала теорию [16, 17, 20, 22, 26, 32,]. Следует отметить вклад возрастных и детских психологов в общую теорию развития (Эльконин Д.Б (1904-1984), Лебединский ВВ. (1927-2008), Обухова Л.Ф. (1938-2016), Никольская И.М. (1954-2016), Смирнова Е.О. (1947-2020), Залевский Г.В. (1938-2021) и других), а также детских психиатров в оценку детской психопатологии и дизонтогенеза (Сухарева Г.Е (1891-1981), Мнухин С.С. (1902-1972), Вроно М.Ш.(1918-1990), Лебединская К.С. (1925-1993), Исаев Д.Н (1929-2014). Ковалев В.В. (1929-1993), Башина В.М. (1927-2014), Эйдемиллер Э.Г. (1943-2020), Симашкова Н.В. (1954-2022) и многих других) [16, 17, 20, 24, 26, 32, 33].

3. Современная практика в детской клинической психологии.

В 21 веке практическая составляющая детской клинической психологии, по-видимому, является ведущей [4, 5, 9, 16, 17]. Однако имеет смысл рассмотреть те запросы практики, которые способствуют дальнейшему развитию теории. Это и социальные практики, и реальная работа специалистов. Среди них хотелось бы отметить следующие:

- глобализация в мире и осмысление ее значения для развития психики ребенка;
- вопросы гендерного развития, влияние практики на теорию (различие отечественного и зарубежного подхода) в настоящее время;
- возрастная периодизация (ее динамика в практической работе и неполное осмысление в теории, изменение границ возрастных периодов);
- цифровые технологии и гаджеты (плюсы и минусы их влияния на психическое развитие современного ребенка и на динамику патологического развития);
- динамика семьи (изменение старых стандартов, появление новых видов семьи и т. п.);
- динамика в образовательной сфере (новые программы и стандарты образования, введение инклюзии, ранней специализации и др.);
- изменения в формах оказания медицинской помощи (от перинатальной медицины до онкологии, кардиологии, эндокринологии и др.);
- изменение представлений о норме и патологии.

Очевидно, динамика социальной ситуации развития, с которой мы сталкиваемся в настоящем, будет требовать новых теоретических гипотез, обновления классических представлений.

Современные направления практической работы в детской клинической психологии в 21 веке можно представить в следующем

виде:

- расширение сфер психологического вмешательства от диагностики и коррекции к клинико-психолого-педагогическому сопровождению детей с ОВЗ («аномальных детей») и детей с особыми образовательными потребностями.
- изменение соотношения потребности в специалистах в сторону увеличения нейропсихологической диагностики, коррекции и сопровождения по сравнению с традиционной патопсихологической диагностикой;
- увеличение запроса и работы с психосоматическими расстройствами в детстве, с психологическими проблемами детей с соматической патологией (диагностика, сопровождение и реабилитация);
- продолжение работы с семьей особых детей во всех контекстах; психологическое просвещение для родителей;
- расширение практической работы с детьми с СДВГ и РАС (диагностика, сопровождение, коррекция, реабилитация и абилитация в тяжелых случаях);
- помощь в разных областях медицины, работа с медперсоналом (просвещение, выгорание и др.);
- работа с различными видами патологии из всех основных областей медицины;
- профилактика, прогноз развития (как психического развития ребенка в условиях болезни, так и самой болезни, проблема дизонтогенеза);
- вопросы приверженности лечению и комплаенса (родитель – ответственное лицо, он выбирает и соглашается или отвергает лечение, вмешательство, сопровождение).

Приведем **примеры новых практик** в детской клинической психологии, часть из которых – суть развитие уже имевшей место практической работы, другая – новые сферы приложения. Одним из существенных изменений является расширение работы с разными видами патологии во всех вариантах деятельности - диагностике, коррекции, реабилитации, социализации. Большое значение имеет обновление в перинатальной психологии, в том числе изучение детей, рожденных с помощью ВРТ (вспомогательных репродуктивных технологий), или детей, выхаживаемых при глубокой недоношенности, изучаются динамические изменения в семье с указанными особенностями рождения детей. Отдельная и глубокая научно-практическая работа ведется с детьми, страдающими редкими, орфанными заболеваниями. Развивается и расширяется нейропсихологическая коррекция, применяемая для детей разного возраста и видов онтогенеза/дизонтогенеза. Увеличивается применение

в практике интегративных технологий, пришедших из психоанализа, гештальт-терапии, бихевиорального подхода и других направлений. Практическое здравоохранение ставит задачу оценки рисков отклоняющегося развития, дизонтогенеза, в этом принимают участие и клинические психологи, разрабатывая средства для скрининга и экспресс-диагностики.

Новым в 21 веке является расширенный формат работы с общественными организациями: сообществами родителей детей с определенными видами патологии, с благотворительными фондами. В этом же ряду и повышенный интерес к отдельным формам (симптомам, синдромам) патологии, имеющим общественный резонанс (самоповреждение, нарушение пищевого поведения, буллинг, агрессия и суицидальное поведение, зависимое поведение, ПТСР, актуальные и отдаленные последствия органической патологии).

Цивилизационные изменения ставят вопросы об оценке «цифрового» поколения («за» и «против»), реагировании специалистов клинической психологии детства на вызовы 21 века: последствия глобализации и изменений в социуме (миграция, билингвизм, изменение семейных отношений, систем образования и др.) и достижений науки в области познания нейрофизиологических основ психики, разработок в области искусственного интеллекта.

Заключение. Таким образом, к 21 веку в область интересов детской клинической психологии прочно вошли:

- Новые **научные идеи и разработки** (понятие онтогенеза-дизонтогенеза, пластичности детского мозга; детский психоанализ, теория системного строения психики, культурно-исторический подход, когнитивно-бихевиоральный и гештальт подход, телесно-ориентированная терапия и т.п.).

- Новые **средства диагностики, лечения** (нейровизуализация, МЭГ, цифровые технологии диагностики, новые типы лекарственных препаратов, диетотерапии, двигательные и физиотерапевтические практики и т.п.).

- Диагностика нормального и отклоняющегося развития по **международным стандартам**.

- Новые **образовательные стратегии и технологии**: индивидуальный подход и инклюзия, возможности сопровождение (тьюторы и т.п.).

- Новые **виды патологии и видоизменение уже известных** (биологически и культурально обусловленные – аутизм, СДВГ, генетические синдромы с современной диагностикой по генотипу, ПСТР, зависимости, так называемый «кнопочный интеллект» и т.п.).

- Обращение к международным классификациям – МКБ 10 и МКБ 11, DSM4, МКФ, широко используемые психологами в научно-практической работе.

Структура детской клинической психологии на современном этапе может быть представлена следующими разделами:

- Психология дизонтогенеза или клиническая психология развития
- Нейропсихология детская
- Патопсихология детская
- Детская психосоматика.
- Психология соматически больного ребенка.
- Перинатальная психология.
- Клиническая психология семьи
- Психология здоровья детей и подростков
- Психологические вмешательства в детско-подростковом возрасте (консультирование, терапия, коррекция, абилитация и реабилитация).

Завершая обзор современных проблем и тенденций развития теории и практики детской клинической психологии, следует еще раз подчеркнуть ее междисциплинарное положение, готовность к интеграции нового в практику и в теорию. Вопросы средств диагностики и возможностей психологического вмешательства на современном этапе развития науки и практики требуют отдельного обсуждения.

Литература

1. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. О формате патопсихологической диагностики на основе культурно-исторической детской патопсихологии //Редакционная коллегия. – 2020. – Т. 18. – С. 187.
2. Вачков И. В., Галиева М. Г. Становление представлений о психологической помощи детям с психическими заболеваниями в период с конца XIX века по 30-е годы XX века //Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Педагогика и психология. – 2017. – №. 3. – С. 111–125.
3. Вачков И. В., Галиева М. Г. Становление представлений о детях с психическими нарушениями и путях психологической помощи им с тридцатых годов XX в. до нулевых годов XXI в //Вестник Московского городского педагогического университета. Серия: Педагогика и психология. – 2018. – №. 2. – С. 78–96.
4. Выготский Л.С. Основы дефектологии. СПб.: Лань, 2003.
5. Горячева Т.Г., Зверева Н.В. Клиническая психология детства в России: исторические векторы развития //От истоков к современности: матер. юбилей. конф. – М., 2015. - С.264 – 266.
6. Детская и подростковая психотерапия: учебник для бакалавриата и магистратуры / под ред. Е. В. Филипповой. — М.: Издательство Юрайт, 2016.

7. Дружиловская О. В. и др. Научно-историческое наследие ГЯ Трошина и его значение для современной специальной психологии и педагогики //Культурно-историческая психология. – 2008. – Т. 4. – №. 3. – С. 11–16.
8. Залевский Г. В., Кузьмина Ю. В. История клинической психологии. – М.: Юрайт, 2019.
9. Зверева Н. В., Горячева Т. Г. Детская клиническая психология: история и современное состояние //Медицинская психология в России. – 2015. – №. 2 (31). – С. 2.
10. Зейгарник Б.В. Патопсихология. МГУ, 1986
11. Иванова А.Я. Сборник трудов по патопсихологии детского возраста/ А.Я. Иванова, Э.С. Мандрусова; под ред. Э.С. Мандрусовой – М-Берлин: Директ –Медиа, 2015.
12. Кляйн М. Детский психоанализ / пер. О. Бессоновой. Институт общегуманитарных исследований, 2010.
13. Лебединская К. С., Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. – 2019.
14. Лейбин В. М. К истории детского психоанализа //познание и переживание Учредители: Московский институт психоанализа. – 2021. – Т. 2. – №. 3. – С. 80–93.
15. Либлинг М. М. Десять аргументов против АВА-терапии //Альманах Института коррекционной педагогики. – 2014. – №. 20. – С. 27–28.
16. Лубовский В. И. Методологические проблемы специальной психологии //Специальная педагогика и специальная психология: современные методологические подходы. – 2013. – С. 9–36.
17. Мамайчук И.И. Проблемы и перспективы развития детской клинической психологии / И.И. Мамайчук // Петербургский психологический журнал. – 2014. - №8. –С.26-27.
18. Мелешкевич О., Эрц Ю. Особые дети. Введение в прикладной анализ поведения. Изд-во «Бахрах-М», 2014.
19. Мэш Э., Вольф Д. Детская патопсихология //Нарушения психики ребенка. М.: АСТ. – 2003.
20. Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Аутичный ребенок. Пути помощи. М.: Тервинф, 1997
21. Оклендер В. Окна в мир ребенка. Руководство по детской психотерапии. М. 2007.
22. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника. - 3-е изд., перераб. и доп.-М.: Просвещение, 1986.
23. Руководство по детской психиатрии в 2-х тт / под ред. Джозефа М. Рея; пер. с англ. К. Мужановского – К.: Горобец, 2018 – Т.1.
24. Смирнова Е. Детская психология: учебник для вузов. – Litres, 2022.
25. Сударикова М. А. и др. Использование методов и технологий прикладного анализа поведения (АВА) в обучении навыку пользования туалетом ребенка с РАС //Аутизм и нарушения развития. – 2014. – Т. 12. – №. 3. – С. 51–55.
26. Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста (Избранные главы). М: Медицина 1974.

27. Тайсон, Ф. Тайсон, Р. Психоаналитические теории развития / Под общ. ред. М. В. Ромашкевича; [Пер. с англ. А. В. Решетников и др.]. - Екатеринбург: Деловая Кн., 1998.
28. Фрейд А. Детский психоанализ. – Издательский дом " Питер", 2003.
29. Фрейд З. Психоанализ детских страхов. – Азбука-Аттикус, 2022.
30. Шевченко Ю. С. Концепция интегративной онтогенетически ориентированной (реконструктивно-кондуктивной) психотерапии //Клиническая психология в здравоохранении, образовании и социальной сфере: онтогенетически ориентированные подходы. – 2022. – С. 4–40.
31. Шевченко Ю. С., Корень Е. В., Куприянова Т. А. Эволюционно-биологическая концепция ГЕ Сухаревой как основа отечественной детской психиатрии //Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30. – №. 1. – С. 40–45.
32. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия: учеб. пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2003.
33. Эльконин Д.Б. Детская психология. Изд.6-е, стереотипное. Москва: Академия, 2011.
34. Ягина Е. Н. Библиометрический анализ современного состояния детской клинической психологии в контексте исторического развития //Научная инициатива в психологии. – 2021. – С. 190–195.
35. Garralda, M.E. Mind and Developmental Psychopathology in Childhood / M.E. Garralda, J.P. Raynaud //UK, Copyringht 2012 by International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP), 2012.

Горячева Т.Г., Зверева Н.В.

КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ЗАДАЧИ И ОСНОВНЫЕ ПОДХОДЫ

Аннотация. В статье обозначены подходы к клинико-психологической диагностике в детском возрасте. Анализируются основные направления диагностического исследования: патопсихологическое, нейропсихологическое и возрастная специфика. Обсуждается возможность применения вышеуказанных подходов в интерпретации данных, полученных от различных методических комплексов. В обсуждении теории и практики показана совместимость указанных подходов и применение их при обследовании ребенка с особенностями психического и соматического развития.

Ключевые слова: клинико-психологическая диагностика, детский возраст, патопсихология, нейропсихология, психосоматика.

Введение. Традиционно в область клинической психологии детей и подростков включаются детская патопсихология, детская

нейропсихология, детская психосоматика. Базовыми практическими задачами в каждой из этих областей являются задачи психологической диагностики и квалификации состояния ребенка, определение типа дизонтогенеза, обозначение перспектив развития ребенка на фоне болезни/дизонтогенеза, а также вопросы образовательной стратегии применительно к каждому конкретному случаю. Для специалистов, работающих в смежных с клинической психологией областях, для обучающихся профессии клинического психолога всегда встает вопрос: в чем различие (если оно есть) между пато- и нейропсихологической диагностикой – по задачам, по методам и техникам работы, по квалификации механизмов нарушения и возможностям дифференциальной диагностики, по практическим выходам, по способам написания заключения и т.п.

В последние годы со стороны общества актуальным является запрос на помощь детям с разными вариантами отклоняющегося развития, причем не только детям с нервно-психической патологией и детям, имеющим умственную отсталость и/или задержку психического развития, но и детям со стертыми, невыраженными или своеобразными когнитивными и эмоционально-личностными нарушениями, а также соматически больным и соматически ослабленным детям. Это требует расширения средств диагностики и определяет интенсивное развитие клинико-психологической диагностики особых детей. Существует разделение детской клинической психологии на детские патопсихологию, нейропсихологию и психосоматику, однако важным является и комплексный возрастной клинико-психологический подход в выборе средств диагностики и способов последующей помощи/коррекции. В этом случае не всегда возможно точно определить принадлежность того или иного диагностического средства «только» к патопсихологическим или нейропсихологическим способам диагностики. Средства диагностики в разных областях детской клинической психологии, безусловно, пересекаются, есть выраженное своеобразие задач и способов оценки и квалификации полученной симптоматики, также может иметь своеобразие и формат написания заключения [1, 3, 5].

Для клинической психологии детского возраста представление о первичном дефекте имеет важное методологическое значение, поскольку указывает на то, что ведущим патогенетическим фактором, приводящим к тем или иным аномалиям психического развития, могут выступать нарушения работы нервной системы, «патология работы мозга» - по образному выражению Б.В.Зейгарник применительно к патопсихологии. Представления о вторичных следствиях играют ведущую роль в патопсихологии детского возраста, поскольку

представляют собой нарушения, возникающие опосредованно, под действием средовых воздействий, детерминирующих ход процесса аномального социального развития. Ведущим патогенетическим фактором в этом случае выступает измененное функционирование тех или иных психологических механизмов. Все это указывает на необходимость комплексного подхода при проведении клинко-психологического обследования ребенка с психической патологией и нарушениями развития.

Как правило, в клинко-психологическом обследовании ребенка используют методы и методики общей, возрастной, медицинской (пато- и нейро) психологии. Все методы применяются с учетом возраста ребенка и специфики поставленных перед клиническим (медицинским) психологом задач.

Патопсихологическая диагностика часто применяется для решения ряда дифференциально-диагностических задач, оценки интеллектуально-личностного состояния ребенка, динамики его развития (когнитивного, эмоционального, социального) на фоне болезни. Существенное место занимает анализ актуальных и потенциальных возможностей и ограничений обучения и адаптации. В патопсихологическом исследовании учитывается дефицитарность, недостаточность и искажение познавательной сферы и социальной адаптации, особенности эмоционально-личностного развития и мотивационной сферы ребенка. Делается акцент на дифференциальный диагноз и оценку фазы заболевания (острый период или состояние ремиссии). Методологически патопсихологическое обследование детей с нарушением психического развития имеет общие принципы проведения и задачи с патопсихологическим исследованием взрослых, но существует ряд особенностей, определяемых спецификой детского возраста. При грубых нарушениях развития и психической патологии у детей (при РАС, шизофрении, эпилепсии, различных органических поражениях ЦНС, пограничных состояниях) рекомендуемый набор методик для диагностики связан непосредственно с отдельным заболеванием, «заточен» на проявления и симптомы, которые не всегда может выявить психиатр в беседе и применяя другие средства [2, 3, 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 23]. Следует учитывать, что чем моложе ребенок, тем большую роль в диагностике его психического развития играют, так называемые, «возрастные» симптомы, которые показывают изменения параметров нормального возрастного развития. Поэтому при дифференциальной диагностике необходимо обращать внимание на те психологические особенности, которые в данном возрасте особенно проявляются признаками болезненной симптоматики (например, «страхи здоровых детей» и патологические фобии; патологическое и

определяемое возрастом фантазирование и др.). В связи с этим в патопсихологической оценке больного ребенка можно выделить два вида симптомов: специфичные (типичные) для данного заболевания и нарушения развития, которые появились под влиянием болезни. Явления повреждения и недоразвития психических процессов по-разному проявляются в зависимости от возраста. Чем моложе ребенок, тем более выражены явления недоразвития и искажения [8, 17].

Таким образом, в процессе патопсихологического исследования детский клинический психолог будет решать следующие задачи: выявление и систематизация (квалификация) патопсихологической симптоматики, выделение первичных и вторичных нарушений, сохранных компонентов психики (во всех сферах), комплексная оценка адаптации и социализации ребенка, отдельно стоит задача составления программы предполагаемой психологической помощи ребенку с нарушениями психического развития.

Нейропсихологическая диагностика осуществляется для оценки дисфункций и дефицитарности психического развития, выявления сохранных и дефицитарных звеньев в случае патологии и/или заболевания нервной системы. Проводимое нейропсихологическое обследование позволяет выделить как относительно завершенные и четко очерченные нейропсихологические синдромы при локальных повреждениях мозговых структур, так и выделить проявления нарушений развития при резидуальном органическом поражении ЦНС (дисфункция и дефицитарность), определить особенности индивидуального развития ребенка. Среди методических подходов диагностики отклонений и особенностей психического развития ребенка своя роль имеется у нейропсихологического исследования, варианты которого применяются во всех клиниках для детей с нервно-психической патологией, а также в школах для определения возможных причин отдельных видов школьной неуспеваемости (дисграфия, дислексия, дискалькулия и др.) [1, 4, 5, 6, 16, 19, 20, 24, 26]. На основе нейропсихологических данных специалист может судить о масштабах и тяжести поражения ЦНС и вовлеченности мозговых систем в патологический процесс, уточняется вопрос о первичных и вторичных дефектах в структуре психических нарушений, дается представление о сохранным фонде высших психических функций, о недостаточной сформированности (нарушении) ряда нейропсихологических факторов [16, 19, 20, 24, 25, 26].

Дифференциальная нейропсихология рождалась из поиска и изучения связей индивидуально-психологических и морфофункциональных параметров мозга взрослого и ребенка при

разных вариантах онтогенеза/дизонтогенеза. Это относительно новое направление в нейропсихологическом подходе включает синтез психологических и нейробиологических знаний, позволяет выявить индивидуальные различия в формировании психических функций на разных этапах нормального психического развития ребенка, в нем определяются индивидуальные особенности онтогенеза/дизонтогенеза, фиксируются отклонения в развитии каждого ребенка. Знания об индивидуальных особенностях психического развития ребенка позволяют при помощи синдромного анализа выявить соотношение имеющегося отклонения с функционированием тех или иных систем мозга, определить индивидуальность развития высших психических функций и особым образом построить психолого-педагогический и/или коррекционный процесс. Таким образом, своевременное обнаружение механизма школьной неуспеваемости и дезадаптации может предотвратить застревание на ранних этапах развития [14, 20].

Диагностика **психосоматической патологии** и особенностей психики ребенка с **соматической патологией** в нашей стране разработана недостаточно. При работе с соматически больными и ослабленными детьми в первую очередь обращается внимание на снижение работоспособности и изменением в этой связи когнитивных функций (внимания, памяти и др.), на изменения в эмоционально-личностной сфере и искажение развития телесности [8]. Психологическая диагностика в соматической клинике имеет ряд особенностей, которые связаны с состоянием ребенка, вызванного типом отклоняющегося дизонтогенеза и соматическими заболеваниями. Довольно часто выявляется сочетанная структура психологического дефекта. Для детской психосоматики, как и для всей детской клинической психологии, существенное значение имеет диагностика семейной ситуации, детско-родительских и родительско-детских отношений [15,22,23].

О типах диагностики. Традиционное деление на патопсихологическую, нейропсихологическую диагностику и психологическую диагностику соматических состояний на сегодняшний день является не столь актуальным, как это было на этапах становления детской клинической психологии. В настоящее время необходимо говорить о комплексном, синтетическом подходе в клинико-психологической диагностике с учетом качественной специфики работы ребенка в диагностике, особенностей самой патологии, а также своеобразия задач и средств диагностики.

Комплексный подход ставит перед детским клиническим психологом ряд практических задач. Одна из первых и особо важных заключается в установлении структуры дефекта. Тщательный анализ структуры отклонений психического развития ребенка является важным как

при известных уже нозологиях, так и при изучении и описании новых, недостаточно изученных форм нарушений. При решении задачи установления или описания структуры дефекта целесообразно использовать вышеуказанные подходы к клинко-психологическому обследованию (тестированию) ребенка.

Определение особенностей и структуры отклонений в психическом развитии ребенка является важным аспектом в деятельности детского клинического психолога. Это необходимо для: 1) помощи медикам (медицинского, врачебного ведения больного ребенка); 2) прогноза дальнейшего течения болезни или развития ребенка; 3) разработки индивидуального пути психологической коррекции, реабилитации и абилитации больного ребенка или ребенка с отклонениями в развитии как на стационарном, так и на амбулаторном этапе; 4) рекомендаций по социальной помощи, определения направления образовательного процесса и будущей профориентации ребенка с особенностями психического развития. Установление так называемого психологического диагноза в зависимости от поставленных целей и на разных этапах развития ребенка будет требовать включения различных подходов к комплектации методического инструментария и к интерпретации полученных эмпирическим путем данных.

В этом случае объектом психологической диагностики будет не только психика больного ребенка, как таковая, но и вся «социальная ситуация развития» по Л.С.Выготскому, которая сложилась к моменту обследования, и в которой развивался маленький пациент.

Применение полного набора клинко-психологических методов, констатирующих психическое развитие ребенка в максимально полном объеме, не представляется возможным из-за обширности и трудоемкости. Учет особенностей больного ребенка, его повышенную утомляемость и истощаемость требует подбора методик под определенные задачи. Из поставленных задач формируется план клинко-психологического обследования ребенка [5, 8]. Учитывая клиническую картину, медицинские данные, различные запросы: врачей (педиатров, невропатологов, психиатров и др.), педагогов, логопедов, дефектологов, социальных работников, родителей, клинко-психологическое исследование ребенка будет иметь определенную направленность. Для психиатров это скорее патопсихологическая интерпретация, для невропатологов – нейропсихологическая. Однако нередко приходится совмещать эти подходы, т.к. патопсихологическая симптоматика может развиваться у пациента с органической недостаточностью мозга, а задержки психического развития ребенка церебрально-органического генеза требуют нейропсихологической интерпретации для подбора медикаментозного лечения и составление программ нейропсихологической коррекции,

кроме того, большое значение имеет опыт нейропсихологической диагностики во взрослой клинике психиатрии, выработанный в последние десятилетия. Поэтому в работе практического клинического психолога должен использоваться весь арсенал методик для детей с использованием соответствующих интерпретаций и видов диагностики:

1. Нозологическая и топическая диагностика.
2. Диагностика типа дизонтогенеза.
3. Семейная диагностика.
4. Диагностика для проведения разных психологических вмешательств, коррекции, реабилитации/абилитации и сопровождения.
5. Диагностика для проведения медицинских вмешательств и подбора терапии.
6. Диагностика динамики развития на фоне болезни (терапевтическая, катамнестическая).
7. Диагностика в экспертных задачах (обучение, профориентация, инвалидность, юридические вопросы семьи и опеки).

На современном этапе комплексной клинико-психологической диагностики необходимо прислушиваться и к формату работы в рамках номотетического или идиографического подходов. Номотетический подход предполагает поиск общих закономерностей нарушения психики, преимущественно количественную оценку, предполагается повторяемость результатов (при сходстве инструментария и состояния обследуемых). Идиографический подход нацелен на качественный анализ, реализуется индивидуальный подход и выявляются уникальные индивидуальные данные наличного состояния и особенности развития ребенка, соответственно, требование повторяемости результатов не может быть непосредственно реализовано.

Сравнивая эти два подхода, убеждаемся, что для номотетического подхода – это преимущественно психометрика, стандартизованные методы и методики, а для идиографического – проективные техники и качественные методики. Отечественный арсенал патопсихологии может быть частично отнесен к экспертным или клиническим методам, занимая, в определенном смысле, промежуточное положение, когда учитывается и индивидуальное в развитии, и соответствие возрастным нормативам.

Используя стандартизованные методы, которые требуют соблюдения достаточно строгих, сформулированных в явной форме правил, можно обеспечить постановку психологического диагноза (и на его основе прогноз развития) с вероятностной точностью. Однако выставленный диагноз оказывается более надежным по отношению к группе испытуемых, чем по отношению к отдельному испытуемому, пациенту.

Экспертные или клинические методы отражают профессиональный опыт, психологическую интуицию самого психодиагноста, они незаметны везде, где не разработаны (или неизвестны) стандартизированные процедуры, также востребованы при индивидуальной оценке развития или типа дизонтогенеза.

Существуют и по сей день развиваются давние связи детской клинической психологии с другими науками в сфере диагностики детей и подростков с нервно-психической патологией (дефектология-логопедия, детская пато- и нейропсихология, психиатрия, неврология). В таблице 1 представлены некоторые методические подходы в контексте идиографического и номотетического подхода в этих видах научно-практической деятельности.

Таблица 1.

Подходы к диагностике в междисциплинарном взаимодействии

Научно-практическое Направление	Идиографический подход	Номотетический подход
Дефектология [13, 18, 22]	Необходим при разработке индивидуального плана коррекционных занятий	Оценка интеллекта (IQ) с помощью теста Векслера и др., общая оценка интеллектуального развития
Психология [5, 6 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 20, 23, 24.24, 25, 27, 28]	Проективные и экспериментальные методы классической клинической психологии, на первом месте стоит качественный анализ (незаконченные предложения, РАТ, рисуночные методики, качественный анализ патопсихологической и нейропсихологической диагностики)	Доказательная наука предполагает применение стандартизованных, верифицированных, имеющих валидность методик и психометрических тестов, диагностических комплексов на оценку IQ и другие параметры интеллектуальной и эмоционально-личностной сферы, в нейропсихологии – количественная балльная оценка результатов
Медицина (психиатрия, неврология) [2, 13, 23]	Индивидуальный подход реализуется в клинической беседе, оценке состояния при обходах. Необязательная воспроизводимость результатов, значение	Оцениваются общие закономерности проявлений болезни с помощью стандартизованных психиатрических и психометрических шкал.

	индивидуальной динамики в оценке течения болезни	Обязательная воспроизводимость результатов при учете динамики состояния, возможность применения для фиксации видов динамики (возрастной, лечебной)
--	--	--

Очевидно, что комплексная диагностика особого, аномального, с нервно-психической и соматической патологией ребенка с необходимостью требует применения как диагностических средств разных направлений (номотетических и идиографических) и сочетания средств диагностики, разработанных в различных научно-практических областях знания. В классической традиции отечественной клинической психологии всегда остаются качественный анализ клинко-психологического обследования ребенка, выделение структуры психического дефекта, индивидуальный подход к сопровождению больного ребенка. Это касается всех областей практики: нейропсихологический подход в коррекционно-развивающем обучении, деятельностный подход при психологической коррекции и др.

Резюме. Вопросы возможной стандартизации психологической диагностики в клинике обсуждаются в России уже в течение ряда лет, однако окончательного решения до сих пор нет и это не случайно. Известно, что в медицине провозглашены два направления в оказании лечебной помощи: работа по стандарту (основан на доказательной науке) и стремление максимально индивидуализировать подход к каждому пациенту. Возможно, такое двойственное понимание помощи будет существенно и для психологии, что требует комплексного подхода в диагностике с учетом номотетического и идиографического подхода, психометрических тестов и качественных методик отечественной патопсихологии. Зарубежная психология владеет достаточно богатым проверенным арсеналом психометрических, стандартизированных тестов [3, 11, 27]. Однако в современной психологии начинает отчетливо складываться ощущение их ограниченности, особенно для детского возраста. Для глубокого исследования индивидуальных особенностей и формулирования предположений о механизмах психологического дефекта у ребенка нужен комплексный подход [1, 14, 19]. Опора на опыт классиков (отечественных и зарубежных) и в диагностике, и в реабилитации, и во всех видах вмешательства в рамках детской клинической психологии – ключ к успешности деятельности специалистов в области детской клинической психологии. Важным является также учет изменяющейся социальной ситуации в культурно-историческом контексте.

Глобализация общества и национальная специфика требуют сочетания «мировых» стандартных процедур оценки и адаптированных или специально созданных отечественных вариантов для разных видов диагностики (нозологическая, оценка интеллекта, личностного и социального функционирования).

Литература

1. Ахутина Т. В., Матвеева Е. Ю., Романова А. А. Применение Луриевского принципа синдромного анализа в обработке данных нейропсихологического обследования детей с отклонениями в развитии // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. – 2012. – №. 2. – С. 84-95.
2. Белопольская Н. Л. и др. Проблемы психологической диагностики и коррекции нарушений поведения у детей // Коррекция и профилактика нарушений поведения у детей с ограниченными возможностями здоровья. – 2011.
3. Венгер А.Л., Морозова Е. И. Клиническая психология развития. — М.: Юрайт, 2018
4. Горина И. С., Горячева Т. Г., Ковтонюк С. В. Нарушения высших психических функций у подростков после черепно-мозговой травмы легкой степени тяжести // Национальный психологический журнал. – 2019. – №. 4 (36). – С. 102-113.
5. Горячева Т.Г., Комолов Д.А. Методы клиничко-психологической диагностики аномалий развития. М., Ridero. 2019.
6. Горячева Т.Г., Никитина Ю.В. Расстройства аутистического спектра у детей. Метод сенсомоторной коррекции. – Litres, 2019.
7. Добряков И. В., Никольская И. М. Клиническая психология семьи и перинатальная психология как разделы медицинской (клинической) психологии // Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – №. 2. – С. 104-108.
8. Зверева Н. В., Горячева Т. Г. Клиническая психология детей и подростков. 2-е изд. М.: Академия. 2015.
9. Зверева Н.В. Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление) / Москва: ООО "Издательство МБА", 2014.
10. Зверева Н.В., Хромов А.И., Сергиенко А.А., Коваль-Зайцев А.А. Клиничко-психологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (память и внимание). – М.: ООО «Сам полиграфист», 2017.
11. Зверева Н. В., Строгова С. Е. Детский тест Векслера (WISC): экспертное и научное значение для детской клинической психологии // Ярославская психологическая школа: история, современность, перспективы: сборник материалов Всероссийской научной конференции. 8–10 октября 2020 г. / отв. ред. А. В. Карпов. – Ярославль: Филигрань, 2020. С. 601–605
12. Зверева Н. В., Назаренко А.Е. Особенности когнитивного и проективного аспектов эмоциональной сферы у младших подростков в норме и при шизофрении НЦПЗ РАМН, МГППУ (Москва) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008. – Т. 8, № 1. – С. 41–48.

13. Коробейников И.А. Диагностика нарушений психического развития у детей в контексте проблем интеграции междисциплинарного знания. // Дефектология. - 2004 - №1.
14. Корсакова Н. К., Микадзе Ю. В., Балашова Е. Ю. Неуспевающие дети: нейропсихологическая диагностика младших школьников. М.– 2017.
15. Куртанова Ю. Е. Психологическая диагностика в детской соматической клинике. // Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. М., - 2021 - С.182-190
16. Лассан Л.П., Вершинина Е.А. Психологическая диагностика нейрокогнитивного дизонтогенеза: учебно-методическое пособие. СПб.: Изд-во РГПУ, 2012.
17. Лебединская К. С., Лебединский В. В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. – М., 2019.
18. Левченко И. Ю., Забрамная С.Д. Психолого-педагогическая диагностика развития лиц с ограниченными возможностями здоровья //М.: Издательский центр «Академия. – 2013.
19. Методы нейропсихологической диагностики (хрестоматия под. ред. Балашовой Е. Ю., Ковязиной М.С.), М, 2009.
20. Микадзе Ю. В. Нейропсихология детского возраста: Учебное пособие. – Издательский дом " Питер", 2012.
21. Микадзе Ю.В. Методологические тенденции в современном развитии нейропсихологической диагностики. // Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. М., - 2021.- С.44-54.
22. Рубинштейн С. Я. Психология умственно отсталого школьника [Электронный ресурс] //М.: Ин-т общегуманит. исследований. – 2016.
23. Семаго М.М, Семаго Н.Я Диагностико-консультативная деятельность психолога образования. М Айрис пресс, 2004.
24. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002.
25. Сергиенко А. А. и др. Нейропсихологический метод в дифференциальной клинико-психологической диагностике когнитивных нарушений у детей и подростков с психической патологией //Клиническая и специальная психология. – 2017. – Т. 6. – №. 2. – С. 141-157.
26. Симерницкая Э.Г. Нейропсихологическая методика экспресс диагностики «Лурия-90». М. 1990.
27. Трушкина С. В., Скобло Г. В. Применение методики "Диагностика психического развития детей от рождения до трех лет" в клинической психологии и психиатрии //Национальный психологический журнал. – 2022. – №. 3 (47). – С. 97-107.

**Зверева Н.В., Строгова С.Е., Балакирева Е.Е., Блинова Т.Е.,
Зверева М.В., Горюнов А.В., Хромов А.И.**
**ПРИМЕНЕНИЕ «ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ» В
НАУЧНОЙ И ПРАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЕ В ДЕТСКОЙ
КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

Аннотация. Статья посвящена применению технологии «патофизиологический профиль» в оценке психической деятельности пациентов детского и подросткового возраста в рамках научно-клинических исследований.

Рассматривается история применения подобных процедур в истории клинико-психологических исследований, а также конкретные исследования, касающиеся детей с формирующимся дефектом при прогрессивной шизофрении, детей и подростков с шизотипическим расстройством, детей и подростков с обсессивно-компульсивными расстройствами, и подростков с расстройствами пищевого поведения. Делается вывод о применении подобной технологии в совместной научной работе психологов и психиатров, а также даются практические рекомендации клиническим психологам для более точной расстановки акцентов при проведении экспериментально-психологической диагностики и при написании заключений.

Ключевые слова: «патофизиологический профиль», дети и подростки, экспериментально-психологическое исследование, расстройства круга шизофрении.

Введение. Клинико-психологические исследования в течение многих лет являются неотъемлемой частью клинико-психопатологических работ, особенно это важно, когда речь идет о детско-подростковой психиатрии. Психическое развитие, интенсивность которого меняется с годами, искажаясь под влиянием болезни, необходимо оценить с точки зрения степени отклонения от нормативного по разным линиям: интеллектуальной, эмоционально-личностной, волевой, социальной. Есть история оценки психического (интеллектуального, моторного, эмоционального) развития детей и подростком с нервно-психической патологией. В отечественной науке и практике во многом все начиналось с Профилей Россолимо. Эта методика дала возможность количественно оценить 11 психических процессов (так они были названы автором) с помощью 10 заданий для каждого процесса [9]. В определенном смысле подобный подход использован и в предложенных позднее авторами методиках количественной оценки интеллекта. Аналогичными в это время были тесты Бине-Симона [4]. В начале 20-го века эти методики позволяли

решать прежде всего практические вопросы, связанные с последующим курированием детей с особенностями развития, как в педагогической, так и в медицинской сферах. В настоящее время есть стандартные средства диагностики интеллекта, в мировой практике их больше, чем в отечественной [4]. Научные исследования также требуют определенной жесткости в выборе средств для диагностики в рамках определенной темы и задачи. Однако в детской клинике не всегда легко использовать строго один и тот же инструментарий в диагностике (в связи с разнообразными ограничениями и нюансами состояния и индивидуальных особенностей пациентов), хотя сама диагностика, как правило, направлена на сходные сферы психической деятельности и проводится по единой методологии сочетания качественного и количественного анализа результатов обследований.

В отделе детской психиатрии ФГБНУ НЦРЗ (директор – д.мед.н., проф. Т.П.Клюшник, и.о. руководителя отдела к.мед.н. Е.Е.Балакирева) уже в течение более 40 лет большинство клинических работ по детской психиатрии сопровождается психологической (пато- и нейропсихологической) диагностикой.

При поступлении в клинику практически все пациенты детского отделения проходят экспериментально-психологическое исследование (ЭПИ), которое проводится психологами отделения, и психологами - сотрудниками научных отделов детской психиатрии и медицинской психологии. Можно выделить основные варианты психологического исследовательского сопровождения пациентов:

1. на начальных этапах развития заболевания - преимущественно ЭПИ с разным набором диагностических конкретных средств, проводится в начале госпитализации и в динамике – ближе к выписке при стабилизации состояния.
2. оценка в динамике (катамнез при повторных поступлениях тех же пациентов).

По способам применения психологического знания (диагностики и анализа) выделены следующие формы:

- анализ непосредственных протоколов исследования по когнитивной и эмоционально-личностной составляющей (т.называемые «сырые» данные по отдельным протоколам, касающиеся состояния когнитивной и эмоционально-личностной сферы)
- интегральная оценка полученных материалов с помощью процедуры построения патофизиологического профиля по данным диагностики.

В этом случае мы следуем и традиции Г.И.Россолимо, и современному подходу количественной балльной оценки, например, по материалам нейропсихологической диагностики [4].

Психологическая диагностика в психиатрической клинике,

безусловно, направлена на решение многих других задач¹ (образование ребенка, семейная ситуация и т.д.), но в этой публикации нас интересует научное использование процедуры оценки патопсихологического профиля и возможные практические рекомендации по итогам ее применения. Рассмотрим применение процедуры оценки патопсихологического профиля (ПП профиля), которая разработана в научных целях в НЦПЗ и использована в работах Н.В.Зверевой, С.Е.Строговой, А.И.Хромова, Е.Е.Балакиревой, Т.Е.Блиновой, А.В.Горюнова. [1,3, 5, 6] Это было обусловлено необходимостью комплексной оценки психологических параметров на основании экспериментально-психологических исследований пациентов - ЭПИ с тем, чтобы выявить общие закономерности изменения психической деятельности при возникновении, течении и исходах различных вариантов психической патологии у детей и подростков. Психологическая диагностика в детской психиатрической клинике применяется регулярно, однако конкретные методики и методические приемы ЭПИ могут различаться у детей в соответствии с различными индивидуальными обстоятельствами проведения, возрастом и состоянием испытуемых и т.п. В тех случаях, когда на первый план выступают не отдельные дефициты познавательных процессов и дефицитарность отдельных личностных проявлений и возможностей распознавания и использования (выражения) эмоций, а стоит задача общей научной оценки изменений психической деятельности, применение патопсихологических профилей оказывается резонным и результативным для общей оценки проявления изменения психической деятельности в ее разных аспектах и укладываются в патопсихологические синдромы и симптомокомплексы [4,7,8].

Цель – обобщение опыта совместных исследований психологов и врачей-психиатров и применением процедуры оценки патопсихологического профиля (ПП профиля).

Вслед за отечественными классиками от Г.И.Россолимо до Л.С.Цветковой в НЦПЗ с 2010-х гг 21 века начаты и активно проводятся исследования, одной из важных патопсихологических составляющих которых является оценка ПП профиля.

Описание процедуры оценки ПП. Первый опыт касался оценки ПП профиля у детей и подростков с формирующимся (сформированным) дефектом вследствие заболеваний шизофренического спектра. Речь идет о диссертационном исследовании С.Е.Строговой (научный консультант Н.В.Симашкова, научный руководитель Н.В.Зверева), где впервые применялась

¹ См. статью Е.Г.Горячевой и Н.В.Зверевой в монографии

процедура оценки ПП профиля. Была разработана процедура качественной оценки материалов ЭПИ и данных собственно патопсихологических заключений, выписок из историй болезни с целью получить качественную, но имеющую количественное выражение, оценку наличия/отсутствия или легкой степени выраженности дефицитарности, снижения, проявлений болезни по ряду важных психологических комплексных характеристик. Авторами были предложены 8 параметров (диссоциация, шизоидность, интеллектуальное развитие, произвольная регуляция, эмоционально-личностная сфера, мотивация, инфантильность, общение) для оценки ПП профиля больных шизофренией детей и подростков. Профиль содержит две группы параметров, определяющих преимущественно когнитивные или преимущественно личностные изменения, связанные с болезнью, особенностями ее течения и другими клиническими показателями. Важно, что для этого вида заболеваний существенным изменением, связанным с болезнью, даже в преморбиде, является диссоциация в психической и интеллектуальной деятельности, следом идут когнитивные нарушения, собственно интеллектуальная недостаточность/снижение либо нормативное развитие. Это определило показатели так называемой интеллектуальной составляющей ПП профиля (первые четыре параметра патопсихологического профиля). Последующие 4 параметра ПП профиля связаны уже с мотивационно-волевой и эмоционально-личностной сферами, которые, как известно, также могут быть весьма изменены, искажены, деформированы при шизофрении. Таким образом, в ПП профиль были включены 8 параметров. Оценка по каждому проводилась качественно двумя-тремя экспертами-клиническими психологами и исследователями. Оценивались отобранные врачами и проконсультированные научными сотрудниками дети, с выставленными диагнозами разных вариантов расстройств круга шизофрении. Подобная процедура оценки и сами выделенные параметры позволяют на качественном уровне компенсировать отсутствие собственно «сырых» данных по какому-либо из средств и конкретных методик диагностики, и дают возможность интегральной оценки, приближая к выделению патопсихологического симптомокомплекса.

Конкретные исследования ПП профиля. В исследование С.Е.Строговой были включены дети со сформированным или формирующимся дефектом, в том числе олигофреноподобным. Инструментами психологической диагностики выступали психометрический тест Векслера, качественные методики отечественной патопсихологии, преимущественно разработанные в

отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ и процедура оценки ПП профиля.

Таким образом, ПП профиль можно было исследовать в его соотношении с профилями интеллекта по Векслеру, оценить диагностическое своеобразие профиля и, возможно, некоторые более тонкие клинические параметры. Исследование проводилось на представительной выборке пациентов, 67 детей и подростков школьного возраста, находившихся на лечении в детском отделении клиники НЦПЗ. Из 8 показателей ПП профиля дифференцирующими различные нозологические группы оказались показатель интеллектуального развития, произвольной регуляции, мотивации и общения. Самые выраженные нарушения были у пациентов с детским типом шизофрении.

В патопсихологической синдромологии Ю.Ф. Поляков и коллеги выделяют факторы мотивационно-личностного снижения и фактор нарушения избирательности познавательной деятельности (Критская, Мелешко, Поляков, 1991) [8]. Для детской патопсихологии эта работа пока не завершена. Анализ ПП профилей детей с прогрессивной шизофренией выявляет похожие закономерности.

Анализ ПП детей с расстройствами круга шизофрении на основании выделенных общих параметров, (диссоциация, шизоидность, интеллектуальное развитие, эмоционально-личностная сфера, мотивация, инфантильность, общение, произвольная регуляция) независимо от диагноза показал, что они представляют собой базисные характеристики, отражающие своеобразие изменений психики при шизофрении и особенности формирования дефекта при этом виде патологии у детей и подростков. Анализ диагностических подгрупп по выделенным параметрам патопсихологического профиля выявил значимые различия по параметрам: *мотивации* для групп с диагнозом F20 и F20x; *общения* группа др. д-зы с группами F20 и F20x; *интеллектуального развития* для группы F20 с группами F20.x и F21; *произвольной регуляции* для групп с диагнозами F20 и F20x (все различия значимы на уровне $p < 0,05$)

Выделенные параметры должны быть в центре внимания специалистов при динамическом наблюдении. Они имеют важное значение для определения образовательного маршрута больного ребенка и могут выступать как мишени коррекционной и реабилитационной работы с этим контингентом.

Кроме того, осуществлялась попытка соотношения уровней интеллекта и средних значений параметров патопсихологического профиля (рис. 1.).

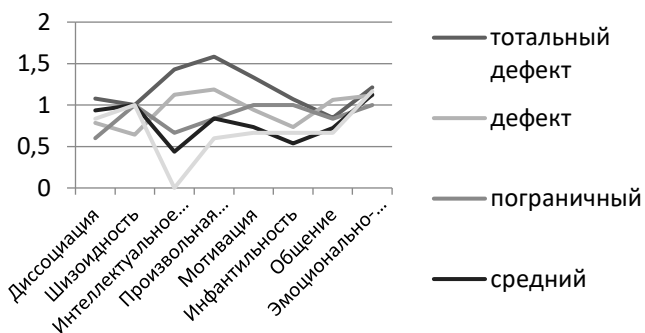


Рис. 1. Соотношение уровней интеллекта и средних значений параметров ПП профиля у детей с разным уровнем интеллекта

Оценка патопсихологического профиля проводилась 2-3 экспертами по системе баллов в зависимости от степени представленности нарушения, где 0 баллов – нет нарушений, 1 балл – легкая степень выраженности, 2 балла – грубое нарушение, т.е. чем выше балл, тем более выражено нарушение. Оценка по Векслеру предполагала выделение следующих уровней ОИП: тотальный дефект – невозможно вычислить ОИП, уровень дефекта – до 69 баллов, пограничный уровень от 70 до 79 баллов, средний уровень от 80 до 109, и высокий от 110 и выше. Обнаружена связь уровня выполнения патопсихологических методик с уровнем интеллекта: при высоком интеллекте дети, больные шизофренией, не менее успешно, чем их здоровые сверстники справляются с предложенными заданиями. Аналогично, при оценке патопсихологического профиля нами было получено, что дети с высоким уровнем интеллекта по тесту Векслера при патопсихологической (качественной) оценке не имеют нарушения интеллектуального развития, но обладают своеобразием выраженности нарушений по другим параметрам (характерные для шизофрении особенности когнитивной сферы). Дети с интеллектом на уровне тотального дефекта имеют наибольшую степень выраженности нарушений по всем показателям патопсихологического профиля. Значимым для всех уровней интеллекта (кроме группы с дефектом) является параметр шизоидности, определяемый как рассогласование между уровнями операционного и предметно-содержательного компонентов мышления со снижением избирательности познавательной деятельности. Данный параметр – своего рода точка соприкосновения всех диагностических подгрупп и групп по уровню

интеллекта, т.е. вне зависимости от последнего данный показатель равно выражен. В исследовании И.Н. Власенковой, посвященном анализу ассоциативной деятельности детей при шизофрении, было показано, что коэффициент стандартности не имеет связи с уровнем интеллекта, что сходно с полученными в нашем исследовании результатами [2]. Отметим, что для остальных показателей патопсихологического профиля каждый уровень интеллекта имеет свои особенности. Поскольку в этом исследовании принимали участие дети с разными вариантами когнитивного дефекта. Интересно сопоставить данные патопсихологического профиля и варианты психического дефекта. При тотальном дефекте больные имеют максимальные баллы по ПП профилю и с резко сниженным показателем когнитивного развития

Полученные результаты создают ориентиры для разработки в будущем средств патопсихологической экспресс-диагностики, специализированных для патологии круга шизофрении. Этот подход побуждает к комплексному использованию технологии психометрической диагностики и классических отечественных методик качественного анализа в клинко-психологической диагностике нарушений психического развития детей и подростков при эндогенной психической патологии [1, 5].

Проводимые в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ исследования познавательной деятельности детей и подростков с разными вариантами психической патологии обнаружили, что для тех, у кого поставлен диагноз «шизотипическое расстройство», собственно когнитивные нарушения могут быть мало выражены. Было показано, что и по параметрам мнестической деятельности, и по параметрам мышления дети и подростки с ШТР по многим показателям не отставали от нормативно развивающихся сверстников, также не было обнаружено и выраженного опережения (особенно в операционной составляющей мыслительной деятельности, как было показано в исследовании С.М.Алейниковой (1985) Особенности когнитивной сферы больных детей и подростков с ШТР были подробно описаны в диссертационной работе А.И.Хромова (научный руководитель Н.В.Зверева), основные выводы по работе были следующими. Возрастная динамика основных психических процессов в норме и при ШТР у детей и подростков является положительной, хотя отмечается своеобразие в связи с типом дизонтогенеза и тяжестью заболевания. Среди основных психических процессов оценка произвольной слухоречевой памяти не выявила различий между нормой развития и детьми с ШТР, в деятельности внимания – различия наблюдались на протяжении 7-14 лет, в перцептивной деятельности не получено

различий с нормой, а в оценке мышления-показана линейная зависимость увеличения коэффициента стандартности с возрастом. Сопоставление с клиническими факторами в работе Хромова А.И. показало, что при ШТР отмечается нелинейный характер зависимости уровня когнитивного функционирования от давности заболевания, становление дефекта и выраженность нарушений в разных сферах когнитивного функционирования имеет место на протяжении первых 7-9 лет болезни, в последующем может отмечаться улучшение или стагнация дефекта в соответствующих психических процессах. Оценка терапевтической динамики в этом исследовании показала позитивные сдвиги, различной степени и глубины, достаточно высокое позитивное разнообразие сдвигов в когнитивной сфере на фоне проводимой терапии. Оценка катамнестической динамики позволила предположить различные варианты связи факторов возраста, пола и диагноза в своеобразии когнитивного развития детей и подростков с ШТР [4, 6]. В проведенной работе не учитывались эмоционально-личностные особенности, общение, социализация исследованных детей и подростков с ШТР, не акцентировались нюансы психопатологии (ведущие синдромы, степень прогрессивности и т.п.).

Интерес представляет задача: оценка всей совокупности когнитивных и эмоционально-личностных показателей в сочетании с тонкой клинико-психопатологической дифференцировкой при первичном обследовании и в динамике. Эта часть работы осуществлялась с А.В.Горюновым. Применялись **методы**: метод оценки ПП профиля; оценка состояния отдельных психических процессов по непосредственным данным диагностики; оценка данных в динамике (как по профилю, так и по ЭПИ и истории жизни пациентов). Для **количественной оценки** применялся метод кластеризации, статистические критерии Фишера, Стьюдента и Манна-Уитни. Также использован **качественный анализ** в традициях отечественной клинической психологии [4, 6]. ПП профиль оценивался на основании анализа истории болезни и проведенных ЭПИ, в профиль включена оценка психической деятельности по указанным выше 8 параметрам, объединенным по сферам: интеллектуальной (познавательной) - условные названия: «диссоциация» (Д), «шизоидность» (Ш), «интеллектуальное развитие» (ИР), «произвольная регуляция» (ПР) и мотивационно-личностной –собственно «эмоционально-личностная сфера» (ЭЛ), «мотивация» (М), «инфантильность» (И), «общение» (О)) [15]. Этот подход во многом продолжает патопсихологическую синдромологию, разрабатываемую Ю.Ф.Поляковым. Т.К.Мелешко и В.П.Критской во взрослой клинике шизофрении [8]. Использовалась та же 3-балльная шкала (от 0 до 2) количественной оценки выраженности

выделенных параметров, что дает возможность определить патопсихологический профиль каждого конкретного пациента для последующего группового сравнения.

В анализируемую когорту вошли 47 детей и подростков, которые проходили ЭПИ, из них дважды прошли ЭПИ 24 пациента с интервалом от 1 года до 12 (средний интервал $-2,9 \pm 2,4$, мода -1, медиана – 3).

По основным параметрам показатели ПП не различались, основное отличие касалось различий в ЭЛ, где наблюдались достоверные на уровне 0,05 отличия между психопатоподобными и неврозоподобными вариантами ШТР по критерию Манна-Уитни.

Поскольку в группах были дети разного возраста, возник вопрос о степени выраженности показателей ПП профиля в разных возрастах. Качественный анализ возрастной динамики по группам (методом поперечных срезов) показывает, что с течением заболевания происходят определённые изменения, но и сохраняется своеобразие. Так, эмоционально-личностные показатели практически не меняются с возрастном, в то время как другие показатели имеют индивидуальные варианты в виде снижения инфантильности, улучшения характеристик общения с возрастом. Интеллектуальная сфера, как правило, затронута мало. Это было показано и в предыдущих исследованиях (Хромов, Зверева), но из выраженных особенностей когнитивной сферы с возрастом снижаются проявления диссоциации, характеристики шизоидности, если она имеется, практически не менялись.

Кластеризация по данным ПП профиля показала, что в каждом из полученных трех кластеров (в иерархическом кластерном анализе задано было именно 3 кластера, в соответствии с количеством клинических подгрупп ШТР) пациенты сгруппировались по-своему. Полного соответствия: кластер - тип ШТР не было получено Во втором, самом большом кластере были пациенты всех трех типов ШТР, в первом кластере оказались только пациенты с психопатоподобным вариантов ШТР (10 человек, их которых 1 девочка), а в третьем кластере оказались только пациенты (6 мальчиков) с неврозоподобным вариантом ШТР.

Данные о ПП профиле в соответствии с полученными кластерами представлены в таблице № 1.

Таблица № 1

Средние значения патопсихологического профиля в выделенных кластерах

Кластер	Интеллектуальная (когнитивная)				Возраст (лет)	Мотивационно-личностная			
	Д	Ш	ИР	ПР		ЭЛ	М	И	О
1	1,3*	1,4	1,2	1,5*	11,2*±2,	1,7	1,4	1,4	1,3

	*			*	1 (9-16)	*	*	*	
2	0,64 **	1,1	0,42 **	1**	13,1*±2, 3(7-18)	1,2 5*	0,9 7*	0,2 2*	1*
3	1,16	1,1 6	1,33 **	1,66 **	9,5*±2,1 (8-11)	1,3 3	1,5	1,5 *	1,5 *

** - статистическая достоверность $p \leq 0,01$ по критерию Манна-

Уитни.

* - статистическая достоверность $p \leq 0,05$ по критерию Манна-

Уитни.

Рассматривая достоверные различия между кластерами, следует указать на фактор возраста пациентов, который различен в каждом из кластеров. Самые старшие дети оказались во втором, самом объемном кластере, показатели патопсихологического профиля в котором достоверно отличались либо от 1 (Д), либо от 3 кластера (ИР), либо от обоих (ПР) в показателях интеллектуального развития, которое у пациентов 2 кластера приближено к нормативному. Для мотивационно-личностной сферы во втором кластере имелись умеренные и/или низкие значения показателей, также различия либо с 1 (ЭЛ, М), либо со вторым (О), либо с обоими кластерами (И).

Поскольку в этом сопоставлении специально не анализировался параметр длительности заболевания и/или времени его начала, то можно констатировать в целом значение возраста для состояния психических функций при ШТР, в целом, чем старше дети, тем ближе они к нормативной выборке. Но в эту закономерность вносят свои коррективы и клинические особенности (прогредиентность, возраст начала и длительность заболевания, ведущие синдромы и др.). То обстоятельство, что во втором кластере оказались дети со всеми типами ШТР может указывать на то, что значение имеет и степень выраженности заболевания.

Рассмотрим индивидуальную динамику ПП профиля в соответствии с типом ШТР на 24 пациентах. Изучены материалы индивидуальной динамики ПП профиля в выделенных группах пациентов с ШТР. Оценить достоверность изменений статистически не представляется правильным при такой маленькой выборке и размахе. Однако интерес может представлять оценка по суммарному баллу ПП профиля на первом и втором срезе, отметим, что мальчики и девочки различались между собой достоверно ($p \leq 0,05$ по критерию Стьюдента), девочки имели более низкий суммарный балл. Оценка по диагнозам показала, что в первом срезе суммарный балл мальчиков и девочек по патопсихологическому ПП профилю достоверно не выше в группе всех больных с диагнозом F21.4, чем с F21.3, равно как и во втором срезе.

Анализ ПП профиля у детей и подростков с шизотипическим

расстройством показывает значение фактора пола и возраста. Девочки как в первом, так и в повторном обследовании показывают лучшие результаты, чем мальчики по обоим блокам отдельно (интеллектуальному и мотивационно-личностному) и по общему баллу. Фактора возраста проявился в том, что чем старше дети с ШТР, тем лучше их результаты, а возрастная динамика является положительной и при поперечном, и при продольном (лонгитюдном) срезах.

Использование процедуры оценки ПП профиля в исследовательских целях позволяет увидеть степень выраженности нарушений в когнитивной и мотивационно-личностной сферах больных и их динамику на фоне болезни. При ШТР всех выделенных видов расстройства мотивационно-личностного блока выше, чем когнитивного. Это соотносится с полученными ранее общими данными по когнитивному развитию детей и подростков с ШТР, этот подход направляет к подробному анализу мотивационно-личностной сферы.

Приведем еще пример использования патопсихологического профиля в научном исследовании детей с обсессивно-компульсивными расстройствами (исследование совместно с Блиновой Т.Е.)

Психологическая оценка состояния детей проводилась квалифицированными клиническими психологами. Оценивался ПП профиль по материалам заключения на основании данных ЭПИ по сходной с описаной выше процедурой. На основании проведенного анализа можно сделать следующие обобщения (по 22 пациентам в возрасте от 4 до 15 лет). Группа отчетливо распадается по возрасту на дошкольников и подростков. Общим для всех больных детей является выраженность нарушений эмоционально-волевой сферы, мотивации и произвольной регуляции деятельности. Отдельно для дошкольников проблемной зоной можно считать интеллектуальное развитие (когнитивные дефициты). Также для дошкольников значимыми являются проявления инфантильности. Для подростков существенное значение имеет диссоциация развития, наличие специфических нарушений мышления. Для дальнейшего изучения психологических характеристик пациентов детско-подросткового возраста следует делить пациентов по возрастным группам. Исследование может быть сосредоточено в большей степени на эмоционально-личностной, мотивационной сфере и состоянии произвольной регуляции деятельности. Когнитивное своеобразие различно в разные возрастные периоды и требует отдельного обследования. Этот опыт применения ПП оказался также удачным, с его помощью было подтверждено значение возрастного и нозологического факторов, поскольку ПП детей с шизотипическим расстройством и аутизмом отличались.

Еще одно исследование с применением ПП профиля касалось девочек с нарушением приема пищи. Это были пациентки 7 детского клинического отделения ФГБНУ НЦПЗ, всего 21 девочка-подросток, в возрасте от 12 до 16 лет. Профиль получился достаточно близким нормативным данным для здоровых сверстников. Из условно высоких баллов можно выделить показатель мотивации и общения, которые нарушены при этом виде расстройств более всего и сохранные интеллектуальные показатели (соответствует логике одного из наименований расстройства – «болезнь отличниц»). Сопоставление ПП профилей девочек с анорексией, проходивших стационарное лечение в детском отделении клиники ФГБНУ НЦПЗ и ПП профилей пациентов с ШТР представлено на рисунке 2. Очевидно, что картина нарушений и степень их выраженности не совпадает в разных диагностических группах.

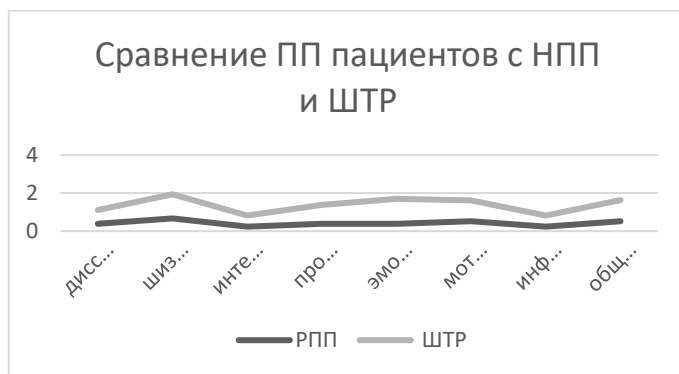


Рисунок 2. Сравнение ПП у пациентов с НПП и ШТР

Данный рисунок иллюстрирует позитивный опыт применения ПП профиля в научных целях в детской психиатрии. Очевидно, что нарушения при ШТР более выражены, чем при РПП, и ключевыми являются нарушения мотивации и эмоционально-личностной сферы. Для пациентов с РПП эти сферы тоже достаточно важны,

Резюме. С клинических и психологических позиций применение ПП профиля важно, поскольку:

- Выделены опорные параметры оценки психологического заключения врачом;
- Имеется возможность квалифицировать разные стороны психической деятельности на основании комплексного наблюдения в ходе обследования и результатов выполнения функциональных проб, методик, тестов;

- Есть возможность соотнести когнитивные и мотивационно-личностные параметры больного ребенка при эндогенной психической патологии при использовании различных функциональных проб и методик;
- Расширены знания о типах и структуре когнитивного дизонтогенеза при эндогенной психической патологии, важно отметить наиболее «страдающие» компоненты психики при этом виде патологии.
- Психологам можно определить основные ключевые точки в обследовании пациентов с эндогенной патологией
- Существует возможность оценки степени выраженности дефекта
- Возможно сопоставление разных нозологических групп больных.

Научные исследования в клинической психологии в настоящее время сочетают традиции отечественной школы Лурии-Зейгарник-Полякова, и в то же время учитывается требование времени – доказательная наука. Однако пробные процедуры обработки и анализа данных могут быть весьма полезными как при постановке, так и при решении исследовательских задач в клинко-психологической диагностике в детской психиатрии. Подтверждением тому служит опыт применения ПП профиля в оценке детей и подростков с разными психическими расстройствами.

Литература

1. Виды когнитивного дефекта при шизофрении у детей и подростков : диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.04 / Строгова Светлана Евгеньевна; [Место защиты: Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена]. - Москва, 2015. - 175 с. : ил.
2. Власенкова И.Н. Особенности ассоциативной деятельности в разных модальностях у детей младшего школьного возраста в норме и при шизофрении. Автореф. дисс.канд психол.наук. СПб, 2014.
3. Зверева Н. В., Горюнов А. В., Зверева М. В. клинко-психологическая оценка вариативности шизотипического расстройства у детей и подростков.// Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2022 т – 2022.
4. Зверева Н.В., Казьмина О.Ю., Каримулина Е.Г, Патопсихология детского и юношеского возраста. Изд. 2-е, испр. и дополненное.М: Юрайт, 2019
5. Зверева Н.В., Строгова С.Е., Балакирева Е.Е. Оценка патопсихологического профиля у больных шизофренией детей и подростков с формирующимся психическим дефектом // XIV Мнухинские чтения «Роль психических расстройств в структуре школьной дезадаптации СПб, 2016.
6. Зверева Н.В., Хромов А.И. Варианты Когнитивного Развития При Различных Формах Шизофрении У Детей И Подростков /Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. т. 114. № 12. с. 42-47.
7. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.МГУ, 1986

8. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении. Мотивация, общение, познание. М.МГУ, 1991
9. Россолимо Г.И. Психологические профили. Часть 1. Методика / Г.И. Россолимо – М.: Книга по Требованию, 2015. – 60 с

Коваль-Зайцев А.А., Иванов М.В., Балакирева Е.Е., Никитина С.Г., Блинова Т.Е., Куликов А.В., Шалина Н.С.
К ОСОБЕННОСТЯМ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕРЦЕПЦИИ И МЫШЛЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Аннотация. В результате выполненного исследования проводится параллель между нарушениями различных аспектов мышления и проявлениями особенностей социальной перцепции у подростков с заболеваниями шизофренического спектра. Представлены результаты клиничко-патопсихологического обследования 87 подростков в возрасте от 12 лет до 16 лет (средний возраст 13,75 лет) с диагнозами, соответствующими критериям (по МКБ-10) F21.3, F21.4, F20.3 и F20.8, проходивших стационарное лечение в детском отделении ФГБНУ НЦПЗ. Использовался метод интегративной оценки (патопсихологический профиль) показателей дефицитарности в сферах мышление и социальная перцепция по выделенным параметрам. Исследование социальной перцепции в данном контексте представляется значимым с целью выявления возможных комплексных дефицитов мышления и социальной перцепции, их взаимосвязи, что позволит более эффективно проводить общую оценку функционального состояния пациента, разрабатывать персонализированные маршруты психологической коррекции при расстройствах шизофренического спектра у подростков.

Ключевые слова: социальная перцепция, мышление, клиничко-патопсихологическая диагностика, профили, расстройства шизофренического спектра.

Введение. В отечественной и зарубежной психологии существует достаточное количество исследований социального интеллекта, восприятия человека человеком, особенностей и составляющих социального познания. А.А. Бодалев, описывая социальную перцепцию как восприятие человека человеком, отмечал значимую роль мышления в ее механизмах [1]. А.Б. Холмогорова и О.В. Рычкова, Т.К. Мелешко, В.П. Критская изучали нарушения социального познания при расстройствах шизофренического спектра у взрослых [8, 11]. В

результате проведенной работы авторы выделили «концепт социального интеллекта и его нарушения», отметили важность комплексной оценки нарушений операционального, регуляторного и поведенческого компонентов социального интеллекта [11]. Большинство зарубежных исследований социальной перцепции зачастую направлено на изучение следующих ее аспектов: распознавание эмоций, модели психического, атрибутивные стили, стереотипизация (Martin Brune & Ute Brune-Cohrs G. Bateson и др.) [12].

В ФГБНУ НЦПЗ в лаборатории патопсихологии под руководством Ю.Ф. Полякова был проведен ряд исследований на тему изучения особенностей социального взаимодействия, социальной перцепции и социального интеллекта у больных шизофренией. Изучались отдельные звенья, как составляющие данных процессов, была проведена систематизация и обобщение полученного материала. В.П. Критской и Т.К. Мелешко была показана способность адекватно распознавать социальные признаки и эмоциональные состояния больными шизофренией с малопрогрессирующим течением заболевания. Авторы отмечали наличие слабо выраженного шизофренического дефекта у данной группы больных, который, по-видимому, проявлялся наличием негрубых когнитивных дефицитов и наличием искаженного развития [8]. Наряду с этим, отмечался значительный дефицит направленности на социальные признаки и эмоциональные состояния, в силу которого больным шизофренией было тяжело устанавливать отношения с другими людьми, т.к. общение предполагает не только обмен речевой информацией, но и учет эмоционального состояния и настроения собеседника, проявляющегося в позах, жестах, выражении лица, интонации и т.д. А.Е. Назаренко проводилось исследование становления социальной перцепции и развития возможностей распознавания эмоций по позе и жесту у больных шизофренией детей и подростков. Было проведено изучение закономерностей формирования способности опознания эмоционального состояния человека по его невербальному поведению, становления социально-перцептивных эталонов, необходимых для правильности опознания, а также нейропсихологического статуса детей, больных шизофренией разных клинических групп, и выявление корреляции результатов нейропсихологического исследования с успешностью оценки эмоциональной экспрессии [9]. В последующем Н.В. Зверевой было продолжено изучение данного направления с использованием эмоционально-выразительных движений, поз и жестов, обобщен богатый клинический материал [3]. Д.Н. Хломовым была показана тенденция к избеганию межличностных взаимодействий, формализации общения, уменьшение направленности на восприятие

эмоциональных характеристик партнера по общению у больных шизофренией [10]. Также О.Ю. Казьминой были проведены работы по исследованию социальных сетей у больных шизофренией [5], показана связь уровня адаптации у больных с заболеваниями шизофренического спектра со степенью прогрессивности процесса и типом взаимодействия в родительской семье (А.Г. Головина) [2].

В продолжение традиций, заложенных в Научном центре психического здоровья в целом и в лаборатории патопсихологии под руководством Юрия Федоровича Полякова, в частности, авторами данной статьи была предпринята попытка оценить взаимосвязь нарушений различных аспектов мышления и проявления особенностей социальной перцепции у подростков с заболеваниями шизофренического спектра. Исследование социальной перцепции в данном контексте представляется значимым с целью выявления возможных комплексных дефицитов мышления и социальной перцепции, их взаимосвязи, что позволит более эффективно проводить общую оценку функционального состояния пациента, разрабатывать персонализированные маршруты психологической коррекции при расстройствах шизофренического спектра у подростков.

Материал и методы исследования

Выборки испытуемых. Исследование проводилось в ФГБНУ «Научный центр психического здоровья» (директор - проф. Т.П. Ключник), в отделе детской психиатрии (и.о. зав. отделом, к.м.н. Балакирева Е.Е.) и включало 87 подростков (39 девочек и 48 мальчиков) в возрасте от 12 до 16 лет (средний возраст 13,75 лет) с диагнозами, соответствующими критериям (по МКБ-10) F21.3, F21.4, F20.3 и F20.8, проходивших стационарное лечение в детском отделении ФГБНУ НЦПЗ. Критерии включения в экспериментальную группу: наличие заболевания шизофренического спектра, прохождение стационарного обследования и лечения. Социо-демографические показатели выборки представлены в таблице 1.

Таблица 1.

Социо-демографические показатели выборки

Показатели	Нозологии							
	F21.4 n=23		F21.3 n=25		F20.3 n=22		F20.8 n=17	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Пол								
Мальчики	16	69,6	10	40	12	54,5	12	70,6
Девочки	7	30,4	15	60	10	45,5	5	29,4

		4		0		4		4
Возраст								
Средний школьный	13	56, 5	14	5 6	8	36, 4	13	76, 5
Старший школьный	10	43, 5	11	4 4	14	63, 6	4	23, 5
Образование								
Не организованы	0	0	0	0	0	0	0	0
Обучение по основной общеобразовательной программе (ООП)	18	78, 3	16	6 4	8	36, 4	0	0
Надомное обучение (НО)	5	21, 7	9	3 6	14	63, 6	4	23, 5
Обучение по коррекционной программе (ОКП)	0	0	0	0	0	0	13	76, 5

Методы: клинико-психопатологический, экспериментально-психологический, метод качественного анализа результатов с использованием бальной оценки, статистический (описательная статистика).

Дизайн исследования. Проводился анализ данных медицинской документации и историй болезни каждого больного. Учитывался возраст начала заболевания, длительность заболевания, ведущий синдром. Исходя из цели исследования, был сформирован экспериментально-диагностический комплекс методик, которые применялись для обследования всех групп больных. Перед началом патопсихологической диагностики учитывались возрастные и иные возможные особенности испытуемых – степень прогрессивности процесса, наличие задержек психологического развития, психическое состояние испытуемых. Патопсихологическое обследование проводилось вне остроты состояния. Применялся метод интегративной оценки (патопсихологический профиль) показателей дефицитарности мышления и социальной перцепции по 8 выделенным параметрам: операционный компонент, предметно-содержательный компонент, специфические нарушения мышления, дезинтеграция, адекватность распознавания, инфантильность, репрезентация, эмпатия. Использовалась бальная оценка от 1 до 3. Вычисляемый общий балл – показатель общей дефицитарности в психическом развитии и чем выше был балл, тем более была выражена дефицитарность. Максимальный балл – 24.

Результаты исследования и их обсуждение

В исследование включены пациенты с диагнозами *шизотипическое психопатоподобное F21.4 и неврозоподобное расстройство F21.3, недифференцированная шизофрения F20.3, шизофрения с началом в раннем детском возрасте F20.8*. Тяжесть негативных симптомов, а также когнитивных нарушений нарастала от группы пациентов с шизотипическим расстройством к группе обследуемых с шизофренией с началом в раннем детском возрасте.

Патопсихологическая диагностика мышления у больных проводилась при помощи батареи патопсихологических методик, в том числе разработанных сотрудниками лаборатории патопсихологии под руководством Юрия Федоровича Полякова («Конструирование объектов», «Малая предметная классификация», «Пересечение классов», «Сравнение понятий») [4, 6]. Оценивались операционный и предметно-содержательный аспекты мышления. В рамках каждой из перечисленных методик проводился качественно-количественный клинико-психологический анализ с использованием балльной системы. В методике «Конструирование объектов» анализировалось наличие стандартных, целостных и комбинаторных ответов. В методике «Малая предметная классификация» при выделении групп анализировалось наличие специфических нарушений мышления, а также опора на категориальные, конкретные, формальные и латентные свойства и отношения. В методике «Пересечение классов» анализировалось успешное выполнение первого этапа и необходимость введения вспомогательного этапа. В методике «Сравнение понятий» также оценивалось количество категориальных, конкретных и латентных ответов. На основании полученных результатов проводилась квалификация в рамках того или иного вида когнитивного дизонтогенеза с выделением специфического профиля «мышление».

Патопсихологическая диагностика социальной перцепции проводилась при помощи следующих методик: «Распознавание эмоционально выразительных движений поз и жестов», «Смайлы», «Theory of Mind Picture Stories Task» (англ. аббр. – ТОМ) [7]. Первые две методики позволили провести оценку особенностей социально-перцептивных установок в зависимости от уровней и адекватности распознавания изображений. Оценивалось наличие адекватных и неадекватных интерпретаций, неадекватные половозрастные характеристики, грубо инфантильные ответы, формальные ответы, ответы с опорой на возрастепенные признаки и ответы с проявлениями схизиса. Методика ТОМ позволила оценить репрезентации умственных состояний, касающихся как распознавания и отслеживания собственных психических состояний пациента, так и намерений, мыслей, убеждений, которые пациент приписывает другим. При этом в

методике ТОМ оценивалось время в секундах (как показатель продуктивности), затраченное на выполнение задания и проводилось краткое интервью, позволяющее косвенно оценить эмпатию пациента. В указанных методиках также применялся клинико-психологический анализ с использованием балльной системы, в котором полученные при оценке социальной перцепции результаты квалифицировались по степени выраженности, что позволило создать специфические профили социально-перцептивного дизонтогенеза и сопоставить их с профилями, полученными при диагностике мышления.

В зависимости от выраженности проявлений дизонтогенеза (когнитивного – «мышление» и социально-перцептивного) были выделены четыре различных, качественно отличающихся друг от друга специфических группы – интегративных профиля, позволяющие говорить о наличии связи между выраженностью дезорганизации мышления и степенью нарушения как социально-перцептивных установок, так и репрезентации умственных состояний. Каждый из четырех выделенных профилей был соотнесен с диагнозом пациента. Оказалось, что каждая из выделенных групп отличается друг от друга по степени выраженности особенностей мышления, уровнем организации–дезорганизации мышления, наличию специфических нарушений мышления и выраженностью нарушений социальной перцепции в исследуемых составляющих. Также прослеживается связь между выраженностью указанных параметров и особенностями социального функционирования, а именно способами обучения и вариантами программы обучения пациентов.

Первую группу составили 27 пациентов с шизотипическим психопатоподобным F21.4 (n-20) и неврозоподобным расстройством F21.3 (n-7). Данное расстройство клинически характеризуется непрерывным малопрогрессирующим течением с преобладанием ряда тревожно-фобических, обсессивно-компульсивных, деперсонализационно-дереализационных нарушений (для неврозоподобной формы) и поведенческих расстройств (для психопатоподобной формы), с последующим заострением личностных черт, постепенным нарастанием негативной симптоматики в виде астении, аутизации, уменьшения эмоционального резонанса, снижения продуктивности деятельности. Большинство этих пациентов обучалось по основной общеобразовательной программе (ООП) (n-21), остальные (n-6) обучались по общеобразовательной программе в режиме домашнего обучения (НО). Суммарный балл показателей дефицитарности мышления и социальной перцепции – 9,2 по выделенным параметрам. Выявляется небольшое отставание в развитии операционного компонента мышления, элементы конкретности

мышления, опора на формальные признаки, элементы разноплановости мышления. Переход на более высокий уровень формально-логических операций доступен, хотя пациенты данной группы редко выделяют живое – неживое как категориальный признак. Предметно-содержательный компонент мышления близок в своем развитии к возрастной норме, встречаются единичные ответы с использованием инфантильного, комбинаторного способа решения. Отмечается небольшое снижение продуктивности в методиках, требующих предметно-содержательного анализа и синтеза, превалирование конкретных и формальных ответов в методике «Сравнение понятий», наряду с категориальными. Исследование социальной перцепции с использованием методики «Распознавание эмоционально-выразительных движений, поз и жестов» выявляет наличие особенностей социально-перцептивных установок, уровень распознавания близок к возрастной норме, часто встречаются ответы с излишне утрированным пубертатным окрасом («тёлка», «чувак», «чел» и т.п.), отмечается большое количество формальных ответов, иногда – неадекватных половозрастных характеристик. Методика «Смайлы» выполняется близко к возрастной норме, при этом отмечается небольшое снижение в распознавании карточек со скрытым эмоционально-эмпатийным смыслом, порой формализм и примитивизация ответов – «смайлик улыбается», «злится» «краснеет» и т.п. В методике ТОМ временные показатели соответствуют возрастной норме, однако выявляется выраженное снижение уровня эмпатии, когда пациенты затрудняются ответить на вопрос, что чувствует один персонаж по отношению к другому.

Вторую группу составили 26 пациентов, из них большинство имело диагноз шизотипическое неврозоподобное расстройство F21.3 (n-18). Также в группу вошли пациенты с недифференцированной шизофренией F20.3 (n-5) и шизотипическим психопатоподобным расстройством F21.4 (n-3) Клиническая картина шизотипического расстройства соответствовала таковой в предыдущей группе, однако негативная симптоматика у пациентов данной группы была более выраженной, что могло коррелировать как с длительностью заболевания, так и с отсутствием своевременной лечебной и реабилитационной помощи. Пациенты с недифференцированной шизофренией из данной подгруппы клинически соответствовали диагностическим критериям шизофрении, однако давность наблюдения, как правило, не превышала одного года, что не позволяло уверенно выделить ту или иную форму. Суммарный балл показателей дефицитарности – 10,3. по выделенным параметрам. Оказалось, что чуть больше половины пациентов данной группы (n-14) обучались по

основной общеобразовательной программе, остальные подростки (n-14) – обучались в рамках надомного обучения. При этом большая часть из обучающихся на дому поясняли, что так и не смогли перейти на очную модель обучения после перехода большинства сверстников по окончании ограничений, связанных с пандемией COVID-19. Выявляется отставание в развитии предметно-содержательного компонента мышления, негрубые динамические нарушения, особенности избирательности мышления, элементы разноплановости и искажения процесса обобщения в операционном компоненте мышления, опора на формальные признаки, и, в ряде случаев на второстепенные, латентные признаки. Переход на более высокий уровень формально-логических операций доступен, однако часть пациентов данной группы также в ряде случаев не выделяют живое – неживое как категориальный признак, обобщая на втором этапе «малой предметной классификации» по разным основаниям. Исследование социальной перцепции с использованием методики «Распознавание эмоционально-выразительных движений, поз и жестов» также выявляет наличие особенностей социально-перцептивных установок, уровень распознавания невысокий, отмечается большое количество ответов с множественной интерпретацией изображения, что косвенно свидетельствует о наличии тревожного компонента. При распознавании иногда выявляются неадекватные половозрастные характеристики. Методика «Смайлы» выполняется близко к возрастной норме, при этом также отмечается множественная интерпретация изображения. В методике ТОМ временные показатели невысокие, в ряде случаев испытуемым требуется введение небольшой направляющей помощи. Выявляется небольшое снижение эмпатии.

Третью группу составили 18 пациентов, из них большинство имело диагноз недифференцированная шизофрения F20.3 (n-17) и один пациент был с диагнозом ранняя детская шизофрения. Клинически данная подгруппа больных характеризовалась наличием позитивной симптоматики, выраженной присутствием бредовых, галлюцинаторных расстройств, и нарастанием негативных изменений с формированием когнитивного дефекта. Суммарный балл показателей дефицитарности – 14,5 по выделенным параметрам. Большинство (n-13) пациентов обучались в рамках надомного обучения по общеобразовательной программе, часть пациентов (n-4) обучалась очно по коррекционной образовательной программе, а два пациента были на надомной форме коррекционной образовательной программы. По результатам проведенного исследования выявляется отставание как в развитии предметно-содержательного, так и операционного компонентов мышления, наличие апатико-абулических нарушений, выраженные

особенности избирательности мышления, специфические нарушения мышления, опора на латентные признаки. В ряде случаев переход на более высокий уровень формально-логических операций доступен после введения небольшой организующей помощи психолога, при этом все обследуемые пациенты не выделяют живое – неживое как категориальный признак, обобщая на втором этапе «малой предметной классификации» по разным основаниям. Исследование социальной перцепции с использованием методики «Распознавание эмоционально-выразительных движений, поз и жестов» выявляет наличие выраженных особенностей социально-перцептивных установок, низкий уровень распознавания, предельно формальные и часто стереотипные ответы, неадекватные половозрастные характеристики. Методика «Смайлы» выполняется с большим количеством формальных ответов. В методике ТОМ временные показатели значительно ниже возрастной нормы, испытуемым часто требуется введение направляющей помощи. Утверждения третьего порядка недоступны, выявляется выраженное снижение эмпатии.

Четвертую группу составили 16 пациентов, все с диагнозом ранняя детская шизофрения F20.8. Данный тип шизофрении клинически характеризовался преобладанием кататонических и психопатоподобных нарушений, молниеносностью течения процесса с формированием грубого когнитивного дефекта на первом-втором году жизни. Суммарный балл показателей дефицитарности – 20,7 самый высокий по выделенным параметрам. Все пациенты обучались по коррекционным образовательным программам и имели инвалидность по основному заболеванию. В дефицитарном состоянии находятся все анализируемые параметры патопсихологического профиля. Наблюдается выраженная дезинтеграция мышления и социальной перцепции, грубые нарушения предметно-содержательного и операционного компонентов мышления, выраженные нарушения обобщения, элементы разноплановости, выраженные динамические нарушения, проявления олигофреноподобного дефекта. Переход на более высокий уровень формально-логических операций недоступен даже после введения организующей и направляющей помощи психолога, большинству пациентов недоступно выделение категориальных признаков. Исследование социальной перцепции с использованием методики «Распознавание эмоционально-выразительных движений, поз и жестов» проводится на примитивном уровне, адекватное распознавание недоступно, у части пациентов встречаются фрагментарные, предельно стереотипные ответы, некоторые из обследованных пациентов переворачивают карточки, обращая внимание на несодержательные части. Методика «Смайлы»

выполняется с большим количеством конкретно-инфантильных и примитивных ответов («колобок», «светофор», «солнце»). Уровень распознавания смайла крайне низкий. Выполнение методики ТОМ вызывает значительные трудности даже при введении направляющей помощи психолога, большинству пациентов доступно выполнение двух-трех первых последовательностей. Временные показатели резко отстают от нормативных. Утверждения второго и третьего порядка недоступны, выявляется выраженное снижение эмпатии, порой испытуемые неадекватно воспринимают заданные в контексте эмпатии вопросы.

Резюме. Комплексная оценка особенностей мышления и социальной перцепции, проведенная у пациентов отдела детской психиатрии ФГБНУ НЦПЗ, показывает своеобразие психического развития и проявлений дефицитарности для больных с разными нозологиями. Более грубые нарушения по всем сферам оценки патопсихологического профиля встречаются у пациентов с ранней детской шизофренией. Патопсихологический профиль у подростков с диагнозом шизотипическое психопатоподобное расстройство показывает наличие особенностей в развитии операционного компонента мышления, тогда как у пациентов с шизотипическим неврозоподобным расстройством выявляются особенности в развитии предметно-содержательного компонента мышления. У пациентов с недифференцированной шизофренией наряду с нарушениями операционного и предметно-содержательного компонентов мышления на первый план выступают проявления апатико-абулического состояния. Наблюдается нарушение социальной перцепции, выстроенное по тяжести от наименее выраженных нарушений в первой группе до наиболее выраженных в четвертой. Наиболее выраженное снижение эмпатии отмечается в первой, третьей и четвертой группе, причем пациентам четвертой группы зачастую не всегда понятен смысл задаваемого вопроса. Данное исследование явилось продолжением направления по изучению проявлений дизонтогенеза у детей и подростков с эндогенной психической патологией, разрабатываемого в отделе детской психиатрии и медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ. Продолжение исследования предполагает дальнейший набор клинического материала, сравнение с параметрами социальной перцепции в нормативной выборке, а также расширение математической обработки полученных данных. Предполагается также более дифференцированная оценка преморбидных и собственно клинических особенностей исследуемых больных.

Литература

1. Бодалев, А.А. Восприятие и понимание человека человеком / А.А. Бодалев. – 2-е изд. М.: Издательский дом «Энциклопедист-Максимум»; СПб., 2015. — 240 с.
2. Головина А.Г. Адаптация подростков, больных шизофренией, в родительской семье (на примере приступообразно-прогредиентной и вялотекущей шизофрении). – Автореферат дисс. на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – НЦПЗ РАМН, 1999, 23 с.
3. Зверева Н.В., Назаренко А.Е. Особенности когнитивного и проективного аспектов эмоциональной сферы у младших подростков в норме и при шизофрении НЦПЗ РАМН, МГППУ (Москва) // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2008. – Т. 8, № 1. – С. 41-48.
4. Зверева Н.В. Коваль-Зайцев А.А., Хромов А.И. Патопсихологические методики оценки когнитивного развития детей и подростков при эндогенной психической патологии (зрительное восприятие и мышление) / Москва : ООО "Издательство МБА", 2014. – 40 с.
5. Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопргредиентной шизофренией. Дисс. ... канд. психол. наук. М.: МГУ, 1997, 180 с.
6. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: автореферат дисс. кандидата психологических наук: 19.00.04 – СПб., 2010, - 26 с.
7. Коваль-Зайцев А.А. Социальная перцепция в контексте видов когнитивного дизонтогенеза у детей с расстройствами аутистического спектра / Дети. Общество. Будущее : сборник научных статей по материалам III Конгресса «Психическое здоровье человека XXI века». Том 1. – Москва : Общество с ограниченной ответственностью "Издательство "КноРус", 2020. – С. 251-253. –
8. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Особенности нарушения познавательной деятельности у больных шизофренией. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991, 254 с.
9. Назаренко А.Е. Распознавание эмоционально-выразительных движений детьми, больными шизофренией: автореферат дисс. ... кандидата психологических наук: 19.00.04 / МГУ им. М. В. Ломоносова. - Москва, 1990. - 24 с.
10. Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1984. N 12. С.1810–1815
11. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического спектра / Медицинская психология в России №6, 2014, 10 с.
12. Hardy-Baylé M.C., Sarfati Y., Passerieux C. The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: Toward a pathogenetic approach to disorganization // Sch. Bull. – 2003. – Vol. 29. – P. 459–471.

Solovieva U., Quintanar L.
**SOCIAL SITUATION OF DEVELOPMENT FOR CLINICAL
NEUROPSYCHOLOGY AND PSYCHOLOGY:
METHODOLOGICAL IDEAS**
Соловьева Ю., Кинтанар Л.
**КОНЦЕПЦИЯ СОЦИАЛЬНОЙ СИТУАЦИИ РАЗВИТИЯ В
КЛИНИЧЕСКОЙ НЕЙРОПСИХОЛОГИИ И ПСИХОЛОГИИ:
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ СООБРАЖЕНИЯ**

Annotation. Psychological development is the social process in its nature, in which biological factors play an important, but subordinate role. The concept of social situation of development is a key concept, which should be integrated into the consideration of assessment and diagnosis of psychological development. The goal of this chapter is to analyse the necessity of analyses of the concept of social situation of development as the base for realization of qualitative assessment of psychological development in different ontogenetic periods for neuropsychology and for clinical psychology. The conclusions establish that the child's difficulties never appear as isolated consequence of brain damage or brain disfunction, but always as the consequence of the negative social situation of development.

Keywords: psychological development; social situation of development; causes of developmental difficulties; organic factors; social factors; primary and secondary defects.

Аннотация. Психологическое развитие – это социальный по своей природе процесс, в котором биологические факторы занимают важную, но второстепенную позицию. Концепция социальной ситуации развития является ключевым понятием, которое должно быть включено в оценку и диагностику психологического развития. Цель данного текста – рассмотреть необходимость анализа концепции социальной ситуации развития как базовой для качественной нейропсихологической и клинико-психологической оценки психологического развития в различные периоды онтогенеза. Показано, что затруднения, которые испытывает ребенок никогда не возникают как изолированные последствия поражения или дисфункции головного мозга. Подобные проблемы являются следствием негативной социальной ситуации развития.

Keywords: психологическое развитие; социальная ситуация развития; причины расстройств развития; органические факторы; социальные факторы.

Introduction. According to Vigotsky, psychological development should be considered as an object and the method of psychological study. That means that each psychological function must be understood not as a static object, but as a process with own destiny of development. Psychological development is the social process in its nature, in which biological factors play an important, but subordinate role. The concept of social situation of development, introduced by Vigotsky [28], is a key concept, which should be integrated into the consideration of assessment and diagnosis of psychological development of individual clinical cases from neuropsychological and psychopathological point of view.

Analysis of the mechanisms of developmental problems should consider different levels of analysis such as neuropsychological and neurophysiology as the level of maturation of nervous system [13]. Another important level is the level of development of personality of each child, which might be understood as the level of possibility of acceptance and establishment of individual conscious goals of child's activity. The possibility of voluntary regulation of own activity, inclusion of, firstly, external and, secondly, internal cultural means and conscious meaningful reflection of own psychological activity, according to Vigotsky [29] might be an important position for realization of analysis of the level of development of personality at different psychological ages [6].

Each level should be studied with details and specific methods: neuropsychological, neurophysiological, and psychological methods.

According to Vigotsky [28, p. 267], the "calculation and comparison is never the diagnosis by itself". So, quantitative assessment of development, might be substituted by qualitative procedure of assessment, as it was by Vigotsky. Simple description of isolated functions and of communication of the child with the adults is also not sufficient for the procedure for clinical development [28]. It is possible to suppose that Vygotsky's "zone of proximate development" should not be understood as a mechanisms or reason of difficulties, but just as an expression of child's psychological necessity to be helped, assisted and to be oriented by the others. The zone of proximate development is instrument for development and for intervention (correction, rehabilitation and teaching directed to development), but not the establishment of the reason developmental difficulties of the child. The reason of developmental difficulties may include different levels of analysis, such as the level of central and peripheral nervous system and the level of social situation of development. Both levels are essential for understanding the perspectives and limitations of development of the child in each concrete case attended by neuropsychologists and clinical psychologists.

The concept of social situation of development might help to establish the reasons of difficulties or obstacles for positive psychological

development of the child in each concrete clinical case. According to [27, p. 227], “cultural-historical methodology provides a lot of opportunities to generate processes of development by creating various types of social conditions and social situations of development for children”. Social situation of development should be studied with more details and features of the content of this concept in application to optimal development and cases of disturbances in psychological development in different ages of infancy in different living, educational and linguistic conditions.

The goal of this chapter is to analyse the necessity of analyses of the concept of social situation of development as the base for realization of qualitative assessment of psychological development in different ontogenetic periods for neuropsychology and for clinical psychology. The chapter includes original proposals for analysis of the content and levels of social situation of development.

The use of social situation of development in neuropsychology and clinical psychology. Neuropsychology and clinical psychology have a common objective of determination of clinical picture of negative changes in child’s development or adult’s functioning, activity, and personality. This objective might be accomplished based on cultural historical approach, proposed by Vigotsky and his followers, especially in the field of neuropsychology [11]. Activity theory, proposed by Leontiev [8], is also useful for analysis of negative changes in patient’s personality according to determination of predominant and subordinate motives. The study of clinical picture at different psychological ages should be provided using qualitative assessment of activity, personality and central and peripheral mechanisms, involved in each clinical case.

The concept of social situation of development allows to establish precise lines for evaluation of cultural interaction between adult and child in periods of infancy [28]. Social situation of development, according to Vigotsky [28, p. 258], is: “unique and unrepeatable relation between the child and the reality, which surrounds his, especially, social reality”. This social situation of development represents the platform for all “dynamic changes”, which might be noted during this period (ibid).

Psychological age is not the moment, but the period of development. This whole and integral period of development with its results should be studied by psychologist. “The problem of the age is not only the central problem for the whole child psychology, but the key for all questions of practice. This problem is closely related to the problem of diagnosis of development of the child” [28, p. 260].

Social situation of development is the type of meaningful relation between the child’s activity and activity of the other member of society. These members might be the child’s parents, relatives, neighbours, teachers,

educators, friends, and so on. The active and real role of these subjects is never the same in all cases and in all periods of ontogenetic development. Vigotsky [28] has never proposed to characterize features of environment, such as it's done in epidemiological studies. Eclectic sum of statistical parameters never conforms social situation of development. Social situation of development has precise content and structural elements. "One of the biggest disturbances for theoretical and practical study of child development is an incorrect relation to the problem of environment and its role in dynamic of the age, when the environment is understood as something external in relation to the child, as circumstances of development, as conjunction of objective conditions without specific explanation of their effects for the child's development" [28, p. 258].

This means that psychological development should be studied and assessed not as a sum of diverse elements of the child's environment, not as effect of external environment as it is done in studies with animals, but essential aspects of child's cultural interaction which led to development. In cases of developmental difficulties, obviously, the study of social situation of development means to analyze the whole situation and to find precise reason or factor of difficulties from the point of view of particular social situation and particular child. Social situation of development allows psychologist to discover "new features of personality", which come from "social reality" and passes from social to individual features. Vigotsky [28, p. 258-259] wrote, that the "first question", that should be asked during assessment of development, should be the question about social situation of development.

Psychological assessment might be organized and applied as qualitative procedure from the point of view of qualitative conception of development of personality and activity. As Vigotsky [28] has expressed, the real diagnostic of developmental difficulties together with the child's personality is achieved only when the symptoms are understood and related by identification of their sense and meaning for development. In the words of Vigotsky [28, p. 267], "the general principle of scientific diagnosis is the passage from symptomatic diagnostic, based on the study of complexes of symptoms of child development, that is, study of features, to clinical diagnosis, based on determination of internal process of development".

Vigotsky has understood psychological assessment as the system of methods of research directed to the goal of determination of the level of development, achieved by a child, adolescent, or adult with difficulties.

It is interesting to notice, that for the goal of analysis of developmental difficulties, Vigotsky proposed to consider not only organic or functional defects on the level of central or periphery nervous system, but also social defects of development. This position was expressed by Vigotsky in his work "Defectology" with the terms of primary and secondary defects [29]. This

proposal was made separately from the text, where, later, Vigotsky has introduced the concept of social situation of development [28]. These two different proposals remain separate until today. At least, they are not used as joint and unique proposal in the content of psychological assessment of development. According to our opinion, both concepts should be understood and used together as the unique conception of causes or reasons of difficulties of psychological development, so that it would be possible to unite assessment of levels of “defects” (level of analysis of the reason of child’s difficulties) and social situation of development as of these levels.

At the present moment of development of neuropsychology, sciences related to special education and clinical psychology, it is possible to add that the level of difficulties might include the level of central brain mechanisms, peripheral motor and vegetative mechanisms, and also the level of maturation of nervous system.

Vigotsky [29] has written that at least two specific levels should be included into consideration of the child’s difficulties: primary “defect” of development as pathological conditions of central nervous system and secondary “defect” of development as negative social conditions or social situation of development.

This idea was treated after Vigotsky by Lebedinsky and Lebedinskaya [7], who proposed to study functional defects of development at different psychological ages. Early defects are produced by inappropriate influence of the child-adult interaction during first two years of life, while latter effects might also be observed. Later effects are related to the influence not only of family, but also of educational and medical institutions on the child’s development. Different social institutions, such as educational and medical institutions, may conduct both to positive and negative effects on child’s development.

Examples of such effects can be unlimited usage of medication in cases of attention deficit disorder, autism, absence of communication, behavior problems; mechanical training of reading in cases of dyslexia; repetition of lists of words for memory problems; non-verbal means of communication in cases of autism; early “stimulation” without exploring of guiding activity if the concrete child and so on.

There are a lot of examples negligence and inappropriate approach for correction and teaching of children with developmental difficulties and with organic central and peripheral damage of nervous system. The methods used for teaching, therapy, and correction, frequently, are not only not useful, but even dangerous for further development of the patients. According to the concept of social situation of development, introduced by Vigotsky, allows to analyze the reasons of the difficulties, produced by inappropriate treatment and organization of day-to-day life and pedagogical work with the children.

The reasons of the difficulties are related not only to organic brain damages, maturational or functional levels, but also to the level of social life, of communication and organization of activity of the child. The reason could be different level of social negligence, of voluntary and involuntary mistakes and confusions or lack of knowledge of the parents, teachers, psychologists, and institutions.

Qualitative assessment and the concept of social situation of development. The use of the concept of social situation of development for qualitative assessment of development should be understood implies as concrete analysis of the content of all social relations of the child during each precise period of psychological development [30, 24].

It is necessary to analyse with all details the “history” of each particular child [31, 9], the content of each cultural action has its “own cultural history” and possibility of development and gradual interiorization. According to Vigotsky, every child has unique history of development [31]. “This unique history depends on actions, movements, interactions, and attitudes of concrete adults and concrete social institutions. All these actions and attitudes act on the child not directly, but in a mediatized way, according to psychological age and previous circumstances of life and development. The considerations of organization of concrete cultural activity of the child together with adults and institutions and their effects on child’s development should be understood as content of social situation of development” [24, p. 101].

There is an opinion in psychology, that the concept of social situation of development was continued and developed by Elkonin [6] using the term of guiding activity, which leads to acquisition of new psychological formation of the age enriched the understanding of social situation of development [14]. The concept of guiding activity is fundamental for modern developmental psychology. It’s possible to say that the term of guiding activity helped to discover the content of the term of social situation of development [14]. However, both concepts, social situation of development and guiding activity are very useful for developmental and clinical psychology. Guiding activity should be understood as proper activity of the child. On the contrary, social situation of development is related to specific role of parents, close adults, role of different social institutions, means of regulation and organization of each child’s life. All these details are essential for establishment of diagnosis of development and of prognosis of development. According to Kravtsov and Kravtosva [12] the concepts introduced by Vigotsky are not fully understood and many of them are not used in practice and research. Such position is reflected in child neuropsychology and clinical psychology.

The use of the concept of social situation of development should

include detailed analysis and description of the elements of the structure of all social relations of the child and close adults. During analysis of social situation of development of children with developmental difficulties it is useful to include concrete elements of social situation of development. These elements must provide precise information about the obstacles for child's development from the point of view of negative and positive participation of adults in the process of cultural development of the child. The ability of neuropsychologist or specialist in clinical psychology must be related to the ability of identification of negative elements of social situation of development, which might explain and precise the reasons of child's difficulties in each period of psychological development or in each psychological age.

The table 1 offers an example of consideration of the elements of social situation of development.

Table 1.

Elements of the content of social situation of development for organization of assessment

Qualitative Assessment of Psychological Age	
Description of level/ Details of functioning/ Frequency of active participation of adults	<ul style="list-style-type: none"> • Guiding activity (motive, goals, means). • Participation of institutions (methods of teaching, correction, interaction) • Regulation (emotional corporal means, objects, symbols, speech of adult, egocentric speech, oral and self-inner speech) • Types of communication in broad social situation (practical actions, playing with objects, playing with symbols, intellectual general, logical and empirical actions, intellectual conceptual actions, learning of school matters, actions in arts and sports).

The consideration of social situation of development as the part of qualitative assessment of development, provided by neuropsychologist and clinical psychologist may include concrete evaluation of each element of social situation of development: motives and goals of guiding activity; role of different educational and social institutions in organization of this activity; means of regulation used by the adults during the work with the child; types of communication with the child in different social situations. Level of realization of different actions by the child should also be considered. Such

levels of realization of the child’s actions are as follows: material, materialized, perceptive concrete, perceptive schematic, verbal oral and written [25]. Different types of actions in the child’s life may include or exclude the following actions: practical, playing, artistic, physical, and intellectual actions related to different school subjects.

Neuropsychological analysis of difficulties, proposed by Luria ([9, 11] and their scientific school [1, 19, 22] have shown the way for discovery of brain “factors” or brain functional reasons of developmental difficulties. Dynamic assessment of development, proposed by Vigotsky [28] should include procedures of assessment related to two different levels of analysis: level of social situation of development and level of brain functioning. Both levels are essential for objective understanding of the reason of the child’s difficulties.

The level of brain functioning, according to Luria [10], refer to the participation of specific brain mechanisms in realization of cultural activity. These mechanisms are acquired together with the acquisition of different kinds of cultural activity in infancy, such as activity of non-verbal and verbal communication, practical use of cultural objects, playing with objects, playing with symbolic substations of the objects, playing with social roles and rules, drawing, sport, physical and rhythmic activity, music and artistic activity and all kinds of intellectual actions based on logical empirical and conceptual means.

The table 2 offers a picture of the use of mentioned two levels of analysis of the levels of difficulties during child’s development.

Table 2.

Levels of qualitative assessment of development	
Levels of “factors” qualitative assessment of development	
Dynamic assessment	
Neuropsychological assessment and analysis of syndrome.	Level of organic brain structures, brain functioning and maturation “neuropsychological factor”
Psychological assessment and analysis of social situation of development.	Level of social situation of development or “factor of social situation”

[24, p.102]

The specialists in child neuropsychology and clinical psychology should remember that the difficulties occur because of multiple reasons and that these reasons are of multiple nature [23]. One of the biggest mistakes of modern neuropsychology and clinical psychology is the intention of explanation of developmental difficulties by only one isolated reason, such as the reason of deficit of only one psychological function (attention, speech, intellect). Unfortunately, such a reductional approach is very common in modern publications in neurosciences as isolated functions are always the

focus of attention of description, diagnosis, and correction in official documentation texts [2], experimental [5, 6] and clinical research [4]. Another way of understanding of developmental difficulties was introduced by Vigotsky and continued by Luria and their follower in neuropsychology and clinical psychology, but this point of view is not predominant one [15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23].

The concept of social situation of development is a powerful instrument on the way of understanding of every child's negative and positive aspects of development and must be used as one of essential levels during clinical assessment of developmental difficulties.

Conclusions. The social situation of development must be undertaken as one of essential elements of identification of the difficulties of child's development in cases of organic brain damage, insufficient level of brain neurophysiological maturation and of social neglect. Very often, social neglect appears together with organic brain damage or insufficient brain maturation. The effect of child's difficulties never appears as isolated consequence of brain damage or brain disfunction, but always as the consequence of the negative social situation of development together with brain organic or functional deficits. This idea must be remembered and used constantly by the specialists in developmental neuropsychology and clinical psychology.

References

1. Akhutina, T.V. & Pilayeva, N.M. (2012). *Overcoming learning disabilities. A Vigotskian-Lurian neuropsychological approach*. Cambridge: Cambridge University Press.
2. American Psychiatric Association. (2014). *Spanish Edition of the Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5*. Washington: American Psychiatric Pub.
3. Arango Lasprilla, J.C., Wilson, B. & Olabarieta Landa, L. (2020). *Principios de rehabilitación neuropsicológica*. Mexico: Manual Moderno.
4. Benito-Sánchez, I., Ertl, M.M., Ferrer-Cascales, R., Oltra- Cucarella, J., Ibáñez-Alfonso, J.A., Schwartzman, M.S., Soto-Añari, M., Cadavid- Ruiz, N., Rodríguez-Lorenzana, A., Rivera, D. & Arango-Lasprilla, J.C. (2020 a). Multivariate Base Rates of Low Scores on Tests of Learning and Memory among Spanish-Speaking Children. *Developmental Neuropsychology*, 45, 4: 169-188.
5. Benito-Sánchez, I., Gonzalez, I., Oliveras-Rentas, R.E., Ferrer-Cascales, R., Romero-García, I., Restrepo-Botero, R., Delgado-Mejía, I., Vergara-Moragues, E., Rivera, D. & Arango-Lasprilla, J.C. (2020 b). Prevalence of Low Scores on Executive Functions Tests in a Spanish-Speaking Pediatric Population from 10 Latin American Countries and Spain. *Developmental Neuropsychology*, 45, 4: 200-210.
6. Elkonin, D.B. (1989). *Selected psychological works*. Moscow: Pedagogy.
7. Lebedinsky, V.V. & Lebedinskaya, K.S. (2018). *Disturbance of mental development in childhood and adolescence*. Moscow: Academic Project.
8. Leontiev, A.N. (2000). *Lecture of general psychology*. Moscow: Sense.

9. Luria, A.R. (1973). *Problems of neuropsychology*. Moscow: Moscow State University.
10. Luria, A. R. (1977). *Superior cortical functions*. La Habana: Orbe.
11. Luria, A. R. (1989). *Brain in action*. Mexico: Ediciones Roca.
12. Kravtsov, G.G. & Kravtsova, E.E. (2002). Relationship between Learning and Development: Problems and Perspectives. *Cultural-Historical Psychology*, 16, 1: 4–12.
13. Machinskaya, R. (2012). Why does Psychologist need “Social Brain”? *Cultural-historical Psychology*, 2012, 4: 103-108.
14. Obukhova, L.F. (2006). *Psychology of ages*. Moscow: Superior Education.
15. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2014). Syndromic analysis of ADHD at preschool age according to A.R. Luria concept. *Psychology and Neuroscience*, 7, 4: 443-452.
16. Solovieva, Yu., & Quintanar, L. (2015). Qualitative syndrome analysis by neuropsychological assessment in preschoolers with attention deficit disorder with hyperactivity. *Psychology in Russia: State of the Art*, 8, 3: 1-12.
17. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2016a). *Educación neuropsicológica infantil*. México: Trillas.
18. Solovieva Yu. & Quintanar L. (2016a). Conception of syndromic analysis in child neuropsychology. In: N.V. Zvereva & I.F. Roschina (Eds.) *Diagnosis in medical psychology: traditions and perspectives*. Moscow: State University of Psychology and Pedagogy of Moscow: 29-36.
19. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2017). *Brief Neuropsychological Assessment for children: Puebla*. Mexico: Puebla Autonomous University.
20. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2018 a). Luria’s Syndrome for Neuropsychological Rehabilitation of Adolescents. Fifth International Luria Memorial Congress (Lurian Approach in International Psychological Science), *KnE Life Sciences*, 825-836.
21. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2018 b). Luria’s syndrome analysis for neuropsychological assessment and rehabilitation. *Psychology in Russia. State of the Art*. 11 (2): 81-99.
22. Solovieva, Yu. & Quintanar L. (2019). *La metodología formativa en la psicología histórico cultural*. Madrid: GIUNTI-EOS.
23. Solovieva, Yu., Akhutina, T., Quintanar, L., Hazin, I. (2019). Historical-Cultural Neuropsychology: a systemic and integral approach of psychological functions and their cerebral bases. *Estudios de Psicología* 24 (1): 65-75.
24. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2020 a). Vigotsky’s concept of social situation of development for assessment of development. En: Sizikova T., Popova N., Durachenko O. *Actual problems of cultural historical psychology*. Federal University of Novosibirsk, Novosibirsk: 91-105.
25. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2020 b). Revision of Conception of Gradual Formation of Actions for Education and Psychological Development. *Frontiers in Psychology*. 11 (1887) 1-9.
26. Solovieva, Yu. & Quintanar, L. (2021). Assessment of development difficulties: qualitative approach in Mexico. In: N.V.Zvereva & I.F. Roschina. *Contemporaneous approaches to diagnoses in clinical (medical) psychology*. Moscow: Moscow State Psychological and Pedagogical University: 110-128.

27. Veresov, N. (2014). Method, methodology and methodological thinking. In: M. Fleer & A. Ridway (Eds.) Visual methodologies and digital tools for researching with young children: Transforming visibility. Switzerland: Springer.: 215-228.
28. Vigotsky, L. S. (1984a). Selected Works. Vol. 4. Moscow: Pedagogy.
29. Vigotsky, L. S. (1984b). Selected Works. Vol. 5. Moscow: Pedagogy.
30. Vigotsky, L. S. (1984c). Selected Works. Vol. 6. Moscow: Pedagogy.
31. Vigotsky, L.S. (2017). Notebooks of L.S. Vigotsky. Moscow: Kanon.

Туревская Р.А.

УРОВНЕВЫЕ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНОГО И ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (В НОРМЕ И ПРИ ОТКЛОНЯЮЩЕМСЯ РАЗВИТИИ)

Аннотация. Предлагается мета-исследование, которое направлено на создание целостной концепции развития социального и эмоционального интеллекта (СЭИ) в норме и при атипичном развитии (РАС), выявление наиболее важных закономерностей и хронологических моментов самодвижения СЭИ, перехода на качественно новые уровни его развития. Исследование опирается на данные эмпирических и экспериментальных авторских исследований и содержит описание основных результатов изучения развития эмпатии, «модели психического» (ТоМ), понимания и разрешения когнитивного диссонанса (КД). Предлагаются уровневые модели их развития в рамках концепции СЭИ.

Ключевые слова: эмпатия, модель психического (ТоМ), когнитивные атрибуции, когнитивный диссонанс, расстройства аутистического спектра, уровневая модель развития.

Введение. В настоящее время тема развития СЭИ приобретает особую значимость в контексте тех вызовов, которые переживает гражданское общество. Актуальность исследования определяется увеличением количества детей с нарушением эмоционального и социального развития, изменением факторов социализации детей с отклоняющимся развитием в современном обществе. В настоящее время разрабатываются уровневые концепции развития СЭИ.

Уровневый подход представляется наиболее перспективным и ведущим в объяснении механизмов нарушений СЭИ при атипичном развитии. Серия проведенных исследований позволяет выделить главные концепты, которые позволили бы исследовать наиболее существенные закономерности развития и имели объяснительный смысл для понимания нарушений СЭИ при атипичном развитии, главным образом аутистического спектра.

Цель работы - исследовать уровневые модели развития СЭИ в норме и при отклоняющемся развитии на материале проведенных автором эмпирических исследований [4-6, 8-10], в которых использовались как лонгитюдный метод, так и метод сравнительно-возрастных срезов, проводился сравнительный анализ атипичных детей и детей нормативных выборок. Цель предлагаемого мета-исследования – объединить и обобщить полученные эмпирические данные, объяснить их разнообразие, выявить общие закономерности и границы их применения при атипичном развитии, выделить и описать ключевые концепты развития социального и эмоционального интеллекта при отклоняющемся развитии. В предлагаемой статье представлены общие результаты, полученные в наших исследованиях в детском и подростковом возрасте.

В настоящее время активно разрабатываются уровневые модели ТоМ применительно к дошкольному возрасту [11], выделены два уровня в развитии ТоМ – наивного агента и субъекта социального познания. Однако, изучение ТоМ недостаточно для целостного понимания развития СЭИ, т.к. этот внутренний механизм в большей степени затрагивает аспект восприятия и понимания психических состояний. Исследование СЭИ было бы неполным, если не исследовать собственно интеллект, его операциональную структуру, механизмы развития. Т.е. для определения СЭИ важно не только, например, понимание обмана, но и когнитивные механизмы, реализующие сам обман, т. е. другими словами то, когда и как ребенок начинает обманывать. Для оценки СЭИ важно не только понимание, что другому плохо, но и то, как формируется сопереживание ему, не только понимание эмоций, но и уровень их проживания и регуляции. В оценке речевого развития присутствует два аспекта – импрессивный и экспрессивный, аналогично и с диагностикой СЭИ, его изучение предполагает не только «понимающие» способности, но, собственно, сам интеллект [12], как совокупность определенных операций (действий), направленных на решение социальной задачи.

В этом плане возникает задача объединить исследования разных лет и попытаться сформировать более целостную картину развития СЭИ применительно к детям с отклоняющимся развитием (детям с РАС), которая бы объединяла изучение развития ТоМ, эмпатии, атрибутивных механизмов переживаний, регуляторных аспектов. Каждое из исследований предполагает создание экспериментальных и тестовых моделей изучения СЭИ, включая создание новых (ЭТСС) и апробацию классических методик на отечественной выборке (тест Ф. Аппе «Удивительные истории»).

Гипотезы мета-исследования:

1. Выявляется гетерохронность в становлении когнитивных механизмов СЭИ в детском возрасте и его нарушение при атипичном развитии.

2. Выявляется незавершенность в развитии когнитивных механизмов социального и эмоционального интеллекта при атипичном развитии.

3. При атипичном развитии (РАС) качественно изменяются возрастные новообразования СЭИ.

1. Исследование развития эмпатии в норме и у детей с РАС.

Эмпатия является ключевым механизмом развития СЭИ. Следует отметить, что в результате недостаточности эмпатии у детей нарушается не только способность к сопереживанию, но и умение адекватно эмоционально реагировать на различные явления окружающего мира, дифференцировать и адекватно интерпретировать экспрессивные выражения и эмоциональные состояния других, снижается вариативность способов эмоционального реагирования, диапазон понимаемых и переживаемых эмоций, интенсивность и глубина переживаний, способность прогнозировать эмоции и реакции людей на определенное поведение.

Нарушение развития эмпатии может приводить к широкому спектру эмоционально-личностных расстройств: нарциссизм, нарушение социального поведения, недоразвитие моральных инстанций, инфантилизм, неуверенность в себе, повышенная тревожность, агрессивность, недоверчивость, эмоциональная холодность и т.п.

Однако отечественные исследования в этой области сдерживаются недостаточностью методических средств диагностики и измерения эмпатии [1]. В настоящее время методических инструментов диагностики эмпатии для детей дошкольного возраста очень мало, большинство из них ориентированы на школьный возраст и старше, и предполагает использование опросников, что сдерживает научную разработку этой проблемы. Это ставит задачу разработки новых методик, позволяющих диагностировать развитие эмпатических переживаний у детей на более ранних возрастах, когда, собственно, закладывается способность к эмпатии. Необходимо при этом найти такие стороны развития эмпатии, которые при операционализации измерения вскрывали наиболее существенные характеристики эмпатии и закономерности ее развития и функционирования в дошкольном возрасте и на младших школьных возрастах. В соответствии с этим предполагается исследовать избирательность эмпатических переживаний и актуализировать их на реальном материале по принципу «здесь и теперь». Избирательность эмпатических переживаний

наиболее тесно связана с проблемой выявления механизмов ее обуславливания, и в частности, когнитивного опосредования.

Гипотезы:

1. У детей с возрастом изменяется избирательность эмпатических переживаний;

2. Возрастная динамика эмпатических переживаний связана с развитием когнитивных атрибуций, опосредующих эмпатические переживания;

3. У аутичных детей в сравнении с нейротипичными детьми качественно изменены избирательность эмпатии и когнитивные атрибуции, опосредующие эмпатические переживания.

Общая выборка составила 134 ребенка (группа нормы-104; РАС-30 детей), из них 74 - участвовали в логитюдном исследовании. Возраст умственного развития аутичных детей приближался к норме. Все дети с РАС обладали речью и способностью к игре, а также с ними проводилась коррекционная работа.

Описание методики - Эмпатический тест сюжетных ситуаций (ЭТСС). Эмпатический тест сюжетных ситуаций направлен на выявление избирательности эмпатических переживаний и соответственно типа атрибутивных процессов, опосредующих эмпатические переживания [8].

Для моделирования эмпатических переживаний использовались ситуации, предъявляемые на картинках, и которые известны детям по мультфильмам, сказкам и детским произведениям. На каждой из картинок моделируются дистрессовые ситуации, которые различаются интенсивностью переживаний изображенных персонажей, степенью травматизации и/или страдания, наличием-отсутствием опасности (6 картинок).

Использовались две процедуры. Первая процедура — ранжирование картинок соответственно степени сопереживания. Испытуемого просят объяснить, почему он «жалеет»/сопереживает каждому из выбранных персонажей.

Вторая процедура — попарное сравнение картинок, на которых изображены герои мультфильмов. Ребенок должен выбрать ту картинку, которая вызывает в нем наибольшее сопереживание персонажу. Испытуемый получает инструкцию: «Выбери того персонажа на картинках, которого ты больше жалеешь». Во второй процедуре предполагалось 15 попарных сравнений, в результате которых устанавливалась иерархия предпочтений.

Важно отметить, что понимание события и его переживание сложно разделить в детском возрасте. Анализ моделируемых

эмпатических переживаний строился на основе выборов, их интерпретаций и вербальных самоотчетов. На основе анализа результатов и вербальных самоотчетов испытуемых были выделены три атрибутивных параметра, которые опосредуют и дифференцируют эмпатические переживания.

Параметры:

1. Локус ответственности за произошедшее событие, представленное на картинке

2. Контроль намерений, ролевые ожидания, прогнозирование опасности - в диаде жертва-агрессор необходимо понять, кто на самом деле жертва

3. Контролируемость причины дистресса, который испытает персонаж, которому мы сопереживаем.

Фактически, каждая предлагаемая картинка включает в той или иной степени выделенные параметры, которые могут иметь дифференцирующее значение для эмпатического переживания в зависимости от осмысления сюжетной ситуации. Однако, тест разработан таким образом, что каждый из параметров определяет дихотомию и задан двумя прямо противоположными признаками, которые содержатся в картинках. Выбор картинки фактически определяет тип атрибутивных процессов, определяющих эмпатическое переживание.

Результаты эмпатического теста сюжетных ситуаций.

Полученные результаты исследования позволяют дифференцировать детей по уровню развития эмпатических переживаний и возрастным особенностям. Сравнительный анализ обнаруживает, что, при переходе от младшего дошкольного возраста к старшему, меняется избирательность эмпатических переживаний, существенным компонентом которой является развитие когнитивных атрибуций. Дети в возрасте 4-5 лет сочувствуют «жертве», дистресс (страдания) которой более наглядно и интенсивно выражен.

У старших дошкольников (6-7 лет) сопереживание чаще возникает к «жертве», находящейся в условиях и ситуациях, за которые она не может нести ответственность, на которые она не может влиять или не может контролировать сложившиеся условия, или к «жертве», которая не испытывает страдания, но попала в опасную ситуацию. При эмпатическом переживании они начинают учитывать уже ряд параметров – специфические атрибуции, (ответственность, контролируемость ситуации, намерения), которые требуют участия более сложных когнитивных процессов и понимания социальной жизни (прогнозирование, понимание ролевых отношений), понимания психических состояний и способность к децентрации. Чем дети старше,

тем чаще они сопереживают «жертве», ориентируются на социальный смысл событий, социальные нормы и правила.

Результаты лонгитюдного исследования выборки детей начального школьного возраста (1-3 классы) подтверждают выявленные закономерности - роль когнитивных атрибуций и ТоМ, опосредующих эмпатические переживания, повышается в начальном школьном возрасте.

У детей с РАС 6–8 лет выявляется нарушение избирательности эмпатических переживаний, незрелость опосредствующих их когнитивных атрибуций. Аутичные дети, сопереживая, больше ориентируются на внешние признаки страдания, которые демонстрирует жертва, и меньше - на социальные нормы и правила, опосредующие эмпатические переживания, аналогично детям в возрасте 4–5 лет. Таким образом, выявляется отсутствие статистически значимых различий между группой нейротипичных детей в возрасте 4-5 лет и аутичными детьми 6-8 лет.

Следует отметить, что в рамках развития СЭИ взаимодействуют два фактора: понимание психических состояний другого человека (ТоМ) и атрибутивные процессы (каузальная атрибуция как один из механизмов межличностного восприятия – это процесс приписывания другому человеку причин его поведения в том случае, когда информация об этих причинах отсутствует), которые в совокупности влияют на развитие избирательности эмпатии и модулируют эмпатический ответ. Данное исследование, опираясь на процесс сопереживания, в большей степени высвечивает собственно атрибутивные процессы и показывает возрастные закономерности их становления при нейротипичном развитии и характер его нарушений у детей с РАС.

2. Исследование «модели психического» (ТоМ) у нейротипичных детей и детей и подростков с РАС.

Цель исследования - выявить динамику развития ТоМ в школьный период и понять механизмы нарушений ее развития у детей с РДА при переходе от начального школьного к подростковому возрасту. Для этого предполагалось использовать метод сравнительно-возрастных срезов.

Гипотезы:

1. Мы предполагали, что в силу гетерохронности развития в каждый конкретный момент ТоМ представляет собой динамическое системное образование разноуровневых репрезентаций, в котором сосуществуют репрезентации различных генетических уровней, и отдельные измерения которых находятся на разных этапах формирования.

2. В период от начального школьного к подростковому возрасту

происходят существенные изменения в ТоМ как системном образовании. Мы предполагаем, что становление понимания ментальных состояний подчиняется общим закономерностям развития, и строится в соответствии с принципом генетической психологии, согласно которому развитие идет в сторону повышения дифференцированности, артикулированности репрезентаций ментальных состояний и их интеграции.

3. Ведущий механизм нарушений ТоМ при раннем детском аутизме связан с нарушением процессов дифференциации-интеграции репрезентаций социального и эмоционального опыта.

Методики:

1. Тест «Удивительные истории» Ф. Нарре, включающий 16 иллюстраций для историй на темы обмана, манипуляции, иронии, символической игры, двойного обмана, а также понимания намерений, метафоры и ложных ожиданий. В тесте используются классические для изучения ТоМ тестовые ситуации (истории «Салли и Энн», «Фургончик с мороженым» и т.д.) и процедуры опроса испытуемых для оценки понимания социальных событий и соответствующих ментальных состояний.

2. Для обеспечения конвергентной валидности использовался тест на понимание физической и ментальной причинности S. Baron-Cohen, включающий 14 изображений различных событий. Ребенку необходимо установить последовательность событий, а также назвать причинно-следственные связи в ситуации, мысли и чувства героев. Детям предлагалось 8 карточек на понимание социальных историй [13].

При обработке ответов по тесту Ф. Нарре была использована уровневая модель смысловой переработки информации, содержащей эмоциональные стимулы [5]. Выделены уровни понимания детьми различных историй, включающих аспекты понимания и вербализации смысла социального события, понимания и дифференциации мыслей и чувств. Для каждого уровня предложена оценка в баллах.

В исследовании участвовали дети (N=97) 7-16 лет (43 – дети с РАС, 54 – группа нормы), которые дифференцировались на старшую (12-16 лет) и младшую (7-11 лет) группы.

Результаты исследования. Данные исследования доказывают выдвинутые гипотезы в отношении уровневого строения ТоМ, и позволяют выделить их наиболее существенные признаки и ведущие когнитивные механизмы репрезентаций.

1-ый уровень – эмоционально-образный: дети понимают ситуацию глобально по принципу «плохо-хорошо», репрезентация инвариантов социального события недостаточно дифференцирована и слита с самой конкретной ситуацией. Имеет место слитность образа

ситуации с ее переживанием, где ведущими в построении репрезентаций являются аффективные компоненты, через призму которых осмысливается социальный смысл и которым подчиняются мысли и чувства. То, ведущий механизм – эмоциональная оценка. Часто на этом уровне используется способ репрезентации через вербальное действие, смысл которого в воспроизведении эмоционального опыта.

2-ой уровень – перцептивно-образный: на этом уровне происходит выделение инвариантов отношений в понимании социального смысла ситуации и ментальных состояний. Здесь ведущий механизм формирования репрезентаций – абстрагирование инвариантов социальных событий и их дифференциация от перцептивных данных стимульной ситуации, однако, дифференцирующий образ ситуации носит конкретно-ситуативный характер и слит с ее переживанием. На этом уровне понимание мыслей и чувств координируются с пониманием социального смысла событий, который становится определяющим. Но репрезентация социальных отношений еще носит образный характер, имеет образное содержание.

В силу слитности репрезентаций инвариантов социальных событий с образом конкретной ситуации на этом уровне недостаточно отражаются причинно-следственные связи репрезентаций социальных событий и ментальных состояний (будь то мысли, эмоции, намерения и т.д.).

3-ий уровень – концептуальных репрезентаций: на этом уровне формируются репрезентации, которые отражают причинно-следственные связи между инвариантами социальных событий и ментальными состояниями. Ведущий механизм – категориальное обобщение, который «работает» в отношении различных составляющих ТоМ – категоризации инвариантов социальных событий, эмоций и когнитивной структуры переживаний. Категориальное обобщение предполагает способность вербализации, которая для развития репрезентативной системы этого уровня имеет ключевое значение, т.к. обеспечивает качественно новый уровень ее дифференциации и интеграции. На данном уровне происходит «отрыв» репрезентаций ментальных состояний и инвариантов социальных событий от конкретной ситуации и их обобщение с опорой на процессы категоризации и вербализации, появляются такие категории - честность, манипуляция, обман и т.д. При этом репрезентация инвариантов социальных событий выступает как смыслоразличительный и системообразующий механизм понимания ментальных состояний.

Результаты исследования показывают неравномерность в уровне организации репрезентаций в каждом из измерений ТоМ (намерения, ложные ожидания и т.д.). Данная закономерность характерна для всех

без исключения обследованных групп детей, включая группы нормы. Понимание различных ментальных состояний может строиться как на 1-м уровне, так и на 2-м или 3-м, эти уровни могут сочетаться не только в рамках одной группы, но и одного испытуемого, затрагивая различные аспекты ТоМ.

В процессе развития в норме происходит выделение 3-го уровня как ведущего, его дифференциация от 2-го уровня и инволюция примитивного незрелого 1-го уровня. При атипичном развитии мы видим иную пропорцию в представленности уровней. Сближение количественных показателей 3-го и 2-го уровней и отсутствие инволюции 1-го может отражать отставание в динамике развития психологических образований ТоМ и указывать на менее дифференцированный характер их развития, нарушение формирования их иерархии, снижение интегративных процессов. Этот факт свидетельствует о незавершенности в развитии ТоМ при переходе от начального к старшему школьному возрасту при аутизме. Хотя общая тенденция развития у аутичных подростков так же связана с формированием концептуальных репрезентаций, это не приводит к выделению ведущего уровня в организации ТоМ. По возрастной динамике ТоМ подростки с РАС занимают промежуточное положение между детской и подростковой группами нормы.

Важным условием дифференциации уровней и построения ТоМ являются процессы категоризации, которые обеспечивают «отрыв» репрезентативной системы от конкретной ситуации. Причем следует различать категоризацию социальных событий, категоризацию собственно эмоциональных переживаний и категоризацию на уровне знаковых систем, координация этих процессов имеет существенное значение для формирования иерархической системы репрезентаций, и представляет собой «слабое место» в развитии ТоМ при аутизме.

Уровневый подход позволяет конкретизировать развитие модели психического по отдельным измерениям. В норме понимание обмана в различных своих проявлениях фактически складывается в начальном школьном возрасте и завершает свое развитие в подростковом. К подростковому возрасту повышается уровень понимания ложных ожиданий и символического замещения в игре, однако, понимание намерений и иронии характеризуется отсутствием иерархии в системе репрезентаций и находится в стадии становления, понимание метафоры в осмыслении социальных событий - в зоне ближайшего развития.

У подростков с РАС повышается понимание двойного обмана в сравнении с детьми с РАС, но в целом по уровню организации репрезентаций оно не «догоняет» до уровня детей 7-11 лет нормы. В понимании обмана у аутичных подростков продолжают участвовать

эмоционально-образные репрезентации, которые в норме уже «уходят» в 7-11 лет. В то же самое время подростки с РАС показывают более высокий уровень понимания метафор, чем их сверстники нормативной группы, соответствующий концептуальным репрезентациям, тогда как в норме преобладают репрезентации перцептивно-образного уровня. Сочетание явлений опережения в понимании метафор и недоразвития уровня понимания обмана можно идентифицировать как симптом «переслаивания» в развитии репрезентативных систем ТоМ, который есть проявление асинхронии - специфической закономерности развития при раннем детском аутизме.

Выявленные особенности развития ТоМ у детей с РАС характеризуются снижением уровня построения репрезентаций, нарушением дифференциации и формирования иерархии в развитии когнитивных механизмов ТоМ. К подростковому возрасту в системе репрезентаций ТоМ усиливаются симптомы асинхронии развития.

Данные исследования доказывают, что дети начинают использовать слова, обозначающие социальные явления и социальные свойства, раньше, чем понимают смысл этих слов. Так аналогично дети овладевают цифрами и осваивают порядковый счет раньше, чем формируется собственно «концепция числа». В данном случае речь идет не о номинативных процессах, а об отношении слов к тому социальному событию, которое они обозначают. Это ставит отдельную проблему – необходимость введения концепта в описание социального познания аналогичного понятию при изучении вербального мышления. В работе было введено понятие «социальный инвариант», которое предполагает фиксированное неизменное социальное содержание, смысл которого не изменяется с изменением ситуации. Например, содержание ситуации, в которой нас пытаются обмануть, может существенно различаться, но неизменным остается характер и последовательность действий, которые идентифицируют обман, в основе которого лежит понимание несоответствия. Для идентификации такого социального события, как обман, важно также понимание намерения другого ввести в заблуждение. В противном случае это может расцениваться как ошибка.

Социальный инвариант, будь то обман, обида и т.д., предполагают специфические когнитивные механизмы и паттерны когнитивных действий. И если категориальное понятие предполагает обобщение предметов на основе единого признака, то социальный инвариант гораздо сложнее – его необходимо вычленивать, выделить в реальной действительности. А чтобы его вычленивать в реальной действительности, необходимо отслеживать одновременно несколько признаков и саму последовательность происходящих социальных взаимодействий. Так обман предполагает, с одной стороны, понимание

намерений, отслеживание действий другого человека, их интерпретацию и понимание несоответствия, например, того, что говорится или делается тому, что должно быть на самом деле. И здесь неважно, нам намеренно недодали сдачу в магазине, или ребенок говорит, что сделал уроки, а на самом деле не делал. В любом случае – это обман. Таким образом, с точки зрения когнитивного обеспечения, идентификация социального инварианта достаточно сложный процесс, который предполагает использование ТоМ, понимание каузальной причинности действий (атрибуций) и идентификацию несоответствия в межличностном взаимодействии. В силу сложности этих процессов, будучи объединенных в одно целое, мы не всегда или не сразу понимаем, что нас обманули. Социальный интеллект фактически имеет более длительный период развития, чем психометрический интеллект. Следует отметить, что вербальное обозначение у детей может опережать понимание смысла, например, слово «обида» на другого может использоваться ребенком в различном социальном контексте даже в том случае, когда обидчиком выступал он сам.

Исследование доказывает существование связи между формальным интеллектом и уровнями ТоМ. В норме предпосылкой для функционирования перцептивно-образного уровня является понимание и установление последовательности событий. При атипичном развитии важно развитие вербальных функций и, в частности, речевое развитие. Результаты исследования показывают, что для детей с РАС концептуальный уровень (3) значимо связан с вниманием к недостающим деталям и способностью устанавливать последовательность событий, эмоционально-образный уровень (1) обратно связан с уровнем определения понятий и вербальных обобщений.

3. Исследование развития понимания и разрешения когнитивного диссонанса у нейротипичных детей и детей и подростков с РАС.

В развитии социального интеллекта особую значимость имеет становление функций, отвечающих за контроль реальности. Наряду с развитием собственно механизмов СЭИ важен их регуляторный аспект. Ребенок достаточно рано осваивает символические игры с замещением и в целом стратегию «понарошку» — это то, что мы придумываем и при этом понимаем, что так не бывает в реальности. Детская субкультура в виде загадок, в которых происходит перешифровка реальных предметов и их взаимодействий, сказок с их многочисленными превращениями, феноменов юмора, основанного на понимании неконгруэнтности – все это стимулирует развитие функций, которые можно обозначить как «тестирование реальности».

Этот аспект важен для понимания нарушений СЭИ при аномальном развитии, т.к. очень часто нарушение именно этой функции является индикатором психической патологии при широком спектре расстройств, как у детей, так и у взрослых.

В операциональном плане эта функция строится на понимании несоответствия психического образа или переживания (репрезентации), образа воображения той реальности, которую они отражают или содержат. Ребенок в процессе развития учится не только понимать это несоответствие реальности, но и активно его воспроизводить в продуктах психической деятельности, например, в иронии, юморе и т.д. Именно исследованию понимания и преобразования этого несоответствия был посвящен ряд исследований, которые реализовывались на моделях понимания и создания юмора, а также понимания и разрешения когнитивного диссонанса.

Методика. Экспериментальная модель исследования когнитивного диссонанса предполагала создание тестовых ситуаций, которые моделировали противоречие переживаний персонажей, поступков или социальных событий, происходивших с ними. Сами истории (тестовые ситуации) были заимствованы из реальной практики работы с детьми. Процедура детям рассказывала истории. Требовалось ответить на вопросы, которые подразумевали разрешение когнитивного диссонанса (КД). В качестве предмета исследования выступали те способы, которыми ребенок пытался преодолеть КД.

Выборка испытуемых – нейротипичные дети и высокофункциональные дети с РАС начального и среднего школьного возраста, таким образом, было сформировано 4 группы испытуемых, в общей сложности 87 человек.

Результаты исследования выявляют качественное изменение в разрешении КД при переходе от начального к среднему школьному возрасту. В более младшем возрасте преобладают когнитивные механизмы преодоления КД, которые искажают реальность в процессе преобразования (изменение одного из элементов КД), оставляя структуру ситуаций неизменной. К подростковому возрасту возникают такие способы разрешения противоречий, которые основаны на привлечении нового знания (добавление элемента), что опосредует и переструктурирует связи между конфликтующими событиями, фактически примиряя их и образуя целостный ответ. Вместе с тем были выделены ответы, которые идентифицированы, как отсутствие осознания КД – это отрицание КД или игнорирование одного из элементов КД. У 30 % детей с РАС фактически отсутствует осознание КД. Данные исследования демонстрируют, что между экспериментальной и контрольной группами существуют

статистически значимые различия по способности понимания, переживания и разрешения КД. Детям с РАС более характерно искажение или игнорирование одного из элементов при решении когнитивного диссонанса, в контрольной группе значимо чаще встречаются ответы с привнесением нового элемента, что является качественно более высоким уровнем решения когнитивного диссонанса и определяет возрастную динамику переживания и преодоления КД. Отмечается отсутствие возрастной динамики в группе с РАС. У подростков с РАС ведущим способом разрешения когнитивного диссонанса остается искажение или игнорирование одного из элементов КД.

Таким образом, видеть, понимать и разрешать противоречие является важным этапом развития ментализации, который складывается к подростковому возрасту и оказывается несформированным при аутизме. Соответственно нарушенными оказываются и те, функции, которые требуют при своем осуществлении понимания и осознания противоречия.

Выводы. Анализ данных исследований, посвященных изучению СЭИ, выявляет гетерохронность становления различных его функций при нейротипичном развитии. При атипичном развитии (дети и подростки с РАС) многие из функций СЭИ (избирательность эмпатических переживаний, модель психического, способность к пониманию и разрешению КД) остаются незавершенными или искажаются в своем развитии. Возрастные новообразования СЭИ у детей и подростков с РАС качественно изменены в сравнении с детьми нормативных групп практически на всех этапах онтогенеза.

Результаты проведенных исследований представляются важными для определения мишеней в коррекционно-развивающей работе с детьми и подростками с РАС и их социализации.

Литература

1. Гаврилова Т.П. Эмпатия и ее особенности у детей младшего и среднего школьного возраста. Дис. канд. псих. наук. – М., 1977.
2. Стрелкова Л.П. Психологические особенности развития эмпатии у дошкольников : диссертация кандидата психологических наук : 19.00.07. - Москва, 1987.
3. Туревская Р.А. К вопросу о смысловой организации переживаний в подростковом и раннем юношеском возрасте//Вестник Московского университета. Серия 14. Психология .- 1990,№4.- с57-64.
4. Туревская Р.А. Чувствительность к эмоциональному состоянию у подростков с психопатоподобным синдромом. //Материалы докладов II Международной конференции, посвященной 100-летию со дня рождения А.Р.Лурии- сентябрь 2002. -с139-143.
5. Туревская Р.А. Восприятие эмоций у подростков в норме и патологии. //Материалы конференции «Нарушения эмоционального развития как клиничко-

дефектологическая проблема», посвященной 80-летию со дня рождения К. С. Лебединской- 2004. DVD

6. Туревская Р.А., Жигэу Е.И. Уровневый анализ нарушений процессов смысловой переработки информации у больных шизофренией // Вестник Славянского Университета. 2004, № 11. С. 159-168.

7. Диагностика эмпатии в детском возрасте // Сборник «Научные тенденции: педагогика и психология» (РИНЦ), С.-Пб. 2019, с. 56-64.

8. Туревская Р.А., Пленсковская А.А. Развитие модели психического у детей с РАС школьного возраста. Консультативная психология и психотерапия, 2021, 29(1), 112-131.

9. Туревская Р.А., Пленсковская А.А. Связь модели психического и интеллектуального развития у детей с расстройствами аутистического спектра // Психологические исследования. 2022 Т.15. № 81. С. 3. URL: <http://psystudy.ru>

10. Туревская Р.А, Диагностика избирательности эмпатических переживаний в норме и при отклоняющемся развитии // Современные направления диагностики в клинической (медицинской) психологии. Научное издание. Коллективная монография г/под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. Москва: ООО «Сам Полиграфист», 2021, с.241-257

11. Сергиенко Е.А. Модель психического как парадигма познания социального мира // Психологические исследования. 2014. Т.7, № 36. С.6. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: 05.05.2020).

12. Чеснокова О.Б., Субботский Е.В. Социальный интеллект в условиях сложных социальных систем // Национальный психологический журнал. 2010. № 2(4). С.22-29.

13. Baron-Cohen S., Leslie A.M., & Frith U. Mechanical, behavioural and intentional understanding of Picture Stories in autistic children. British Journal of Developmental Psychology. 1986. 4: pp. 113-125.

РАЗДЕЛ 4. ПРИКЛАДНЫЕ ВОПРОСЫ КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

Бузина Т.С., Бузина Т.С.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА ПРИ ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Аннотация: Реабилитация при зависимости от ПАВ является динамическим процессом, имеющим свои этапы, а его эффективность во многом определяется мотивацией и готовностью реабилитанта к изменениям нежелательного поведения. Психологический блок реабилитации включает методы психотерапевтической работы с зависимыми, но на настоящий момент нет единых подходов к психотерапевтической работе с наркозависимыми в связи с тем, что

патогенез данного заболевания все еще остается недостаточно изученным, чтобы определить наибольший вклад в него тех или иных факторов риска. Предлагается рассматривать проблемное поведение как деятельность, где определяющим фактором изменения нежелательного поведения является структура и динамика мотивационных факторов. Изменение в процессе реабилитации мотивов употребления психоактивных веществ, иерархии ценностных ориентаций, мотивации достижения, уровня субъективного контроля могут выступать индикаторами успешности психологического блока реабилитации зависимых от психоактивных веществ.

Ключевые слова: психологическая реабилитация, зависимость от психоактивных веществ, мотивационные факторы отказа от употребления психоактивных веществ.

При лечении всех видов зависимостей от психоактивных веществ (ПАВ) безусловно признается необходимость реабилитационного этапа для данного контингента пациентов. В соответствии с принятой в настоящий момент в наркологии биопсихосоциальной моделью здоровья и болезни формирования зависимости от ПАВ, по мнению большинства специалистов, реабилитационный процесс должен быть комплексным, направленным не только на устранение клинических проявлений зависимости, но также и на коррекцию психологических особенностей зависимых и их социальную адаптацию. В соответствии с данной моделью выделяют три блока реабилитации: медицинский, психологический и социальный [11, 13, 17, 20].

Медицинский блок реабилитации в большинстве случаев проводится в стационарных условиях сразу после проведения детоксикации и снятия выраженных проявлений абстинентного синдрома, после чего пациента переводят на амбулаторную реабилитацию для закрепления ремиссии и адаптации в обществе. Амбулаторная реабилитация является необходимым этапом лечения после завершения курса дезинтоксикации.

Психологический блок реабилитации начинает реализовываться сразу после медицинского. В психологический блок реабилитации включаются разнообразные психотерапевтические методы и подходы к лечению наркологических расстройств, которые могут быть как групповыми, так и индивидуальными [10, 11, 12, 15]. При этом, на настоящий момент нет единых подходов к психотерапевтической работе с наркозависимыми в связи с тем, что патогенез данного заболевания все еще остается недостаточно изученным, чтобы определить наибольший вклад в него тех или иных факторов риска.

Заключительным этапом медицинской реабилитации является

социальный блок реабилитации (ресоциализация), направленный на восстановление у реабилитанта социального статуса, развитие и формирование одобряемых моделей поведения, и всех тех качеств, которые необходимы для способности функционировать в обществе и адаптироваться к новому образу жизни. При этом социальный блок реабилитации не всегда является составляющей медицинской реабилитации. В нашей стране медицинская и социальная реабилитация отделены друг от друга, это затрудняет комплексный подход к преодолению зависимости и повышает риск рецидива. Пациент после медикаментозного лечения еще не готов к полноценному функционированию в обществе. За пределами учреждения, сталкиваясь с внешними десоциализирующими факторами, он может быстро вернуться к употреблению [5, 11, 13].

На настоящий момент реабилитационную помощь помимо медицинских учреждений оказывают также негосударственные организации.

Большинство негосударственных организаций в России используют духовно-ориентированный подход к реабилитации. Такие организации часто имеют религиозную направленность или используют модели 12-шаговой программы или программы терапевтических сообществ. Специалисты-наркологи эти программы, которые проходят вне медицинских учреждений, называют постреабилитационным этапом [14].

Таким образом, реабилитация при зависимости от ПАВ является динамическим процессом, имеющим свои этапы, а его эффективность во многом определяется мотивацией и готовностью реабилитанта к изменению нежелательного поведения и отказу от употребления ПАВ. Основным показателем эффективности реабилитации является длительность отказа от употребления ПАВ (ремиссия) и изменение поведения, провоцирующего риск срыва, на безопасное, направленное на сохранение и поддержание трезвого образа жизни [11, 12, 13, 14, 17].

Среди современных психологических теорий нет ни одной, всесторонне и исчерпывающе объясняющей, как повлиять на поведение человека таким образом, чтобы он придерживался правильного, здорового образа жизни, потому что здоровое поведение – это комплексный процесс, на который влияет множество разных факторов.

В зарубежной социальной психологии здоровья выделяют два типа специфических теорий, касающихся формирования здорового образа жизни. Это теории, предлагающие схему анализа психологических (преимущественно когнитивных) детерминант здорового образа жизни, и теории, выделяющие определенные стадии в ходе изменения поведения, опасного для здоровья, на более безопасное

[6].

В первой группе теорий в качестве источника мотивации к изменению рассматривается субъективная оценка угрозы с последующим планированием поведения, направленного на ее устранение. Данный подход в большей степени работает на уровнях первичной и вторичной профилактики заболеваний. А в реабилитации наиболее эффективным признают применение стадийного подхода известного как «Транстеоретическая модель изменения поведения» Дж. Прохазка, К. ДиКлементе [25]. Данная модель, описывающая процесс намеренного изменения поведения, названа транстеоретической в связи с тем, что обобщает конструкты, взятые из различных психотерапевтических теорий.

В соответствии с этой теорией основные этапы процесса изменения поведения укладываются в следующие стадии:

1. Преднамерение. На этой стадии человек не осознает, что у него существует какая-либо проблема, не задумывается о том, что нужно что-то менять. Это может происходить из-за того, что люди не владеют достаточной информацией. Задача на этом этапе состоит в том, чтобы предоставить им недостающие сведения.

2. Намерение. Взвешивание всех «за» и «против», осознание противоречий. На этой стадии происходит «персонификация проблемы», то есть осознание проблемы как собственной.

3. Решение. Человек принимает решение изменить или нет проблемное поведение. Он осознает проблему и получает информацию о том, как ее можно предотвратить. Но для того, чтобы менять что-то в своем поведении, необходима мотивация. Задача консультанта здесь – помочь человеку сформировать у себя мотивацию на изменение поведения.

4. Действие. Реализация решения на практике, конкретные поступки. Человек начинает практиковать какой-то новый способ поведения, и конечно встречается с различными препятствиями. Именно на этом этапе очень важна грамотная поддержка со стороны специалистов, т.к. не всегда человек может самостоятельно справиться с трудностями.

5. Поддержание. Активное поддержание изменений, достижение оптимальных стабильных изменений. На этой стадии необходимо сконцентрироваться на достигнутом и придерживаться новых моделей поведения. Очень полезным здесь может быть посещение групп взаимопомощи, где можно встретиться с людьми, находящимися в похожей ситуации и почерпнуть у них мотивацию поддерживать изменения.

6. Рецидив. Возвращение к проблемному поведению. В силу

различных причин человек может «сорваться» и опять начать практиковать опасное поведение. На данном этапе не имеет смысла осуждать или обвинять человека, напротив, необходимо понять, как тяжело для него скатиться назад и помочь справиться с чувством поражения, подчеркивая, что те результаты, которых ему удалось достичь, пусть даже на короткий период, уже являются шагом в правильном направлении и заслуживают похвалы.

При работе с людьми, практикующими небезопасное поведение, важно уметь определять, на какой стадии находится человек, чтобы действия психотерапевта или консультанта соответствовали степени готовности пациента к изменениям, а психотерапевтические или профилактические вмешательства соответствовали статусу и потребностям пациента в данный момент.

Принципы данной модели нашли применение в областях, не только касающихся аддиктивного и наркотического поведения, но и других форм проблемного поведения, например, избыточного веса [24].

В наркологии в последние десятилетия стал активно применяться метод мотивационной терапии или метод повышающей мотивацию (Motivation Enhancement Therapy – MET) W.Miller [16, 22, 23]. Основываясь на концепции стадийности, данный метод предполагает, что достижение главной цели – полного воздержания от употребления ПАВ - происходит далеко не всегда быстро, а зависит от актуальной ситуации и степени готовности клиента к преодолению зависимости. В то же время MET направлена на то, чтобы вызвать у пациента стремление изменить поведение, выработать и принять ряд решений и составить план изменений. В связи с этим он получил название мотивационного метода. Основная задача этого метода направлена на изучение и разрешение амбивалентности, являющейся основным препятствием для изменений поведения. Имея в основе своей клиент-центрированную психотерапию, данный метод ориентирован на работу с самооценкой, самовосприятием и я-концепцией в целом.

Учет стадий при изменении поведения очень важен – это позволяет работать с клиентом наиболее эффективно, исходя из его настоящих потребностей.

Но остается важным вопрос, какие психологические детерминанты приводят человека к тому, что он под влиянием соответствующей информации решает «персонифицировать» угрозу заболевания и начать действовать.

Также на разных этапах реабилитации очень важно понять, когда пациент готов к переходу к следующему этапу.

Как уже указывалось выше, одной из центральных проблем реабилитации является не столько однократное изменение проблемного

поведения, сколько достижение устойчивого результата (длительного воздержания от приема ПАВ) и предупреждение рецидивов, что требует тщательного анализа мотивации пациентов в процессе реабилитации [3].

В рамках большинства зарубежных теорий и методов, связанных с выработкой поведения, ориентированного на здоровье, проблемное поведение рассматривается в основном в рамках социального и когнитивно-поведенческого подхода, при этом значительное внимание уделяется выработке нужных поведенческих паттернов и установок и таким личностным ресурсам, как самоэффективность, я-концепция, локус-контроля, копинг-поведение и т.п. [10, 18, 21].

Нам представляется, что эти личностные ресурсы являются, в основном, фасилитирующими изменение проблемного поведения, но не являются его причинами. По-прежнему остается открытым вопрос, как человек принимает решение об изменении поведения, а также, что определяет его стремление преодолевать возникающие в процессе изменений трудности. Важно понять не только с помощью каких ресурсов человек меняет свое поведение, но и что заставляет его это сделать и ради чего он это делает.

Несмотря на то, что метод мотивационного интервьюирования или МЕТ признает пациента как активного субъекта, имеющего разнонаправленную, лично и ситуационно обусловленную мотивацию, и называется этот метод мотивационным, он практически не уделяет внимания мотивационным структурам и факторам, определяющим поведение пациента.

Анализируя метод мотивационной терапии, где основная задача заключается в формировании у пациента нужной мотивации к изменениям, можно видеть, что практически не обсуждается вопрос о видах мотивации у пациентов. Данный метод предлагает технологию, но не обсуждает содержание процесса терапии, каким образом все же пациент приходит к пониманию необходимости изменения, как принимает решение об изменении поведения.

Четкого ответа на данный вопрос в настоящее время нет возможности получить в рамках биопсихосоциальной модели здоровья [20], которая, как и многие другие, исследуя факторы риска и протективные факторы проблемного поведения, исходит из адаптационных концепций, когда человек рассматривается как объект воздействий, влияние которых вынуждает его действовать с целью преодоления неблагоприятных факторов и приспособления к ним. При этом оставляется за скобками собственная активность и внутренняя мотивация человека.

Рассматривая человеческое поведение в рамках деятельностного

подхода, разрабатываемого А.Н. Леонтьевым (1972, 1977), Б.В. Зейгарник (1979), А.Р. Лурия (1973) мы понимаем его как процесс осуществления деятельности, направляемой и регулируемой системой мотивов, целей, ценностей, смысловых установок или смысложизненных ориентаций [4,6]. Предлагая рассматривать проблемное поведение как деятельность, мы полагаем, что определяющим фактором изменения нежелательного поведения является структура и динамика его мотивационных факторов, начиная с особенностей уровня нейрофизиологической и формально-динамической организации психических процессов (на уровне темпераментных особенностей) и заканчивая качеством смысловых отношений и духовных ценностей человека [6].

Таким образом, нам представляется важным направлением исследований в сфере психологической реабилитации зависимостей от ПАВ изучение различных компонентов мотивационной сферы пациентов с целью определения готовности к изменению поведения и достижению устойчивого результата.

Так, психологическое исследование в одном из реабилитационных центров [8] показало, что при включении в реабилитационную программу поступающих на нее зависимых целесообразно оценивать их мотивацию употребления ПАВ. В данном центре реализовывалась двухэтапная реабилитационная программа. Первый этап программы назывался мотивационным и его задачами было формирование устойчивой мотивации на отказ от употребления ПАВ и продолжения участия в программе на втором этапе. В исследовании был проведен сравнительный анализ данных по мотивам употребления ПАВ методикой «Мотивы употребления наркотиков» (МУН) [1] лиц, которые самостоятельно прекратили реабилитацию на первом этапе и лиц, которые продолжили реабилитацию и успешно ее завершили на последующем этапе.

Анализ мотивов употребления ПАВ в исследуемых группах показал преобладание личностных мотивов употребления у всего контингента. Это означает, что у большинства участников наблюдаются гедонистические мотивы, отражающие стремление получать физическое и психическое удовольствие от действия ПАВ, желание пережить опыт наркотической эйфории; атарактические мотивы, связанные с желанием нейтрализовать различные негативные эмоциональные переживания (напряжение, тревогу, страх, подавленность и др.) и мотивы гиперактивации поведения, свидетельствующие о стремлении «выйти» из состояния скуки, душевного бездействия, либо о желании усилить эффективность своего поведения.

В то же время у значительной части тех, кто успешно завершил реабилитационный этап, отмечаются социально психологические мотивы, отражающие потребность следовать групповым нормам и культурным стереотипам употребления ПАВ.

В группе выбывших из реабилитации на втором месте в структуре мотивации употребления наркотиков обнаруживается патологическая мотивация употребления наркотиков, свидетельствующая об осознаваемом влечении к ним. В таких ситуациях потребители ПАВ считают основной целью лечения или реабилитации снятие явлений абстиненции и имеют осознанное желание продолжить употребление. Мотивы самоповреждения отражают стремление употреблять наркотики назло другим и себе в качестве протеста, из-за потери перспективы будущего, утраты смысла трезвой жизни. В связи с этим, при регистрации таких видов мотивации можно заранее предполагать, что реабилитационные программы, предполагающие сразу групповой формат работы, будут малоэффективны для таких пациентов, а нахождение в программе лиц с подобной мотивацией может быть демотивирующим фактором для других участников. Поэтому зависимым с такими формами мотивации целесообразно на начальном этапе рекомендовать другие виды работы с зависимостью с использованием индивидуальных форм психотерапии.

В этом же исследовании была проведена оценка выраженности аддиктивных установок, которые выражаются в сверхценном эмоциональном отношении к объекту аддикции (беспокойство о постоянном запасе алкоголя, наркотиков и др.). При этом мысли об объекте постоянны, наблюдается механизм рационализации - интеллектуального оправдания аддикции ("все употребляют", "без алкоголя нельзя снять стресс" и т.д.), снижается критичность к негативным последствиям аддиктивного поведения и аддиктивному окружению ("я могу себя контролировать"; "все наркоманы - хорошие люди"). Также проявлением аддиктивных установок является недоверие к "другим", в том числе специалистам, пытающимся оказать зависимому помощь в преодолении заболевания ("они не могут меня понять, потому что сами не знают, что это такое").

Также было показано, что у тех реабилитантов, у которых отмечался прогресс в процессе реабилитации, происходило значимое снижение уровня выраженности данных установок, свидетельствующее о том, что участники программы начинали больше доверять специалистам, оказывающим им помощь, лучше понимать пагубные последствия своей аддикции и признавать необходимость изменений.

Одним из компонентов мотивационной сферы личности, важным

в отношении зависимого поведения, рассматривается феномен локуса контроля, так как он может влиять на принятие человеком решения о действиях в отношении тех или иных объектов. В наркологических исследованиях накоплено довольно много данных о том, что пациентам с различными видами зависимостей от ПАВ свойственен внешний локус контроля, также как и о том, что выраженность данной личностной характеристики является одним из психологических факторов риска формирования зависимости [6, 17, 21].

В рассматриваемой нами реабилитационной программе среди ее контингента проводилась последовательная оценка изменения уровня субъективного контроля на начальном и заключительном этапе с помощью теста УСК [2].

Исследование показало повышение уровня интернальности у реабилитантов, как по общему интегративному показателю, так и по отдельным сферам жизнедеятельности.

Данные результаты свидетельствуют о том, что в процессе реабилитации усиливается осознание того, что большинство важных событий в жизни зависимого является результатом его собственных действий, и он может ими управлять и, следовательно, брать на себя ответственность за свою жизнь в целом.

Также в исследовании наблюдалось повышение показателей интернальности в области неудач, в семейных отношениях и в области производственных отношений, что указывает на более ответственное отношение за события и взаимодействие в сфере социального взаимодействия.

Изменение показателей в сторону большей интернальности в области достижений указывает на усиление понимания того, что человек способен самостоятельно и с успехом идти к намеченной цели в будущем. Эти данные интересны тем, что обычно недостаточная выраженность мотивации достижения и преобладание мотивации избегания трактуются специалистами как фактор риска формирования зависимости, и нейтрализация данного фактора риска в процессе реабилитации может быть индикатором усиления и действия протективных факторов. Повышение показателей мотивации достижения и снижение показателей мотивации избегания неудач в процессе результативной реабилитационной работы с зависимыми были получены и в других исследованиях [6,7].

Интересным представляется также и изучение содержательных сторон мотивации, а именно ценностно-смысловой сферы зависимых от ПАВ в процессе реабилитационного процесса.

Известно, что у зависимых от ПАВ пациентов снижены показатели общей осмысленности жизни, отсутствует жизненная временная перспектива [6].

При изучении системы ценностных ориентаций зависимых от ПАВ пациентов, составляющих основу мировоззрения и ядро мотивации жизнедеятельности, было обнаружено, что она имеет схожую иерархию со здоровыми людьми [6,7,9].

Среди приоритетных ценностей выделяются следующие ценности, отражающие эгоцентрическую потребность иметь комфортное существование внутри ближнего социального круга. Это ценности «любовь», «здоровье», «дружба», «счастливая семейная жизнь», «материальная обеспеченность», «интересная работа». Ценности, связанные с развитием, познанием, активной жизненной позицией не осознаются как приоритетные и отражают пассивное отношение к окружающему миру. О пассивной и эгоцентрической направленности ценностной структуры свидетельствует также низкая значимость ценности творчества и счастья других. При этом анализ «идеальной» структуры ценностных ориентаций показывает, что большинство пациентов признают ценность активной, деятельной жизненной позиции, но не отождествляют ее со своими потребностями.

При этом структура терминальных ценностей пациентов, получающих психотерапию и находящихся в длительной ремиссии, отличалась большей концентрированностью на ценностях, связанных с активной жизненной позицией и достижением результата за счет более приоритетного выбора таких ценностей, как «продуктивная жизнь», «активная деятельная жизнь», «познание». Ценностная структура пациентов, не получающих психотерапию, отличается ориентированностью на ценности «свобода», «развлечения», «счастливая семейная жизнь», «наличие хороших и верных друзей», что говорит об их большей гедонистической ориентированности и направленности на межличностное взаимодействие, а не на результат деятельности.

Таким образом, очевидно, что для формирования мотивации на лечение и здоровый образ жизни необходима активная психологическая работа, направленная на принятие и осознание ценностей, связанных с активной жизненной позицией и достижением результата.

Индикаторами изменения пассивной позиции, как показало сравнительное исследование пациентов, получивших психотерапевтическую помощь и имеющих длительную ремиссию и пациентов, не участвовавших в реабилитационных мероприятиях, могут выступить показатели мотивации достижения, общей осмысленности жизни, которые повышаются в результате психологических вмешательств.

Таким образом, рассматривая пациента, как активного участника

и субъекта лечебно-реабилитационных мероприятий для определения индивидуальной специфики психотерапевтической программы, считаем важным в процессе реабилитации изучать ценностно-мотивационную сферу зависимых от ПАВ и динамические изменения таких ее компонентов как мотивы употребления ПАВ, иерархия ценностных ориентаций, мотивация достижения, уровень субъективного контроля, которые могут выступать индикаторами успешности психологического этапа реабилитации зависимых. Также данные компоненты ценностно-смысловой сферы можно рассматривать и как содержательные мишени психотерапевтической работы психологического блока реабилитации при зависимости от ПАВ.

Литература

1. Аксючиц И.В. Методика изучения мотивов употребления наркотиков. // Психологический журнал. 2007. №1. С.52-59.
2. Бажин Е.Ф., Галанкина Е.А., Эткинд А.М. Опросник уровня субъективного контроля (УСК). // Психодиагностическая серия; выпуск 6. Москва: Смысл, 1993. 16 с.
3. Белокрылов И.В., Котов С.В. Работа с мотивами в процессе психотерапии больных наркоманией. М.: ННЦ наркологии РФ, 2009. 26 с.
4. Братусь Б. С. Аномалии личности. Психологический подход. М.: Ника, 2019. 912 с.
5. Брюн Е.А., Савченко Л.М., Соборникова Е.А. Опыт реабилитационной работы в системе помощи лицам, злоупотребляющим психоактивными веществами // Российский медицинский журнал. 2013. №4. С. 45-48.
6. Бузина Т.С. Психологическая профилактика наркотической зависимости. - М.: Когито-Центр, 2015. - 312 с.
7. Бузина Т.С., Подосинова Т. В. Многоуровневое исследование внутренней картины болезни (ВКБ) больных с синдромом зависимости от опиоидов, осложненным вирусным гепатитом С // Вопросы наркологии. 2010. № 5. С. 76–83.
8. Бузина Т.С., Прищенко Р.И., Потапова Ю.А., Павлюк Е.В. Создание мотивационно-социального центра для людей, зависимых от психоактивных веществ: методическое пособие. М.: 2018. 104 с.
9. Бузина Т.С., Шаталов П.Н. Специфика ценностно-смысловой сферы наркозависимых // Психология и психотехника. 2011. № 7. С. 33–45.
10. Буизман В. Когнитивно-поведенческие вмешательства в терапии зависимости от психоактивных веществ: Руководство по проведению тренингов. М.: УНП ООН, 2007. 57 с.
11. Валентик Ю.В. Реабилитация в наркологии: Учеб. пособие. М., 2001. – 36 с.
12. Гарифуллин Р.Р. Психологические подходы к проблеме наркомании // СПЖ. 2010. №35. С. 29-32.
13. Дудко Т.Н. Уровни реабилитационного потенциала наркологических больных как основа дифференцированной системы их медико-социальной реабилитации. // Вопросы наркологии. 2000. №3. С.13-21

14. Дудко Т.Н. Реабилитация наркологических больных (реабилитология и реабилитационные концепции) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2007. – Т. 9, № 1. — С. 26–31.
15. Кулаков С.А., Ваисов С.Б. Руководство по реабилитации наркозависимых. – СПб.: Речь, 2006. 240 с.
16. Миллер У.Р., Роллник С. Мотивационное консультирование: как помочь людям измениться. Серия: Классика психологии. - Издательство: Эксмо, 2017. 544 с.
17. Наркология. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н.Н.Иванца., М.А. Винниковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа., 2020. 704 с.
18. Gossop M., Stewart D., Browne N., Marsden J. Factors associated with abstinence, lapse or relapse to heroin use after residential treatment: protective effect of coping responses // *Addiction*. 2002. Vol. 97. P. 1259–1267.
19. O'Connell D., Velicer W.F. A decisional balance measure and the stages of change model for weight loss // *Journal of Mental Health and Addiction*. 1988. № 23. P. 729–750.
20. Engel, G. L. The clinical application of the biopsychosocial model / G. L. Engel // *American Journal of Psychiatry*. – 1980. – Vol. 137.
21. Jessor R. Risk behavior in adolescence // *Journal of adolescent health*. 1999. Vol. 12. P. 597–605.
22. Miller W.R. Motivation enhancement therapy: description of counseling approach. Approaches to drug abuse counseling // NIDA. 2000. P. 99–106.
23. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: Preparing people to change. New York: Guilford, 1991, 2002. P. 212.
24. O'Connell D., Velicer W.F. A decisional balance measure and the stages of change model for weight loss // *Journal of Mental Health and Addiction*. 1988. № 23. P. 729–750.
25. Prochazka J.O., DiClemente C.C. Stages of change in the modification of problem behaviors / Eds. M. Herson, P.M. Miller, R. Eisler // *Progress in Behavior Change Modification*. New York: Wadsworth Publishing, 1992. P. 184–218.

Булыгина В.Г., Дубинский А.А., Шеховцова Е.С., Лысенко Н.Е.
ИНДИВИДУАЛЬНОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ КОРРЕЛЯТЫ
ДИЗРЕГУЛЯЦИИ У ЛИЦ С РАССТРОЙСТВАМИ ЛИЧНОСТИ С
КРИМИНАЛЬНЫМ ПОВЕДЕНИЕМ

Аннотация. Представлены результаты эмпирического исследования индивидуально-психологических и индивидуально-типологических особенностей лиц с расстройствами личности с криминальным поведением с учетом степени дизрегуляции поведения, выраженности патохарактерологических черт и органической патологии. Выделены ведущие симптомокомплексы индивидуально-психологических и индивидуально-типологических характеристик у лиц с расстройствами личности и органическим расстройством личности с учетом

выраженности патохарактерологических черт. На основании сравнительного анализа с психически здоровыми с нормосообразным и криминальным поведением и с лицами с акцентуированными личностными чертами выделены специфические для лиц с расстройствами личности, совершивших правонарушения, характеристики операционального уровня саморегуляции. Общая выборка исследования составила 414 лиц мужского пола. Подтверждена прогнозная ценность методического комплекса диагностики компонентов саморегуляции, систем активации и торможения, толерантности к неопределенности и характеристик ситуационного анализа.

Ключевые слова: расстройства личности, криминальное поведение, дизрегуляция поведения.

Постановка проблемы. При оценке способности человека регулировать свое поведение в уголовно значимой ситуации, оценке степени его общественной опасности и риска совершения повторных правонарушений ключевым вопросом является определение сохранности контроля поведения или степени дизрегуляции поведения [14, 17, 24]. При этом существует целый континуум состояний, при которых можно говорить скорее не о дизрегуляции поведения, а об ее ослаблении.

Внедрение новых принципов систематики и учета выраженности расстройств – дименсионального подхода, обуславливает актуальность и научно-практическую значимость изучения психологических коррелятов степени выраженности психических и личностных расстройств, сопряженных с дизрегуляцией поведения, для решения экспертно-диагностических задач в общей и судебно-психиатрической практике и пенитенциарной системе.

Решение новой диагностической задачи смещает акцент на изучение влияния индивидуально-психологических особенностей на степень дезадаптации лиц с психическими расстройствами и расстройствами поведения, в том числе и на риск совершения правонарушений. Так, правоприменительная практика требует проведение экспертной оценки способности к осознанию и руководству своими действиями в ситуации правонарушения.

Особую социальную значимость указанная задача приобретает в отношении лиц с такой пограничной формой психической патологии, как расстройство личности [26, 32, 33]. Важность оценки этих расстройств также возрастает в связи с изменениями Международной классификации болезней, подразумевающими выделение трех степеней выраженности личностной патологии и определение ведущих доменов

личностных черт [2, 7, 29, 34].

Распространенность расстройств личности в популяции составляет 10–12%, среди них преобладают лица мужского пола со стойкими нарушениями социальной адаптации и различными формами девиантного поведения [7]. В период с 2003–2019 гг. отмечалось существенное увеличение (на 44,4%) количества лиц с расстройствами личности, совершивших преступления (с 12683 чел. в 2003 г. до 22819 чел. – в 2019 г.). С 2015 по 2018 гг. количество лиц с такими психическими расстройствами, направленных на судебно-психиатрическую экспертизу, в связи с совершением правонарушений, увеличилось на 4%, а среди них агрессивно-насильственные составляют 24,4% [20]. В учреждениях ФСИН России распространенность личностной патологии составляет 35–40% от общего числа психических расстройств у осужденных [9, 26].

Преступные последствия могут иметь различный характер, быть связаны как с угрозой жизни и здоровью других лиц (агрессивно-насильственные правонарушения), так и с причинением материального ущерба (имущественные правонарушения), и с причинением морального вреда [20]. В этой нозологической группе остается высоким удельный вес преступлений агрессивно-насильственного характера (24,4%) относительно всех лиц с психическими расстройствами, признанных виновными [20].

Разнообразие и стойкость клинических проявлений у лиц с расстройствами личности зачастую сочетается с органическими нарушениями и низким когнитивным функционированием, злоупотреблением алкоголя и психоактивных веществ, что обуславливает их высокую общественную опасность [6].

Изучение саморегуляции и риска криминализации. Необходимо отметить, что большая часть отечественных исследований лиц с расстройствами личности в рамках судебной, криминальной и медицинской психологии была сосредоточена на изучении высшего, смыслового регулятивного звена психики, а именно: особенностей самосознания; нарушений мотивации, опосредованности деятельности; ценностей и установок, приводящих к криминальному поведению [1, 3, 11, 13, 14, 17, 25].

Вопрос о связи расстройств личности, способности индивида к саморегуляции и риска криминализации разрабатывался в рамках зарубежной и отечественной судебной психиатрии, судебной и медицинской психологии [8; 11, 12, 17, 31]. Были проведены исследования, направленные на соотнесение уровней саморегуляции с юридическими критериями формулы виновности [15, 24, 25, 30].

Изучались взаимосвязи саморегуляции, акцентуированных

личностных черт и риска совершения агрессивных и криминальных действий [25]. Изучались регулятивные нарушения мотивационно-смыслового уровня [13, 22]. Однако, нарушения операционального уровня, включающего процессы целеполагания и целедостижения не являлись предметом самостоятельных исследований при расстройствах личности.

В качестве основных криминогенных характеристик были выделены: асоциальная направленность личности, слабая интериоризация социальных норм, нарушения мотивационно-потребностной сферы, неадекватность самооценки, низкая эмпатия [8, 1, 16, 25]. Критерии оценки дизрегуляции поведения у лиц с расстройствами личности связывались с выраженностью и стойкостью психопатологических проявлений, диапазоном эмоционально-волевых нарушений, формой и причиной органической патологии, коморбидностью с психогенно обусловленными симптомокомплексами и употреблением алкоголя/психоактивных веществ [7, 21]. Предпринимались попытки доказать, что расстройство личности находится в причинно-следственной связи с криминальным поведением [32]. Однако надежность и однозначность такой связи не была подтверждена эмпирически [33].

Изучались психофизиологические корреляты способности регулировать и осознавать свое поведение у лиц с расстройствами личности [12]. Было показано, что больных характеризует дефицит в системе торможения поведения, сложности обучения на основе прошлого опыта, нарушения социальной перцепции. Однако определение роли индивидуально-психологических особенностей в происхождении криминального поведения лиц с расстройствами личности с учетом влияния органической патологии было предметом единичных исследований [10].

Следует указать, что изучение проблемы нарушений саморегуляции у лиц с расстройствами личности преимущественно в предметном поле смыслового уровня и недостаточная изученность всех составляющих саморегуляции ограничивают возможность построения обобщенных моделей многокомпонентной саморегуляции, позволяющих осуществлять прогноз актуализации поведенческих паттернов в ситуациях повышенной стрессогенности, когда ситуационные условия предъявляют повышенные требования к адаптационным возможностям человека.

Кроме того, снижение способности к регуляции при личностной патологии в большей степени связано со специфической апперцептивной диспозицией, недостаточной реалистичностью и адекватностью восприятия действительности [24]. Что определяет

необходимость оценки особенностей ситуационного анализа, способности анализировать все аспекты социального взаимодействия, оценивать результаты и последствия своего поведения. Однако, определение специфики нарушений операционального уровня саморегуляции у лиц с расстройствами личности и такой его составляющей как ситуационный анализ, сопряженности с психической дезадаптацией и криминальным поведением представлены единичными отечественными исследованиями в клинической и судебной психологии и психиатрии [5, 18, 19, 27, 28].

Между тем, научная проблематика социальной перцепции и ситуационного анализа востребована в экстремальной и военной психологии, она актуальна для решения задач профессионального отбора и подготовки специалистов [23, 30], а также реадaptации военнослужащих [2]. Частные аспекты социальной перцепции изучались при исследовании эффективности использования обратной связи лицами с акцентуированными личностными чертами [4]. Роль социальных факторов рассматривалась при оценке агрессивных деликтов [17].

В зарубежной психологии изменение процессов целеполагания и целедостижения под влиянием личностной патологии рассматривается как причина возникновения регулятивных нарушений [31], особое значение придается роли восприятия и переработки информации психически больными в генезе их криминального поведения [24].

Таким образом, краткий анализ отечественных и зарубежных исследований показывает, что проблематика влияния разноуровневых индивидуально-психологических особенностей на криминальное поведение у лиц с расстройствами личности является актуальной научно-практической задачей. И исследование индивидуально-психологических и индивидуально-типологических особенностей лиц с расстройствами личности с криминальным поведением с учетом степени дизрегуляции поведения требует эмпирического наполнения.

Эмпирическое исследование индивидуально-психологических коррелятов дизрегуляции у лиц с расстройствами личности с криминальным поведением

Исследование проводилось в 2 этапа сотрудниками Лаборатории психогигиены и психопрофилактики ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского». Первый этап (2016–2018 гг.) был направлен на выделение венозологических и специфичных для лиц с расстройствами личности с криминальным поведением индивидуально-психологических и индивидуально-типологических характеристик. Для этого было обследовано 226 лиц мужского пола. Из них 141 человек совершили правонарушения. По нозологической принадлежности группа

обследованных с криминальным поведением была представлена: 31 – расстройства личности (РЛ) (F6061, МКБ10), 78 – органическое расстройство личности (ОРЛ) (F07), 32 – психически здоровые (ПЗ). При этом из общего количества лиц с психическими расстройствами: 65 были с выраженной дизрегуляцией поведения и 44 – с сохранной способностью к осознанию и руководству своими действиями. Дизайн исследования на первом этапе приведена на рис. 1.

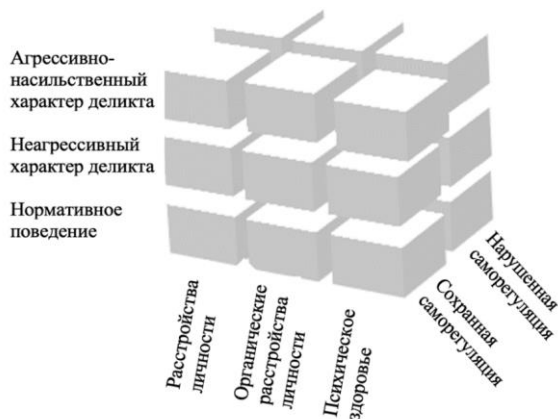


Рис. 1. Дизайн исследования на первом этапе

В методический комплекс вошли: методика, направленная на диагностику патохарактерологических черт – «Исследование расстройств личности по международной схеме» (IPDE); методика самоконтроля Н.С. Grasmic (в адаптации Булыгиной В.Г., Абдраязовой А.М.); методика В.И. Моросановой «Стиль саморегуляции поведения»; опросник агрессивности А.Н. Buss, М.Р. Perry, в адаптации С.Н. Ениколопова, Н.П. Цибульского; опросник BIS/BAS Carver С.С., White Т.Л., стандартизированный Г.Г. Князьевым и Е.Р. Слободской, направленный на оценку процессов систем активации и системы торможения поведения; опросник «защитные стили» – Defense Style Questionnaire; опросник «Способы совладающего поведения» R. Lazarus, адаптированный Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк.

Было выявлено, что к внемозологическим индивидуально-психологическим особенностям лиц с криминальным поведением относятся: снижение системы активации поведения, направленной на получение вознаграждения/поощрения, высокая чувствительность к опасности/негативным стимулам; нарушения самоконтроля в виде предпочтения решения простых задач и физической активности; нарушения саморегуляции, связанные с трудностями контроля

поведения, болезненным отреагированием на несовпадение реальных и идеальных условий ситуации, зависимостью от внешних обстоятельств, при слабой способности к составлению конкретной программы действия и оперативной оценке обстоятельств; высокий уровень когнитивного и эмоционального компонентов агрессивности.

Лица с психическими расстройствами (расстройство личности и органическое расстройство личности) с криминальным поведением отличались: импульсивностью, эгоцентризмом и трудностью сдерживания аффекта раздражения; «сцепленностью» звеньев процесса саморегуляции; конфликтностью в стрессогенных ситуациях на фоне выраженности когнитивного компонента агрессивности. При этом, лиц с расстройством личности, по сравнению с лицами с органическим расстройством личности, значимо отличал высокий «эгоцентризм» в структуре самоконтроля и преобладание психологической защиты «проекция». У лиц с органическим расстройством личности выявлены минимальные значения указанных переменных.

Были выделены индивидуально-психологические характеристики лиц с расстройствами личности с криминальным поведением в зависимости от степени дизрегуляции поведения. Так, лиц с расстройствами личности с выраженной дизрегуляцией поведения, отличало от лиц с сохранной способностью регулировать и осознавать свое поведение, предпочтение решения простых задач, низкие значения моделирования значимых условий деятельности. А лиц, без выраженной дизрегуляции поведения – выраженность инструментального компонента агрессивности и преобладание невротических защитных механизмов.

Анализ криминологических переменных лиц с расстройствами личности с дизрегуляцией поведения показал высокую частоту совершения импульсивных правонарушений и совершения деликта по негативноличностным механизмам. Изучение патопсихологических особенностей указывает на низкий объем сведений и знаний, низкий уровень познавательной сферы, ограниченную способность ориентироваться в бытовых ситуациях, колебания внимания, замедленный темп и колебания работоспособности, выраженное снижение объема запоминания, инертное мышление, нарушения операциональной стороны мышления в виде снижения уровня обобщения, меньшая способность к пониманию условного смысла в когнитивно сложных условиях, конкретность и субъективность ассоциативной сферы, снижение волевой регуляции поведения, проявление эксплозивности, эмоциональную неустойчивость, доминирование аффективной логики, расторможенность и извращенность влечений.

У лиц с расстройствами личности с дизрегуляцией поведения преобладал высокий уровень выраженности патохарактерологических черт, что проявлялось в низкой активации достижения отдаленных целей, предпочтении простых задач и склонности к риску в структуре самоконтроля, нарушении целеполагания, низкой гибкости регуляции поведения. Это сочеталось со склонностью приписывать другим людям негативные качества, реализацией физической агрессии.

Лиц с органическим расстройством личности с выраженными патохарактерологическими чертами характеризовал следующий симптомокомплекс психологических переменных. Это высокие показатели развлекательной активации поведения, направленной на получение удовольствия, в сочетании с высокой чувствительностью к негативным стимулам, трудность сдерживания аффекта раздражения, преобладание физической активности и импульсивности в структуре самоконтроля, нарушение способности оценивать результаты деятельности, «сцепленность» звеньев процесса регуляции и склонность к вымещению негативных эмоций на более безопасный объект.

Были выделены прогностически значимые индивидуально-психологические и индивидуально-типологические переменные у лиц с расстройствами личности для определения способности к саморегуляции (табл. 1). Определено, что высокие значения «эгоцентризма» и «предпочтения решения простых задач» в структуре самоконтроля, дефектность этапов саморегуляции «планирование», «моделирование» и «оценка результатов», а также низкая «гибкость» процесса регуляции поведения, высокие значения эмоционального компонента агрессивности и копингстратегии «бегствоизбегание» вносили достоверный вклад в отнесение к группе с нарушенной способностью регулировать и осознавать свое поведение.

Таблица 1.

Структурные компоненты и коэффициенты ЛДФ в группах в зависимости от степени дизрегуляции поведения лиц с расстройствами личности

№	Компонент ЛДФ, балл	Коэффициент		p<
		ЛДФ ₁ – Лица без дизрегуляции поведения	ЛДФ ₂ – Лица с дизрегуляцией поведения	
	Константа	20,581	21,614	
X ₁	Эгоцентризм	0,497	1,033	0,21
X ₂	Предпочтение простых задач	1,609	1,997	0,80
X ₃	Планирование	0,985	0,933	0,40

X ₄	Моделирование	1,149	0,659	0,01
X ₅	Оценивание результатов	1,555	1,533	0,80
X ₆	Гибкость	1,544	1,409	0,81
X ₇	Эмоциональный компонент агрессивности (гнев)	0,540	0,637	0,10
X ₈	Копинг «бегствоизбегание»	0,038	0,043	0,97

Наибольший вклад в отнесение в группу лиц с расстройством личности с агрессивным характером криминального поведения вносили: высокая физическая активность, достаточная способность к моделированию значимых условий достижения цели на фоне выраженности аффективного компонента агрессивности, защитного механизма вымещение и низкой чувствительности к опасности.

Информативными показателями для отнесения в группу лиц с расстройствами личности, с неагрессивным характером криминального поведения, являлись: высокая склонность к риску, эгоцентризм, копинг-стратегии «конфронтация» и «дистанцирование» на фоне «сцепленности» звеньев процесса регуляции поведения, выраженности инструментального компонента агрессивности и защитного механизма «проекция».

Кроме того, было выявлено, что наиболее информативными показателями при отнесении к группе лиц с расстройствами личности с высокой общественной опасностью относятся: повышенная «чувствительность к негативным стимулам», «склонность к риску», дефектность этапов саморегуляции «программирование» и «оценка результатов», «несвязанность звеньев» процесса регуляции поведения, выраженность «эмоционального компонента агрессивности», высокие значения защитных механизмов «проекция», «обесценивание», «пассивная агрессия» и «вымещение».

Полученные на первом этапе исследования результаты подтверждают информативность использованных психодиагностических методов для оценки индивидуально-психологических и индивидуально-типологических особенностей у лиц с расстройствами личности в рамках решения экспертно-диагностических задач для определения нарушений регуляции поведения. При этом обоснованность оценки степени дизрегуляции поведения может быть обеспечена за счет многоуровневой оценки психологических характеристик, сопряженных с выраженностью патохарактерологических черт у лиц с расстройствами личности.

Второй этап исследования проводился в 2017–2019 гг. и заключался в определении нарушений операционального уровня у лиц

с расстройствами личности и соотносении их с возможностями регуляции поведения в криминальной ситуации. Для этого было обследовано 188 лиц мужского пола. Из них 134 совершили правонарушения. Нозологический состав группы лиц с криминальным поведением был представлен следующим образом: 94 обследуемым был установлен диагноз «Расстройство зрелой личности (РЛ)» (код по МКБ10: F6061), из них 20 были признаны «ограниченно вменяемыми» (рекомендовано применение ст. 22 УК РФ); 20 обследуемым был установлен диагноз «Акцентуированные личностные черты (АЛЧ)» (код по МКБ10: Z73.1), все они были признаны вменяемыми; 20 обследованных были признаны психически здоровыми (ПЗ) и вменяемыми.

Основной эмпирической группой являлись лица с расстройствами личности с криминальным поведением. Группами сравнения выступали: лица с акцентуированными личностными чертами и криминальным поведением; психически здоровые обследуемые с криминальным поведением и психически здоровые обследуемые с нормативным поведением. Подбор экспериментального материала был ориентирован на возможность проведения сравнительного анализа с выделением трех факторов: нозологического, криминологического и регуляторного (рис. 2).

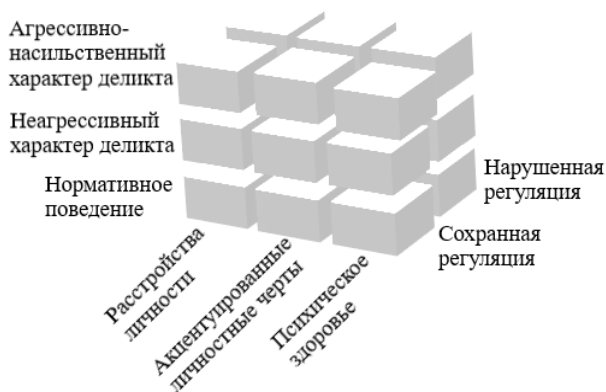


Рис. 2. Дизайн исследования второго этапа

Методический комплекс включал методику исследования расстройств личности по международной схеме – International Personality Disorder Examination (IPDE), методику «Словесноцветовая интерференция» – Stroop Task Дж. Струпа, методику «Сравнение похожих рисунков» – Matching Familiar Figures Test (MFFT) Дж. Кагана, опросник «Стиль саморегуляции поведения» В.И. Моросановой,

«Новый опросник толерантности к неопределенности» в адаптации Т.В. Корниловой, полупроективную методику «Ситуационный анализ» В.Г. Бульгиной, направленную на изучение особенностей анализа ситуаций с учетом избыточности/недостаточности ее информационной и эмоциональной составляющих, уровня неопределенности, чувствительности к противоречиям.

Методика «Ситуационный анализ» содержит 12 изображений ситуаций социального взаимодействия различных по количеству информации и по качественным характеристикам изображения. Полученные качественные результаты анализировались по следующей схеме (рис. 3).



Рис. 3. Схема анализа результатов по методике «Ситуационный анализ»

В каждом из блоков учитывалась степень адекватности интерпретации ситуации, полнота и детализация описания, наличие привнесений личностного смысла в описание ситуации, количество выдвигаемых альтернатив дальнейшего развития ситуации, степень их адекватности, социальной или агрессивной направленности, способность распознать эмоциональные состояния участников ситуации; в ситуациях, содержащих противоречивую информацию, дополнительно оценивалась чувствительность к данным противоречиям.

Были выделены венозологические факторы нарушения операционального уровня саморегуляции. Так, в группе лиц с криминальным поведением отмечалась ригидность когнитивного контроля, низкий общий уровень саморегуляции, в том числе, несвязанность компонентов саморегуляции, недостаточность процессов планирования деятельности и оценивания. В когнитивно сложных условиях выявлялось снижение успешности деятельности,

недостаток всестороннего анализа ситуации, недостаточность прогнозирования последствий своих действий.

Выявлено, что нарушения операционального уровня саморегуляции обладают нозоспецифичностью. В группе лиц с расстройствами личности отмечались нарушения операционально-технического саморегуляции, связанные с импульсивностью, ригидностью когнитивного контроля, интолерантностью к неопределенности и нарушением всех компонентов саморегуляции.

Лиц с расстройствами личности значительно отличали такие особенности ситуационного анализа как трудности комплексного содержательного анализа и описания ситуации, в том числе ее эмоционального компонента, недостаточное прогнозирование дальнейшего развития ситуации, привнесения личностных смыслов, низкая чувствительность к противоречиям (независимо от информационной насыщенности).

При изменении перцептивной сложности ситуации у лиц с расстройствами личности выявлялись трудности содержательного анализа ситуации, в том числе и эмоционального компонента, при этом при увеличении эмоциональной насыщенности ситуации отмечалось улучшение восприятия ситуации, особенно ее эмоционального компонента, улучшение прогностических способностей. При увеличении противоречивости ситуации повышалась адекватность интерпретации, при этом качество прогноза уменьшалось (при информационном дефиците). В условиях информационной достаточности при изменении перцептивной сложности отмечались выраженные сложности полноценного анализа ситуации анализа, а при информационной избыточности в перцептивно усложненных условиях отмечалась обратная тенденция.

Лиц с акцентированными личностными чертами характеризовали нарушения способности к планированию своей деятельности и анализу способов ее реализации, недостаточное прогнозирование последствий, трудности анализа когнитивно сложных ситуаций. Также для данной группы лиц была характерна в целом сформированная способность к адекватной интерпретации ситуации (независимо от информационной насыщенности), однако, отмечались нарушения описания ситуации и прогнозирования последствий и анализа эмоционального компонента ситуации. В противоречивых условиях выявлены существенные трудности адекватной интерпретации ситуации, при этом прогностические способности оставались без изменений, а при информационной достаточности – улучшались.

Были выявлены нарушения операционального уровня

саморегуляции в зависимости от сохранности способности руководить своими действиями у лиц с расстройствами личности (табл. 2).

Таблица 2.

Значимые различия средних значений дисперсий психологических переменных у лиц с расстройствами личности, признанных вменяемыми и ограниченно вменяемыми

Переменная	Вменяемость		Ограниченная вменяемость		p
	M	SD	M	SD	
Программирование	5,1	1,3	6	1,1	0,012
Оценивание результатов	5,1	1,4	4,1	1,5	0,018
Гибкость	5	1,6	3,5	2,2	0,002
Самостоятельность	5,5	1,3	4,7	1,4	0,043
Время принятия решения	348,9	215,7	503,2	280,6	0,033
Черты шизоидного расстройства личности	3,1	1,8	4,3	1,3	0,021
Черты ананкастного расстройства личности	2,9	1,6	3,9	1,3	0,034
Черты зависимого расстройства личности	1,3	1,1	2,5	1,5	0,003

Так, лиц с расстройствами личности с выраженной дисрегуляцией поведения значимо отличало, по сравнению с лицами с сохранной способностью руководить своими действиями: ригидность системы саморегуляции, низкий уровень адекватности и трудности оценки результатов своих действий, недостаточная способность анализировать способы достижения цели, длительное время принятия решения, трудности комплексного восприятия и интерпретации ситуации, прогнозирования ситуации, ухудшение аналитических и прогностических способностей в условиях повышенной неопределенности, противоречивости и информационной избыточности.

Для лиц с расстройствами личности с выраженной дисрегуляцией поведения при информационном дефиците были характерны следующие особенности ситуационного анализа: меньшее привнесение личностного смысла в интерпретацию ситуации, а также меньшая адекватность интерпретации ситуации (в противоречивых условиях и при повышенной эмоциональной насыщенности) и предложенных альтернатив (в условиях повышенной неопределенности), большая их агрессивность (в противоречивых условиях). В ситуации информационной достаточности отмечалась меньшая адекватность предложенных альтернатив контексту ситуации;

в ситуации повышенной неопределенности выдвигалось меньшее количество адекватных альтернатив дальнейшего развития ситуации; в ситуации эмоциональной насыщенности выявлялась сниженная адекватность и социальная приемлемость предложенных альтернатив контексту ситуации. В ситуации информационной избыточности отмечалось снижение количества выдвигаемых адекватных альтернатив лицами, признанными экспертными комиссиями ограниченно вменяемыми, в том числе в условиях повышенной неопределенности.

Также были выделены специфические характеристики операционального уровня саморегуляции в зависимости от глубины расстройства личности. С учетом выраженности патохарактерологического профиля были выделены два кластера, включающих высокий и низкий уровень выраженности патохарактерологических черт (высокая и низкая степень глубины расстройства личности). Так, лиц с высоким уровнем выраженности характеризовали трудности выделения значимых условий достижения цели, оценивания результатов, гибкого изменения своего поведения, интолерантность к неопределенности, недостаточность адекватной интерпретации ситуации, прогнозирования последствий, низкая социальная ориентированность, недостаточно развитая способность анализировать эмоциональный компонент ситуации. Лиц с низким уровнем глубины расстройства личности отличало достаточная способность к выделению значимых условий достижения цели, оцениванию результатов, гибкому изменению своего поведения, успешность при решении когнитивных задач, развитостью аналитических и прогностических способностей, в том числе, в усложненных ситуативных условиях. Были установлены следующие особенности операционального уровня саморегуляции, связанные с глубиной личностного расстройства: способность к полноценному анализу ситуации выбора, достаточная степень планирования, прогнозирования последствий и оценивания результатов.

Выделены прогностически значимые переменные, отражающие характеристики операционального уровня саморегуляции, для оценки степени дизрегуляции поведения в криминальной ситуации у лиц с расстройствами личности (табл. 3). Было установлено, что наибольший вклад в ограничение способности руководить своими действиями в криминальной ситуации вносят: низкий общий уровень саморегуляции и его компонентов, выраженность зависимых черт, межличностная интолерантность к неопределенности, низкий уровень развития способности распознавать эмоциональный контекст ситуации, низкая степень адекватности, социальной приемлемости или высокая

агрессивная направленность прогноза.

Таблица 3.

Структурные компоненты и коэффициенты линейных дискриминантных функций (ЛДФ), вклад структурных компонентов и показатели прогностических свойств дискриминантных моделей в зависимости от степени дизрегуляции

Компонент ЛДФ	Степень дизрегуляции		Степень вклада
	Высокая	Низкая	
	ЛДФ ₁	ЛДФ ₂	
AuROC, %	99,0%	99,0%	–
Чувствительность, %	98,7%	92,3%	
Специфичность, %	92,9%	98,1%	
(Константа)	4834,960	4827,321	–
Общий уровень саморегуляции	4,864	5,590	0,779
Ригидность когнитивного контроля	2590,493	2693,032	0,853
Черты зависимого расстройства личности	9,431	7,716	0,638
Межличностная интолерантность к неопределенности	5,524	5,199	0,618
Самостоятельность	0,309	1,924	0,581
Гибкость	31,272	29,571	0,513
Планирование	15,677	17,129	0,497
Количество ошибочных ответов при решении когнитивной задачи	532,000	520,822	0,489
Оценивание результатов	85,293	87,129	0,480

Было выявлено, что в генезе агрессивно-насильственного криминального поведения наибольшее значение имели факторы ситуационного анализа (малое количество альтернатив, их низкая социальная направленность, сниженная способность распознавать эмоциональные состояния), трудности принятия верных решений в когнитивно сложных условиях, трудности планирования своей деятельности, недостаточная адекватность оценки поведения и несогласованность процесса саморегуляции. В генезе ненасильственного криминального поведения наибольшее значение имели факторы ситуационного анализа (большое количество альтернатив, их социальная направленность, способность распознавать эмоциональные состояния), способность принимать верные решения в когнитивно сложных условиях, способность к планированию своей деятельности, адекватной оценке поведения и согласованность процесса саморегуляции. Прогнозная ценность полученных моделей для исследуемых групп являлась высокой. Результаты подтверждают

информативность выбранных методов диагностической оценки операционального уровня саморегуляции для решения экспертных задач.

Заключение. Результаты проведенных эмпирических исследований позволили выделить ведущий симптомокомплекс индивидуально-психологических и индивидуально-типологических характеристик, значимо отличающий лиц с расстройствами личности с криминальным поведением. Он включает: сочетание неспособности сдерживать аффект раздражения, импульсивности, эгоцентризма и низкой автономности процесса регуляции поведения, проявляющейся в нарушении последовательности этапов и своевременной коррекции действий при изменении условий. А также – враждебность и высокую конфликтность в стрессогенных ситуациях, ригидность когнитивного контроля, интолерантность к неопределенности. К особенностям ситуационного анализа следует отнести дефицитарность содержательного анализа ситуации, в том числе ее эмоционального компонента.

При выраженности органической патологии у лиц с расстройствами личности на первый план выступают высокие значения параметров «чувствительность к негативным стимулам» и предпочтение «физической активности» в деятельности.

С выраженными патохарактерологическими чертами сопряжены нарушения ситуационного анализа, связанные с неадекватностью интерпретации ситуации и нечувствительностью к противоречиям, недостаток социальной направленности прогноза вне зависимости от информационной насыщенности ситуации, нарушения восприятия и анализа ее эмоционального компонента.

При дизрегуляции поведения для лиц с расстройствами личности характерно предпочтение простых способов достижения цели и нарушение способности моделировать значимые условия деятельности, особенно – социально ориентированного прогноза. Затруднена адекватная интерпретации ситуации в эмоционально насыщенных и неопределенных условиях.

Таким образом, для повышения обоснованности и доказательности оценки юридически значимых состояний у лиц с расстройствами личности в психиатрических учреждениях, осуществляющих судебно-психиатрическую экспертизу, приоритетным является определение степени развитости/дефектности различных компонентов саморегуляции, аналитических и прогностических способностей, способности понимать эмоциональный компонент ситуации.

При решении экспертных задач по определению способности

индивида руководить своими действиями в юридически значимой ситуации медицинским психологам следует ориентироваться на показатели, отражающие нарушения операционального уровня саморегуляции: трудности быстрого принятия решений, неадекватность оценки своих действий при неустойчивости критериев оценки своего поведения, способность понимать противоречивость ситуации, выраженность аналитических затруднений и количество времени, необходимого для анализа, степень детализированности прогноза и его направленность, способность учитывать эмоциональные состояния других людей.

Литература

1. Антонян Ю.М., Гульдан В.В. Криминальная патопсихология. – М., 1991. – 248 с.
2. Атаджыкова Ю.А., Ениколопов С.Н. Проблемы концепта психопатии в современной отечественной и зарубежной психологии // Психолого-педагогические исследования. – 2016. – Т. 8, № 1. – С. 114–127.
3. Бениашвили К.Е., Холмогорова А.Б. Нарушения социального познания при пограничном расстройстве личности как важная мишень психотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2017. – № 3. – С. 16–26.
4. Бердников Д.В. Саморегуляция восприятия информации при некоторых психических расстройствах // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 1. – С. 126–134.
5. Булыгина В.Г., Шеховцова Е.С., Дубинский А.А. Ситуационный анализ в норме и при психической патологии // Психическое здоровье. – 2018. – № 2. – С. 26–31.
6. Вандыш-Бубко В.В., Гиленко М.В., Тарасова Г.В., Топилина М.И. К вопросу о коморбидной патологии в судебной психиатрии // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 4–8.
7. Горинов В.В., Корзун Д.Н., Васюков С.А. Расстройства личности: современные классификации, диагностика и особенности экспертной оценки // В кн.: Судебная психиатрия. Актуальные проблемы / Под ред. проф. В.В. Вандыша. – М.: ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2018. – Вып. 15. – С. 50–63.
8. Гульдан В.В. Мотивация противоправных действий у психопатических личностей: автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. – М., 1985. – 48 с.
9. Диденко А.В. Расстройства личности у осужденных в условиях исправительных учреждений (социокультуральный и адаптационный аспекты): автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. – Томск, 2012. – 49 с.
10. Дубинский А.А. Взаимосвязь индивидуально-психологических особенностей и криминального поведения у лиц с расстройствами личности: дисс. ... канд. психол. наук. – СПб, 2019. – 130 с.
11. Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция в норме и патологии // Психологический журнал. – 1989. – Т. 10, № 2. – С. 122–132.
12. Змановская Е.В. Психология девиантного поведения: структурно-динамический подход: автореф. дисс. ... д-ра психол. наук. – СПб., 2006. – 49 с.

13. Калашникова А.С., Сафуанов Ф.С. Роль психических расстройств, не исключающих вменяемости, в формировании разнонаправленной агрессии // Российский психиатрический журнал. – 2010. – № 4. – С. 16–22.
14. Конопкин О.А. Осознанная саморегуляция как критерий субъектности // Вопросы психологии. – 2008. – № 3. – С. 22–34.
15. Корзун Д.Н., Ткаченко А.А. Нарушения уровней регуляции деятельности и юридический критерий ограниченной дееспособности вследствие психических расстройств // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. – 2013. – № 4 (79). – С. 68–73.
16. Кудрявцев И.А. Основные вехи эволюции концепции психопатий. Критический анализ. Сообщение 2 // Психическое здоровье. – 2019. – № 4. – С. 70–75.
17. Кудрявцев И.А. Судебно-психологическая экспертиза направленности личности и особенностей нарушения саморегуляции социального поведения при пограничной психической патологии // Российский психиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С.9–19.
18. Лысенко Н.Е. Взаимосвязь индивидуально-типологических особенностей и агрессивного поведения у лиц, совершивших общественно опасные действия: дисс. ... канд. психол. наук. – СПб, 2018. – 181 с.
19. Лысенко Н.Е. Индивидуально-типологические механизмы агрессивно-насильственного поведения в норме и при психической патологии // Прикладная юридическая психология. – 2018. – № 3. – С. 58–67.
20. Мохоныко А.Р., Муганцева Л.А. Актуальные проблемы организации судебно-психиатрической экспертной службы в Российской Федерации в 2018 г.: Аналитический обзор / Под ред. Е.В. Макушкина. – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2019. – 185 с.
21. Нохуров Б.А. Судебно-психиатрическая оценка расстройств личности у подэкспертных, совершивших агрессивные правонарушения. автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – М., 2005. – 28 с.
22. Ратинова Н.А. Саморегуляция поведения при совершении агрессивно-насильственных преступлений: дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1998. – 229 с.
23. Рыбников В.Ю., Булыгина В.Г. Диагностические возможности теоретического конструкта «самоконтроль» // Российский психиатрический журнал. – 2015. – № 1. – С. 11–16.
24. Савина О.Ф., Макушкин Е.В., Морозова М.В. Алгоритм экспертного исследования дизрегуляции деятельности в криминальной ситуации у лиц с психическими расстройствами // Российский психиатрический журнал. – 2018. – № 1. – С. 31–42.
25. Сафуанов Ф.С., Калашникова А.С., Царьков А.Е. Клинико-психологические факторы криминальной агрессии // Психология и право. – 2017. – Т. 7, № 4. – С. 44–58.
26. Спасенников Б.А., Вилкова А.В. Расстройства личности у осужденных в пенитенциарной практике // Вестник института: преступление, наказание, исправление. – 2015. – № 1 (29). – С. 49–54.
27. Шеховцова Е.С. Нарушения операционального уровня саморегуляции у лиц с расстройствами личности: дисс. ... канд. психол. наук. – СПб, 2021. – 161 с.

28. Шеховцова Е.С., Грановская Р.М., Булыгина В.Г. Внечеловеческие и нозоспецифичные особенности операционального уровня саморегуляции у лиц с расстройствами личности с криминальным поведением // Вестник психотерапии. – 2021. – № 77 (82). – С. 129–142.
29. Kim Y.R., Tyrer P., Lee H.S., Kim S.G. Preliminary field trial of a putative research algorithm for diagnosing ICD11 personality disorders in psychiatric patients: 2. Proposed trait domains // Personality and Mental Health. – 2015. – Vol. 9. – P. 298–307.
30. Oden K.B., Lohani M., McCoy M., Crutchfield J., Rivers S. Embedding emotional intelligence into military training contexts // Manufacturing. – 2015. – Vol. 3. – P. 4052–4059.
31. Pujara M.S. Mechanisms of reward circuit function: novel insights from neurological lesion patients and psychopathic criminals: dissertation ... doctor of Philosophy. – Madison, 2016. – 117 p.
32. Tyrer P. Personality disorder: Good reasons to reclassify // Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. – 2017. – P. 1–2.
33. Tyrer P.C., Mulder R., Kim Y.R. The development of the ICD11 classification of personality disorders: An amalgam of science, pragmatism, and politics // Annual Review of Clinical Psychology. – 2019. – Vol. 15. – P. 7–22.
34. World Health Organization. The ICD11 Classification of Mental, Behavioral Disorders and Neurodevelopment Disorders. – Geneva, 2018.

Зверева Н.В., Сергиенко А.А., Суркова К.Л., Строгова С.Е. Зверева М.В., Балакирева Е.Е.

**ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
ДЛЯ РОЖДЕНИЯ ДЕТЕЙ: ПОЗИТИВНЫЕ ПОСЛЕДСТВИЯ И
ВЕРОЯТНОСТНЫЕ ОГРАНИЧЕНИЯ. КЛИНИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА**

Аннотация. Статья посвящена анализу возможных последствий использования вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) на последующее психофизическое развитие ребенка. Дается краткий экскурс в историю применения метода и исследований, касающихся оценки потомства, рожденного с помощью ВРТ. Описываются очевидные «плюсы» применения – решение проблем бесплодных пар в стремлении иметь своих детей, большая забота о рожденных с помощью ВРТ детях, увеличение количества дополнительных занятий и т.п., которые проводятся с детьми для их всестороннего развития или коррекции проблемных ситуаций. Также рассматриваются очевидные «минусы» или ограничения для применения ВРТ - возраст родителей, многоплодная беременность, особенности самой процедуры ВРТ и др. Описывается материал по теме изучения детей, рожденных с помощью ВРТ в рамках исследовательской научной темы ФГБНУ НЦПЗ.

Ключевые слова вспомогательные репродуктивные технологии, экстракорпоральное оплодотворение, дети и подростки, психофизическое развитие.

Вопросы воспроизводства здоровых поколений всегда были актуальны, особенное значение они стали приобретать на фоне снижения рождаемости, увеличения мужчин и женщин с бесплодием. С конца XIX — начала XX века до настоящего времени, все более успешно совершенствуются и применяются вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ), первоначально используемые для работы с животными, и лишь затем применяющиеся для лечения различных видов бесплодия человека [5, 8, 12]. К ВРТ относят в настоящее время следующее: искусственная инсеминация (ИС), при которой сперматозоиды переносят в полость матки во время овуляции; экстракорпоральное оплодотворение (ЭКО), когда оплодотворение происходит путем помещения сперматозоидов и яйцеклеток в чашку Петри; интраплазматическая инъекция сперматозоида (ИКСИ), оплодотворение происходит путем помещения отобранного сперматозоида непосредственно в цитоплазму яйцеклетки. В России активно используется суррогатное материнство, донорство репродуктивного материала и другие методы репродукции человека. По частоте использования метод ЭКО занимает лидирующую позицию, после него идет метод ИКСИ, что позволяет повысить шансы на успешное зачатие. Использование криобанка или криоконсервации (заморозка в жидком азоте оплодотворенных яйцеклеток) позволяет хранить зародыши человека длительное время и в дальнейшем использовать размороженный материал для искусственного оплодотворения [20].

В начале 1990-х гг. Россия вступила в период длительной депопуляции, среди главных причин этого - сверхнизкая рождаемость, у которой имеются свои источники и социально экономические, и политические, и связанные с нарушением репродуктивной функции населения, авторы отмечают негативные тенденции ухудшения репродуктивного здоровья россиян [1]. В связи с этим встает вопрос о возможных вариантах помощи бесплодным парам, и в целом лицам, имеющим проблемы с репродуктивным здоровьем, как мужчинам, так и женщинам. Известна позиция ВОЗ, что, если в стране частота бесплодия превышает 15%, то проблема отражает не только медицинские вопросы, но и социально-демографические. Не случайно ученые, которые участвовали в осуществлении первого акта успешного ЭКО в 1978 году, много лет спустя получили Нобелевскую премию (2010) [11]. Представленные Научным центром акушерства и

гинекологии Минздрава РФ данные показывают, что в России на сегодняшний день бесплодны 7-8 млн. российских женщин и 3-4 млн. мужчин, а в структуре бесплодия до 45% приходится на долю женщин и 40% на долю мужчин, хотя в отношении мужчин данные должны уточняться [2, 3]. Таким образом, проблема применения различных вспомогательных репродуктивных технологий является актуальной и востребованной и в науке, и в практике.

В практической реализации ВРТ будущих родителей всегда глубоко интересует вопрос о рисках как для здоровья матери, так и будущего потомства, возможные «плюсы» и «минусы» этих процедур как в краткосрочной, так и долгосрочной перспективе. В России первое исследование состояния здоровья детей, родившихся в результате ЭКО и искусственного осеменения, было выполнено в 1993 г. в рамках диссертационного исследования О.В. Бахтиаровой, ею было показано, что у детей, рожденных с помощью ВРТ, в 29,3% случаев отмечается задержка внутриутробного развития, в 90,5% – асфиксия при рождении, в 53,6% – различные неврологические нарушения (включая детский церебральный паралич), в 87,5% случаев – морфофункциональная незрелость, гипоксия, перинатальные поражения ЦНС; И даже встречаются психические расстройства (аутизм, умственная отсталость, нарушения поведения). Состояние здоровья новорожденных и общая заболеваемость детей, рожденных с помощью ЭКО, отличаются от таковых в популяции за счет преобладания у них недоношенности (24,6% случаев), малой массы тела (<1,5 кг; 6,2%), легкой асфиксии в родах (4,3%) и др. В других работах отмечалось, что общая заболеваемость детей, рожденных с применением метода ЭКО, в 4 раза выше по сравнению с общей заболеваемостью детей, рожденных в естественном цикле оплодотворения. [цит. по 20]. Важно, что с течением времени успешность и медицинские показатели ВРТ существенно улучшились, однако и сейчас остаются опасения, о том, что возможны все перечисленные выше осложнения в случае применения ВРТ.

Ряд отечественных и зарубежных исследователей не исключают, что дети, зачатые с помощью современных ВРТ, могут иметь отклонения в состоянии физического развития. Описывая возможные риски при осуществлении ВРТ, авторы отмечают следующие вероятные факторы негативного влияния на последующее психомоторное, речевое и когнитивное развитие зачатого с помощью ЭКО, ИКСИ и других ВРТ ребенка: многоплодная беременность, хронические заболевания матери, генетические заболевания, перинатальные вредности, малый вес и недоношенность, существенным является и вклад семейной ситуации (воспитание, детско-родительские отношения, психолого-

педагогическое сопровождение развития детей на всех возрастных этапах и др.). Многие отечественные и зарубежные исследователи не исключают, что дети, зачатые с помощью современных ВРТ, могут иметь отклонения в состоянии физического развития, однако прямая связь подобного своеобразия развития непосредственно с видом, качеством и количеством применяемых ВРТ не доказана, хотя имеются предположения о комплексном происхождении этих отклонений, которые связаны и с отягощающей пренатальной и постнатальной спецификой (многоплодие, недоношенность, малый вес при рождении и др.) [8, 9, 10, 13 14, 16], существенным является и вклад семейной ситуации (воспитание, детско-родительские отношения, психолого-педагогическое сопровождение развития детей на всех возрастных этапах и др.) [6, 13 14, 20,21,24].

Анализ литературных источников показывает, что исследователи развития детей ЭКО сосредоточены в основном на антропометрических, моторных, реже речевых и эмоциональных параметрах, когнитивные показатели рассматриваются крайне редко, преимущественно в оценке школьной успешности. В этом плане проводимое нами исследование обладает определенной новизной и по предмету исследования, и по методологии, обеспечивающей мультидисциплинарный подход к изучению и к анализу проблемы когнитивного и эмоционально-личностного развития детей, рожденных с помощью ЭКО [1,2, 7,9,13, 14, 16].

Можно выделить, вслед за авторами, следующие направления исследований изучения возможных негативных последствий и рисков при ВРТ:

Медицинские: преимущественно проводится физиологическая оценка детей ВРТ, получено много «минусов», в развитии, которые часто нивелируются с возрастом, психофизическое и речевое развитие может запаздывать, больше рисков развития в последующие годы разных отклонений; значение имеет полиплодная беременность и вообще перинатальная патология, патологически протекающая беременность. Таким образом, основные риски связаны с перинатальным периодом, последствиями гипоксии и др., здоровьем и возрастом матери, особенностями самих ВРТ.

Психологические - предметом изучения становится психологическое состояние будущей матери, анализ касается ее психического состояния, психологической готовности к материнству и т.п.; исследования же детей проводятся преимущественно в младенческом, раннем детском и дошкольном возрасте, редко проводится интегральная оценка развития ребенка ЭКО. Ключевой итог большинства исследований, основной вывод сводится к тому, что дети

ЭКО – такие же, как и дети с ЕЗ. В небольшом числе работ обсуждается проблема привязанности «детей из пробирки», семейная ситуация [4, 6, 19].

Этические вопросы – исследований стало как будто больше в последние годы. Первые упреки, недоверие и желание запретить исходили от религиозных деятелей разных конфессий. Существенными представляются юридические тонкости в связи с донорскими спермой или ооцитами; или вопросы уничтожения «невостребованных» или «непригодных» оплодотворенных яйцеклеток и др. Не менее остро стоят и другие вопросы, которые поднимал И.С.Кон в своих работах, когда говорил о том, что «применение ВРТ и ЭКО в частности, сделали принципиально возможным «непорочное зачатие», без какого бы то ни было сексуального общения и контакта родителей» [11] Вопрос обо отсутствии сексуального взаимодействия родителей при применении ВРТ также представляется важным, хотя он лежит в стороне от базовой направленности нашего анализа. [11, 20,21].

Научные исследования и практические наработки по теме ВРТ достаточно обширны. Использование метода экстракорпорального оплодотворения (ЭКО) и других вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ), становится более часто используемой процедурой зачатия. большое количество представленных данных по успешному лечению бесплодия, способствует расширению репродуктивных программ, но несмотря на это, остаются весьма малочисленны исследования постанального периода когнитивного и речевого развития детей, рожденных с помощью ЭКО. Отмечаемый в последние несколько десятилетий рост количества бесплодных пар, ставит перед обществом задачу оказания помощи в рождении собственного здорового потомства, которая представляется и гуманной, и актуальной. Значительная часть исследований в области репродуктивных технологий позволяет более осознанно и эффективно лечить бесплодие, способствует расширению репродуктивных программ для бесплодных пар. Однако есть и сложности, и пробелы в исследованиях, по крайней мере, в российских работах нечасто встречаются исследования «выросших» детей ЭКО, ранее акценты ставились преимущественно на психофизических и психомоторных показателях, при этом не оценивалась степень развивающей поддержки и дополнительных занятий.

Если исследователи хотят увидеть более далекие последствия эффективного применения ВРТ, изучая детей, зачатых с их помощью в возрасте от дошкольного и старше, то организация такого исследования может быть затруднена в силу сложностей поиска участников. К сожалению, решение о предоставлении информации о методе зачатия

ребенка, остается на усмотрение родителей. Многие пары решают не афишировать проведение данной процедуры в медицинской документации ребенка, поэтому сбор анамнестических данных по протоколу ведения ВРТ в большинстве случаев, собирается со слов родителя ребенка, другой объективной информации может не хватать. У некоторых матерей остаются протоколы ЭКО, но предоставленные данные в документе не отражают количество выполненных подсадов, количество взятых яйцеклеток, их качество и другие данные, которые позволили более детально изучить возможное влияние метода зачатия на когнитивное развитие ребенка. Ученые отдают себе отчет в том, что квалифицированное решение вопроса об опасности/безопасности процедур ВРТ для последующего психического развития детей, их психофизического здоровья требует совместной деятельности специалистов в мультидисциплинарной команде и родителей, готовых принять участие в исследовательских программах с гарантированной анонимностью. Более того, всегда у родителей есть вопрос о перспективе развития детей и в психофизическом и в социальном плане. Готовность к участию в проектах ВТР определяется для будущих мам и пап в том числе и результатами научных исследований, а не только слухами и «сарафанным радио» о безопасности, «плюсах» и возможных негативных последствиях или поворотах в развитии своих потенциальных детей.

Научная тема, которая ведется в ФГБНУ НЦПЗ с 2019 года, направлена на анализ психического развития (когнитивного и эмоционально-личностного) детей, зачатых с помощью ВРТ, перешагнувших за порог младенчества и раннего детства. Участники исследования дети в широком возрастном диапазоне от 3 до 15 лет и их родители, все участвуют в проекте на основе информированного добровольного согласия, подписанного родителями. Используются современные средства психологической диагностики: IQ, нейропсихологическая и клиничко-психологическая, логопедическая для младшей группы детей, методики классической экспериментально-психологической оценки развития когнитивной и эмоционально-личностной сферы детей. Особенность подхода к оценке развития детей ЭКО в ФГБНУ НЦПЗ заключается в мультидисциплинарном формате исследования, когда вместе работают и клинические психологи, и нейрофизиологи, и иммунологи, и, конечно медики, прежде всего врачи-психиатры. Всего обследовано 80 детей, зачатых с помощью ВРТ, среди них 46 мальчиков, все в возрасте 3–15 лет, средний возраст $7,3 \pm 2,8$, зачатых с помощью ЭКО и ИКСИ; 11 пар близнецов (10 двоен и 1 тройня); группа сравнения (ГС) – естественное зачатие, 40 сверстников (21 мальчик) средний возраст $7,9 \pm 2,8$. Психиатрические

диагнозы: около 25% детей ЭКО (диагнозы: шизотипическое расстройство личности; смешанное расстройство поведения и эмоций, РАС); ГС – около 10% (РАС, СДВГ). По анамнезу: в группе детей ЭКО трудности родовой деятельности отмечались более чем в 70% случаев, наличие выраженной пре- и перинатальной патологии – около 50%. ГС – частота встречаемости перинатальной патологии немного ниже: трудности родовой деятельности 65%, наличие выраженной пре- и перинатальной патологии 41%. Большинство детей ЭКО занимались с логопедом, нейропсихологом, дефектологом в д/с и в школе, в ГС – более половины, но не все. Развитие речи у детей ЭКО было в норме в 46% случаев, у ГС – 74%, расстройства речи (дизартрия, алалия, дислалия) – 54% у детей ЭКО и в ГС 26%. Тест Векслера (детский вариант) показано следующее: в группе ЭКО у 55% детей и подростков IQ выше среднего, но у 8% низкий интеллект (психическая патология), в ГС нормативные средние и высокие показатели, низких нет. Нейропсихологическая диагностика: частота встречаемости грубой дисфункции по выделенным нейропсихологическим факторам выше в группе ЭКО, сем нормативной выборки, однако есть «корковые» факторы со схожим процентом несформированности, например программирование деятельности (можно было в группе ЭКО ожидать худших результатов, учитывая процент дисфункции энергетического фактора и фактора тормозного контроля) [7, 18].

Очевидно, полученные результаты позволяют говорить о широком разнообразии вариантов развития детей ЭКО, о наличии перинатальной патологии в значительном числе случаев (около 70%), о своеобразии становления речи, сходно тому, что увидели в своих работах другие авторы [15]. Однозначного вывода о нарушении речевого развития у детей, рожденных с помощью ЭКО, сделать нельзя, однако при наличии психической патологии и с учетом возраста матери и числа применения процедур ВРТ следует обратить внимание на оказание логопедической и нейропсихологической коррекции с раннего возраста [14].

В близнецовых парах детей ЭКО также наблюдалось разнообразие, но при этом в значительной части случаев уровень развития и нейропсихологический статус детей был сходным, даже при наличии психической патологии. По-видимому, позитивно влияют средовые составляющие (формирующее обучение, своевременная коррекция, отношение родителей к процессу развития ребенка). Безусловно, следует учитывать и специфику учреждения, куда приходили за консультацией дети ЭКО и ГС = расширение выборки, более детальный учет проблем психического нездоровья, поэтому требуется дополнительные исследования.

Резюмируя, попробуем сформулировать возможный ответ на вопросы о плюсах и минусах ВРТ.

«Плюсы» - более внимательное отношение к периоду беременности, всегда долгожданный и любимый ребенок, чаще обеспеченные родители, улучшение за счет разнообразных дополнительных занятий, имеющих и развивающую и коррекционную направленность; ВРТ возможно связано с помощью (нейропсихол. коррекция и доп занятия и внимание)

«Минусы» - факторы риска ухудшения развития ребенка, зачатого с помощью ВРТ – полиплодная беременность и осложнения беременности и родов (могут быть общие с естественно зачатыми детьми). Возраст родителей на момент зачатия ребенка, количество подсадов, все, что связано с процедурой ВРТ - тип ВРТ, использование криоэмбрионов, наличие донорских яйцеклеток и спермы, недостаточная изученность нюансов проведения ВРТ и рекомендаций по уходу и воспитанию ребенка ЭКО.

Мы анализировали как недостатки, «минусы» применения, так и возможные варианты их нивелирования за счет развивающих, коррекционных современных технологий. Развитие медицины, гуманизация общества, применение новых репродуктивных технологий наряду с проблемами негативного влияния экологии и цивилизации на детское развитие требует осмысления в контексте психолого-медико-педагогического и социального сопровождения современных детей, также следует учитывать, что свои обороты набирает и «немодальное» родительство, и среди детей ЭКО также нередки варианты умственной отсталости, как и при естественном зачатии [17, 21, 22, 23]. В современной ситуации междисциплинарной практики и непростых форматов межведомственного взаимодействия стоит подумать над совместными действиями специалистов разных ведомств при выполнении, казалось бы, внутриведомственных программ (ЭКО и выхаживание новорожденных с малым весом; инклюзивное образование; ориентация на индивидуальный дифференцированный подход к детям с ОВЗ и ООП и др.).

Дети ЭКО – всегда долгожданные и желанные, родители прикладывают максимум усилий и возможностей для их развития и несмотря на то, что применение ЭКО и других ВРТ вызывает много религиозно-этических, правовых и психологических вопросов, по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ни физическое здоровье, ни психическое развитие детей, зачатых с помощью ЭКО (в мире насчитывается свыше 10 миллионов таких людей), принципиально не отличается от тех, которые были зачаты естественно [11,21]. Однако заметим, что в конце 20 века и в самом

начале 21 века было больше работ, указывающих на негативные последствия для психического здоровья и развития детей применение ВРТ на этапе зачатия, чем мы видим в настоящее время. Вопрос, является ли это следствием улучшения, оптимизации самих ВРТ или определяется какими-то другими причинами, пока остается открытым.

Литература

1. Аполихин О. И., Москалева Н. Г., Комарова В. А. Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России // *Экспериментальная и клиническая урология*. – 2015. – №. 4. – С. 4-14.
2. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Беляева И.А., Бомбардирова Е.П., Смирнов И.Е. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиций педиатрии. *Вестник РАМН*. 2015; 70 (3): 307–314. Doi: 10.15690/ vgamn. v70i3.1326
3. Беляева И. А. и др. Отдаленное развитие и здоровье детей, зачатых с помощью вспомогательных репродуктивных технологий // *Вопросы современной педиатрии*. – 2022. – Т. 21. – №. 2. – С. 72–82.
4. Бохан Т. Г., Силаева А. В. Формирование привязанности к ребёнку в период беременности и после родов у женщин-участниц программы ЭКО // *Ученые записки университета им. ПФ Лесгафта*. – 2021. – №. 6 (196). – С. 401–408.
5. Дороничева Д. А., Стулева Н.С. Основные вехи истории экстракорпорального оплодотворения. Акушерство, гинекология и репродукция. 2020;14(2):246–251. <https://doi.org/10.17749/2313-7347/ob.gyn.rep.2020.115>.
6. Дуева А. А. и др. Взаимодействие с матерью детей, рожденных в результате экстракорпорального оплодотворения (ЭКО): привязанность и особенности стиля воспитания // *Психолого-педагогические исследования*. – 2014. – Т. 6. – №. 2. – С. 293–305.
7. Зверева, Н. В., Суркова, К. Л., Сергиенко, А. А., Строгова, С. Е., & Зверева, М. В. (2022). Особенности психоречевого развития детей, зачатых с помощью ЭКО и родившихся в многоплодной беременности. *FORCIPE*, 5(S2), 217-218.
8. Исупова О.Г. Вспомогательные репродуктивные технологии: новые возможности // *Демографическое обозрение*. 2017. ТОМ 4, №1: 35-64
9. Кешина Е. С., Царегородцев А.Д., Зиборова М.И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения / *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 5, 2014 с.15-25
10. Клещенко Е.И., Жданова И.А., Лукиша А.И. Состояние здоровья детей при многоплодной беременности после ЭКО. Материалы первого международного конгресса по перинатальной медицине и VI ежегодного конгресса РАСПМ. М. 2011. 94 с
11. Кон И. С. Три в одном: сексуальная, гендерная и семейная революции // *Журнал социологии и социальной антропологии*. – 2011. – Т. 14. – №. 1. – С. 51–65.
12. Корсак В.С. От опытов с искусственным оплодотворением кроликов до вспомогательных репродуктивных технологий /В.С. Корсак // *Журнал акушерства и женских болезней*.— 2004.— Т. 52, Вып.1.— С.31 —36.

13. Лещинская С. Б. Факторы, влияющие на развитие детей при вспомогательных репродуктивных технологиях: обзор литературы //Вестник психотерапии. – 2020. – №. 75. – С. 130–146.
14. Мансимова В.О. Современное состояние проблемы здоровья детей, рожденных в результате вспомогательных репродуктивных технологий. Педиатрическая фармакология. 2011; 8 (2): 27–31
15. Орлова О., Печенина В. Особенности обучения и воспитания детей, рожденных в результате экстракорпорального оплодотворения. – Litres, 2022.
16. Проватар Н. П., Кузьмин В. Н., Каширская Е. И., Пименова Н. Р. Анализ состояния здоровья детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Лечащий Врач. 2022; 5–6 (25): 54–56. DOI: 10.51793/OS.2022.25.6.009
17. Прохоренко Е. С., Макаров И. В. Расстройства поведения у детей и подростков с умственной отсталостью //ББК Р7. 614. – 2022. – С. 8.
18. Сергиенко А. А. и др. О значении коррекционно-развивающей и реабилитационной работы с детьми с дизонтогенезом (на примере детей, рожденных с помощью ЭКО) //Общественно-ориентированная психиатрия: научно-практические аспекты и векторы развития. – 2022. – С. 130–133.
19. Соловьева Е. В. Психическое развитие детей раннего возраста, зачатых посредством экстракорпорального оплодотворения, и их взаимодействие с матерями : дис. – [Электронный ресурс]. Москва, 2016. 225 с. URL: <https://mgppu.ru/files/galleries/documents/82877bfd2f730071f7ae87e2996b6fb8.pdf> (дата обращения: 22.03. 2022), 2016.
20. Тювина Н. А., Николаевская А. О. Психоневрологические, морально-этические и социокультурные аспекты вспомогательных репродуктивных технологий //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2020. – Т. 12. – №. 5. – С. 104–110.
21. Усмонова Х. Э. Психологическое развитие детей, рожденных с помощью экстракорпорального оплодотворения //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2022. – Т. 3. – №. 5. – С. 178–183.
22. Шишкина К. Ю., Бирюкова Н. В. Риски развития патологии у детей, зачатых с использованием методов экстракорпорального оплодотворения (обзор литературы) //The Scientific Heritage. – 2021. – №. 66–2. – С. 56–59.
23. Янак А. Л. Типология немодального родительства //Теория и практика общественного развития. – 2021. – №. 9 (163). – С. 25–31.
24. Lu Y., Wang N. Long term follow up of children conceived through assisted reproductive technology. J. Zhejiang Univ. Sci B. 2013; 14 (5): 359–371.

Куртанова Ю.Е., Иларионова Ю.В.
ФОРМИРОВАНИЕ КОНСТРУКТИВНЫХ ФОРМ
СОВЛАДАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У ПОДРОСТКОВ С
ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Аннотация. Статья посвящена вопросам формирования совладающего поведения у подростков с хронической почечной недостаточностью,

находящихся на длительном лечении. В рамках исследования была разработана и апробирована коррекционная программа, направленная на формирование навыков совладающего поведения и повышения уровня жизнестойкости подростков с хронической почечной недостаточностью, учитывающая особенности здоровья, возрастно-психологические особенности подростков с хронической почечной недостаточностью, а также ограничения, обусловленные нахождением в стационаре.

Полученные в ходе анализа результатов исследования была выявлена эффективность проведенной программы, у подростков повысился самоконтроль, компонент жизнестойкости «принятие риска» и в целом стали преобладать конструктивные формы совладающего поведения.

Ключевые слова: совладающее поведение, жизнестойкость, подростки, хроническая почечная недостаточность.

Современное динамично развивающееся общество переживает серьезные социально-экономические, юридические, моральные, духовные изменения, которые затрагивают различные сферы человеческой деятельности, включая систему образования. Условия, в которых происходит жизнедеятельность современного молодого человека, часто по праву называют экстремальными и стимулируют развитие стресса. В этих трудных условиях актуализируются проблемы, связанные с решением трудных жизненных ситуаций, которые возникают перед ним. Эта проблема актуальна и для учащихся старших классов, поскольку создавшаяся социальная ситуация требует от них максимальной адаптации.

В сегодняшней образовательной среде целенаправленное развитие навыков совладающего поведения и жизнестойкости у юношей и девушек, как неотъемлемой характеристики личности, позволяющей противостоять негативному воздействию окружающей среды и эффективно преодолевать трудные жизненные обстоятельства, превращая их в ситуацию развития, является достаточно актуальной задачей. Решение такой задачи возможно в сложном взаимодействии между родителями, учителями, социальными работниками и психологами.

Юношеский возраст – один из непростых этапов в жизни человека. В этот период происходит коренная перестройка ранее сложившихся психологических структур, «шлифуются» основы сознательного поведения и общения, корректируются нравственные представления и социальные установки. Перед молодым человеком стоит нелегкий вопрос выбора будущей профессии. Этот возрастной

период сопровождается физиологическими изменениями: ростом, бурными реакциями организма, развитием вторичных половых признаков. Этот период в жизни молодого человека считается сложным в воспитательном отношении, трудности этого возраста связываются с половым созреванием как причиной различных психологических отношений.

Исходя из вышесказанного, становится очевидно, что проблема изучения совладающего поведения и уровня жизнестойкости подростка является особенно актуальной, в случае подростка, имеющего ограниченные возможности здоровья.

Наличие заболевания хронической формы является потенциальным источником стресса для любого человека. Подростки с хроническими соматическими заболеваниями, несмотря на попытки, предпринимаемые социумом с целью их социализации, обучения и воспитания в общеобразовательных учреждениях, став взрослыми, часто оказываются неподготовленными к интеграции в социально-экономическую среду.

Настоящее исследование предполагает разработку и апробацию программы по формированию навыков совладающего поведения и компонентов жизнестойкости у подростков с хронической почечной недостаточностью, находящихся на длительном лечении. Программа направлена на повышение таких характеристик зрелости личности, как: становления ответственности, активного взаимодействия с окружающим миром. Эти характеристики, в свою очередь, зависят как от зрелости и устойчивости качеств личности, восприятия собственного здоровья, так и от особенностей взаимодействия с другими людьми. Что напрямую согласуется со стратегиями совладающего поведения и формирования такой личностной черты как жизнестойкость.

Цель – определить возможности формирования конструктивных форм совладающего поведения и повышения уровня жизнестойкости у подростков с хронической почечной недостаточностью в условиях стационарного лечения.

Задачи:

1. Разработать коррекционную программу, направленную на формирование навыков совладающего поведения и жизнестойкости подростков за счет целенаправленного включения подростков в различные мероприятия, требующие преодоления препятствий и развивающие коммуникативные качества; целеполагание; навыки самоконтроля; самовыражения.

2. Апробировать коррекционную программу на подростках с хронической почечной недостаточностью, находящихся на стационарном лечении.

3. Оценить эффективность разработанной коррекционной программы.

Гипотеза: у подростков с хронической почечной недостаточностью, находящихся на стационарном лечении, после прохождения коррекционной программы повышается уровень жизнестойкости и отдельных его компонентов, а также формируются конструктивные формы совладающего поведения.

В исследовании приняли участие 10 человек (5 юношей, 5 девушек), возраст 12–17 лет, с хронической почечной недостаточностью в терминальной стадии, находящиеся на стационарном лечении в отделении пересадки почки ОСП РДКБ.

Методы исследования:

1. Тест жизнестойкости С. Мадди [4].
2. Копинг-тест Р. Лазаруса [2].
3. Проективная методика «Незаконченные предложения» Д. Сакса и С. Леви (модификация А.Ю. Гогель) [3].

Для оценки эффективности проведенной программы был использован непараметрический U-критерий Манна-Уитни, который подходит для сравнения малых выборок.

Организация исследования.

В начале исследования была проведена входная диагностика по выявлению форм совладающего поведения и уровня жизнестойкости у подростков с хронической почечной недостаточностью, находящихся на длительном лечении. После чего была проведена коррекционная программа по формированию навыков совладающего поведения и повышению уровня жизнестойкости. Далее проводилась контрольная диагностика с помощью тех же диагностических методик, которые применялись при входной диагностике. Оценка эффективности проводимой программы осуществлялась с помощью сравнения результатов диагностики до и после прохождения коррекционной программы.

Особенности программы.

При выборе методов коррекционной программы мы опирались на результаты анализа возрастно-психологических особенностей и особенностей, обусловленных заболеванием, выбранных «мишеней» и ограничений воздействия. Особенности здоровья подростков с хронической почечной недостаточностью и пребывание в стационаре накладывают ряд **ограничений** проведения коррекционной программы:

- 1) **Исключение физической активности.** Необходимо исключить какие-либо физические упражнения и двигательную активность. То есть задания коррекционной программы должны выполняться

сидя за столом, или просто на стуле, если для выполнения задания необходимо положение стоя, но это должно быть непродолжительное время.

2) **Малочисленность группы.** В силу отвлечения подростков на прохождение медицинских процедур и обучения школьной программе, состав участников коррекционного занятия может измениться.

3) **Нестабильность состава группы.** На нестабильность состава группы влияют завершение пребывания в стационаре из-за окончания лечения и поступление новых пациентов. Для возможности проведения коррекционной программы целесообразно запланировать краткосрочную работу (не более 15 встреч).

4) **Ограничение материалов и средств.** Обусловлено непосредственно пространством стационара и медицинскими рекомендациями.

5) **Ограничение длительности занятия.** Соблюдение распорядка дня и больничного режима.

Приведем основные методы, применимые в разработанной коррекционной программе.

Арт-терапия. Подростковому возрасту свойственны репрезентирование своей идентичности, потребность в обозначении и поддержании своих личных границ, противодействие директивному стилю ведения группы. С учетом этих особенностей можно предположить, что в процессе групповой арт-терапии подростки проявят и подчеркнут свои роли и принадлежность к социальным группам.

Преимущества арт-терапии в работе с подростками в том, что они сами могут контролировать границы открытости окружающему миру, они сами выбирают, какую информацию могут о себе открыть. С одной стороны, мы получаем проекцию переживаний и мыслей подростка в виде изображений или любой другой продукции творческой деятельности, с другой стороны подросток сохраняет комфортное состояние психологической защищенности.

Следует учесть и ограниченную способность подростков к словесному выражению своих переживаний [1].

Групповая игротерапия - это одновременно и психологический и социальный процесс, в котором подростки естественным образом взаимодействуют друг с другом, приобретают новые знания не только о других участниках, но и о себе.

Групповая терапия призвана: помочь осознать свое реальное "Я", повысить его самооценку и развить потенциальные возможности, научиться эффективному взаимодействию, отреагировать внутренние

конфликты, страхи, агрессивные тенденции, уменьшить беспокойство и чувство вины.

В процессе взаимодействия подростки помогают друг другу взять на себя ответственность за построение межличностных отношений, приобретают опыт в налаживании отношений с другими людьми, учатся искать компромиссы. Наблюдая друг за другом, подростки обретают смелость, необходимую для того, чтобы попробовать сделать то, что им хочется.

Групповая терапия призвана помочь развить более позитивную "Я-концепцию", стать более ответственным в своих действиях и поступках; повысить уровень саморегуляции; приобрести уверенность в собственных силах и овладеть чувством контроля; выработать большую способность к самопринятию и самостоятельности; развить внутренний источник оценки [6].

Другие методы: метод упражнений, проведения опыта, групповая дискуссия, медитативные техники.

Приведем примеры упражнений, применявшихся в коррекционной программе, направленной на формирование конструктивных форм совладающего поведения.

Упражнение «Рассерженные шарики»

Ход упражнения: Ведущий раздает детям надувные шарики (заранее надутые) - «Ребята, представьте, что надувной шарик – это тело человека, а находящийся в нем воздух – чувства раздражения, гнева, напряжения. - Скажите, может ли сейчас (дети держат завязанные шарики) воздух входить и выходить из него? - Что случится, когда чувство раздражения, напряжения переполнят человека? (шарик взорвется, а у человека – произойдет эмоциональный срыв или какой-либо агрессивный поступок) - А может ли человек, который переживает психоэмоциональное напряжение или раздражение оставаться спокойным, продуктивно думать, что-то качественно, хорошо выполнять?»

Ведущий лопает свой шарик. - Что случилось с шариком? - Что вы почувствовали, когда взорвался шарик? - Может ли такой способ выражения раздражения, снятия эмоционального напряжения быть безопасным? Почему? - Ребята, если шарик – это человек, то взрывающийся шарик означает какой-нибудь агрессивный поступок, например, споры, конфликты, недовольства другими и собой. - А теперь давайте надуем еще один шарик (ведущий надувает шарик), но не будем завязывать его, а просто будем крепко держать его в руке, не выпуская воздух. Вы помните, что шарик – это человек, а воздух внутри него – это чувства раздражения, тревоги, напряжения. - А теперь выпустим из шарика немного воздуха и снова его зажем.

- Вы заметили, что шарик уменьшился?
- Взорвался ли шарик, когда я выпустила из него воздух?
- Можно ли такой способ выражения чувств считать более безопасным? Почему?
- Остался ли шарик целым?
- Напугал ли кого-нибудь?
- Какой вывод вы можете сделать после данного упражнения?
- На какие размышления оно Вас натолкнуло?»

Рисуночная техника «Моя осень, мой стресс»

Цель: понимание участниками, что такое стресс как психофизиологический феномен; определение стрессогенных факторов, с которыми участники постоянно или периодически сталкиваются в различных областях жизнедеятельности; осознание участниками показателей (маркеров), по которым определяется состояние стресса.

Ход упражнения: Ведущий: - «Что такое стресс? Стресс — это такое состояние эмоционального и физического напряжения, которое возникает у человека в определенных трудных ситуациях. При этом нет такого человека, который не испытывал стресса. Каждый из нас сталкивается с ним. Также очень часто человек испытывает подавленное состояние, раздражение, уныние именно в осенний период, когда на улице дождливо, пасмурно и серо.

Давайте попробуем представить и изобразить наш стресс. Сделаем это следующим образом: вам необходимо будет нарисовать или сделать аппликацию из листьев деревьев на тему «Моя осень, мой стресс».

На своем рисунке вы можете изобразить образ, свое видение, понимание стресса. Это может быть что-то конкретное, может быть пример из жизни. Не спешите, подумайте некоторое время над тем, что вы изобразите, и приступайте рисовать. Каждый работает самостоятельно.

Обсуждение: трудно ли вам было работать и понравилось ли создавать рисунок? Как вы относитесь к рисунку: он вам нравится, симпатичен (чем?), не нравится (что в нем не нравится), вы его боитесь и т. п.? Где вы на этом рисунке? Как вы взаимодействуете со своим стрессом (боритесь с ним, противостояте ему, убегаете от него, стресс овладел вами, вы в стрессе, вы приручили свой стресс, вы подружились с ним, он вам безразличен)? Изображены ли на рисунке факторы, влияющие на возникновение стресса? Каковы они? [7].

Упражнение «Лопание шариков»

Ход упражнения: Каждому участнику раздается по одному надувному шарiku и шариковой ручке.

Ведущий говорит: «Представьте, что к шарiku прилепились все ваши плохие черты и качества. Напишите пожалуйста на шарике эти качества».

Участникам необходимо написать не менее 3-5 качеств.

После завершения Ведущий предлагает детям "избавиться" от этих качеств - лопнуть шарик. Можно предложить выбрать себе помощника (важно ориентироваться на желание участника). Шарик необходимо лопнуть специальными палочками, но, чтобы воспользоваться палочкой, взамен участнику необходимо придумать способы совладания со своими «плохими» качествами.

Упражнение «Положительные качества»

Ход упражнения: все участники садятся в круг. Ведущий раздает всем участникам одинаковое количество карточек. На карточках написано по одному положительному качеству. Задача каждого участника на свое усмотрение раздать все карточки другим участникам.

После завершения каждый участник вскрывает свои карточки и говорит - согласен он с этим качеством или нет и почему.

Оценка эффективности проводимой коррекционной программы.

Обозначим результаты входной диагностики подростков до проведения коррекционной программы ЭГ (экспериментальная группа) и результаты контрольной диагностики подростков после проведения коррекционной программы ЭГ1 (экспериментальная группа 1).

Представим анализ выраженности компонентов жизнестойкости по результатам теста жизнестойкости С. Мадди.

Сравнение средних значений компонентов жизнестойкости «до» и «после» проведения коррекционной программы показывают, что значения жизнестойкости ЭГ1 увеличились, по сравнению со значениями ЭГ. Однако, значимые различия наблюдаются только по уровню «принятие риска» (ЭГ – 13,3; ЭГ1 – 16,2; $p=0,012$).

Количество испытуемых с высоким уровнем «контроля» увеличилось и составило 20% (до прохождения коррекционной программы, высокий уровень был у 10% испытуемых), это произошло за счет снижения количества испытуемых со средними показателями данного компонента (ЭГ – 80%; ЭГ1 – 70%).

В целом уровень «жизнестойкости» после прохождения коррекционной программы повысился у шести испытуемых из десяти.

Результаты оценки достоверности полученных различий средних значений жизнестойкости и ее компонентов для ЭГ и ЭГ1 приведены в табл.1.

Таблица 1

Оценка различий средних значений уровня жизнестойкости и всех ее компонентов для ЭГ и ЭГ1

№ п/п	Компонент	ЭГ / ЭГ1
1	Вовлеченность	U=53; p=1,356
2	Контроль	U=54; p=1,471
3	Принятие риска	U=38; p=0,012*
4	Жизнестойкость	U=45; p=0,706

* - статистически значимые различия на уровне 0,05

Как видно из Таблицы 1, по результатам теста жизнестойкости получены достоверные различия по уровню «принятия риска» между ЭГ и ЭГ1. То есть, можно достоверно утверждать, что у подростков уровень «принятия риска» стал выше после прохождения коррекционной программы.

Представим анализ выраженности компонентов совладающего поведения по результатам теста Р. Лазаруса

В целом можно отметить повышение выраженности эффективных, и снижение выраженности неэффективных копинг-стратегий. Так можно сказать, что подростки стали больше применять конструктивные стратегии для разрешения проблем.

Результаты сравнения уровня значимости между ЭГ и ЭГ1 приведены в Таблице 2.

Таблица 2.

Результаты сравнения уровней значимости для ЭГ и ЭГ1

п/п	№	Компонент	ЭГ / ЭГ1
1		Планирование решения проблемы	U=30; p=0,419
2		Положительная переоценка	U=35; p=1,861
3		Поиск социальной поддержки	U=39; p=1,990
4		Принятие ответственности	U=30; p=0,083
5		Самоконтроль	U=25; p=0,022*
6		Бегство-избегание	U=36; p=1,758
7		Дистанцирование	U=34; p=1,504
8		Конфронтационный копинг	U=38; p=1,924

* - статистически значимые различия на уровне 0,05

Как видно из Таблицы 2, получены достоверные различия по уровню эффективной копинг-стратегии «самоконтроль» между ЭГ и ЭГ1

ЭГ1. То есть, можно достоверно утверждать, что у подростков выраженность «самоконтроля» стала выше после прохождения коррекционной программы, это свидетельствует о том, что подростки стали прибегать к саморегуляции эмоций и контролю своего поведения.

Представим анализ выраженности компонентов совладающего поведения на основании результатов проективной методики «Незаконченные предложения».

Подростков, ориентированных на реализацию творческих способностей и способностей в учебной и трудовой деятельности стало больше после прохождения коррекционной программы. Но ответы подростков после прохождения программы ориентированы больше на трудовую деятельность, а не на учебную (желание стать швеей, поваром, медсестрой).

Также у подростков наблюдается увеличение показателя ориентации будущего с желанием быть счастливым и иметь достойную жизнь (с 67% до 83%), это связано с появлением таких вариантов ответов как «быть успешным» и «быть счастливым» в предложении «Больше всего в жизни я хотел бы...».

Поиск социальной поддержки и опора на семью («Если со мной случится несчастье, я...») в тяжелой жизненной ситуации (позвоню деду, позову мамочку, попрошу помощи у родных, скажу папе и т.д.) был приоритетным способом совладания для большинства подростков (67%). Однако после прохождения коррекционной программы половина испытуемых (50%) предпочли нейтральную или активную позицию («буду искать выход из ситуации», «это переживу», «исправлю ситуацию»).

Конфронтационную позицию («Я могу ударить человека, если...») выбирали большинство испытуемых (87%). Однако это значение снизилось относительно на 17% за счет снижения агрессивной позиции («мне все равно», «если не уговорю»).

Неэффективное поведение в трудной ситуации («Когда мне начинает не вестить...»), связанное с проявлением тревоги, раздражения демонстрировали 67% подростков до проведения коррекционной программы, а после проведения программы данный показатель демонстрировали 50% подростков.

Итак, применение предложенной коррекционной программы показало ее эффективность. После коррекционной работы в группе подростков с хронической почечной недостаточностью увеличились средние значения по всем эффективным копинг-стратегиям, снизились показатели неэффективных копинг-стратегий, значимо повысился уровень использования копинг-стратегии «самоконтроль»; выявлены значимые изменения по компоненту жизнестойкости «принятие риска».

Таким образом, гипотеза, предполагающая, что у подростков с хронической почечной недостаточностью, находящихся на стационарном лечении, после прохождения коррекционной программы изменится уровень жизнестойкости и отдельных его компонентов, а также сформируются конструктивные формы совладающего поведения частично подтвердилась.

Полученные в ходе анализа результаты могут быть использованы в первую очередь специалистами, разрабатывающими и реализующими различные коррекционные, профилактические и реабилитационные программы для формирования навыков совладающего поведения и повышения уровня жизнестойкости подростков с хронической почечной недостаточностью. Разработанная коррекционная программа может применяться при работе с подростками с хроническими соматическими заболеваниями в условиях длительного стационарного лечения.

Отметим необходимость продолжения изучения факторов, ограничений и мишеней воздействия, влияющих на формирование совладающего поведения и уровня жизнестойкости, с целью повышения эффективности разработки различных коррекционных программ, наиболее отвечающих возможностям и потребностям подростков с хронической почечной недостаточностью.

Литература

1. Киселева М.В. Арт-терапия в работе с детьми: Руководство для детских психологов, педагогов, врачей и специалистов, работающих с детьми. — СПб.: Речь, 2006. — 160 с.
2. Крюкова Т.Л., Куфтяк Е.В. Опросник способов совладания (адаптация методики WCQ) / Журнал практического психолога. — М., 2007. № 3. — С. 93–112.
3. Куртанова Ю.Е., Гогель А.Ю. Совладающее поведение подростков с нарушением почечного функционирования разной степени тяжести // Вопросы психического здоровья детей и подростков. — Москва, 2016. - №4. - С. 22–31.
4. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. Методическое руководство по новой методике психологической диагностики личности с широкой областью применения. Предназначается для профессиональных психологов-исследователей и практиков. - М.: Смысл, 2006. - С. 3–63
5. Тренинг жизненных навыков для подростков с трудностями социальной адаптации / Под науч. ред. А. Ф. Шадуры — СПб.: Речь, 2005. — 176 с.
6. Щербатых Ю.В. Психология стресса и методы коррекции. — СПб.: Питер, 2006. — 256 с.

Малова Ю. В.
**ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ,
ИМЕЮЩИМ ЭКСТРЕМАЛЬНЫЙ ОПЫТ (НА ПРИМЕРЕ
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ
УЧАСТНИКОВ ЛИКВИДАЦИИ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА
ЧАЭС)**

Аннотация. В статье формулируются цели, задачи и средства психологической помощи пациентам с экстремальным опытом, находящимся на лечении в соматической клинике. Особое внимание уделяется принципам и алгоритму выбора средств психологической помощи в соответствии со спецификой патогенетических факторов. Изложена структура психологической помощи участникам ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС, осуществлявшейся в 1991-2010 годах в центре медицинской реабилитации. Также приводятся данные комплексного клинико-психологического обследования, нейропсихологического тестирования, результаты лонгитюдных исследований изменений высших психических функций и психологического благополучия пациентов. Результаты подтверждают значимость вклада своевременно рано начатой психологической помощи в комплексную реабилитацию лиц с экстремальным опытом, реализуемую на базе соматической клиники и минимизацию негативных последствий чрезвычайной ситуации в отдалённом периоде.

Ключевые слова: комплексная медико-психологическая реабилитация, участники ликвидации последствий аварии на ЧАЭС, нейропсихологическая диагностика, средства психологической помощи.

Отечественная клиническая психология основана на общепсихологической концепции теории деятельности, использует широкий спектр методов психологического исследования, психологической диагностики и психологического воздействия. Необходимо пояснить, что многие отечественные психологи и, в первую очередь Ю.Ф. Поляков, говоря о применении психологии в практическом здравоохранении использовал термин «медицинская психология»: «Предметом медицинской психологии как области профессиональной деятельности психологов являются многообразные особенности психики человека в их отношении к здоровью и болезни» [2]. Несмотря на то, что в сфере науки и высшего профессионального психологического образования в нашей стране укрепился термин «клиническая психология», по-прежнему представляется возможным

говорить о медицинской психологии как о той базирующейся на методологии психологии области практической деятельности психологов, которая занимается решением насущных задач практического здравоохранения, в первую очередь соматической медицины. Развитие медицинской психологии было стимулировано потребностями помощи пациентам с различными заболеваниями, профилактики психосоматических расстройств, комплексной реабилитации пациентов. Доказательством практической значимости данной области психологии является становление и успешное функционирование служб психологической помощи в системе профилактики, лечения заболеваний, а также в комплексной медико-психолого-социальной помощи на этапе реабилитации. Методы, разработанные и получившие практическое применение в медицинской психологии, помогают определить преморбидные индивидуально-психологические особенности пациентов, выявить группы риска и факторы возможной психической декомпенсации у пациентов соматической клиники. Это помогает оптимизировать взаимодействие с пациентом и выбор средств комплексной психологической помощи.

В последние десятилетия в сферу интересов медицинских психологов вошла проблематика экстремальной психологии. Это высветило спектр проблем, связанных с экстремальным опытом пациента. Для некоторых групп пациентов, например, пострадавших в результате природных или техногенных катастроф, ликвидаторов последствий радиационных катастроф или пациентов с угрожающим жизни онкологическим заболеванием, экстремальный опыт является фактором, принципиально важным для излечения, сохранения трудоспособности, повышения качества жизни пациента. Последствия экстремального опыта влияют на психологическое благополучие пациентов, а следовательно, и установки на лечение, сотрудничество с врачами на этапе лечения, определяют жизненный стиль пациента (приверженность ЗОЖ или, напротив, формирование саморазрушающего поведения) и отдалённые био-психо-социальные последствия основного соматического заболевания, зачастую вызванного или спровоцированного факторами чрезвычайной ситуации. Осмысление опыта клинко-психологической помощи в комплексной реабилитации пациентов с экстремальным опытом является актуальным в связи с новыми задачами помощи пациентам, получившим травмы различного характера, сочетанные с психологическими последствиями экстремального опыта военных действий.

Обобщение и анализ опыта оказания психологической помощи пациентам со сложной структурой патогенетических факторов

позволяет структурировать и алгоритмизировать методы диагностической и коррекционной психологической помощи при работе с пациентами, получившими опыт чрезвычайных ситуаций, находящимися на стационарном лечении или в реабилитационных медицинских центрах. Этот анализ необходимо провести с позиций клинической психологии и с использованием данных комплексного лонгитюдного исследования психического функционирования и социально-психологического благополучия. Эти данные были получены в ходе реабилитации участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции (ликвидаторов или участников ЛПА на ЧАЭС). Этот опыт 20-летнего психологического сопровождения пациентов был неразрывно связан с научными исследованиями, в том числе лонгитюдными. Появление тысяч людей, претерпевших воздействие комплекса факторов последствий аварии на ЧАЭС, стало вызовом профессиональной состоятельности медицинских психологов и проверкой эффективности применения клинической психологии в формировании комплексного научно-практического подхода к психологической помощи лицам со сложной структурой патогенетических факторов, включающей экстремальный опыт, сопряжённый с факторами негативных для соматического здоровья последствий.

Авария на Чернобыльской атомной электростанции произошла 26 апреля 1986, была первой в мире масштабной радиационной катастрофой. В ликвидацию последствий аварии были вовлечены сотни тысяч человек. Именно эти люди испытали наиболее существенное воздействие факторов последствий аварии. В 1992 году был создан первый реабилитационный центр для пострадавших в техногенных катастрофах - Республиканский центр медицинской реабилитации участников ликвидации последствий радиационных аварий (РЦ). Он был создан на базе соматической клиники Московского научно-исследовательского института диагностики и хирургии (в настоящее время имеет название Российский научный центра рентгено-радиологии) Министерства здравоохранения РФ. Региональные центры помощи участникам ЛПА на ЧАЭС также были созданы в ряде крупных медицинских центров нашей страны. Разные виды медицинской и социально-экономической помощи получили более 500 тысяч участников ЛПА на ЧАЭС.

На момент создания системы реабилитационных центров уже были опубликованы данные первых научных исследований особенностей функционирования мозга и состояния высших психических функций участников ЛПА на ЧАЭС. Ряд пионерских работ, направленных на выявление влияния факторов Чернобыльской

катастрофы на деятельность мозга и высшие психические функции участников ЛПА, были выполнены под руководством проф. Е.Д. Хомской группой сотрудников, учащихся и выпускников кафедры нейро- и патопсихологии МГУ имени Ломоносова, возглавляемой в те годы проф. Ю.Ф. Поляковым [4, 5, 6]. Данные этих исследований сделали обоснованными и целесообразными создание психологической службы и применение медицинской психологии в комплексной реабилитационной помощи, организованной в РЦ. Эта работа была доверена автору данной статьи.

Практическая психологическая помощь требовала понимания специфических целей и задач психологической помощи данной группе пациентов, выработки программы и поиска оптимальной структуры диагностики и психологически ориентированного коррекционного и психотерапевтического воздействия на пациентов на каждом этапе реабилитации и лечения ликвидаторов. Главнейшим принципом составления программы психологической помощи является целесообразность.

Цели и задачи психологической помощи пациентам с экстремальным опытом, находящимся на лечении и реабилитации в соматической клинике.

Цель 1. Диагностика психической сферы пациентов на всех этапах лечения и реабилитации, включая отдалённо-перспективные этапы. В том числе для нозологической диагностики и динамического наблюдения эффективности лечения.

Задачи. 1.1. Определение значимых индивидуально-психологических особенностей пациента;

1.2 Определение уровня сохранности и возможного характера нарушений высших психических функций;

1.3 Выявление возможных реактивных изменений, связанных с экстремальными событиями, в том числе с опытом заболевания и лечения;

1.4 Диагностика интраперсонального ресурса совладания (как зон уязвимости, так и зон эффективного совладания).

Цель 2. Создание оптимальных психологических условий для актуального комплексного лечебного воздействия.

Задачи. 2.1 Психологическая поддержка и другие виды психологической и психолого-просветительской помощи пациенту, его близким, медицинскому персоналу

2.2 Формирование и развитие у пациента навыков саморегуляции.

2.3 Психологическая поддержка сотрудничества пациента и медицинского персоналом (терапевтического альянса)

2.4 Формирование психологических условий для успешной реабилитации и реадaptации, создание интер- и интраперсональных условий для дальнейшей реализации человека, прошедшего курс реабилитации, в сферах межличностных отношений и социально-трудовой деятельности.

Конкретизация задач психологической помощи участникам ЛПА на ЧАЭС с учётом возможных психогенных, психосоматических и соматопсихических расстройств. В 1991-1993 годах был накоплен большой опыт консультативно-диагностической работы, данные комплексного клиничко-психологического обследования. Мотивация получения психологической помощи была выражена у большинства ликвидаторов, проходивших поликлиническое обследование. Это подтверждалось качеством контакта с пациентами, активным запросом на психологическую помощь.

Пилотное применение методов психологической диагностики и данные нарративного анализа рассказов пациентов об опыте ликвидации последствий аварии на ЧАЭС помогли выбрать средства и наметить пути психологической помощи в комплексе лечения и реабилитации ликвидаторов. В соответствии с факторами патогенеза внимание было сосредоточено на конкретных сферах. Для реализации индивидуального подхода результаты тестирования служили основанием для выбора целей, мишеней, задач, средств индивидуальной помощи, психологически-ориентированной и терапии.

Основания выбора средств психологической помощи в соматической клинике:

- структура потенциально патогенных факторов в обобщённом анамнезе данной группы пациентов и ожидаемые нежелательные последствия воздействия этих факторов (как психогенных, так и соматогенных);

- доступности выполнения для данной группы пациентов конкретного метода, направленного на диагностику закономерно ожидаемых изменений психики и значимых компонентов ресурса совладания,

- организационные возможности внедрения того или иного вида психологической помощи.

В случае оказания психологической помощи ликвидаторам пилотные исследования и дальнейшее обследование позволили выделить следующие потенциально патогенные факторы:

- последствия воздействия факторов радиационной катастрофы на функции головного мозга;

- соматопсихические последствия хронической усталости из-за

переработок в зоне ЧАЭС;

- психогенные и психосоматические последствия страха угрозы жизни и здоровью (в первую очередь страх онкологического заболевания) как следствия облучения и инкорпорации радиоактивных частиц).

Первоначальные наблюдения и дальнейший анализ данных позволили утверждать, что негативные последствия достоверно чаще встречались у более молодых ликвидаторов, участвовавших в ликвидации в 1986-1987 гг. (не позднее) [3].

В этой связи необходимо было прояснить субъективное представление о пребывании в зоне ЧАЭС, переживание, интерпретацию опыта ЛПА на ЧАЭС, его влияния на состояние здоровья, социально-психологическое благополучие пациента. Это достигалось при помощи нарративного анализа соответствующих повествований пациента в ходе проведения первичного интервью. Это давало информацию о специфике индивидуального экстремального опыта.

Перечисленные выше цели и задачи психологической помощи в соматической клинике были конкретизированы для пациентов РЦ. Применение адекватных диагностических и психотерапевтических средств позволили получить следующие результаты и дать следующие рекомендации.

1. Диагностика психической сферы ликвидаторов на всех этапах лечения и реабилитации, включая отдалённо-перспективные этапы. В том числе для нозологической диагностики психоневрологических расстройств и динамического наблюдения эффективности лечения.

1.1 В качестве параметра оценки индивидуально-психологических особенностей пациента был выбран такой показатель стрессоустойчивости как характерологическая тревожность. Пациенты с высокими показателями характерологической тревожности должны быть отнесены к группе риска психогенных и психосоматических расстройств. Необходимо обеспечить работу по предупреждению у них реактивных расстройств. При исследовании значимых индивидуально-психологических характеристик у ликвидаторов, прибегающих к регулярному стационарному обследованию и лечению в этой группе, был выявлен повышенный уровень характерологической тревожности (методика Спилбергера в адаптации Ханина) и низкие показатели интернальности [1, 8].

1.2 По данным нейропсихологического исследования более 60% участников ЛПА на ЧАЭС имеют симптоматику нарушений высших психических функций: слухо-речевой памяти (с преобладанием

симптомов контаминации и конфабуляции); внимания (модально неспецифических); динамического праксиса и других, преимущественно лёгкой и средней степени тяжести, часто укладываемые в синдром поражения лобно-диэнцефальных структур [5, 1. 8]. Динамика выявления симптомов нарушений высших психических функций указывала на преимущественно дисциркуляторный характер мозговых дисфункций, что было подтверждено с использованием нейрофизиологических и других методов медицинской диагностики [6,7].

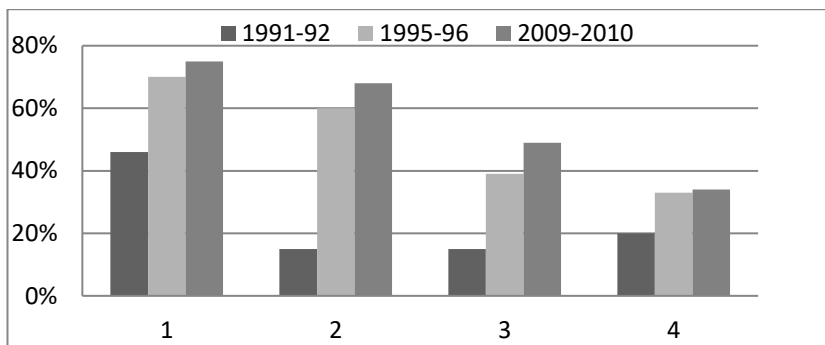


Рисунок. 1 Доля ликвидаторов, имеющих симптомы нарушения высших психических функций, от общей численности группы в разные годы медико-психологического сопровождения 1 – нарушения слухоречевой памяти; 2 – нарушения внимания; 3 – нарушения динамического праксиса, 4 – нарушения зрительной памяти

1.3 Определение уровня ситуативной тревожности (методика Спилбергера в адаптации Ханина), результаты применения теста Люшера, проективных методик выявляют реактивные изменения психики вследствие столкновения со стрессогенными ситуациями, экстремальным опытом. Среди значимых факторов необходимо выделить нозогенез в ряде случаев диагностики онкологических заболеваний у ликвидаторов [9,10], а также реакции на социально-экономические проблемы и сложности межличностных взаимоотношений. Также актуальное состояние психической сферы исследовалось в ходе интервью, которые проводились не менее 2 раз за 3 недели пребывания пациента в стационаре, а также от 3 до 5 сеансов в случае активного обращения пациента за психологической помощью и/или в случае проведения курса психологически ориентированной психотерапии.

В ходе нарративного анализа повествований ликвидаторов и при

исследовании субъективного и объективного анамнеза были выявлены специфические для данной группы пациентов относительно долгосрочно действующие факторы, влияющие на психологическое благополучие. Реактивные изменения психики ликвидаторов, отразившиеся на их социально-психологической адаптации, особенностях субъективной концептуализации актуальной реальности были вызваны или значимо усилены отдалёнными последствиями участия в ЛПА, некорректно предъявленной и некритично оцененной информацией медиа-источников и т.д. К этой группе вторичных факторов, влияющих на психологическое благополучие и эффективность реабилитации, следует отнести:

- соматические заболевания и страх заболеть, представления о радиационном заражении как «mine замедленного действия» в организме;

- коммуникативные и профессиональные проблемы, связанные с ухудшением высших психических функций;

- проблемы межличностных взаимоотношений, связанные с повышенной раздражительностью;

- эффекты информирования о полученных дозах радиации и реальном или возможном потенциально опасном для здоровья влиянии радиации;

- расстройства невротического спектра как следствие труднопреодолимых социальных и экономических проблем (потеря работы, социального статуса, семьи, жизненной перспективы в 1990-е годы).

1.4 Диагностика интра- и интерперсонального (микросоциального) ресурса совладания. Нарративный анализ полуформализованного интервью давал информацию об актуальном субъективном переживании опыта участия в ЛПА, о профессиональной активности, времяпрепровождении, микросоциальном ресурсе.

Микросоциальным ресурсом мы называем реально присутствующие в жизни человека межличностные отношения, субъективно оцениваемые как близкие, стабильные, поддерживающие. (В отличие от **макросоциального ресурса** – наличия в обществе институтов поддержки нуждающихся в медицинской, социально-экономической и других видах помощи).

С психологической точки зрения заслуживает внимания макросоциальный фон, на котором протекала жизнь ликвидаторов после осознания тогда ещё советским обществом, что здоровье данной группы требует пристального внимания, а полученный ими ущерб необходимо компенсировать специальными мерами социально-экономической помощи. Происходившие в это время в стране

перемены, связанные с Перестройкой, оставили многих без перспективы полноценной профессиональной реализации. Принятые меры экономической поддержки ликвидаторов не способствовали правильному формированию здоровьес-ориентированного жизненного стиля, а, напротив, провоцировали формирование рентных установок: статус инвалида Чернобыля позволял получать существенные денежные компенсации. В то же время предприятия стремились избавляться от сотрудников-ликвидаторов, зная об особых гарантиях трудовых прав ликвидаторов.

Лонгитюдные исследования на протяжении 1991- 2010 гг. показали, что в группе ликвидаторов, чей возраст не превышал 65 лет в 2010 г., при сравнении с теми, кто потерял работу в 1990-е, и с теми, кто сохранил профессиональную активность, увеличение степени выраженности нарушений высших психических функций была больше у тех, кто длительное время, начиная с 90-х годов, не был трудоустроен.

2. Создание оптимальных психологических условий для актуального комплексного лечебного воздействия. Психологическое сопровождение комплексной реабилитационной помощи в случае работы с пациентами с экстремальным опытом участия в ЛПА на ЧАЭС включала также работу со средним медицинским персоналом, направленную на прояснение психологических потребностей представителей данной группы пациентов и особенностей психического функционирования, специфической уязвимости психики этих пациентов.

Многие врачи-радиологи РЦ также имели статус участника ЛПА на ЧАЭС, так как в первые недели после аварии были направлены на территории с высоким уровнем радиоактивного заражения для квалифицированного определения зон отчуждения и границ контролируемых территорий, для определения мер максимальной защиты населения от последствий радиационной катастрофы. Причастность врачей к ЛПА способствовала установлению доверия и сотрудничества во взаимоотношениях с пациентами.

3. Формирование психологических условий для успешной реабилитации и реадaptации. Для достижения этой цели, на основании данных психологического обследования, были определены мишени психологической помощи. На первом этапе работы (1992-1994 гг.) использовался широкий спектр методов различных психологических подходов. Сопоставительный анализ эффективности применения методов позволяет рекомендовать для данной группы пациентов индивидуальную форму работы. Хорошо себя зарекомендовали преимущественно краткосрочные методы когнитивно-бихевиоральной терапии, овладение навыками

саморегуляции, применение методики «осознанности», рациональной психотерапии. При выборе психотерапевтических и психокоррекционных средств принимались во внимание индивидуально-психологические особенности пациента.

В литературе есть данные о расстройствах психической сферы у ликвидаторов [3,7]. Однако, не было данных о роли психологически ориентированной психотерапии в комплексной реабилитации ликвидаторов. Помимо непосредственного влияния психологически ориентированной психотерапии на эмоционально-личностное благополучие важной задачей было снижение рентных установок в отношении инвалидизации и сохранение социально-полезной активности. Подобная активность в соответствии с деятельностным подходом клинической психологии является важным условием поддержания сохранности высших психических функций. В 2009- 2010 гг. было проведено сопоставление данных динамического наблюдения за состоянием высших психических функций у пациентов с ранним (1991-1995) и более поздним началом медико-психологического сопровождения и психотерапевтических интервенций (40 и 49 мужчин соответственно). Было отмечено, что в группе с более ранним началом медико-психологической помощи принципиально большее количество ликвидаторов сохраняют профессиональную и другую социально-полезную активность, и у них менее выражен рост симптомов нарушений слухоречевой памяти ($p < 0,05$) и динамического праксиса ($p < 0,05$). Также достоверные различия ($p < 0,05$) были обнаружены между группами 29 профессионалов (физиков, химиков) и группой 60 экстренно мобилизованных военнообязанных запаса: рост симптомов у профессионалов был меньше.

Выводы

20-летний опыт комплексной психологической помощи участникам ЛПА на ЧАЭС позволил выявить многоуровневую структуру механизмов, участвующих в динамическом развитии психологических последствий воздействия факторов участия в ЛПА на ЧАЭС. Оценка практической эффективности средств психологической диагностики и методов психологического воздействия позволила как определить специфически необходимые для данной группы пациентов методы, так и сформулировать рекомендации составления программы клинко-психологической помощи пациентам с экстремальным опытом чрезвычайных ситуаций, находящимся на лечении и реабилитации в соматической клинике.

1. Незамедлительное проведение пилотных исследований, выявляющих наиболее значимые патогенетические факторы чрезвычайной ситуации для развития реактивных изменений и

отдалённых психологических последствий. Определение критериев отнесения к группам повышенного риска психогенных, психосоматических и соматопсихических расстройств.

2. Учёт и оптимальное использование микро- и макросоциальных ресурсов в программе комплексной реабилитации. Деятельностный подход к поддержанию психологического благополучия пациента: социально-трудовая активность как важнейшее условие поддержания уровня психического функционирования.

3. Максимально раннее начало индивидуально адаптированных и основанных на комплексной психологической диагностике психологических интервенций.

Литература

1. Малова Ю.В. Психологическая диагностика и психологическая коррекция в комплексе мероприятий реабилитации участников ЛПА на ЧАЭС//Сб. «Результаты и задачи медицинского наблюдения за состоянием здоровья участников ликвидации последствий катастрофы на Чернобыльской АЭС в отдалённом периоде»//Под ред. проф. П.Н. Любченко. М., 1998. С. 72-76.
2. Поляков Ю.Ф. Здоровоохранение и задачи психологии//Психологический журнал. 1984, №2.
3. Румянцева Г. М., Перевертова Ю.Г., Левина Т.М. и др. Особенности психических расстройств при сосудистых заболеваниях головного мозга у участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС// Рос. психиатр. журн. 2004, №4. С. 57-62.
4. Хомская Е.Д. и соавт. Нейропсихологический анализ облучения мозга после Чернобыльской аварии. // Сб. «Чернобыльский след. Медико-психологические последствия радиационного воздействия. Часть 2» М.: Ин-т психологии РАН, Изд. «Вотум», 1992, с 184-194
5. Хомская Е.Д. и соавт. Нейропсихологические синдромы, выявленные при обследовании участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС.// Сб. Тезисы конференции «Психология травматического стресса сегодня». Киев, 1992. С. 109-110.
6. Хомская Е.Д., и соавт. Сопоставление результатов исследования лиц, участвовавших в ликвидации последствий аварии на ЧАЭС методами нейропсихологии и ЭОКТ.// Сб. «Чернобыльский след. Медико-психологические последствия радиационного воздействия. Часть 1». М.: Ин-т психологии РАН Изд. «Вотум», 1992. С. 185-194.
7. Хрисанфов С.Ф, Меских Н.Е. Анализ причин смерти участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС. // Состояние здоровья участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС в отдалённом периоде . Тр. 3-й научно-практической конфер. М., 2004. С. 188-194.
8. Malova, I. Psychological detection and correction in rehabilitation of individuals who liquidated Chernobyl power accident consequences // *Meditsina truda i promyshlennaia ekologiia*. 2000. N 7. P. 14-17.
8. Malova J. The cancer patients – the participants of the liquidation of the consequence of the Chernobyl explosion: the aims and the recourses of the psychological rehabilitation // *International Journal of Cancer*. 2002. P.128.

**Малыгин В.Л., Меркурьева Ю.А. , Искандирова А.С.,
Пахтусова Е.Е.
ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ИНТЕРНЕТ-
ЗАВИСИМОСТИ У ПОДРОСТКОВ**

Аннотация. Рассмотрена проблема психологической коррекции интернет-зависимости у подростков. Проанализированы основные теоретические модели формирования расстройства, подходы к терапии и коррекции, приведены данные эмпирического исследования ведущих факторов формирования интернет-зависимости, выделены две группы зависимых с преобладанием биологического и психологического факторов формирования интернет-аддикции. На основе ведущих факторов формирования разработана и проведена программа коррекции интернет-зависимости у подростков. Приводятся результаты сравнения эффективности разработанных программ. Выявлена значимость первичной диагностики выраженности нейропсихологических особенностей и включения нейропсихологической коррекции в структуру работы с интернет-зависимыми подростками. Предложена схема отбора в коррекционные группы в соответствии с преобладанием различных факторов формирования аддикции.

Ключевые слова: интернет-зависимость, подростковый возраст, психологическая коррекция, факторы формирования интернет-зависимости.

Биопсихосоциальная модель формирования интернет-зависимости. Формирование интернет-зависимости имеет многофакторный генез. Среди основных моделей возникновения данного расстройства выделяют: когнитивно-бихевиоральную модель Р. Дэвиса [26], модель цикличной активности Грохола [31], теорию дефицита социальных навыков Каплана [23], социо-культуральную модель и психоаналитические теории [49], нарушение контроля импульсивности [48]. Из всех представленных моделей более комплексной и целостной является биопсихосоциальная модель формирования интернет-зависимости [36, 39, 7-13].

Выделяют макросоциальные и микросоциальные факторы риска. К макросоциальным факторам, влияющим на развитие аддиктивного поведения, относятся дезинтеграция общества, нарастание темпа и

качества изменений в нём с увеличивающейся трудностью отдельных членов общества адаптироваться к ним.

Пришедшая на смену модернистскому обществу современная эпоха постмодерна рассматривается, как тесное взаимодействие субкультур постиндустриального общества, общества потребления с яркими чертами симулятивности. Важной характеристикой общества постмодерна является его высокая технологичность, проявляющаяся в том числе цифровой информационной революцией. Как справедливо отмечают Lim J. с соавторами [45]: «Интернет становится одной из самых важных технологий, которая продолжает менять способ социального взаимодействия и, следовательно, перестраивать Я-образ человека». Характеризуя современное общество постмодерна Ц.П. Короленко [5] отмечает его «социальную флюидность («общество в потоке изменений»), ориентированность на удобства и получение немедленного удовольствия, эскапизм, фактор отсутствия времени, затруднение переживания ожидания, потеря стойких социальных связей, нарушенную семейную жизнь, психологический дискомфорт, связанный с экзистенциальной неудовлетворенностью, снижение переносимости фрустраций и учащение аддиктивных реализаций». Современные родители испытывают нехватку времени для общения со своими детьми. Дефицитарность контактов матери и ребенка приводят к хроническому эмоциональному напряжению, усталости, психофизическому истощению, частому возникновению таких отрицательных эмоциональных состояний, как тревога, ярость, депрессия и др. Большинство этих состояний ежедневно возникает даже в формально благополучных полных семьях. Эти факторы приводят к задержке формирования когезивной (спаянной) идентичности.

В свою очередь Интернет-пространство обладает своими особыми свойствами, описанными К. Yang [2], которые способствуют формированию аддиктивного поведения:

1. Анонимность (Anonymity) – возможность спрятать свое лицо под маской анонимности, быть самим собой, не опасаясь осуждения;
2. Безопасность (Convenience)-возможность избежать ответственности, наказания, осуждения;
3. Избегание и опыт потока (Escape) - совокупность переживаний, которые сопровождают и одновременно мотивируют деятельность, непрерывно подталкивая субъекта на её возобновление и продолжение независимо от внешних подкреплений.

В когнитивно-поведенческой модели Р.А. Дэвиса [27] отмечается, что интернет-аддикция во многом связана с коммуникативными приложениями интернета. В частности «отсутствие социальной поддержки в реальной жизни и чувство социальной изоляции или

одиночества являются основными факторами, способствующими развитию интернет-зависимости. Таким образом, интернет может быть эффективен как агент бегства от реальности, снижения уровня переживания негативных эмоций. При этом, выходя в интернет, пользователь получает подкрепление в виде (дисфункционального) совладания с негативными чувствами или проблемами в повседневной жизни. Исследование Б.Ф. Скиннера показало, что, когда вознаграждение становится непредсказуемым (прерывистое подкрепление), но достаточно частым, это оказывает самое сильное влияние на усиление поведения. Это основной принцип работы азартных игр и один из самых важных в видеоиграх. У зависимых игроков наблюдается снижение реакции гипоталамо-гипофизарной системы, что влечет за собой физиологические изменения, связанные с аддиктивным поведением [54]. Определенные виды деятельности вызывают психологическую стимуляцию оси гипоталамус-гипофиз-надпочечники (ГГН) и эндогенных дофаминергических путей вознаграждения, что обуславливает реализацию поведения, наблюдаемого при злоупотреблении психоактивными веществами. Исследования f-MRI показывают, что люди, симптомы которых соответствуют критериям поведенческой зависимости, демонстрируют снижение сигналов, зависящих от уровня оксигенации крови через лобную кору, и увеличение этих сигналов через прилежащее ядро, что означает снижение импульсного контроля и повышенную активацию путей вознаграждения соответственно. Подобные результаты также наблюдаются у лиц, которые соответствуют критериям зависимости от психоактивных веществ. Удовольствие и волнение, связанные с видеоиграми, включают физиологическое возбуждение и стимуляцию оси ГГН, что приводит к увеличению частоты сердечных сокращений, кровяного давления и симпатического тонуса.

К микросоциальным факторам принято относить воздействие семьи на ребёнка. Отношения между родителями и детьми, родительское ограничение и мониторинг использования интернет-ресурсов, семейный и социально-экономический статус родителей оказывают влияние на вероятность возникновения зависимости от видеоигр. В семьях интернет-зависимых подростков родительские ограничения чрезмерно завышены. Родители пытаются, часто безуспешно, реагировать на игровые проблемы, тем самым создавая порочный круг дальнейшего ограничения и увеличения конфликта между родителями и детьми [48]. Семьи зависимых от видеоигр характеризуются преобладанием патологических стилей воспитания (гипопротекция - 75%, гиперпротекция - 25%), с эмоциональным отвержением, дисгармонией семейной иерархии, отсутствием авторитетов,

дефицитом требований, запретов и наказаний. Образ семьи у подростка и у родителя носит конфликтный характер: интернет-зависимый подросток склонен отмечать большую близость с матерью, чем наблюдает родитель [10]. Подростки с зависимостью от видеоигр воспринимают своих родителей, как менее заботливых и блокирующих их самостоятельность [23], они оценивают и материнские и отеческие методы воспитания как лишённые эмоционального тепла, со склонностью к отвержению и наказанию (чаще со стороны матери) [21]. Ухудшение отношений между родителями и детьми, уменьшение времени, проводимого подростками с членами семьи, значительная родительская враждебность, в сочетании с недостаточной родительской привязанностью способствуют возникновению зависимости. В то же время большая эмоциональная близость родителей и детей снижает риск возникновения зависимости [48].

К общебиологическим факторам, способствующим формированию зависимости, принято относить генетические, морфофункциональные и другие физиологические особенности индивидов. Различные вредоносные факторы, осложняющие развитие в перинатальном периоде, могут вызывать те или иные нарушения центральной нервной системы. Органическая неполноценность ЦНС может проявляться в импульсивности, эмоционально-волевой неустойчивости, нарушении формирования характера, тем самым увеличивая риск формирования аддиктивного расстройства. Генетические факторы также оказывают влияние на развитие индивида, обуславливая его темперамент, характер, особенности реагирования на стресс. Особое внимание в формировании интернет-зависимости уделяется такой характеристике как когнитивный контроль [43]. Система контроля и регуляции деятельности тесно связана с дорсолатеральной префронтальной корой, базальными ганглиями, хвостатым ядром. Среди интернет-аддиктов выявлены значимые морфологические изменения структур головного мозга: снижение объема серого вещества в префронтальной, орбитофронтальной и передней поясной коре [58], объема стриатума [35]. Изменения стриатальной области левого желудочка могут влиять на изменения чувствительности к вознаграждению, что способствует формированию зависимости от онлайн-игр [42]. Особое значение имеют изменения в дофаминовой системе интернет-аддиктов, в частности - снижение уровня экспрессии дофаминового транспортера [35], сниженная доступность рецепторов дофамина- 2 в стриатуме, что обуславливает снижение контроля и целеполагания.

Обнаружена устойчивая связь интернет-зависимости и синдрома дефицита внимания и гиперактивности. Интернет-зависимые подростки демонстрируют значительно более высокие показатели по

невнимательности, гиперактивности и импульсивности поведения в сравнении с группой, у которой признаки интернет-зависимости отсутствуют [57]. Ключевым симптомом расстройства синдрома дефицита внимания с гиперактивностью является в большей степени быстрое пресыщение деятельностью, чем повышенная отвлекаемость [29]. Именно поэтому интернет-игры являются привлекательными для подростков с симптомами СДВГ. Онлайн-игры стимулируют выработку стриарного дофамина и повышают концентрацию внимания, улучшая выполнение задачи, что позволяет игроку почувствовать свою успешность [38]. Подростки с СДВГ отличаются аномальной реакцией на награду и наказание [25]. Она выражается в быстром привыкании к позитивному подкреплению, незначительном ответе на наказание и отсутствии мотивации по отношению к отсроченной награде [20]. Онлайн-игра во многом основана на мгновенном позитивном подкреплении, что позволяет подростку с дефицитом внимания чувствовать себя комфортно и не опираться на отсроченные цели. Также становится понятно, что отключение интернета или другие педагогические меры оказываются неэффективными из-за снижения чувствительности к наказаниям.

Нейропсихологическая диагностика подростков с интернет-зависимостью от видеоигр [15] выявила среди них более высокие показатели нарушений пространственного праксиса, слухомоторных координаций, опосредованного запоминания, контроля и регуляции деятельности, внимания. При объединении показателей по локализации данных функций нарушения были связаны с межполушарными комиссурами, префронтальной корой левого полушария, стволем и подкорковыми образованиями. Функциональная недостаточность межполушарных взаимодействий увеличивает нагрузку на первый и третий блоки мозга, так как не позволяет мозгу избирательно включаться в работу отдельных функций, что вызывает рост утомляемости. Именно поэтому подростки с интернет-зависимостью от видеоигр могут использовать интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов внешне регулирует концентрацию внимания, однако в то же время это способствует еще большему истощению и утомлению. С другой стороны, недостаточное включение в функциональную систему передних отделов левого полушария снижает возможности планирования, регуляции своей деятельности и времени, проводимого в сети. Подростки с интернет-зависимостью плохо контролируют свою эмоциональность, имеют снижения в мотивационной сфере, они эмоционально лабильны и быстро пресыщаются, именно поэтому рост толерантности у них настолько выражен. Следует отметить, что

экстернальный контроль внимания и программы действий внутри игры стимулируют выработку стриарного дофамина и повышают концентрацию внимания [38; 25]. Таким образом, при работе с интернет-зависимыми подростками необходимо учитывать несформированность префронтальных отделов, которая с одной стороны оказывает влияние на формирование и закрепление интернет-зависимости, а с другой затрудняет выполнение инструкций, контроль результатов деятельности и другие значимые для коррекции функции.

С начала научных исследований, посвящённых компьютерной и интернет-зависимости, различными авторами описаны множество психологических (личностных) факторов риска, специфичных именно для данного вида аддикций. Среди интернет-аддиктов отмечается высокий уровень абстрактного мышления, уверенность в себе, неконформизм и, в то же время, чувствительность, тревожность, депрессивность [24; 56], затруднение в выражении чувств [28] ощущение одиночества, избегающее поведение и сниженная самооценка, социальная тревожность [44; 41] низкая стрессоустойчивость и стремление избегать неудачи. Особое значение имеют ценностные ориентации интернет-зависимых подростков, которые носят преимущественно гедонистический характер. Интернет-зависимые подростки не планируют свое будущее, живут сегодняшним или вчерашним днем, при этом большей частью не удовлетворены своей жизнью как в настоящем, так и в прошлом. У них имеется явное противоречие между представлением о себе, как о сильной личности, которая способна добиться во всем абсолютного успеха и делегированием ответственности за свои достижения другим, покорностью судьбе, в которой может «магическим» образом повезти или не повезти, тем самым они демонстрируют известную склонность к магическому мышлению, столь характерную для ребенка.

В исследованиях последних лет к ведущим личностным факторам риска формирования интернет-зависимости относят такие черты характера, как интроверсия, низкая эмоциональная устойчивость, высокий уровень невротизации, психическая уязвимость и эмоциональная отверженность [41]. Однако не только тревожность и уязвимость способствуют формированию зависимости, но и повышенная возбудимость и агрессивность являются факторами риска ее возникновения [45]. В исследовании Н. С. Хомерики [11] показано, что «группа риска» формирования интернет-зависимости характеризуется снижением регуляторно-волевой сферы, в частности, повышенной импульсивностью, повышенной активацией в ответ на слабые провоцирующие стимулы, беспокойством, отвлекаемостью, трудностью самоконтроля над поведением и эмоциями. Все это

приводит к трудностям социальной адаптации, и, как следствие, компенсаторному использованию интернет-пространства. Любая выраженная акцентуация характера может вызывать социальную дезадаптацию, однако, как было выявлено в исследовании Н.С. Хомерики [11] формированию интернет-зависимости наиболее часто подвержены подростки с возбудимой, астено-невротической, интровертированной акцентуацией характера.

Среди подростков с интернет-зависимостью часто отмечаются нарушения в эмоциональной сфере, которые выражаются в трудностях осознания своих эмоций, в неумении их выразить, в сдержанности, подавлении эмоций. Возможны также неадекватное выражение эмоций, повышенный уровень агрессии, аффективные вспышки, фобические реакции. Подросток, который испытывает сложности в выражении эмоций, будет избегать ситуаций, где испытывает дискомфорт и искать более безопасный, опосредованный способ взаимодействия со средой, например, через сеть интернет.

Формирование эмоционального интеллекта, по мнению ряда авторов [17;19] тесно связано с особенностями телесности и образом телесного «Я» личности. Телесность, как функция, опосредующая переход телесных ощущений в эмоциональную сферу, а затем и в сознание, напрямую связана с особенностями лимбической системы. С другой стороны, механизм развития высших психических функций на ранних этапах включает развитие схемы тела, образа тела и реализуется в рамках органических и функциональных особенностей головного мозга ребенка. Таким образом, телесность является базой для формирования эмоционального интеллекта, а также косвенно отражает особенности развития мозговых структур. Образ тела у подростков с интернет-зависимостью менее дифференцирован по сравнению с образом тела здоровых подростков [15]. Они склонны оценивать большинство собственных телесных ощущений как опасные и угрожающие здоровью. Процесс различения Я и не-Я, укрепления границ Я сопровождается постепенным формированием схемы собственного тела. Это понятие было предложено Боньером в 1893 г. Оно означает пластичную модель собственного тела, которую каждый строит, исходя из соматических ощущений. Если представить "Я-концепцию" как динамическую структуру, то между ее различными модальностями существует определенный уровень напряжения. Напряжение уровня выше среднего - энергия психического развития, направленная на сравнение и утверждение модальностей "Я-концепции". Однако, повышенное напряжение становится неуправляемым, и зачастую подросток, не зная, как справиться с ним, вместо того чтобы искать новые выходы из "тупика саморазвития", прибегает к аддиктивному

поведению. Исследование телесной сферы подростков с интернет-зависимостью [15] показало, что для подростков с интернет-зависимостью характерно субъективное ощущение недостатка внутренней и внешней поддержки, недостаточная коммуникативная компетентность, тенденция к отделению телесности от сознания, гиперконтроль, как стремление блокировать негативные эмоции, отсутствие целостности образа тела. Базой для формирования данных особенностей является дефицитарность лимбической системы. Лимбическая система, входящая в первый блок мозга, обеспечивает первичную эмоциональную регуляцию, при нарушении ее функций ответ на изменение окружающей среды является чрезмерным, переключение между стимулами снижается, и субъективно данное состояние может оцениваться как угрожающее, так как не поддается контролю и имеет дезорганизующий эффект. Искажение образа тела способствуют снижению способности к распознаванию эмоций других людей, способности ассимилировать свой текущий опыт, описывать чувства к определенному человеку, неумение управлять своими эмоциями и эмоциями других людей, что в целом затрудняет межличностные коммуникации [11]. При наличии интернет-зависимости подростку сложнее понять и отследить протекание эмоций во времени – как эмоции следуют одна за другой, сменяют друг друга, различать смешанные, сложные чувства. Характерно, что эмоциональный интеллект интернет-зависимых подростков существенно ниже, по сравнению с подростками, зависимыми от ПАВ, что косвенно может указывать на значение телесного и коммуникативного опыта в развитии эмоционального интеллекта [8]. Несмотря на то, что эмоциональный интеллект представляет собой структуру навыков, которые продолжают формироваться в подростковом возрасте, предпосылки к его развитию, в особенности развитию способности понимать и регулировать свои эмоции и эмоции других людей, у интернет-зависимых ограничены.

В связи с неоднозначностью диагностических критериев, представлений о патогенезе и факторах риска возможные стратегии коррекции, предлагаемые в литературе, разнятся и не имеют общей структуры. Наиболее распространённым направлением коррекции интернет-зависимости является когнитивно-бихевиоральное. Первоначально выбор этого подхода был предложен К. Янг, основой выбора была ориентация на реструктурирование поведения. Мишени и техники терапии с тех пор значительно изменились, но когнитивно-бихевиоральное направление все еще наиболее часто применяется для работы с интернет-зависимыми, зарекомендовав себя ранее при работе с химическими аддикциями [4;6]. На российской выборке Н.В.

Давиденко и М.М. Аكوпова [1] также используют методы когнитивно-поведенческой терапии, однако информация об эффективности данной программы не представлена. В отличие от программы К. Янг, данная методика состоит из 8 занятий и проводится индивидуально. Мишенями в данном случае выступают иррациональные установки катастрофизации и долженствования относительно себя, депрессивность и низкая социальная смелость. Результаты лечения с помощью когнитивно-бихевиоральной терапии все еще недостаточно проанализированы и во многом неоднородны [55]. Мета-анализ, проведенный в 2017 году, показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия может значительно снизить выраженность интернет-зависимости и психопатологические симптомы [46]. Однако, другой мета-анализ эффективности терапии среди подростков в Южной Корее показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия менее эффективна по сравнению с интегративной терапией [26]. Третий мета-анализ показал, что когнитивно-бихевиоральная терапия эффективна для коррекции выраженности симптомов интернет-зависимости и депрессивных симптомов, но время, проводимое обследуемыми в сети, не изменяется [52].

В последние годы в стратегию терапии интернет-зависимости предлагают включать сочетание психофармакологических и психотерапевтических методов. По данным большинства иностранных исследований наиболее эффективными оказываются стимуляторы (амфетбутамон, велбутрин, зибан). Фармакологическое действие которых - селективное ингибирование обратного захвата норадреналина и дофамина [33; 34; 36; 51]. Л.О. Пережогин [16] предлагает рассматривать эти результаты с учетом того, что большая эффективность данных препаратов показана на выборках с комбинированной психофармакотерапией. Следующие по частоте и сравнительной эффективности фармакологические средства являются скорее симптоматическими: ингибиторы обратного захвата серотонина, стабилизаторы настроения, анксиолитики, в редких случаях назначается налтрексон.

С точки зрения психотерапевтических вмешательств наряду с когнитивно-бихевиоральной терапией предлагается применять семейную и групповую терапию. Для терапии зависимости от онлайн игр начали применять адаптированную программу «12 шагов» [3]. Еще одним вариантом психотерапии является сочетание методов когнитивно-бихевиоральной терапии и мотивационного консультирования, также применяемого ранее для работы с химическими аддикциями. J. Zhang, Y. Zhang, F. Xu [60] в своей работе анализируют литературу за последние пятнадцать лет,

сосредоточившись на двух основных аспектах: подростковый возраст и программы вмешательства при интернет-зависимости. Они также приходят к выводу, что основные подходы, касающиеся психологической коррекции интернет-зависимости сфокусированы на когнитивно-поведенческой терапии [40], которая считается наиболее эффективной моделью [56], а семейная терапия и семейная групповая терапия считаются эффективными психотерапевтическими подходами, особенно при работе с подростками и молодыми взрослыми. Они направлены на обеспечение поддержки со стороны сверстников, содействие сплоченности семьи, коррекцию общения и формирование близости между родителями и детьми [40; 59]. Однако, они также подчеркивают, что использование фармакотерапии при лечении расстройств, связанных с интернетом, оказывается весьма эффективным, предполагая, что ни один метод лечения не является оптимальным для всех интернет-зависимых. Наиболее эффективным оказывается индивидуальный подход, сочетающий в себе необходимую фармакотерапию и психотерапию [40]. Системная семейная терапия может также быть использована в качестве стратегии вмешательства при лечении цифровой зависимости наряду с другими видами терапии, такими как психосоциальная и когнитивно-поведенческая. В. Vozoglan [22] приходит к выводу, что семейная система в целом и ее члены в отдельности будут оказывать влияние на цифровую зависимость. Рекомендуется организация взаимодействия, при котором у членов семьи было бы общее время и место для совместной деятельности, что позволило бы поддержать чувство принадлежности и единства, необходимое для стабилизации состояния зависимого.

В целом, результаты опубликованных на сегодняшний день исследований неоднозначны и нуждаются в получении дополнительных эмпирических доказательств. Это связано со следующими факторами: отсутствие четкости критериев диагностики расстройства, недостаточное использование принципов доказательной медицины и актуальных эмпирико-статистических методов при анализе эффективности программ, размытые критерии эффективности коррекции (критерий времени должен быть пересмотрен), отсутствие методологически и теоретически обоснованных программ профилактики и терапии, в связи с игнорированием представлений об этиологии и патогенезе расстройства [53].

Таким образом, данные современной научной литературы свидетельствуют, что формирование интернет-зависимости в подростковом возрасте обусловлено специфическим взаимодействием биологических, психологических и социальных факторов, однако большинство предлагаемых программ по психологической коррекции

интернет-зависимости у подростков опирается лишь на когнитивно-поведенческую терапию. Большинство программ реализуется без учета столь значимых биологических факторов, проработки эмоционально-чувственной сферы и особенностей телесности у интернет-аддиктов. Данные факторы риска являются важными звеньями психологических механизмов формирования зависимости, соответственно обуславливают необходимость контрпродуктивного использования ресурсов сети интернет индивидом. Соответственно программы коррекции и терапии, не включающие работу с данными факторами, будут оказывать лишь маскирующее кратковременное действие, а наиболее эффективными оказываются программы, основанные на понимании этиопатагенеза заболевания.

Кластерный анализ проведенный в исследовании В.Л. Малыгина, Меркурьевой Ю.А. [7], позволил выделить две основных подгруппы подростков, зависимых от сети интернет: с преобладанием функциональных нарушений мозговой деятельности (кластер А) и подростков с дезадаптивными паттернами поведения без нейропсихологических нарушений (кластер Б).

В кластер А вошли интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно атарактический мотив использования интернета (социальные сети, общение в онлайн-играх), наличие нейропсихологических нарушений (снижение концентрации внимания, дисбаланс процессов активации–торможения, несформированность функции регуляции контроля деятельности), скудный словарь для описания телесных ощущений, которые все оцениваются как опасные, высокий индекс симптоматического дистресса и показателя межличностной сенситивности, низкие показатели социальной адаптации. К кластеру Б относятся интернет-зависимые подростки, характеризующиеся следующими особенностями: преимущественно гедонистический мотив использования интернета (онлайн игры), наличие ярко выраженной одной из акцентуаций (возбудимый, гипертимный, демонстративный), более богатый словарь интрацептивных ощущений, высокие показатели депрессивной и обсессивно-компульсивной симптоматики, враждебности, и высокий показатель социальной дезадаптации.

В соответствии с полученными данными разработано две модели формирования зависимости от сети интернет в подростковом возрасте, которые наглядно представлены на рисунках 1 и 2.

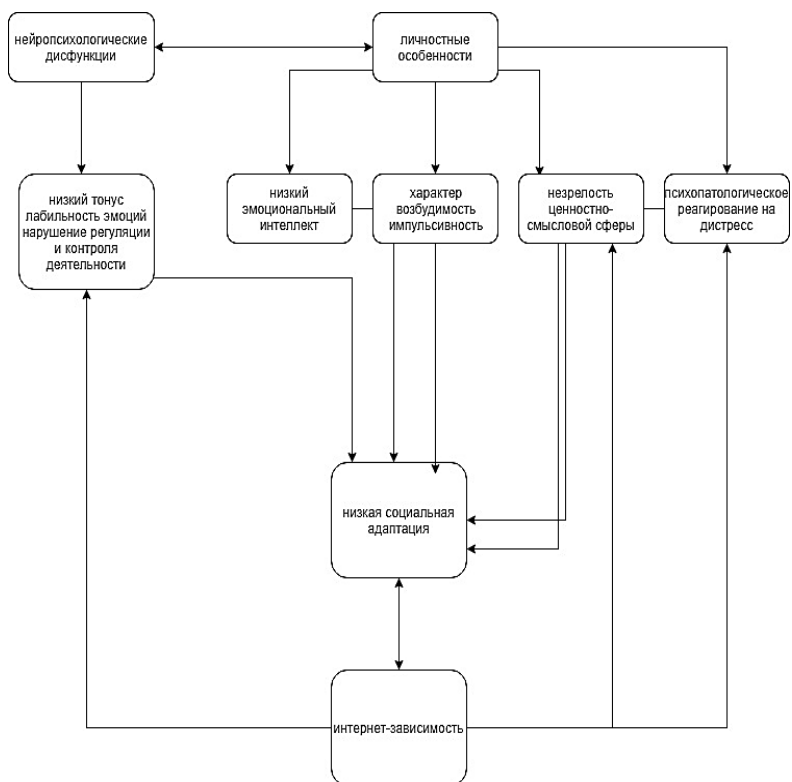


Рисунок 1. Модель формирования интернет-зависимости в подростковом возрасте кластер А

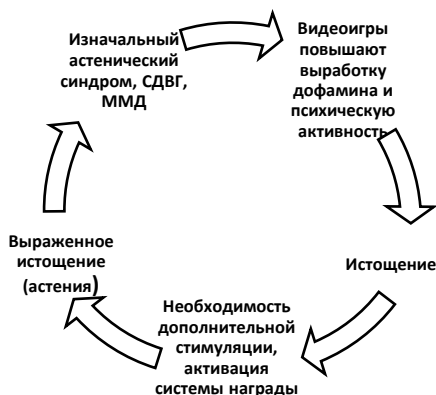


Рисунок 2. Цикл формирования интернет-зависимости при наличии нарушений I и III блоков мозга

Данный аддиктивный цикл демонстрирует, каким образом формируется интернет-зависимость в кластере А. Подростки с нейропсихологическими нарушениями, зачастую имеющие в анамнезе СДВГ в детском возрасте, выбирают интернет онлайн игры, как эффективный психоактивный агент стимуляции психической деятельности, внешне регулирующий тонус. Это позволяет им реализовать потребность в достижении удовольствия, но, с другой стороны, приводит к истощению, обостряя трудности с концентрацией внимания, регуляцией и контролем деятельности. Таким образом, подростки с интернет-зависимостью используют интернет как способ поддерживать активность и концентрировать внимание, так как постоянное появление новых стимулов внешне регулирует его концентрацию, однако это способствует еще большему истощению и утомлению, что стимулирует повторные обращения к играм, формируя порочный аддиктивный цикл.



Рисунок 3. Модель формирования интернет-зависимости в подростковом возрасте кластер Б

Второй аддиктивный цикл описан для кластера Б, где акцентуированность черт характера мешает подростку адаптироваться в социуме и снижает его коммуникативные способности, тогда как интернет-среда предоставляет многообразие способов для реализации гедонистической направленности, но, в то же время, еще больше снижает адаптацию в реальном мире. Постоянное влечение к новизне у данной группы подростков и ненасыщаемая потребность в привлечении внимания, нереализуемые в реальном мире подталкивают их к игровой деятельности в сети. В свою очередь онлайн игры стимулируют систему награды, обеспечивая столь необходимое удовольствие. Кратковременность эффекта вознаграждения вызывает необходимость чаще обращаться к игре, тем самым повышая толерантность к игровой деятельности и формируя патологический аддиктивный цикл (Рисунок 4). Систематическое пребывание в интернет-среде приводит к нарушению социальной адаптации и закреплению патологических паттернов поведения.



Рисунок 4. Цикл формирования интернет-зависимости при наличии патохарактерологических особенностей

Дифференцированный подход к психологической коррекции интернет-зависимости у подростков. Исходя из теоретических и эмпирических данных, в рамках коррекции интернет-зависимости у подростков необходимо использование упражнений для восстановления и коррекции эмоциональной и коммуникативной компетентности, образа-Я, а также коррекция негативных эмоциональных состояний и эмоционального напряжения. На сегодняшний день разработанные программы коррекции не учитывают особенности лиц с СДВГ в анамнезе, подростков со снижением тонуса и динамического компонента высших психических функций, нарушениями и несформированностью блока регуляции и контроля деятельности. У подростков с такими особенностями выполнение стандартных упражнений когнитивно-поведенческой терапии вызывает сложности и фрустрацию, что в итоге снижает их мотивацию к лечению. Ввиду неустойчивости к фрустрациям, данные подростки могут выходить из программы уже после 1-2 встреч. В предлагаемой программе к стандартным психокоррекционным мероприятиям, направленным на коррекцию эмоционального фона, формирование коммуникативной компетенции, развития эмоционального интеллекта, добавляется блок коррекции нарушений тонуса и переключаемости, формирования функции контроля и регуляции деятельности. В практическом смысле это оказывается удобным, так как коррекция I блока осуществляется за счет дыхательных упражнений,

сенсомоторной коррекции и упражнений из телесно-ориентированной терапии, которые также обеспечивают развитие телесности и эмоциональной компетентности и на первых этапах работы за счет своей легкости создают позитивный опыт работы в группе в рамках психокоррекционной программы.

С точки зрения формы работы, для психологической коррекции подростков преимущественно используется групповая. Такая форма позволяет использовать ведущую деятельность подросткового возраста - интимно-личностное общение со сверстниками [18] как терапевтический фактор. Содержанием данного возрастного периода выступает установление близких отношений с партнёром, самопознание и формирование здорового и гибкого образа-я через общение с другим. Таким образом, проводя программу коррекции в группе подростков-сверстников, специалисты используют те элементы деятельности, которые непосредственно связывают подростка с возрастными источниками психического развития. В групповом формате мы достигаем повышения самооценки и самосознания, усиления контроля над импульсами, увеличения стабильности межличностных отношений и социальной адаптации.

Описание программ дифференцированной коррекции интернет-зависимости. Методика и технология реализации.

Программы частично различались по целям/мишеням психологической коррекции. В качестве мишеней психологической коррекции нами были выбраны ведущие факторы, связанные с формированием интернет-зависимости у подростков: 1) нейропсихологический профиль, свидетельствующий о функциональных нарушениях первого и третьего блоков мозга; 2) характерологические особенности, связанные с дезадаптивными паттернами поведения; 3) недостаточность развития эмоционального интеллекта; 4) несформированность телесности как высшей психической функции.

Психокоррекционные программы 1 и 2 рассчитаны на 16 тренинговых занятий, продолжительностью 1,5 часа. Частота встреч - 2 раза в неделю. Тренинговая форма работы подразумевает численность участников группы не более 15 человек. Каждое тренинговое занятие проводится по определенной схеме (табл.1), состоящей из элементов, позволяющих сделать работу удобной и сформировать терапевтически значимый алгоритм встреч.

Таблица 1.
Структура психокоррекционной встречи

Этап	Методы	Время
Разминка	Подвижная игра, настраивающая	5 мин.

	на атмосферу и тему тренинга	
Обсуждение темы встречи и/или домашнего задания (если было)	Коллективная дискуссия и/или обсуждение результатов домашнего задания	5-10 мин
Создание условий для получения нового телесного и эмоционального опыта (упражнение)	Дыхательная гимнастика и массаж Сенсомоторная коррекция Телесно-ориентированные техники Техники танце-двигательной терапии	20-40 мин
Дополнительные темы для обсуждения и упражнения	Дискуссия Игра Дополнительная информация	5-20 мин
Обратная связь	Дискуссия	5-10 мин
Домашнее задание	Наблюдение, Тренировка навыков Самонаблюдение, Упражнения (сенсомоторная коррекция, дыхательные упражнения, релаксация)	5 мин

Основными целями 1 коррекционной программы являлись: коррекция функциональных нарушений первого и третьего блоков мозга: повышенной истощаемости, процессов активации и торможения, психовегетативных нарушений; коррекция мотивационной сферы: развитие способности к целеполаганию и регуляции деятельности развитие телесности

усиление личностных ресурсов развитие навыков регуляции собственных эмоций и умения оценивать эмоции других людей снижение высокого уровня межличностной сензитивности развитие самосознания, расширение Я-концепции, формирование адекватной самооценки развитие коммуникативной компетентности формирование адаптивных способов совладания со стрессом.

Основными целями 2 коррекционной программы являлись: усиление личностных ресурсов развитие эмоциональной и коммуникативной компетентности развитие навыков разрешения конфликтов коррекция акцентуированных черт характера, выражающихся в дезадаптивных паттернах поведения: повышенная возбудимость, демонстративность, враждебность, паранойальность, конфликтность развитие самосознания, расширение Я-концепции, формирование адекватной самооценки формирование адаптивных форм совладания со стрессом. Краткое описание программ приведено ниже (табл. 2, 3).

Таблица 2.

Структура программы 1

Блоки тренинга	Темы
1. Формирование группы	1. Знакомство, формирование безопасности в группе, запрос.
	Цель: знакомство, снижение тревоги, формирование мотивации
	2. Формирование навыков эффективного общения в группе.
	Цель: Создание условий для ведения дальнейшей эффективной групповой работы.
	3. Принятие правил группы. Цель: Принятие ответственности, обеспечение безопасности
2. Коррекция первого блока мозга, телесности	1. Тонус и переключаемость
	Цели: выравнивание тонуса, формирование переключаемости, формирование навыков релаксации
	2. Образ тела
	Цели: формирование способности чувствовать свое тело, осознание и чувствование ранее не осознаваемых и заблокированных ощущений, формирование навыка дифференцировать эмоции.
	3. Я-образ
	Цели: расширение представлений о собственном образе-Я, социальных ролях, Я-реальном, Я-идеальном
	4. Тело и эмоции
Цели: развитие способности локализовать эмоции в теле, идентифицировать их, выражать невербально и вербально. Формирование способности использовать эмоций в процессе коммуникации.	
3. Развитие коммуникативной компетенции	1. Умение понимать и регулировать эмоции других людей.
	Цель: Формирования навыка активного слушания, безоценочности.
	2. Невербальное общение. Невербальные признаки эмоций
	Цель: Фокусировка на значимости невербальных компонентов общения. Развитие способности передавать эмоции и информацию невербально, а также распознавать их.
	3. Развитие коммуникативных навыков

	Цель: формирование навыков поведения в конфликте, асертивности, способности размещать в контакте с другим собственные эмоции, чувства.
4. Коррекция эмоциональных состояний и эмоциональная компетентность.	1.Коррекция негативных эмоциональных состояний. Цель: с помощью методов телесно-ориентированной терапии снизить эмоциональное напряжение
	2.Эмоции и чувства Цели: формирование и развитие навыков осознания эмоций, их регуляции и выражения.
	3.Коррекция тревожности и межличностной сенситивности Цель: улучшить контакт ментальности с эмоциональностью, мотивами и желаниями (техники телесно-ориентированной психотерапии)

Таблица 3.
Структура программы 2

Блоки тренинга	Темы
1.Формирование группы	1. Знакомство, формирование безопасности в группе, запрос.
	Цель: знакомство, снижение тревоги, формирование мотивации
	2. Формирование навыков эффективного общения в группе.
	Цель: Создание условий для ведения дальнейшей эффективной групповой работы.
	3. Принятие правил группы.
	Цель: Принятие ответственности, обеспечение безопасности
2. Развитие коммуникативной компетенции	1. Умение понимать и регулировать эмоции других людей.
	Цель: Формирования навыка активного слушания, безоценочности.
	2. Невербальное общение. Невербальные признаки эмоций
	Цель: Фокусировка на значимости невербальных компонентов общения. Развитие способности передавать эмоции и информацию невербально, а также распознавать их.
	3. Развитие коммуникативных навыков

	Цель: формирование навыков поведения в конфликте, асертивности, способности размещать в контакте с другим собственные эмоции, чувства.
3. Коррекция эмоциональных состояний и эмоциональная компетентность.	1.Коррекция негативных эмоциональных состояний. Цель: с помощью методов телесно-ориентированной терапии снизить эмоциональное напряжение
	2.Дезадаптивные паттерны Цели: осознание неэффективных способов поведения, формирование адаптивных навыков разрешения конфликтов, целеполагания, интимно-личностного общения
	3.Коррекция импульсивности. Цель: улучшить контакт ментальности с эмоциональностью, мотивами и желаниями (техники телесно-ориентированной психотерапии), формирование навыка контейнирования эмоций

При использовании программ и подборе участников в группы необходимо учитывать, что для интернет-зависимых подростков с нейропсихологическими нарушениями более эффективной оказывается программа психологической коррекции №1, включающая нейропсихологическую коррекцию, телесно-ориентированную психотерапию, а для интернет-зависимых подростков с преобладанием акцентуированных черт характера одинаково эффективны оба блока программы коррекции.

Литература

1. Давиденко, Н.В. Программа психологической коррекции Интернет-зависимого поведения с использованием методов когнитивной психотерапии / Н.В. Давиденко, М.М. Аكوпова // Актуальные проблемы психол. знания. – 2010. – №. 3. – С. 62.
2. Дормашев, Ю. Б., Романов В. Я. Переживание потока // Психология мотивации и эмоций. – 2009.
3. Егоров, А.Ю. Актуальные подходы к терапии интернет-зависимости / А.Ю. Егоров // Вопросы наркологии. – 2021. – № 9(204). – С. 27–42.
4. Егоров, А.Ю. Современные представления об интернет-аддикциях и подходах к их коррекции / А.Ю. Егоров // Медицинская психология в России. – 2015. – №. 4 (33)
5. Короленко, Ц.П. Homo Postmodernus. Психологические и психические нарушения в постмодернистском мире / Ц.П. Короленко, Н.В. Дмитриева– 2009.
6. Лоскутова, В.А. Интернет-зависимость в медицинской парадигме// Интернет-зависимость: психологическая природа и динамика развития/ Под ред. А.Е. Войскунского, М.:Акрополь, 2009.
7. Мальгин, В.Л. Био-психо-социальная модель интернет-зависимого поведения у подростков. Факторы риска формирования и принципы

- терапии / В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики, Ю.А. Меркурьева [и др.] // Неврологический вестник. – 2017. – Т. 49. – № 1. – С. 88–90.
8. Малыгин, В.Л. и др. Сравнительные особенности психологических свойств и социальной адаптации интернет-зависимых подростков и подростков, зависимых от каннабиноидов / В.Л. Малыгин, Ю.А. Меркурьева, Ю.С. Шевченко, Я.В. Малыгин, М.В. Пономарева // Национальный психологический журнал. – 2018. – № 3 (31). – С. 90–97.
 9. Малыгин, В.Л. Индивидуально-психологические свойства подростков как факторы риска формирования интернет-зависимого поведения / В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики, А.А. Антоненко // Медицинская психология в России. – 2015. – № 1 (30). – С. 7.
 10. Малыгин, В.Л. Интернет-зависимое поведение у подростков. Клиника, диагностика, профилактика / В.Л. Малыгин, А.Б. Искандирова, Е.А. Смирнова, Н.С. Хомерики. – М.: Арсенал образования, 2010. – 136 с.
 11. Малыгин, В.Л. Интернет-зависимое поведение: биологические, психологические и социальные факторы риска формирования у подростков / В.Л. Малыгин, Н.С. Хомерики, А.А. Антоненко // Психическое здоровье детей и подростков. – 2015. – Т. 15. – № 2. – С. 16.
 12. Малыгин, В.Л. Интернет-зависимое поведение: критерии диагностики / В.Л. Малыгин, К.А. Феклисов // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – 2011. – № 44. – С. 128–133.
 13. Малыгин, В.Л. Особенности психологических механизмов формирования интернет-зависимости и зависимости от каннабиноидов у подростков / В.Л. Малыгин, Ю.А. Меркурьева, А.С. Искандирова [и др.] // Вопросы наркологии. – 2017. – № 6(154). – С. 134–136.
 14. Малыгин, В.Л. Сходства и различия психологических свойств интернет-зависимых подростков и подростков, зависимых от каннабиноидов. Особенности подходов к профилактике и психотерапии / В.Л. Малыгин, Ю.А. Меркурьева, А.С. Искандирова [и др.] // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2017. – Т. 17. – № S2. – С. 152–153.
 15. Меркурьева, Ю. А. Особенности образа тела и нейропсихологические особенности подростков, склонных к интернет-зависимому поведению. Возможности профилактики // Психологическая помощь социально незащищенным лицам с использованием дистанционных технологий (интернет-консультирование и дистанционное обучение). – 2013. – с. 289-294.
 16. Пережогин, Л. О. Комплексное лечение интернет-зависимости: синтез фармакологии и психотерапии // Психическое здоровье. – 2019. – № 5. – С. 64.
 17. Правдина, Л. Р., Власова, А. Ю. Телесность как интегративная характеристика психологического здоровья // актуальные вопросы психологии здоровья и психосоматики. – 2015. – С. 227-233.
 18. Эльконин, Б.Д. Введение в психологию развития (в традиции культурно-исторической теории Л.С. Выготского) / Б.Д. Эльконин. – М.: Тривола, 1994. – 168 с.

19. Язвинская, Е.С. Психология телесности. Изд-во: ЧП «ТМСИ».Одесса, 2008
20. Berger, A. et al. Multidisciplinary perspectives on attention and the development of self-regulation //Progress in neurobiology. – 2007. – Т. 82. – №. 5. – С. 256-286.
21. Bonnaire, C. Relationships between parental attitudes, family functioning and Internet gaming disorder in adolescents attending school / C. Bonnaire, O. Phan // Psychiatry Research. – 2017. – Т. 255. – С. 104–110.
22. Bozoglan, B. The Impact of Family on Digital Addiction: An Overview / B. Bozoglan // Multifaceted Approach to Digital Addiction and Its Treatment. – 2019. – С. 20–45.
23. Bulanik, Koc E. et al. Assessment of attitude of parents towards adolescents with Internet gaming disorder //Pediatrics International. – 2020. – Т. 62. – №. 7. – С. 848-856.
24. Caplan, S.E. Problematic Internet use and psychosocial well-being: development of a theory-based cognitive–behavioral measurement instrument / S.E. Caplan // Computers in human behavior. – 2002. – Т. 18. – №. 5. – С. 553–575.
25. Castellanos, F.X. Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes / F.X. Castellanos, R. Tannock // Nature Reviews Neuroscience. – 2002. – Т. 3. – №. 8. – С. 617–628.
26. Chun, J.S. A meta-analysis of treatment interventions for internet addiction among Korean adolescents / J.S. Chun, H.S. Shim, S. Kim // Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. – 2017. – Т. 20. – №. 4. – С. 225–231.
27. Davis, R.A. A cognitive-behavioral model of pathological Internet use / R.A. Davis // Computers in human behavior. – 2001. – Т. 17. – №. 2. – С. 187–195.
28. De Berardis, D. Alexithymia and its relationships with dissociative experiences and Internet addiction in a nonclinical sample / D. De Berardis et al. // CyberPsychology & Behavior. – 2009. – Т. 12. – №. 1. – С. 67–69.
29. Diamond, A. Attention-deficit disorder (attention-deficit/hyperactivity disorder without hyperactivity): A neurobiologically and behaviorally distinct disorder from attention-deficit/hyperactivity disorder (with hyperactivity) / A. Diamond // Development and psychopathology. – 2005. – Т. 17. – №. 3. – С. 807–825.
30. Griffiths, M.D. Internet addiction - Time to be taken seriously? / M.D. Griffiths // Addiction Research – 2013 – Т.8 – С. 413–418.
31. Griffiths, M.D. Video game addiction: past, present and future / M.D. Griffiths, D.J. Kuss, D.L.King // Curr. Psychiat. – 2012. – Rev. 8. – P. 308–318.
32. Grohol, J.M. Internet Addiction Disorder 1999. [WWW document] <http://psychcentral.com/netaddiction/>
33. Han, D.H. Bupropion sustained release treatment decreases craving for video games and cue-induced brain activity in patients with Internet video game addiction / D.H. Han, J.W. Hwang, P.F. Renshaw // Experimental and Clinical Psychopharmacology. – 2010. – №18(4). – С. 297–304.

34. Han, D.H. The effect of methylphenidate on Internet video game play in children with attention-deficit/hyperactivity disorder / D.H. Han et al. // *Comprehensive psychiatry*. – 2009. – T. 50. – №. 3. – C. 251–256.
35. Hou, H. Reduced striatal dopamine transporters in people with internet addiction disorder / H. Hou et al. // *Journal of Biomedicine and Biotechnology*. – 2012. – T. 2012.
36. Huang, X. Treatment of internet addiction / X. Huang, M. Li, R. Tao // *Current psychiatry reports*. – 2010. – T. 12. – №. 5. – C. 462–470.
37. Kelly, R.V. Massively multiplayer online role-playing games: The people, the addiction, and the playing experience / R.V. Kelly. – McFarland, 2004.
38. Koeppe, M.J. Evidence for striatal dopamine release during a video game / M. Koeppe J. et al. // *Nature*. – 1998. – T. 393. – №. 6682. – C. 266–268.
39. Koo, H.J. Risk and protective factors of internet addiction: A meta-analysis of empirical studies in Korea / H.J. Koo, J.H. Kwon // *Yonsei medical journal*. – 2014. – T. 55. – №. 6. – C. 1691–1711.
40. Kuss, D.J. Internet addiction and problematic Internet use: A systematic review of clinical research / D.J. Kuss, O. Lopez-Fernandez // *World journal of psychiatry*. – 2016. – T. 6. – №. 1. – C. 143.
41. Kuss, D.J. Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research / D.J. Kuss, M.D. Griffiths // *International journal of mental health and addiction*. – 2012. – T. 10. – №. 2. – C. 278–296.
42. Kühn S. et al. The neural basis of video gaming // *Translational psychiatry*. – 2011. – T. 1. – №. 11. – C. e53-e53.
43. Laier, C. Personality and cognition in gamers: Avoidance expectancies mediate the relationship between maladaptive personality traits and symptoms of Internet-gaming disorder / C. Laier, E. Wegmann, M. Brand // *Frontiers in Psychiatry*. – 2018. – T. 9. – C. 304.
44. Lee, H.W. Impulsivity in internet addiction: a comparison with pathological gambling / H.W. Lee et al. // *Cyberpsychology, behavior, and social networking*. – 2012. – T. 15. – №. 7. – C. 373–377.
45. Lim, J. A. et al. Are adolescents with internet addiction prone to aggressive behavior? The mediating effect of clinical comorbidities on the predictability of aggression in adolescents with internet addiction // *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*. – 2015. – T. 18. – №. 5. – C. 260-267.
46. Liu, J. Effects of group counseling programs, cognitive behavioral therapy, and sports intervention on internet addiction in East Asia: a systematic review and meta-analysis / J. Liu, J. Nie, Y. Wang // *International journal of environmental research and public health*. – 2017. – T. 14. – №. 12. – C. 1470
47. Mazurek, M.O. Video game use in boys with autism spectrum disorder, ADHD, or typical development / M.O. Mazurek, C.R. Engelhardt // *Pediatrics*. – 2013. – T. 132. – №. 2. – C. 260–266.
48. Schneider, L.A. Family factors in adolescent problematic Internet gaming: A systematic review / L.A. Schneider, D.L. King, P.H. Delfabbro // *Journal of behavioral addictions*. – 2017. – T. 6. – №. 3. – C. 321–333.

49. Shapira, N.A. Psychiatric features of individuals with problematic internet use / N.A. Shapira et al. // Journal of affective disorders. – 2000. – Т. 57. – №. 1-3. – С. 267–272.
50. Shek, D.T.L. Internet addiction in Hong Kong adolescents: profiles and psychosocial correlates / D.T.L. Shek, L. Yu. – 2012.
51. Song, J. Comparative study of the effects of bupropion and escitalopram on Internet gaming disorder / J. Song et al. // Psychiatry and clinical neurosciences. – 2016. – Т. 70. – №. 11. – С. 527–535.
52. Stevens, M.W.R. Cognitive-behavioral therapy for Internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis / M.W.R. Stevens // Clinical psychology & psychotherapy. – 2019. – Т. 26. – №. 2. – С. 191–203.
53. Throuvala, M.A. Motivational processes and dysfunctional mechanisms of social media use among adolescents: A qualitative focus group study / M.A. Throuvala et al. // Computers in Human Behavior. – 2019. – Т. 93. – С. 164–175.
54. Voss A. et al. Focus: Addiction: Case Report: Internet Gaming Disorder Associated With Pornography Use //The Yale journal of biology and medicine. – 2015. – Т. 88. – №. 3. – С. 319.
55. Wölfling, K. Treatment outcomes in patients with internet addiction: a clinical pilot study on the effects of a cognitive-behavioral therapy program / K. Wölfling // BioMed research international. – 2014. – Т. 2014.)
56. Young K. S., Rogers R. C. The relationship between depression and Internet addiction //Cyberpsychology & behavior. – 1998. – Т. 1. – №. 1. – С. 25–28.
57. Yoo H. J. et al. Attention deficit hyperactivity symptoms and internet addiction //Psychiatry and clinical neurosciences. – 2004. – Т. 58. – №. 5. – С. 487-494.
58. Yuan, K. Microstructure abnormalities in adolescents with internet addiction disorder / K. Yuan et al. // PloS one. – 2011. – Т. 6. – №. 6. – С. e20708.
59. Zajac, K. Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review / K. Zajac et al. // Psychology of Addictive Behaviors. – 2017. – Т. 31. – №. 8. – С. 979.
60. Zhang, J. Does cognitive-behavioral therapy reduce internet addiction? Protocol for a systematic review and meta-analysis / J. Zhang, Y. Zhang, F. Xu // Medicine. – 2019. – Т. 98. – №. 38.

Первичко Е.И.

**МОДИФИКАЦИЯ ТЕСТА РИСУНОЧНОЙ ФРУСТРАЦИИ С.
РОЗЕНЦВЕЙГА ДЛЯ ИЗУЧЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ
СФЕРЫ: НОВЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ, ЗАДАВАЕМЫЕ
ТРАДИЦИЯМИ МОСКОВСКОЙ КЛИНИКО-
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ШКОЛЫ**

Аннотация. В статье представлена модификация теста рисуночной фрустрации С. Розенцвейга. Показано, что выполненная модификация

предоставляет возможность комплексной диагностики эмоциональности субъекта, включая субъективный, экспрессивный и регуляторный компоненты. В данной модификации в единстве использованы проективный принцип, психосемантический метод, а также метод психологического квазиэксперимента, как соответствующие методологии культурно-деятельностного подхода. Результаты психометрической проверки доказали высокую надежность, содержательную и конструктивную валидность разработанной модификации теста С. Розенцвейга. Эмпирическая верификация, проведенная на группах здоровых лиц и пациентов с такими сердечно-сосудистыми заболеваниями, как пролапс митрального клапана и эссенциальная артериальная гипертензия, подтвердила диагностическую пригодность методики для использования в прикладных исследованиях.

Ключевые слова: эмоции, фрустрационная толерантность, психодиагностика, регуляция эмоций, стратегии регуляции эмоций.

В психологических публикациях по проблеме эмоций, насчитывающих не один десяток лет и включающих большое количество исследований, подчеркивается особая роль эмоций в формировании опыта человека, оптимизации осуществления деятельности и коммуникации людей. При этом считается общепризнанным факт, что психология эмоций все еще значительно уступает по степени своей разработанности психологии познавательных процессов. Вместе с тем, исследователи отмечают, что в последние годы ситуация с изучением эмоций претерпела существенные изменения. Это связывают как с общенаучной тенденцией сдвига «приоритетов в анализе эмоциональных явлений от теории к эмпирическим исследованиям» [2, с. 7], ориентированным на получение достоверного эмпирического материала, а также с включением в проблемное поле психологии эмоций такой тематики, как эмоциональный интеллект и проблема регуляции эмоций (РЭ). Последние десятилетия XX века принесли четкое осознание того факта, что «люди различаются не только по тому, какие эмоциональные явления возникают у них и как они протекают, но и по тому, насколько успешно они их распознают и умеют обходиться с ними» [2, с. 141], и что тематика РЭ должна стать важнейшей проблемной областью психологической науки на современном этапе ее развития.

В последние годы количество публикаций по проблеме РЭ в норме и патологии в психологической литературе резко возросло [23]. Это обусловлено прежде всего социальным запросом в связи с неуклонным ростом частоты встречаемости тревожных и аффективных

расстройств; психосоматических заболеваний, аддикций и антисоциального поведения в условиях возрастания стрессогенности современного общества [24, 25, 28]. Это определяет актуальность организации исследований, направленных на расширение и уточнение представлений о содержательных составляющих эмоциональности человека, включая изучение психологических факторах и механизмов, обеспечивающих возможность эффективной РЭ.

Как отмечалось в более ранних исследованиях [7, 13-17], в создавшихся условиях на первый план выходят методологические вопросы: необходимость разработки концептуальной модели РЭ, использование которой позволило бы интегрировать данные, накопленные по проблеме РЭ в различных исследовательских парадигмах, а также разработка релевантных модели методов исследования РЭ, позволяющих, вместе с тем, исследовать РЭ не как эпифеномен, а в контексте изучения эмоциональности человека.

В наших исследованиях, выполняемых в рамках культурно-деятельностной парадигмы и в соответствии с методологическими традициями московской клинико-психологической школы, такая концептуальная модель предложена [7, 13-17]. Для эмпирического исследования эмоциональности и РЭ в норме и патологии в рамках указанной модели был разработан диагностический комплекс, в состав которого, наряду с экспериментальным моделированием эмоциональной нагрузки в условиях применения процедуры изучения уровня притязаний, вошло исследование с использованием модифицированного варианта теста рисуночной фрустрации С. Розенцвейга (Picture-Frustration Study, P-F Study) [13-17, 19, 28].

В данной публикации хотелось бы остановиться на этой модификации более подробно, поскольку она при практическом многолетнем использовании показала хорошие диагностические возможности для оценки эмоциональной сферы, включая эмоционально-регуляторный аспект. Принципиальным моментом, характеризующим данную модификацию, является то, что в ней для оценки эмоциональности субъекта предлагается, сохраняя проективный принцип, при этом использовать психосемантический метод, а также метод специальным образом выстроенного психологического квазиэксперимента, как соответствующие методологии культурно-деятельностного подхода. Методических решений подобного типа в доступной литературе, как отечественной, так и зарубежной, нам встретить не удалось, несмотря на специально проведенный поиск.

Исследования, выполняемые с использованием этого диагностического инструмента, позволяют не просто получить данные об эмоциональности субъекта, подтверждающие данные других

специалистов, полученные с использованием других методов, но и существенно дополнить их, предоставив не только информацию об общем «модусе переживаний» субъекта, но и аргументировав это данными статистического анализа. Использованный при модификации методики принцип сочетания методологии статистического и качественного анализов данных исследования позволяет получать диагностически ценную информацию.

Модифицированный вариант методики является достаточно компактным в исполнении (обследование одного человека, как правило, занимает не более 30 минут), но требует определенной квалификации исследователя при работе с ним: важным является создание проективной ситуации, а также умение обоснованно выделять на основании ответов респондентов стратегии РЭ.

Использование методики открывает возможности комплексной оценки эмоциональности субъекта в субъективно значимых ситуациях, включая субъективный, экспрессивный и регуляторный компоненты. При работе с методикой появляется возможность выявления достаточно широкого набора стратегий РЭ, выделенных и систематизированных на основании теории и методологии культурно-деятельностного подхода.

Методика может быть использована при исследовании эмоционально-личностных особенностей и поведения в проблемных и трудных для личности ситуациях у разных контингентов обследуемых, например, для выявления наличия признаков психической дезадаптации и определения факторов её риска в стрессовых условиях, а также в целях профотбора (в особенности для работы в эмоционально напряженных условиях) и, конечно, при решении широкого круга задач, решаемых психологом в клинике. Например, в целях оценки эффективности психокоррекционных мероприятий и психотерапии.

К относительным противопоказаниям к использованию методики следует отнести возраст обследуемых: младше 14 и старше 60 лет. Применение методики в этих возрастных группах снижает уровень обоснованности получаемых результатов. Кроме того, к противопоказаниям к использованию методики относятся низкая степень понимания инструкций (прежде всего при интеллектуальной недостаточности, психической дезорганизации и т.п.) и низкая способность к проекции, а также отчетливые признаки установочного поведения.

Методологическая допустимость модификации методики рисуночной фрустрации С. Розенцвейга для решения задач изучения эмоциональности и регуляции эмоций. Традиционно тест рисуночной фрустрации С. Розенцвейга относят к классу проективных методов, использование которых позволяет избежать искажения результатов,

возможных при применении опросников, и дает возможность исследовать неосознаваемые аспекты психического [18, 23].

Несмотря на высказываемые в ряде работ критические замечания в адрес методики Розенцвейга [23], большинством исследователей признается, что изучение способности личности к преодолению фрустрации дает возможность получить представление об общих адаптационных возможностях и о специфике переживаний субъекта в эмоциогенных ситуациях [4, 5, 6, 10, 29]. Именно поэтому при разработке методического обеспечения исследования РЭ как составляющей эмоциональности субъекта нами была использована данная методика. Однако известно, что классический вариант методики Розенцвейга не позволяет получить развернутую информацию *об эмоциональности и особенностях РЭ человека*. Поэтому было принято решение прибегнуть к модификации указанной методики.

Необходимо отметить, что в отечественной психологической школе идея о возможности модификации проективных методик с целью получения диагностической информации, которая может интерпретироваться не только с психоаналитических позиций, существует давно. В работах учеников Б.В. Зейгарник в 1960-е – 1970-е гг. получает распространение тезис о возможности использовать Тематический апперцептивный тест (ТАТ) для так называемого «опосредованного» исследования когнитивных функций, в частности, восприятия [18]. В последующем эта линия была успешно продолжена в целом ряде исследований (см., например, работы В.А. Петровского, В.В. Лебединского, Ф.С. Сафуанова, Е.И. Шлягиной и их учеников). Процедура модификации методики. Нами была поставлена задача разработки такого диагностического инструмента, при использовании которого у исследователя появится возможность проанализировать эмоциональность субъекта, а также выделить стратегии РЭ, используемые субъектом, начиная с момента восприятия ситуации до модуляции ответа партнеру по диалогу, направленного (либо не направленного) на оптимизацию своего эмоционального состояния. Процесс модификации методики включал следующие этапы.

1. Разработка общих принципов модификации методики, выделение этапов выполнения методики и инструкций, предъявляемых испытуемым.

2. Уточнение формулировок инструкций всех серий исследования проводилось в предварительном исследовании, выполненном на группе из 5 экспертов – клинических психологов, каждому из которых был предъявлен расширенный список инструкций ко всем этапам проведения методики, содержащий по 3 варианта каждой инструкции, с предложением отобрать самые понятные формулировки.

Окончательный вариант инструкций содержит формулировки, отобранные большинством экспертов.

3. Проведение двух предварительных психосемантических исследований, первое из которых было направлено на определение перечня основных эмоциональных категорий («базовых эмоций»), в отношении которых при выполнении методики осуществляется задача категоризации эмоциональных дескрипторов¹, а второе – на выявление «семантического наполнения» каждой из базовых эмоциональных категорий [13-17].

4. Проведение контент-аналитического исследования, направленного на выделение стратегий РЭ на выборке из 30 практически здоровых человек и 30 пациентов с пролапсом митрального клапана (ПМК) [15, 16].

5. Сбор данных для оценки диагностической пригодности методики (обследование здоровых респондентов, вошедших в выборку стандартизации, и пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями).

6. Расчет ретестовой надежности методики, выполненный на основе сравнения данных исходного и повторного тестирования, выполненного на подгруппе респондентов выборки стандартизации.

7. Определение содержательной валидности методики: выявление устойчивых взаимосвязей между показателями модифицированной методики С. Розенцвейга и результатами тестирования по комплексу других стандартизованных и релевантных по содержанию психодиагностических тестов, которые широко используются для оценки: (а) качества переживаемых эмоциональных состояний, (б) личностных черт, (в) стратегий совладания со стрессом.

8. Эмпирическая верификация диагностической пригодности методики на основе сравнения данных обследования здоровых лиц и пациентов с такими формами сердечно-сосудистых заболеваний, как ПМК и эссенциальная артериальная гипертензия (ЭАГ), в варианте «классической» ЭАГ и артериальной гипертензии «на рабочем месте»² (АГрм).

Характеристика выборки обследуемых. Психометрические характеристики выполненной модификации методики Розенцвейга проверялись на репрезентативной выборке из 155 практически здоровых лиц (выборка стандартизации). В нее вошли 78 мужчин и 77

¹ Эмоциональные дескрипторы – слова, употребляемые в русском языке для описания эмоций. Перечень эмоциональных дескрипторов, используемых при работе с данной методикой, получен в психосемантическом исследовании А.И. Максевой [12].

² У пациентов с АГрм значения артериального давления на работе оказываются выше значений, обнаруженных в нерабочее время [15].

женщин в возрасте 18—54 лет (средний возраст 36.9 ± 5.7 лет), не страдающие психическими и хроническими соматическими заболеваниями и не предъявляющие жалоб на состояние здоровья на момент обследования.

Для проверки ретестовой надежности методики часть респондентов прошла обследование дважды (группа из 82 человек, по гендерному и половому составу не отличавшаяся от выборки стандартизации в целом).

В исследовании также приняли участие 304 пациента с сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ): 134 пациента с ПМК 1-2 степени (средний возраст 25.5 ± 1.1 лет); 85 больных «классической» ЭАГ (средний возраст $47,4 \pm 4,5$ года) и 85 пациентов с АГ_{рм} (средний возраст $44,7 \pm 4,3$ года). Клиническое обследование пациентов с ССЗ и здоровых лиц и постановка диагноза выполнялись врачами-терапевтами и неврологами в соответствии с критериями МКБ-10¹.

Выбор пациентов с ПМК и больных ЭАГ в качестве эмпирической базы исследования не был случайностью. Пациенты с ЭАГ традиционно рассматриваются в качестве одной из клинических моделей, релевантных для изучения эмоций и их регуляторных составляющих [15]. Однако содержательная специфика РЭ этих больных по-прежнему остается мало изученной. Как пациенты с ПМК, так и больные ЭАГ часто описываются клиницистами в качестве «трудных» пациентов, предъявляющих многочисленные жалобы психовегетативного содержания и жалобы на низкое «качество жизни», свидетельствующие об их эмоциональном и личностном неблагополучии, в сочетании с объективно регистрируемыми изменениями в физиологических системах жизнедеятельности, проявляющимися в ситуациях эмоциональной нагрузки [15].

Комплекс дополнительных психодиагностических тестов.

Для проверки *содержательной валидности* модифицированной версии методики С. Розенцвейга использовались следующие методики.

1. Шкала реактивной и личностной тревожности [20, 30];
2. Методика многостороннего исследования личности (ММИЛ) [1];
3. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла [8, 21].

¹ Клиническое обследование пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями и здоровых лиц выполнялось сотрудниками кафедры госпитальной терапии №1 и кафедры факультетской терапии и профболезней МГМСУ им. А.И. Евдокимова. Руководители исследовательских проектов – академик РАН А.И. Мартынов и профессор О.Д. Остроумова.

4. Опросник «Стратегии совладающего поведения» (ССП) [3, 22];

5. Тематический апперцептивный тест (ТАТ) в модификации Х. Хекхаузена [11, 26].

Методы статистической обработки данных. Поскольку в методике совместно используются данные и шкалы разных типов и распределение оценок по большинству параметров отличается от нормального по критерию Колмогорова—Смирнова, при статистической обработке данных использовались методы непараметрической статистики: для статистического сравнения 2-х независимых выборок использовался U-критерий Манна-Уитни (в случае неравенства дисперсий) или t-критерий Стьюдента (в случае однородности дисперсий); для статистического сравнения 2-х связанных выборок был использован T-критерий Вилкоксона. Корреляционный анализ выполнялся с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена.

Описание методики. Процедура и принципы проведения методики. В качестве базового стимульного материала используются 24 стандартные карты методики рисуночной фрустрации С. Розенцвейга, представленные в методическом пособии Н.В. Тарабриной [19]. Однако инструкции, которые получают испытуемые, а также параметры, подлежащие оценке, существенно отличаются от стандартных. Выполнение методики представлено тремя сериями задач, которые последовательно ставятся перед участниками исследования.

В первой серии испытуемым предлагается, представив себя на месте персонажа, которому адресованы слова говорящего, последовательно просмотреть все карты с изображенными на них ситуациями, прочитать адресованные персонажу слова и отобрать из предложенных те ситуации, которые могли бы лично их в той или иной степени травмировать (далее – травмирующие ситуации). Далее испытуемый работает только с отобранными им карточками. Задачи второй и третьей серии решаются последовательно применительно к каждой из отобранных ситуаций.

Во второй серии испытуемым предлагается из предъявленного им набора из 73 карточек с написанными на них словами, обозначающими эмоции (эмоциональные дескрипторы) отобрать те слова, которые помогли бы выразить испытанные в данной ситуации эмоции. Порядок предъявления слов является случайным. В качестве стимулов-средств выступают слова, использующиеся в русском языке для обозначения эмоций, полученные в исследовании А.И. Макеевой [12].

В третьей серии участники исследования последовательно должны ответить на три вопроса: (А) – «Что бы Вы ответили в данной

ситуации? Отвечайте, по возможности, быстрее»; (В) – «Что бы Вы при этом подумали»? (С) – «Что надо было бы ответить, чтобы уменьшить травматическое значение ситуации»?

Последовательной сменой инструкций задается особая «рефлексивная нагруженность» исследования: участники ставятся в условия необходимости решения классической «задачи на смысл» [9] и, тем самым, в условия необходимости последовательной актуализации все более сложных в личностном плане и с когнитивной точки зрения средств знаково-символического опосредствования, поскольку рефлексивная «нагруженность» исследования возрастает от одной инструкции к другой.

Обработка данных и их содержательная интерпретация, направленная на выделение стратегий регуляции эмоций. Обработка данных включает последовательное выполнение ряда процедур.

В первой и второй сериях методики выполняются следующие расчеты, с последующей содержательной оценкой.

1. Количественный анализ отнесения участниками исследования предъявляемых им ситуаций к разряду травмирующих, с учетом разделения ситуаций на ситуации препятствия (СП) и ситуации обвинения (СО); а также расчет показателя частоты выбора травмирующих событий (X)¹. Введение показателя частоты выбора травмирующих событий является необходимым, поскольку, в соответствии со структурой методики С. Розенцвейга, количество СП и СО является изначально неравным. Из 24-х стимульных карт на 16-ти представлены СП, и лишь на 8 - СО. Расчет показателя частоты выбора травмирующих событий позволяет учесть эту изначально различную представленность и делает возможным получение данных об абсолютном предпочтении испытуемым событий того или иного типа.

2. Анализ выбора эмоциональных дескрипторов и исследование семантического пространства эмоций. С этой целью выполняется частотный и категориальный анализ набора эмоциональных

¹ Расчет показателя X выполняется следующим образом:

$X = M/K \times 100$; где М - количество ситуаций анализируемого типа, отнесенных испытуемыми данной группы к разряду травматичных;

К - количество ситуаций анализируемого типа в стимульном материале методики Розенцвейга;

$K_1=24$ (используется для расчета частоты выбора ситуаций обоих типов);

$K_2=16$ (используется для расчета частоты выбора СП);

$K_3=8$ (используется для расчета частоты выбора СО).

дескрипторов, отбираемых участниками исследования для описания переживаний, возникающих у них в травмирующих ситуациях.

Построение категориальных структур эмоциональных переживаний выполняется путем соотнесения выбираемых каждым человеком эмоциональных дескрипторов с исходной структурой смысловых полей эмоциональных категорий. В качестве основных эмоциональных категорий (модальностей) выступили 7 «базовых» эмоций: «радость», «удивление», «страх», «печаль», «гнев», «презрение» и «стыд», полученных в предварительном психосемантическом исследовании на нормативной русскоязычной выборке [15, 16]. Отнесение выбранных испытуемыми дескрипторов к одной из семи «базовых» модальностей эмоций дает возможность оценить относительную представленность эмоций этих модальностей в эмоциональном ответе испытуемого.

Таким образом, в качестве основных показателей в первой и второй сериях выполнения методики регистрируются:

1) количество и частота выбора ситуаций, относимых к разряду травмирующих;

2) количество и частота выбора эмоциональных дескрипторов, отбираемых для описания переживаний в этих ситуациях;

3) процентное соотношение дескрипторов эмоций семи базовых модальностей в категориальных структурах переживаний участников исследования в ситуациях, отобранных ими в качестве эмоционально значимых.

Две первых серии выполнения методики направлены на исследование «эмоциональной чувствительности» испытуемых, которая оценивается по показателям перцептивного выбора эмоционально значимых ситуаций и дескрипторов для описания переживаний.

При анализе результатов второй серии методики исследователь получает возможность оценить общую структуру возникающих у испытуемых переживаний и выраженность эмоций семи базовых модальностей.

В третьей серии задач методики участники отвечают на три вопроса: (А) что бы Вы ответили в данной ситуации? (В) что бы Вы при этом подумали? (С) что надо было бы ответить, чтобы уменьшить травматическое значение ситуации?

На данном этапе обработки данных ответы участника исследования анализируются с точки зрения использования им стратегий РЭ в условиях инструкции А (*Спонтанное отреагирование*) и инструкции С (*Решение задачи произвольной РЭ*). Ответы испытуемого соотносятся с ответами, типичными для выделенных в

предварительном контент-аналитическом исследовании стратегий РЭ [14, 15].

В соответствии с теоретической моделью и на основании данных контент-анализа выделенные стратегии РЭ разделены на два больших класса: интернальные и экстернальные. Использование *интернальных стратегий* предполагает изменение субъектом своего эмоционального состояния за счет трансформации *когнитивной структуры переживаний*, прежде всего за счет переоценки ситуации. *Экстернальные стратегии* направлены на изменение экспрессивных характеристик эмоций и решение коммуникативных задач в ситуациях социального взаимодействия и, тем самым, опосредованно, на изменение своего эмоционального состояния.

В качестве основных показателей в третьей серии выполнения методики выступают:

- 1) количество выборов каждой из выделенных стратегий РЭ;
- 2) частота выбора стратегий РЭ, с общим приведением суммы частот использования стратегий РЭ каждого класса (интернальных и экстернальных в отдельности) к 100%.

Расчеты проводятся отдельно для ответов в условиях инструкций А и С. При анализе каждого ответа необходимо выделять оба плана оценки стратегий РЭ: интернальный и экстернальный. То есть каждый ответ оценивается с точки зрения и интернальности, и экстернальности.

При выполнении методики испытуемым все получаемые данные протоколируются. Результаты обработки данных обследования каждого испытуемого заносятся в специальный бланк (более подробно – [14, 15]). В бланк также заносятся комментарии и замечания испытуемого, сделанные им в процессе исследования, а также наличие так называемых «особых феноменов».

Например, содержательный анализ выбора событий и дескрипторов здоровыми лицами позволил выявить диагностически значимый феномен «парадоксального сужения» объема эмоционально значимых событий. Анализ протоколов показал, что выявленное у ряда испытуемых увеличение общего объема событий, относимых к разряду травмирующих, происходит за счет преимущественного увеличения объема выбора СП, а не СО, что было бы содержательно более оправданным. При этом хотя бы одна из ситуаций №2, №10 и №21 из числа СО, доказавших свою высокую «эмоциональную нагруженность» (их отбирает в качестве травматичных подавляющее большинство испытуемых из группы стандартизации (91.7%)), не относится этими испытуемыми к разряду травмирующих. Описанный «особый феномен» выявлен у 13 человек (8.3%) в выборке стандартизации. Частота встречаемости данного феномена в группах пациентов с сердечно-сосудистыми

заболеваниями значимо превышает таковую в выборке здоровых лиц. Выявление «особых феноменов» в процессе обследования подлежит обязательному учету с последующим анализом и обсуждением.

С целью повышения надежности получаемых данных при вынесении суждений о выбранных субъектом стратегиях РЭ целесообразно использовать метод экспертных оценок. В наших исследованиях в качестве экспертов обычно выступают три клинических психолога, имеющие опыт экспертного оценивания и работы с данной методикой.

На основании результатов выполненного нами цикла исследований была создана общая типология стратегий РЭ, используемых как на этапе перцептивного выбора ситуаций и дескрипторов для описания переживаний, так и при разрешении эмоциогенных ситуаций социального взаимодействия. В основу данной типологии положен принцип использования субъектом различных уровней рефлексии и опосредствования (Табл. 1).

Таблица 1.

Типология стратегий РЭ при решении задач перцептивного выбора и на этапе ответа испытуемых в эмоционально значимых ситуациях социального взаимодействия

	Этапы работы с ситуацией социального взаимодействия		
	Перцептивный выбор ситуаций и дескрипторов	Формулировка ответа	
		Направленность на изменение структуры переживания	Направленность на решение коммуникативных задач
<i>Использование средств знаково-символического опосредствования и рефлексии</i>			
<i>Нет, минимально Когнитивно-неопосредованные стратегии</i>	1. стратегия расширенного выбора эмоционально значимых событий и дескрипторов для описания возникших переживаний	1. отказ от ответа; 2. недифференцируемые когнитивные изменения	1. непосредственное выражение эмоций

<p><i>Да</i> <i>Когнитивно-трансформирующей стратегии</i></p>	<p>1. ограничение в объеме выбора и разноплановый выбор ситуаций и дескрипторов</p>	<p>1. катартизация; 2. сравнение и обесценивание; 3. позитивный пересмотр; 4. последовательная актуализация новых смыслов; 5. трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры</p>	<p>1. подавление экспрессии эмоций; 2. конфликтно-коммуникативное отреагирование; 3. субъект-субъектные интерактивные трансформации</p>
---	---	--	---

Диагностика всех представленных в табл. 1 стратегий РЭ возможна с использованием обсуждаемой модификации методики Розенцвейга.

Психометрические характеристики методики. В сводном виде данные описательной статистики по каждому из параметров оценки РЭ (средние значения (M) и среднеквадратичные отклонения (σ)), полученные по результатам обследования выборки стандартизации, представлены в таблицах 2-4.

Таблица 2.

Основные психометрические характеристики модифицированного варианта методики Розенцвейга. Выбор эмоциогенных ситуаций и эмоциональных дескрипторов для описания переживаний в них

Параметры оценки		Описательная статистика (n=155)	Регрессионная надежность (n=82)	
		M±σ	r	
Выбор ситуации	Кол-во выбранных СП	2,95±1,18	0.67***	
	Кол-во выбранных СО	3,92±1,14	0.56***	
	Частота выбора СП	18.69±2.27	0.68***	
	Частота выбора СО	48.88±5.69 **	0.56***	
Выбор эмоциональных дескрипторов	Кол-во дескрипторов в одной СП	6,46±1,87	0.56***	
	Кол-во дескрипторов в одной СО	7,09±1,90	0.57***	
Выбор дескрипторов	Частота выбора дескрипторов	Модальность: Гнев	17,18±5,29	0.62***
		Модальность: Стыд	14,25±3,48	0.45***
		Модальность: Презрение	7,05±2,86	0.61***
		Модальность: Удивление	13,67±2,62	0.41***
		Модальность: Страх	9,22±2,99	0.36***
		Модальность: Печаль	33,60±4,75	0.58***
		Модальность: Радость	5,16±2,48	0.63***

Примечание. Условные обозначения: СП – ситуации препятствия; СО – ситуации обвинения; М – среднее; σ — стандартное отклонение; r — значения коэффициента корреляции Спирмена. Уровень значимости: *** - $p < 0.001$.

Согласно полученным данным, здоровые лица отбирают, в среднем, по 2,95±1,18 СП и 3,92±1,14 СО в качестве эмоционально значимых. Введение показателя частот выбора ситуаций, позволяющее учесть исходно разную представленность СП и СО в стимульном материале методики Розенцвейга, сделало возможным сравнение выбора СП и СО у одного испытуемого. Как видно из представленных в табл. 2 данных, частота выбора СП у здоровых лиц из группы стандартизации в два с половиной раза превышает частоту выбора СО. При этом для описания переживаний в СО отбирается достоверно большее кол-во дескрипторов, в числе которых преобладают дескрипторы модальности печаль (33,60%). С достоверно меньшими, но также значимо высокими частотами представлены дескрипторы модальностей гнев (17,18%), стыд (14,25%) и удивление (13,67%). Наименьшую частоту выбора имеют дескрипторы модальности «радость» (5,16%).

Таким образом, согласно полученным данным, в ситуациях, отнесенных к разряду эмоционально значимых, у здоровых лиц в большинстве своем возникают негативные эмоции. Вместе с тем,

можно говорить, что высокий выбор дескрипторов перечисленных выше модальностей, в совокупности, отражает готовность субъекта к переосмыслению и разрешению ситуации. Высокая частота представленности эмоций модальности «удивление» и сам факт присутствия дескрипторов модальности «радость» доказывают «полимодальностную» эмоциональность представителей группы стандартизации в травмирующих ситуациях, включающую и зону позитивных эмоций в том числе. Это может интерпретироваться как способность не воспринимать обсуждаемые ситуации как ситуации окончательной безнадежности и может рассматриваться в качестве доказательства «мотивационной готовности» здоровых лиц к разрешению этих ситуаций и может выступать, таким образом, в качестве одного из дифференциально-диагностических критериев при оценке «регуляторного потенциала» личности. Правомочность подобной интерпретации подтверждается данными беседы с участниками исследования, выбравшими эмоции модальности «радость» для описания своих переживаний в эмоционально значимых ситуациях.

Согласно данным об использовании стратегий РЭ *в условиях спонтанного отреагирования*, в группе стандартизации в классе интернальных стратегий с максимальной частотой представлена стратегия «последовательная актуализация новых смыслов» (32.99% ответов). С частотой, значимо меньшей, но превышающей частоты использования других стратегий РЭ, встречаются ответы, относимые к стратегии «сравнение и обесценивание» (23.70%). В числе *экстернальных стратегий* доминирующей в условиях инструкции А является стратегия «конфликтно-коммуникативное отреагирование», частота встречаемости которой составила 28.46%. Далее с практически равными частотами следуют стратегии «непосредственное выражение эмоций» (26.10%) и «субъект-субъектные интерактивные трансформации» (25.32%) (Таблица 3).

Таблица 3.

Основные психометрические характеристики модифицированного варианта методики Розенцвейга. Частота выбора стратегий РЭ в условиях спонтанного отреагирования (Инструкция А)

Стратегии РЭ		Описательная статистика (n=155)	Ретестовая надежность (n=82)
		M±σ	r
Интернальные стратегии РЭ. Всего – 100%			
1.	Недифференцируемые когнитивные изменения	11,23±4,10	0.56***
2.	Катастрофизация	11,02±2,95	0.68***
3.	Сравнение и обесценивание	23,10±3,50	0.64***
4.	Позитивный пересмотр	12,88±3,41	0.53***
5.	Последовательная актуализация новых смыслов	32,99±7,12	0.56***
6.	Трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры	8,19±3,54	0.74***
Экстернальные стратегии РЭ. Всего – 100%			
1.	Непосредственное выражение эмоций	26,10±3,02	0.57***
2.	Подавление экспрессии эмоций	20,03±3,80	0.66***
3.	Конфликтно-коммуникативное отреагирование	28,46±2,47	0.61***
4.	Субъект-субъектные интерактивные трансформации	25,32±4,09	0.71***

Примечание. Условные обозначения: M – среднее; σ — стандартное отклонение; r — значения коэффициента корреляции Спирмена. Уровень значимости: *** - $p < 0.001$.

В условиях инструкции С (решение задачи произвольной РЭ) в группе здоровых лиц в классе *интернальных стратегий* на лидирующие позиции выходит стратегия «последовательная актуализация новых смыслов» (35.94%), частота использования которой значимо ($p < 0.01$) возрастает при смене типа инструкции. С достоверно меньшими, в сравнении с этой стратегией, но достоверно большими, в сравнении с остальными интернальными стратегиями, частотами, в группе стандартизации встречаются стратегии «позитивный пересмотр» (18.75%) и «трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры» (15.97%). В числе *экстернальных стратегий* в условиях инструкции С абсолютно преобладают ответы, отнесенные к стратегии «субъект-субъектные интерактивные трансформации» (42.27%). Второй по частотности являются ответы по типу конфликтно-коммуникативного отреагирования (25.21%). Самой малочисленной по частоте являются ответы, которые, при сравнении с ответами в условиях инструкций А и В, позволяют говорить о непосредственном выражении эмоций (13.82%) (Таблица 4).

Таблица 4.

Основные психометрические характеристики модифицированного варианта методики Розенцвейга. Частота выбора стратегий РЭ при решении задачи произвольной РЭ (Инструкция С)

Стратегии РЭ		Описательная статистика (n=155)	Регрессивная надежность (n=82)
		M±σ	r
Интернальные стратегии РЭ. Всего – 100%			
1.	Недифференцируемые когнитивные изменения	6,43±2,23	0.65***
2.	Катастрофизация	7,24±0,79	0.59***
3.	Сравнение и обесценивание	15,72±3,31	0.57***
4.	Позитивный пересмотр	18,75±3,65	0.68***
5.	Последовательная актуализация новых смыслов	35,94±4,40	0.62***
6.	Трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры	15,97±2,71	0.73***
Экстернальные стратегии РЭ. Всего – 100%			
1.	Непосредственное выражение эмоций	13,82±3,84	0.39***
2.	Подавление экспрессии эмоций	18,59±2,41	0.53***
3.	Конфликтно-коммуникативное отреагирование	25,21±3,68	0.49***
4.	Субъект-субъектные интерактивные трансформации	42,28±4,59	0.56***

Примечание. Условные обозначения: M – среднее; σ — стандартное отклонение; r — значения коэффициента корреляции Спирмена. Уровень значимости: *** - p<0.001.

Необходимо подчеркнуть факт высокодостоверного (p<0.001) увеличения при смене типа инструкции частот использования наиболее эффективных в плане РЭ и наиболее сложных с точки зрения знаково-символического опосредствования стратегий РЭ, таких как «трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры» и «субъект-субъектные интерактивные трансформации», в сочетании с достоверным уменьшением реакций и ответов, относимых к классу минимальных и недифференцированных когнитивных изменений: с 11.23% до 6.43% (p<0.001), а также уменьшением использования таких стратегий РЭ, как «непосредственное выражение эмоций» (с 26.10% до 13.82%; p<0.001) и «подавление экспрессии эмоций» (с 29.2% до 23.5%, p<0.05) (см. Таблицы 3 и 4).

Частота использования стратегий РЭ и динамика частот их использования при смене типа инструкции, а также сравнительно

небольшой разброс оценок ($0.79 < \sigma < 4.60$) свидетельствуют о том, что для обследованного контингента практически здоровых лиц типично более частое использование стратегий РЭ, эффективных с точки зрения возможности редукции эмоционального возбуждения и более сложных с точки зрения знаково-символического опосредования, причем как на этапе решения задач перцептивного выбора, так и на этапе формулировки ответа.

Ретестовая надежность методики проверялась на основе сопоставления результатов, полученных в исходном и повторном замерах. Для этого по каждому параметру оценки методики рассчитывалась достоверность взаимосвязей между значениями показателей с помощью коэффициента корреляции Спирмена. Оценки показателей по всем параметрам оценки в двух замерах значимо коррелируют (не менее $p < 0.01$) (табл. 2-4). Это свидетельствует о высокой стабильности результатов, получаемых при использовании модифицированного варианта методики Розенцвейга при повторном оценивании, и об относительной независимости получаемых данных от влияния ситуационных факторов и, следовательно, об адекватной надежности методики.

Конструктная валидность методики. Обоснованность выделения стратегий РЭ в условиях как спонтанного отреагирования, так и при решении задачи произвольной РЭ, проверялась с помощью корреляционного анализа результатов исследования всей выборки стандартизации (155 чел.).

Результаты корреляционного анализа показывают наличие большого числа достоверных связей между оценками показателей по всем стратегиям РЭ, как интернальным, так и экстернальным, в условиях как спонтанного отреагирования, так и при решении задачи произвольной РЭ. Согласно полученным данным, по абсолютной величине значения коэффициентов корреляции Спирмена располагаются в диапазоне от 0.03 до 0.61, но ни в одном случае не превышают критического значения $r = 0.70$, что свидетельствовало бы об идентичности измеряемых конструктов. Это подтверждает исходное предположение о том, что с помощью выделенных параметров оценки действительно измеряются различные стратегии РЭ.

На основании вышеизложенного правомочен общий вывод о том, что полученные нами данные статистически подтверждают обоснованность выделения указанных 10-ти стратегий РЭ на этапе формулировки ответа, с разделением их на классы интернальных и экстернальных стратегий.

Содержательная валидность методики. Содержательная валидность методики обеспечивается, прежде всего, ее полным

содержательным соответствием концептуальной модели РЭ, в рамках которой методика разработана, а также современному пониманию содержания понятия РЭ в целом. Оценка содержательной валидности модифицированного варианта методики Розенцвейга проведена с использованием метода корреляционного анализа: рассчитывалась взаимосвязь показателей, полученных по основным параметрам оценки методики, с показателями комплекса релевантных психодиагностических тестов. Это позволило определить, насколько полно результаты исследования РЭ по разработанной методике согласуются с такими независимыми оценками эффективности РЭ, как качество переживаемых эмоциональных состояний и выраженность определенных личностных черт, а также выбор стратегий совладания со стрессом.

Тестирование по всему комплексу дополнительных методик (Шкала реактивной и личностной тревожности, ММИЛ, личностный опросник Кеттелла, опросник «Стратегии совладающего поведения», ТАТ в модификации Х. Хекхаузена) прошли все респонденты из выборки стандартизации. В результате было выявлено наличие большого числа значимых корреляций между показателями основных параметров оценки РЭ в нашей методике и значениями шкал релевантных психодиагностических тестов (более подробно – Первичко, 2018). Представленные данные убедительно доказывают наличие закономерных и содержательно хорошо интерпретируемых связей между параметрами оценки РЭ в модифицированной методике Розенцвейга и релевантными показателями других тестов [14].

В целом, результаты корреляционного анализа позволяют сделать вывод о достаточной содержательной валидности методики фрустрационных реакций С. Розенцвейга, модифицированной с целью изучения РЭ. Об этом свидетельствует наличие систематических и однозначно интерпретируемых связей параметров оценки РЭ как с наличием эмоциональных состояний и личностных черт, так и стратегиями совладания со стрессом.

Эмпирическая верификация диагностической пригодности методики. С целью эмпирической верификации методики была проведена серия исследований, направленных на определение её дифференцирующей чувствительности, с использованием метода контрастных групп. Обследованы 3 группы пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями: (1) пациенты с ПМК (N=134), (2) больные «классической» ЭАГ (N=85) и (3) пациенты с гипертонией «на рабочем месте» (N=85). Данные об особенностях РЭ, полученные при обследовании пациентов указанных групп, сравнивались с результатами оценки РЭ группы практически здоровых лиц,

составивших группу стандартизации (N=155), с использованием U-критерия Манна-Уитни в случае неравенства дисперсий и t-критерия Стьюдента в случае однородности дисперсий. Данные о достоверности различий между сравниваемыми группами представлены в табл. 5-7. Как видно из представленных в таблицах данных, по большинству параметров оценки РЭ обнаружены достоверные различия между группой здоровых лиц и пациентами всех клинических групп. Причем более чем в половине случаев эти различия имеют высокий уровень значимости ($p < 0.01$ и $p < 0.001$).

Таблица 5.

Сравнение по параметрам оценки РЭ в модифицированном варианте методики Розенцвейга в нормативной и клинических группах. Выбор эмоциогенных ситуаций и эмоциональных дескрипторов для описания переживаний в них

Параметры оценки	ПМК (n=155)	АГрм (n=155)	ЭАГ (n=155)	Здоровые лица (n=155)
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ
Кол-во выбранных СП	4.60±1.56 ^{a,d}	6.68±1.05 ^{b,c}	5.38±1.59 ^a	2,95±1,18
Кол-во выбранных СО	3.30±0.81	3.02±1.36	4.06±0.78	3,92±1,14
Частота выбора СП	28.75±4.42 ^{a,d}	41.75±3.02 ^{b,c}	33.63±2.36 ^a	18.69±2.27
Частота выбора СО	41.25±3.91 ^{a,c}	37.75±2.96 ^{a,c}	50.75±4.16	48.88±5.69
Кол-во дескрипторов в одной СП	6.83±1.66 ^c	9.82±1.82 ^{a,b}	7.22±1.55	6,46±1,87
Кол-во дескрипторов в одной СО	10.04±2.42 ^a	12.15±2.56 ^{a,b}	9.11±1.48 ^a	7,09±1,90
Частота выбора дескрипторов отдельных модальностей	Гнев	32,40±4,79 ^{a,c}	23,51±4,64	17,18±5,29
	Стыд	25,86±4,76 ^a	6,75±3,25 ^{b,c}	14,25±3,48
	Презрение	9,88±1,19 ^a	16,98±4,84 ^{b,c}	8,05±2,18
	Удивление	11,42±3,45 ^a	6,52±2,62 ^b	9,16±3,89 ^a
	Страх	9,53±3,59	16,61±2,57 ^b	16,51±1,64 ^a
	Печаль	16,72±2,10 ^a	20,47±4,86 ^{a,c}	28,89±3,04 ^a
	Радость	28,74±2,83 ^a	0,49±0,93	2,98±1,73
	0,20±0,40		5,16±2,48	

Примечание. Условные обозначения: СП – ситуации препятствия; СО – ситуации обвинения; М – среднее; σ – стандартное отклонение. Различия значимы при сравнении: а - со здоровыми лицами (p<0.05); b - со здоровыми лицами (p<0.001); c - с больными «классической» ЭАГ (p<0.05); d - с больными с АГрм (p<0.05).

С использованием обсуждаемой методики показано, что у пациентов с изученными формами сердечно-сосудистой патологии достоверно более часто, чем у здоровых лиц, отмечаются такие стратегии РЭ, как диффузия выбора и ограничение в объеме выбора эмоционально значимых событий и дескрипторов для описания переживаний, а также отсутствие когнитивных трансформаций структуры переживания при формулировке ответа, что наиболее

отчетливо проявляется в условиях спонтанного отреагирования и указывает на недостаточность использования ими средств знаково-символического опосредствования и рефлексии как при восприятии эмоциогенной ситуации, так и формулировании её вербального контекста. Пациенты с «гипертонией на рабочем месте» и пациенты с пролапсом митрального клапана достоверно отличаются от здоровых лиц более частым использованием при спонтанном отреагировании таких стратегий РЭ, как «катастрофизация» и «подавление экспрессии эмоций», использование которых основано на избыточном и искаженном использовании знаково-символического опосредствования, при недостаточности ретро- и проспективной рефлексии при решении задачи РЭ в ситуациях социального взаимодействия.

Таблица 6.

Сравнение по параметрам оценки РЭ в модифицированном варианте методики Розенцвейга в нормативной и клинических группах. Частота выбора стратегий РЭ в условиях спонтанного отреагирования.
(Инструкция А)

Стратегии РЭ	ПМК (n=155)	АГрм (n=155)	ЭАГ (n=155)	Здоровые лица (n=155)
	M±σ	M±σ	M±σ	M±σ
Интернальные стратегии РЭ. Всего – 100%				
Недифференцируемые когнитивные изменения	25.2±1.13 ^{b,e}	19.8±2.66 ^{a,c}	26.8±2.01 ^a	11,2±4,10
Катастрофизация	16.1±2.17 ^a	19.0±2.38 ^a	16.8±1.62 ^a	11,0±2,95
Сравнение и обесценивание	26.6±2.23 ^{c,e}	20.7±3.58	21.6±2.15	23,1±3,50
Позитивный пересмотр	4.7±0.43 ^{b,d,e}	9.2±0.92 ^d	19.0±1.9 ^a	12,9±3,41
Последовательная актуализация новых смыслов	23.8±3.67 ^{a,d}	25.7±1.88 ^{a,d}	9.6±1.08 ^b	33,0±7,12
Трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры	3.6±0.03 ^{b,c}	5.6±0.51 ^a	6.2±1.75	8,2±3,54
Экстернальные стратегии РЭ. Всего – 100%				
Непосредственное выражение эмоций	27.3±2.68 ^{c,e}	21.4±2.93 ^{a,c}	33.7±3.31 ^a	26,1±3,02
Подавление экспрессии эмоций	29.2±1.75 ^{a,e}	38.3±2.59 ^{b,a}	28.1±2.16 ^a	20,0±3,80
Конфликтно-коммуникативное реагирование	31.2±2.66	27.7±1.41	27.4±2.03 ^a	28,5±2,47
Субъект-субъектные интерактивные трансформации	12.3±1.96 ^b	12.6±1.81 ^b	10.8±1.36 ^b	25,3±4,09

Примечание. Условные обозначения: М – среднее; σ — стандартное отклонение.

Различия значимы при сравнении: а - со здоровыми лицами ($p < 0.05$); b - со здоровыми лицами ($p < 0.001$); с - с больными «классической» ЭАГ ($p < 0.05$); d - с больными «классической» ЭАГ ($p < 0.001$); e - с больными с АГрм ($p < 0.05$).

При переходе от спонтанного реагирования к решению задачи произвольной РЭ у пациентов с изученными формами ССЗ происходит достоверное возрастание частоты использования стратегий, более сложных с когнитивной точки зрения и более эффективных в отношении возможности достижения регуляторного эффекта.

Таблица 7.

Сравнение по параметрам оценки РЭ в модифицированном варианте

методики Розенцвейга в нормативной и клинических группах. Частота выбора стратегий РЭ при решении задачи произвольной РЭ (Инструкция С)

Стратегии РЭ		ПМК (n=155)	АГрм (n=155)	ЭАГ (n=155)	Здоровые лица (n=155)
		М±σ	М±σ	М±σ	М±σ
Интернальные стратегии РЭ. Всего – 100%					
1.	Недифференцируемые когнитивные изменения	7.3±1.85 ^c	13.0±1.7 _{b,c}	23.8±2.8 ^b	6,4±2,23
2.	Катастрофизация	18.0±3.65 _{c,f}	11.2±1.2 ^a	8.7±0.68	7,2±0,79
3.	Сравнение и обесценивание	28.7±2.78 _{c,f}	18.3±2.06 _c	27.0±3.86	15,7±3,31
4.	Позитивный пересмотр	5.1±1.78 ^{d,f}	18.0±1.12	15.4±1.51	18,8±3,65
5.	Последовательная актуализация новых смыслов	32.3±4.98 ^b	28.4±3.41 _{a,c}	18.2±1.36 ^a	35,9±4,40
6.	Трансформация переживаний с помощью юмора и метафоры	8.6±3.04 ^f	11.1±1.18 _{a,d}	6.9±1.15 ^b	16,0±2,71
Экстернальные стратегии РЭ. Всего – 100%					
1.	Непосредственное выражение эмоций	18.5±1.75 _{a,c,f}	26.6±2.13 _b	25.6±2.09 _b	13,8±3,84
2.	Подавление экспрессии эмоций	23.2±2.59 _{b,c,e}	17.9±1.62 _d	34.9±3.31 ^b	18,6±2,41
3.	Конфликтно-коммуникативное отреагирование	26.3±1.23 ^{a,c,e}	21.5±2.11	16.9±5.58 ^a	25,2±3,68
4.	Субъект-субъектные интерактивные трансформации	32.0±3.61 ^a	34.0±1.1 ^{a,c}	22.5±2.11 ^b	42,3±4,59

Примечание. Условные обозначения: М – среднее; σ – стандартное отклонение.

Различия значимы при сравнении: а - со здоровыми лицами (p<0.05); b - со здоровыми лицами (p<0.001); с - с больными «классической» ЭАГ (p<0.05); d - с больными «классической» ЭАГ (p<0.001); е - с больными с АГрм (p<0.05); f - с больными с АГрм (p<0.001).

Рассмотренные данные убедительно свидетельствуют об отличии пациентов с изученными формами ССЗ от здоровых лиц по большинству параметров оценки РЭ. Более подробное описание

результатов кратко рассмотренных исследований представлено в наших публикациях (Первичко, 2020 и др.). Полученные результаты, в совокупности, надежно обосновывают вывод о хорошей дифференцирующей чувствительности модифицированного варианта методики Розенцвейга.

Заключение. На основании проведенного цикла исследований была выполнена модификация методики рисуночной фрустрации С. Розенцвейга, позволяющая с использованием классического стимульного материала полупроективной методики при выполнении квазиэкспериментального и психосемантического исследований оценивать различные аспекты РЭ, начиная с решения задачи перцептивного выбора эмоционально значимых ситуаций и дескрипторов для описания возникающих переживаний, до формулировки ответа партнеру по социальному взаимодействию. Работа с модифицированным вариантом методики Розенцвейга дает исследователю возможность оценить вклад личностной рефлексии и знаково-символического опосредствования в выбор субъектом стратегий РЭ, причем как в условиях спонтанного отреагирования, так и при решении испытуемым задачи произвольной РЭ.

Проверка содержательной валидности подтвердила наличие значимых корреляций основных параметров оценки РЭ, предусмотренных методикой, с выраженностью тревожности и депрессивности, а также с целым рядом сходных по психологическому содержанию с оцениваемыми параметрами РЭ показателями, измеряемыми тестом Кеттелла и ММРІ, а также диагностической информацией, получаемой с использованием ТАТ Хекхаузена. Также подтверждено наличие непротиворечивых связей параметров оценки РЭ, предусмотренных методикой, со стратегиями совладания со стрессом.

На репрезентативной выборке практически здоровых лиц получены данные, доказывающие, что описанная методика является достаточно надежным и валидным психодиагностическим инструментом.

Безусловно, возможен и необходим дальнейший поиск и совершенствование процедур анализа данных, получаемых с использованием этой методики. Однако полученные в наших исследованиях данные доказывают, что использование методики позволяет оценивать большой диапазон параметров эмоциональности субъекта и стратегий РЭ, используемых субъектом как спонтанно, так и при решении задачи минимизировать травматическое значение ситуации. Диагностика этих параметров позволяет достаточно определенно очертить «зоны дефицита» в системе РЭ субъекта, что

определяет потенциал и перспективы использования методики как в психодиагностике, так и в психотерапии. Опыт наших исследований показывает, что использование данной методики в работе психолога существенно обогащает арсенал его профессиональных возможностей, помогая в решении не только собственно диагностических, но также профилактических, реабилитационных, коррекционных и психотерапевтических задач.

Литература

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности (структура, основы интерпретации, некоторые области применения). М.: Фолиум, 1994.
2. Бреслав Г.М. Психология эмоций. М., 2016.
3. Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю., Новожилова М.Ю., Вукс А.Я. Методика психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями. - СПб.: Психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева, 2009. – 40 с.
4. Вилюнас В.К. Основные проблемы психологии эмоций // Психология эмоций: Тексты / Под ред. В.К. Вилюнаса, Ю.Б. Гиппенрейтер. СПб.: Питер, 2008. С. 8–40.
5. Виноградова М.Г., Рыжов А.Л. Метод качественного анализа в работе с тестом рисуночной фрустрации С. Розенцвейга. I. Мотивационный аспект // Сибирский психологический журнал. 2011. № 42. С. 29–41.
6. Дементий Л.И. Фрустрация. Понятие и диагностика. Омск: ОмГУ, 2004.
7. Зинченко Ю.П., Первичко Е.И. Клинико-психологическое исследование регуляции эмоций: культурно-деятельностный подход // Вопросы психологии. 2016. № 3. С. 41–57.
8. Капустина А.Н. Многофакторная личностная методика Р. Кеттелла: учебно-методическое пособие. СПб: Речь. 2004.
9. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975.
10. Львова Е.Н., Шлягина Е.И., Гусев А.Н. Применение теста рисуночной фрустрации С. Розенцвейга в исследовании особенностей совладания в ситуации неопределенности // Национальный психологический журнал. 2016. Т. 1. № 21. С. 19-27.
11. Магомед-Эминов М.Ш. Мотивация достижения: структура и механизмы. Дис. ... канд. психол. наук. – М., 1987.
12. Макеева А.И. Изучение смысловых полей эмоциональных категорий // Новые исследования в психологии. 1980. № 1. С. 70–75.
13. Первичко Е.И. Культурно-деятельностный подход к проблеме регуляции эмоций: теоретическое обоснование и эмпирическая верификация концептуальной модели // Национальный психологический журнал. 2016. Т. 2. № 22. С. 3–17.
14. Первичко Е.И. Модификация методики рисуночной фрустрации С. Розенцвейга в клинико-психологическом исследовании регуляции эмоций. Методическое пособие. М.: «АКРОПОЛЬ», 2018.

15. Первичко Е.И. Регуляция эмоций: Клинико-психологический аспект. М.: Когито-Центр, 2020.
16. Первичко Е.И. Состояния психической напряженности у больных с синдромом дисплазии соединительной ткани сердца: Дис. ... канд. психол. наук. М., 1996.
17. Первичко Е.И. Стратегии регуляции эмоций: процессуальная модель Дж. Гросса и культурно-деятельностный подход. В 2-х ч. Ч. II. Культурно-деятельностный подход к проблеме стратегий и механизмов регуляции эмоций // Национальный психологический журнал. 2015. Т. 1. № 17. С. 39–51.
18. Соколова Е.Т. Психологическое исследование личности: Проективные методики. М.: ТЕИС, 2002.
19. Тарабрина Н.В. Экспериментально-психологическая методика изучения фрустрационных реакций: Методические рекомендации. Л.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 1984.
20. Ханин Ю.Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера. Л.: ЛНИИТЕК, 1976.
21. Cattell H.E.P., Mead A.D. The sixteen personality factor questionnaire (16PF) // The SAGE handbook of personality theory and assessment. Personality measurement and testing. Vol. 2 / Ed. by G. Boyle, G. Matthews, D.H. Saklofske. Los Angeles, 2008. P. 135—178.
22. Folkman S., Lazarus R.S. Manual for the Ways of Coping Questionnaire. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1988.
23. Gregory R.J. Psychological Testing: History, Principles and Applications, 7th Edition. Boston: Pearson, 2014.
24. Gross J.J. (Ed.). The Handbook of Emotion Regulation. N.Y.: Guilford Press, 2014.
25. Gross J.J., Jazaieri H. Emotion, Emotion Regulation and Psychopathology: An Affective Science Perspective // Clinical Psychological Science. 2014. Vol. 2. № 4. P. 387–401.
26. Heckhausen H. Hoffnung und Furcht in der Leistungsmotivation (Psychologia Universalis Band 6). Meisenheim: Anton Hain, 1963.
27. Jazaieri H., Urry H.L., Gross J.J. Affective disturbance and psychopathology: An emotion regulation perspective // Journal of Experimental Psychopathology. 2013. Vol. 4. № 5. P. 584–599.
28. Kring A.M. The future of emotion research in the study of psychopathology // Emotion Review. 2010. Vol. 2. № 3. P. 225–228.
29. Rosenzweig S. Basic manual for the Rosenzweig picture-frustration (P-F) Study. St.Luis: Dana House, 1978.
30. Spielberger C.D., Gorsuch R.L., Lushene R., Vagg P.R., Jacobs G.A. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1983.

Русина Н.А.
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ ОТНОШЕНИЯ ПРИ
СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И
ПСИХОСОМАТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Аннотация. В статье рассматривается методологическая основа возникновения и развития психосоматических расстройств. Сравниваются медицинский и психологический взгляды на психосоматические заболевания. Доказывается примат биопсихосоциального взгляда на психосоматические расстройства в рамках холистического подхода. Анализируются понятия «телесность», «образ тела», «схема тела», «трудный больной», «внутриличностный конфликт» как основа для напряжений, способствующий развитию заболевания. Перечисляются психодиагностические методы исследования психосоматических феноменов. Приводятся авторские исследования психологических особенностей пациентов с различными психосоматическими расстройствами в области телесности, локуса контроля болезни и лечения, отношения к болезни, когнитивных и эмоциональных компонентов болезни, смысловой структуры. Отмечаются особенности психотерапии пациентов с психосоматическими расстройствами.

Ключевые слова: психосоматические отношения, психосоматические расстройства, диагностика.

Методологические основы подхода к психосоматическим расстройствам. В психологической и медицинской литературе рассматривается целый ряд психологических факторов риска, приводящих к психосоматическим расстройствам (стресс, алекситимия, преморбидные особенности личности, типы семейного воспитания, обстановка в семье). Но есть более высокий уровень объяснения развития этих болезней, надпсихологический, вытекающий из холистического подхода к человеку, соединяющего в единстве его тело, душу и дух. Концепция холистического движения состоит в том, что человек неделим и представляет собой единое целое в пространственно-временном континууме. Именно эта концепция лежит в основе психологического благополучия и здоровья человека. Психология в том традиционном, классическом смысле, которое придано ей в постсоветский период, не может объяснить многие события и явления, влияющие на поведение человека, его болезни. Этим не страдала психология, применяемая к медицинской практике врачами-психиатрами и психологами, успешно сочетающимися как идеалистическое, так и материалистическое начала (В.М. Бехтерев,

А.Ф. Лазурский, В.Н. Мясищев и др.). Трехуровневая модель измерения человека встречается в концепциях Феофана Затворника, В.Ф. Войно-Ясенецкого, В. Франкла.

Психологическая организация человека представлена состоящей из индивидуальных (телесных), субъективных (душевных) и духовных проекций. В логике психологической антропологии и психосистемологии, ориентированной на создание целостного, многогранного образа человека, такое понимание является научно-корректным, органичным и профессионально значимым для педагога, психолога, врача.

Психосоматическая медицина — это отрасль клинической и экспериментальной медицины, изучающая роль социально-психологических и нейрогенных факторов в развитии и течении функциональных и органических заболеваний и расстройств, а также лечебные и профилактические возможности воздействий лекарственных препаратов при этих страданиях. В психосоматической медицине пересекаются интересы многих специалистов. Это физиологи и психологи, психиатры и психотерапевты, эндокринологи и интернисты, врачи других клинических специальностей. Целый ряд психосоматических проблем входит в сферу интересов хирургов и инфекционистов. Появились психосоматические работы в стоматологии и онкологии.

Теоретико-методологические основы психосоматического подхода как в медицине, так и в психологии составляют психологические концепции (Э. Кречмер, У. Шелдон, Ф. Данбар), психодинамические модели (З. Фрейд, Г. Гродек, Ф. Дойч, М. Шур, А. Митчерлих, В. Райх, Ф. Александер, Г. Аммон, А. Фрейд, М. Кляйн, Дж. МакДугал), нейрогуморальные подходы (Г. Селье, R.S. Lazarus), физиологические теории (И.П. Павлов, А. Радклифф-Браун, П.К. Анохин), кортико-висцеральная теория (К.М. Быков и И.Т. Курцин), интегральные теории (G.L. Engel и A.H. Schmale, Th. V. Uexkull, V.v. Weizsacker, H. Weiner).

Заслуживает внимания концепция А. Менегетти о происхождении психосоматических заболеваний в результате энергетической блокады. Эта концепция пересекается с концепцией энергетического круга поддержания гомеостаза в восточной медицине через четырехэлементный цикл. Подобная модель была разработана еще К.-Г. Юнгом.

Соматопсихическое направление заложено в нашей стране трудами психиатров С.С. Корсакова, П.Б. Ганнушкина, В.А. Гиляровского, Е.К. Краснушкина. В рамках этого направления клинико-психологических исследований было установлено, что имеются два

пути патогенного влияния соматической болезни на психику: собственно *соматогенный* (интоксикационное воздействие на ЦНС) и *психогенный* (острая реакция личности на заболевание и его последствия).

Интерес к психосоматической проблематике, усилившийся в начале XXI века, обусловлен реальными проблемами, существующими в современной медицине. Дифференциация медицинских дисциплин является неизбежным следствием увеличения объемов специализированной информации и появления новых диагностических и лечебных технологий. Именно дифференциация позволяет получать новые знания о наиболее интимных механизмах патогенеза заболеваний и реализовывать наиболее прогрессивные лечебные технологии. В то же время узкоспециализированные подходы не позволяют осуществлять анализ болеющего человека с холистических позиций. Можно утверждать, что в рамках специализированных субдисциплин невозможно реализовать классический принцип «лечить больного, а не болезнь». Необходимость интегративных подходов связана также с полиморбидностью и коморбидностью, характерной для современного человечества [27].

Психосоматические расстройства все чаще называют «болезнями цивилизации», поскольку они получили наиболее широкое, практически эпидемическое распространение в течение последнего столетия (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертензия, бронхиальная астма, сахарный диабет). Именно в этот период стала происходить отчетливо видимая замена доминировавших ранее многих соматических заболеваний на относительно новые, ранее гораздо менее распространенные варианты патологии, связанные с экологией человека, его личностными особенностями, образом жизни, положением в социальной среде [27].

К концу XX века достаточно четко обозначились наиболее существенные проблемы, тупики и перспективы современной психосоматической медицины. В качестве «предмета» изучения психосоматической медицины выступают следующие психологические, социально-психологические характеристики, расстройства и заболевания: «классические» психосоматические заболевания; функциональные расстройства висцеральных систем; соматоформные личностные расстройства; синдром соматоформной вегетативной дисфункции с психовегетативной симптоматикой; соматоформная депрессия; патологические личностные реакции на соматическое заболевание (нозогенные личностные расстройства); соматогенные личностные расстройства; ятрогенные личностные расстройства; нарушения «приверженности» (комплаенса,

комплаентности); изменения качества жизни при различных заболеваниях; соматогенные психозы [27].

В отечественной психосоматической медицине наибольший вклад в понимание природы психосоматических отношений внесла С.-Петербургская психосоматическая школа, основоположником которой был д.м.н., профессор Ю.М. Губачев. Особенность школы в том, что основатели продолжили развитие биопсихосоциального подхода к человеку. И выразители этих идей - врачи-интернисты, которые стали учитывать этот подход в лечении пациентов. Ю.М. Губачев, Б.Д. Разумов характеризуют эмоциональный стресс как психофизиологическое состояние, возникающее у человека под влиянием субъективно-значимых стрессоров и ситуаций, выражающееся в значительных перестройках эмоционального гомеостаза, а также неспецифического и специфического реагирования, направленного на восстановление эмоционального равновесия. Снижение иммунитета наступает в результате стрессов и перегрузок [5]. Опираясь на труды Г. Селье (G. Selye) и особенно на результаты исследований учеников Ю.М. Губачева (Симаненков В.И. и др.), было сформулировано положение, являющееся базовым для разработанной ими онтогенетической теории соматических расстройств. Избирательность поражения органа является следствием интегрирования и системной организации следующих компонентов: конституционально-генетических предпосылок; включения висцеральных дисфункций в психогенез; характера эмоционально-стрессорного реагирования; особенностей нейро-иммунно-эндокринной реактивности; генотипически обусловленной неполноценности органа «мишени».

В рамках онтогенетической концепции психосоматического процесса В.И. Симаненков [27] сформулировал 9 положений и представил механизмы развития и течения психосоматических заболеваний следующим образом.

- Психосоматические заболевания развиваются на базе генетических (иммуногенетических) предпосылок, реализующихся в конституциональных морфофункциональных характеристиках человека и особенностях его иммунной и нейроэндокринной реактивности, центральной вегетативной регуляции.

- В условиях психологических конфликтов и эмоциогенных дистрессорных воздействий формируются состояния социально-психологической дезадаптации, а, в дальнейшем, и личностные расстройства.

- Именно «наложение» средовых стрессорных факторов, воздействующих на человека в ходе его индивидуального развития и социально-психологической дезадаптации на конституционально-генетические характеристики позволяет говорить об онтогенезе психосоматических страданий.

- В процессе психосоматического онтогенеза происходит формирование вертикально организованных функциональных систем с множественными пересекающимися прямыми психо-нейро-эндокринно-иммунными и обратными соматопсихическими связями и формированием «психосоматического контура».

- «Орган мишень» в таком контуре играет активную роль и может модулировать состояние центральных звеньев функциональной системы.

- В фазе обострения заболевания жесткость психосоматической функциональной системы может уменьшаться за счет большей автономности «органа мишени».

- Именно в ремиссии наиболее полно проявляется структура психосоматической функциональной системы. Достижение ремиссии происходит как за счет многоуровневой адаптационной перестройки, так и путем компенсаторной активации новых звеньев системы.

- При заболеваниях с прогрессивным течением, по мере нарастания органического дефекта, в связи со снижением адаптивных возможностей отдельных звеньев функциональной системы происходит сужение «адаптационного коридора» и развивается сенсбилизация системы, делающая достижение стойкой ремиссии маловероятным.

- Из основных положений концепции онтогенетического психосоматического процесса следует, что средства адаптационной и психотропной терапии могут позитивно влиять как на психологический статус больных, так и на состояние органов мишеней, а также на течение психосоматических заболеваний» [27, с. 10].

В рамках этой научной школы последние два десятилетия проводятся практически ежегодные психосоматические конгрессы, в которых принимают участие врачи-интернисты, психиатры, психотерапевты, неврологи, клинические психологи.

Для московской школы психосоматической психологии наиболее значима теория Л.С. Выготского. Существенным потенциалом для анализа данной проблемы обладает культурно-исторический подход, в частности, в психосоматическом аспекте — культурно-исторический подход к психологии телесности (В.В. Николаева, А.Ш. Тхостов, Г.А. Арина).

С позиций культурно-исторического подхода В.В. Николаева [28] предлагает термин «психосоматическое развитие». При этом она отталкивается от понимания психосоматических проявлений у здорового человека:

1. Явления мобилизации психических и телесных ресурсов человека в ситуации решения сложной и ответственной задачи,

2. Феномен аффективной дезорганизации с выраженными телесными компонентами.

Понятие психосоматического развития определяется ею как процесс закономерного становления механизмов психологической регуляции телесных функций, действий и феноменов. В контексте культурно-исторического подхода смысловые структуры и эмоциональные переживания рассматриваются как формы внедрения психологической регуляции в телесные феномены, что определяет значение эмоционального развития для становления телесности. По мнению В.В. Николаевой [28] на ранних этапах онтогенеза ведущую роль играет «совместно разделенная эмоция», сопровождающая основные моменты телесного развития. В рамках этого подхода подробным образом рассматриваются столь необходимые как для теоретического осмысления, так и для практической работы, понятия телесности, образа тела, схемы тела, внутреннего тела, культурного тела, внутренней картины здоровья и болезни, отношения к болезни.

Телесность пациентов с соматическими заболеваниями и психосоматическими расстройствами. Одна из проблем, с которой сталкивается психосоматика — это недостаточное внимание, которое уделяется феномену телесности. Она оказывается "теоретически невидимой" для психологии, несмотря на свою очевидность. Декларируя психосоматическое единство человека, психология занимается преимущественно явлениями сознания, высшей психической деятельности, а телесность остаётся для неё чуждым, природным качеством. «Телесность» есть одухотворенное тело. Человеческая телесность является процессом онтогенетического, личностного развития, в широком смысле исторического развития и выражает культурную, индивидуально-психологическую и смысловую составляющие человеческого существа. Понятия «тело» и «телесность» отличает мера жизненности [17].

По мнению русского философа М.М. Бахтина [3], концепция телесности базируется на идее различения двух телесных канонов: тела внешнего и внутреннего. Первое – внешнее - пространственно очерчено и определено в рамках тех границ, которые зрительно воспринимаются другим людьми. В своей полноте и завершенности оно представляется лишь другому: "во внешне-едином видимом, слышимом и осязаемом мною мире я не встречаю своей внешней выраженности, как внешний же единый предмет рядом с другими предметами, я нахожусь как бы на границе видимого мною мира, пластически-живописно не соприроден ему". В противоположность внешнему телу, внутреннее – "тяжелая плоть" – "восчувствовано, переживаемо изнутри". Внутреннее тело – это момент человеческого самосознания, представляющий собой

"совокупность внутренних органических ощущений, потребностей и желаний, объединенных вокруг внутреннего мира". В этой концепции говорится о том, что внутреннее тело не обладает пространственной определенностью: "я существенно переживаю себя, охватывая всякие границы, всякое тело, расширяя себя за всякие пределы, мое самосознание разрушает пластическую убедительность моего образа". Внешнее тело всегда фрагментарно, внутреннее – целостно, едино. Внешнее тело человека предстает в виде пространственной организации, а внутреннее – как определенная временная структура [15].

К настоящему времени существуют теории энергетического происхождения соматического заболевания. А. Менегетти [12] понимает здоровье как «свободное течение энергии, которая, проходя множество различных частей, сходится в единой точке, интегрируется в единое целое».

По мнению А. Менегетти, когда высший разум пренебрежительно относится к урокам жизни, защищать организм вынужден разум более низкого уровня. Следовательно, если психика не находит решения в сознательной или бессознательной форме, то вмешивается соматика, предлагая альтернативное решение. Соматическая и психическая энергия различаются по скорости действия: соматическая – наиболее медленная, поэтому органическое заболевание представляет собой форму приспособления. В любом случае соматизация – это всегда результат инфантильной реакции «Я». Не существует никакого таинственного скачка от психики к коме, но есть непрерывность, идентичность, выраженные на разных языках одной и той же формы. И мы имеем дело с непрерывностью, идентичностью, выраженной на разных языках одной и той же формы идентичного оперативного значения, смыслового содержания, то есть, энергия и информация представляют собой совместно действующие формы [12].

В большинстве исследований образ тела рассматривается в качестве одного из важнейших компонентов самосознания (Бернс Р., Мухина В.С., Пиаже Ж., Рубинштейн С.Л., Сеченов И.М., Меерович Р.И., Мдивани М.О., Соколова Е.Т. и др.).

В процессе развития образ тела органически включается во все звенья структуры самосознания: притязание на признание, половая идентификация, психологическое время личности, социальное пространство личности, реализуемое через права и обязанности. Неуверенность в своем отождествлении характерна для людей нашей культуры. Отождествление, основанное на образах и ролях, рано или поздно перестает удовлетворять, не позволяет человеку быть

аутентичным. Не стоит забывать о том, что человек ощущает реальность мира только через собственное тело (через органы чувств).

«Образ тела» - символ и ментальные построения, которые противопоставлены реальности физического опыта. Нельзя сказать, что образы нереальны, но их реальность отлична от телесного феномена. Образ обретает реальность, когда объединяется с чувством или ощущением. Ментальное здоровье подразумевает, что образ совпадает с реальностью. В этом случае образ себя согласован с внешним видом тела и с чувствами. В социальной сфере образ имеет как позитивный аспект, так и негативный.

«Образ тела» - системообразующий структурный элемент образа Я. (Пример: зрительное открытие руки у ребенка). Его осознанное формирование начинается на 2-м году жизни. Ребенок разглядывает, трогает разные части тела, узнает их названия и функции, испытывает их в действии, знакомится с ощущениями от них и учится соотносить ощущения с определенными частями тела. Таким образом, он формирует целостное эмоционально насыщенное представление о своем теле, о своей телесной тождественности самому себе. Недостаточность или подавление этих процессов затрудняет формирование личностной идентичности. Формирование образа тела несводимо к приобретению общих знаний о строении тела. В динамике жизненного пути образа тела предстает как высоко значимое динамичное личностное образование, с которым тесно связаны потенции, как внутренних конфликтов, так и личностного роста.

Ситуация совершенно меняется в случае соматического заболевания. Патологическим процессом нарушается нормальное протекание телесных функций. Пациентам очень сложно дифференцировать, называть, обозначать свои ощущения. На вопрос врача «на что похожа ваша боль, ваши ощущения» далеко не все могут сформулировать словами свои интрацептивные ощущения. Особенно при наличии алекситимии. Подсказки и готовые словари приводят к диагностическим ошибкам, "маскировке" симптомов, стереотипному реагированию.

Согласно современным определениям, схема тела определяет его границы и расположение отдельных частей (Бернс Р.). Являясь психофизиологической реальностью, схема тела формируется под действием сенсорных импульсов от всех участков тела. Термин ввел Schilder P. Схему тела можно рассматривать как психофизиологический информационный аппарат, где постоянно формируются и сопоставляются динамический и статический образы тела, а также оперативные образы (образы будущего движения). На физиологическом базисе "схемы тела" создается личностная

надстройка, с помощью которой создаются психологические и эстетические образы тела, несущие уже и оценочную функцию.

Схема тела имеет значение в становлении позы и движений, регулируемых как сознательными, так и бессознательными рефлекторными механизмами. Физиологическую основу схемы тела составляет функциональная система, интегрирующая поток чувствительных импульсов от собственного тела и его частей. В этой системе интегрируются динамический, трехмерно-пространственный образ тела, создаваемый текущей чувствительной информацией, и статический образ тела, приобретаемый в онтогенезе путем обучения на основе долгосрочной памяти.

Схема тела формируется с возрастом, постепенно. У детей до 5 лет еще нет полностью сформированного образа своего тела. Схема тела раньше формируется у ребенка в отношении правой половины тела (у правшей), а затем - левой.

Поскольку схема тела отражает реальные формы и границы тела физического, то при изменении последнего, например, при калечащих операциях, схема тела не успевает за реальным изменением границ тела. Постепенно схема тела приходит в соответствие с изменившейся формой тела. Но на начальном этапе отсутствие того или иного органа, дефекты тела переживаются очень болезненно на психическом уровне.

При соматических расстройствах мы имеем дело, прежде всего, с нарушениями «внутреннего тела». В здоровом теле человек практически не осознает свои ощущения, свои органы. Но всё меняется при заболевании.

По мнению А.Ш. Тхостова, возникновение препятствий внутри собственного тела создает специфическую конфигурацию, топологию "внутреннего тела", погруженного внутрь анатомического тела человека. Если зонд выносит эту границу вовне, то в случае соматического заболевания тело из универсального зонда, совпадающего с размерностью внешнего тела, становится собственным объектом, сжимаясь до границ нового сопротивления [30].

В «больном» теле при оперативном вмешательстве с калечащими операциями мы имеем дело как с изменением «внутреннего тела», погруженного в анатомическое тело, так и самой схемы тела. Рассогласование внешнего и внутреннего тела становится максимальным.

При психосоматических расстройствах мы имеем дело с проявлениями «культурного тела». На образование этого тела влияют культура, традиции, воспитание, религия, семья, среда, вплоть до географической, социальная ситуация. Сами по себе психосоматические расстройства являются «бегством в тело» [14].

Концепция Н. Пезешкиана об актуальных способностях человека - первичных и вторичных – дает возможность выявления внутреннего, актуального конфликта, запускающего механизм формирования психосоматических расстройств. Анализируя четыре сферы переработки конфликта (тело/ощущения, деятельность, контакты, фантазии/будущее) можно установить соотношение этих сфер и сформулировать гипотезу о происхождении актуального конфликта.

Телесность пациентов с психосоматическими проблемами практически не изучена, поскольку это системное понятие и феномен. К телесности относят понятия «образ тела» «схема тела», внутренняя картина болезни (ВКБ) и здоровья (ВКЗ), отношение к болезни. Поэтому для исследования телесности на психологическом уровне необходимо изучать проблему комплексно, системно, применяя различные диагностические методы исследования названных феноменов. Такое системное исследование позволит применять адресно методы психотерапии в лечении пациента.

Психодиагностика психосоматических отношений в болезни.

Новые социальные ситуации, приказы по оценке состояния и определения инвалидности пациента с рядом соматических заболеваний, психосоматических расстройств, предстоящий переход на МКБ-11 требуют от медицинского психолога владения данной проблематикой при проведении диагностики и написании заключений, а именно: знания методов диагностики особенностей личности, эмоциональных состояний, смысловых ориентаций, телесных и поведенческих проявлений, поскольку анализ когнитивной сферы не является определяющим для этих групп больных. Следуя логике холистического подхода, необходимо исследовать телесную, эмоциональную и смысловую сферы. Диагностика может быть проведена как с помощью методов наблюдения и беседы и применения психологического инструментария, так и через тестирование состояния пациента через значимые для него ситуации.

Наибольшую информацию дают такие методы исследования отношения к болезни, ВКБ, ВКЗ, как методика "Локус контроля и самооффективность в отношении болезни и лечения" Е.И. Рассказовой и А.Ш. Тхостова [16], опросники "Когнитивное представление о болезни", "Эмоциональное реагирование на болезнь" В.М. Ялтонского, методика ТОБОЛ.

Эмоциональная сторона жизни психосоматического больного должна быть исследована особенно тщательно, поскольку подавление или неадекватное выражение эмоций приводит к накоплению отрицательных эмоций, которые «уходят в тело». Необходимо изучение эмоционального словаря, выявление запрета на выражение эмоций и

подавление эмоций (а в психотерапии важно выявление, кем и когда), искажение эмоционального пространства. Для этих целей служат шкала дифференциальных эмоций К. Изарда в адаптации А.В. Леоновой [11], Торонтская Алекситимическая Шкала (TAS) G. J. Taylor и соавт. (1985), опросник «Запрет на выражение чувств» Зарецкого В.К., Холмогоровой А.Б., Гаранян Н.Г. [31, 32], краткая форма Пертской шкалы эмоциональной реактивности (D. Preece, R. Vescega, G. Campitelli, 2019, версия П.М. Ларионова и соавт., 2021) [10], методика незаконченных предложений Дж. Сакса, модифицированная для психосоматических больных. Обязательным является измерение состояний тревоги, депрессии, агрессии. Именно с этими состояниями приходится работать в психотерапии пациентов с психосоматическими расстройствами.

Для построения будущей психотерапии с пациентом, поиска его ресурсов необходимо исследовать его ценностно-смысловую сферу. Для этой цели будут полезным тест жизнестойкости С. Мадди, тест смысложизненных ориентаций и методика предельных смыслов Д.А. Леонтьева, опросник терминальных ценностей (ОТеЦ) И.Г. Сенина, тест экзистенциальных мотиваций, методика исследования самоотношения С.Р. Панталева.

В исследованиях, проводимых в течение 20 лет под нашим руководством, изучались психологические особенности пациентов с различными психосоматическими заболеваниями в области телесности, восприятия болезни и лечения, когнитивных и эмоциональных компонентов болезни, смысловой структуры. Практически все исследования психосоматических отношений проводятся нами совместно с медиками с учетом медицинских показателей. Приводятся статистически значимые результаты.

Изучались когнитивные и эмоциональные особенности телесности пациентов с онкологическими заболеваниями, ревматоидным артритом (РА) и ампутацией конечности при сахарном диабете 2 типа (СД-2) и атеросклерозе [2, 19]. Во всех этих случаях имеем дело не только с изменением телесности, а именно образа тела, но и схемы тела. Были выбраны именно три группы заболеваний, так как у пациентов этих групп, вследствие их недуга, страдают и внешнее тело, и внутренняя телесность. Хирургические вмешательства при ампутации и онкологических операциях и поражения костно-мышечной системы при артритах изменяют внешнее тело, что не может не сказываться на внутренней телесности пациента, на его самосознании, переживаниях и оценках болезни, отношении к ней и на формировании отношения к лечению.

В результате исследования удалось выяснить, что пациенты РА более алекситимичны, чем другие группы пациентов, более

экстернальны в отношении болезни и лечения, имеют более высокий внешний локус контроля в отношении причин заболевания и его лечения, более склонны к реализации стратегий, подчёркивающих негативное значение болезни. Пациенты с онкологическими заболеваниями более склонны прибегать к стратегиям позитивного переформулирования ситуации болезни. Они лучше справляются с негативным смыслом события, обратив недостатки сложившейся ситуации в тенденцию к борьбе за выживание, взяв на себя ответственность за этот процесс. Пациенты, прошедшие ампутацию конечности, более нейтрально реагируют на ситуацию болезни в эмоциональном плане, т.к. короткий промежуток времени манифестации болезни и внезапной хирургической операции не сформировал значительного изменения образа тела и телесности в её когнитивных и эмоциональных аспектах. За их реакциями безличности в отношении лечения и причин болезни стоит защитное поведение. Из трех групп пациентов наибольшее проявление изменения телесности в части отношения к болезни и лечению, когнитивных и эмоциональных оценок болезни имеют пациенты РА.

Изучая пациентов с аутоиммунными заболеваниями (аутоиммунный тиреоидит (АИТ), ревматоидный артрит (РА) и сахарный диабет первого типа (СД-1)) [21] обнаружили взаимосвязи между степенью выраженности эмоциональных проявлений пациентов и частотой выбора ими адекватного способа совладающего поведения. Для пациентов СД-1 чем интенсивнее пациент проявляет негативные эмоции, тем сильнее он склонен к тревожно-депрессивным эмоциям; чем чаще он испытывает тревогу, тем реже он использует эффективные стратегии решения проблемы в своем поведении. Чем слабее способность пациента осознавать и выражать свои эмоции, тем менее он склонен к позитиву и тем сильнее его неудовлетворенность собой. Чем сильнее неудовлетворенность пациента собой, тем реже он выбирает эффективный эмоциональный способ совладания с проблемной ситуацией.

Для пациентов АИТ чем старше пациент, тем слабее его способность выражать свои эмоции в общем, но тем чаще он испытывает именно положительные эмоции, в частности, однако, недовольство собой при этом только усиливается.

Для пациентов РА чем выше уровень алекситимии пациента, тем реже он использует адаптивные когнитивные и эмоциональные копинги и тем выше его неудовлетворенность собой. Чем старше пациент, тем чаще он прибегает к более эффективным стратегиям решения проблемной ситуации, которые направлены в первую очередь на ее тщательный анализ и позитивный прогноз ее разрешения.

В целом для пациентов с аутоиммунными заболеваниями выявлена обратная взаимосвязь между уровнем алекситимии пациентов и конструктивностью их копинга: чем слабее способность пациента отслеживать и выражать свои эмоции, тем реже он использует адаптивные когнитивные стратегии решения проблемных ситуаций, причем с возрастом данная тенденция становится только более явной. Чем меньше пациент склонен к позитивному восприятию событий, тем сложнее ему справляться с проблемными ситуациями с эмоциональной точки зрения и тем меньше он доволен собой. Чем сильнее пациент подвержен тревожным переживаниям, тем сложнее ему поступать эффективно в решении проблемной ситуации.

Еще одно исследование было посвящено изучению перфекционизма и контроля эмоций у пациентов с болезнями желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), СД-2, РА и бронхиальной астмы (БА). Оказалось, что больные СД-2 типа в сравнении с другими группами больных имеют более высокие общий уровень перфекционизма и уровень запрета на выражение чувств. При этом они также имеют более широкий спектр подавляемых эмоций. Наиболее высокий уровень значимости проявляется в подавлении гнева как у больных РА, так и у больных СД-2. Как известно, гнев - результат ограничения свободы, препятствие в достижении целей, неправильные или несправедливые действия окружающих, вызывающие некоторые раздражающие факторы (боль, ощущение дискомфорта и т.п.). Данные результаты могут быть связаны с тем, что больные РА могут сдерживать свою боль, испытывая при этом гнев, и сдерживать его вместе с болью. В свою очередь, больные СД-2, в большей степени проявляют гнев, когда стремятся к перфекционизму в деятельности, не достигая желаемых результатов, то есть имеют высокий уровень притязаний, недостижимый для них.

Пациенты РА показали высокий уровень положительной взаимосвязи подавления гнева, радости и страха с высоким уровнем общего запрета на выражение чувств. В связи с этим, можно предполагать, что наличие сдерживания хотя бы одного из упомянутых чувств может приводить к подавлению всех эмоций, тестируемых методикой «Запрет на выражение чувств». Можно предположить, что больные РА из-за наличия боли могут испытывать гнев по причине скованности суставов и невозможности максимально продуктивно выполнять деятельность, не испытывая при этом дискомфорта. Поэтому, вероятнее всего, вслед за гневом, больные испытывают страх повторного возникновения болевых ощущений или скованности при выполнении деятельности вновь. Следовательно, можно говорить о стремлении не проявлять эмоций радости из-за постоянных суставных

болей, которые испытывают больные, вследствие чего проявляется общий высокий уровень подавления всех рассмотренных эмоций [18].

Исследование эмоциональной и ценностно-смысловой сферы больных СД 2 типа показало высокий индекс тревожно-депрессивных эмоций и низкий уровень положительных эмоций в сравнении со здоровыми респондентами. Пациенты не удовлетворены своей жизнью в настоящем, показатели терминальных ценностей у них также значимо ниже, чем у здоровых реципиентов [20].

Было проведено изучение эмоциональной и когнитивной составляющих болезни и локуса контроля болезни и лечения у больных ХОБЛ и больных с синдромом перекреста БА и ХОБЛ для понимания их внутренней картины болезни [23, 24]. По результатам исследования для группы «Пациенты с ХОБЛ+СПБАХ» характерны: высокий уровень экстернальности в отношении лечения и причин болезни; большая выраженность проявления острых негативных эмоций (гнева, отвращения, презрения); большая адаптированность в семье и сбалансированный тип семейной системы; навязчивый контроль тревожных мыслей. «Курящие пациенты ХОБЛ+СПБАХ» в сравнении с группой «Курящие здоровые» более экстернальны в отношении лечения и причин болезни и не считают себя ответственными за возникновение болезни; имеют более высокий уровень сплоченности со своей семьей; имеют негативные метакогнитивные убеждения, а именно склонны считать тревожные мысли о заболевании опасными, вызывающими дополнительное беспокойство и ухудшения состояния здоровья. «Некурящие пациенты ХОБЛ+СПБАХ» в сравнении с группой «Некурящие здоровые» более экстернальны в отношении лечения; имеют более высокий уровень семейной адаптации. В ходе регрессионного анализа результатов больных ХОБЛ+СПБАХ было выявлено значимое влияние предиктора шкалы «индекс положительных эмоций» на выраженность компонента «экстернальность в отношении причин болезни». Положительное эмоциональное отношение субъекта к ситуации, проявление таких эмоций как интерес, радость, удивление, возможно, может повлиять на то, что испытуемый не будет испытывать вину за ухудшение своего здоровья. Выявлено значимое влияние предиктора шкал «позитивные убеждения о беспокойстве» и «семейная сплоченность» на выраженность компонента «экстернальность в отношении лечения». Сомнения в пользе и выгодах беспокойства, а также уровень эмоциональной связи между членами семьи, предположительно, может влиять на то, что испытуемый будет следовать рекомендациям врача, а не заниматься самолечением. Выявлено значимое влияние предиктора шкалы «негативные убеждения, связанные с неуправляемостью и

опасностью беспокойства» на выраженность компонента «безличность в отношении причин болезни». Убежденность в опасности тревожных мыслей, скорее всего, может влиять на то, что испытуемый не будет брать ответственность за ухудшение своего здоровья на себя, а будет списывать все на случайные события в жизни или судьбу. Выявлено значимое влияние предиктора шкалы «индекс тревожно-депрессивных эмоций» на выраженность компонента «самоэффективность в отношении болезни». Переживание эмоций тревожно-депрессивного комплекса (страх, стыд, вина), вероятнее всего, может отрицательно повлиять на уверенность испытуемого в своих возможностях следовать назначенному лечению и выздороветь.

Интересным оказалось исследование психологических особенностей личности больных дисплазией соединительной ткани (ДСТ) [8, 22]. Оказалось, что высокий уровень ДСТ проявляется во всех основных системах организма: костно-мышечной, сердечно-сосудистой, желудочно-кишечной. Такие пациенты имеют тенденцию к частым заболеваниям ОРВИ. Пациенты с высоким уровнем ДСТ общаются с ограниченным кругом людей, имеют тенденцию откладывать выполнение важных дел, алекситимичны, нерешительны, робки, испытывают страх эмоциональной близости, имеют низкую самооценку. Высокий уровень ДСТ с проявлениями в костно-мышечной системе сопровождается снижением активности в коллективе и включенности в общественные виды деятельности, неспособностью соответствовать высоким критериям выполнения деятельности, контролем эмоций. Высокий уровень ДСТ с проявлениями в сердечно-сосудистой системе сопровождается дезадаптацией и тревожностью, снижением контроля над влечениями. Чем выше общий показатель ДСТ, тем более респонденты склонны к колебаниям настроения, ипохондричны, астенизированы, тревожны, возбудимы, не уверены и не решительны, не способны преодолевать житейские трудности, не обладают психической выносливостью. Чем выше общий показатель ДСТ, тем реже проявления «лени» (прокрастинации).

Особое внимание следует уделить изучению болевого синдрома (боль как выражение внутреннего конфликта, боль как физическое явление, наблюдаемое в результате подавления чувств, боль в качестве защиты). Болевой синдром представляет интерес для психологии с самого начала ее научного развития. Важны два явления: болевой порог и порог выносливости боли. Считается, что личностные особенности определяют реакцию человека на боль и его болевое поведение, то, как человек будет переносить боль, какие эмоции испытывает как часть реакции на боль и каким образом будет преодолевать болевой синдром

[10, 13].

В нашем исследовании поставлена задача получения актуальных данных о взаимосвязи болевого синдрома в спине и суставах и особенностей переживания эмоций, тревоги и алекситимии, а также определении степени реактивности эмоций. Результаты показали, что испытуемые с болевым синдромом, имеющие высокий уровень алекситимии, склонны придавать большее значение негативным эмоциям, которые быстрее возникают, интенсивнее протекают, имеют большую продолжительность, чем позитивные эмоции. Это отражается на их общем самочувствии. Чем выше уровень алекситимии лиц с болевым синдромом, тем быстрее возникают негативные эмоции, интенсивнее и дольше длятся, выше общая реактивность негативных эмоций. Чем выше уровень тревоги у лиц с болевым синдромом, тем быстрее возникают отрицательные (тревожно-депрессивные) эмоции, они интенсивнее выражаются и дольше существуют.

Трудности работы с психосоматическим пациентом. Тезисом Всемирной организации здравоохранения коммуникация «врач–пациент» определена как краеугольный камень хорошей медицинской практики. 80% успеха работы врача и, тем более, психолога с больными определяется как раз его коммуникативными навыками. Пациенты, страдающие психосоматическими расстройствами, относятся к так называемым «трудным больным». «Трудный больной» - больной человек, с которым врачу сложно взаимодействовать.

Главный страх пациента, страдающего ПСР: «Меня не любят!». В связи с этим возникает надежда: «может быть меня, больного, будут жалеть, а значит любить. Чтобы быть любимым, нужно быть больным». Эту тенденцию он поддерживает с детства. Нелюбимый матерью ребенок старается привлечь ее внимание своей болезнью.

Очень важно узнавать мотивацию появления пациента на приеме у врача.

За жалобами пациента обычно скрыты не выдуманные, а реальные конфликты, специфическая устойчивость неблагоприятных отношений. Пациент с ПСР не стремится прекратить плохие взаимоотношения, наоборот, он может годами терпеть отношения, которые не только не доставляют удовольствия, но истощают и разрушают его личность. Этот феномен можно объяснить подавлением враждебности, агрессивности, обиды, злости. Пациент с ПСР очень чувствителен к проявлению злости в себе и других. С другой стороны, внешне одни психосоматические больные приятны, со всем соглашаются, другие не способны почувствовать и не чувствуют недоброжелательности к себе. При возникновении спора, конфликта они отступают или рационализируют ситуацию. Редкие пациенты

способны испытать злость. Следствием алекситимичности пациента с ПСР является неумение вербализовать свои эмоции. В связи с этим пациент свои эмоциональные проблемы понимает исключительно, как соматические, и ориентирован на медикаментозное лечение. Ему легче принимать лекарства, чем изменить себя. Большая проблема - установление и поддержание комплаенса и с врачом -интернистом, и врачом-психотерапевтом. Сложным также является выполнение назначений врача, ведение дневника, соблюдение режима.

Психотерапия пациентов с психосоматическими расстройствами. Согласно МКБ10 эти заболевания классифицируются как органические. В качестве дополнительного психического диагноза применяется код F54 - психологические и поведенческие факторы, связанные с нарушениями и болезнями, классифицированными в других рубриках. В DSM IV код 316 - специфические психические факторы, влияющие на соматические заболевания. Соматические симптомы, которые нельзя в достаточной форме отнести к органическим заболеваниям и которые не являются вторичными последствиями другой уже описанной психической симптоматики (например, депрессии или панических расстройств), с 1980 г называют «соматоформными расстройствами». Между группой классических психосоматических заболеваний и соматоформными расстройствами лежит большая область пересечений. В обоих случаях имеют место как психические, так и соматические процессы, поддерживающие болезнь [1].

27 апреля 1960 года в Германии был официально учрежден Институт и Учебный центр психоанализа и психосоматической медицины. В 2003 году был открыт Институт психосоматики и психотерапии в Потсдаме. В ряде городов Германии существуют клиники психосоматических нарушений. На наш взгляд, наиболее успешной в области психотерапии психосоматических заболеваний является немецкая концепция. В целом в ней прослеживается предложение рассматривать практически все заболевания как психосоматические (В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад, Н. Пезешкиан, Р. Дальке, Дотс К.- Петер, Маурер В.-Ю.). Авторы продолжают психоаналитическую традицию во взглядах на психосоматические реакции как язык тела, язык души [4, 6, 7]. При этом фиксируются «язык» психосоматического пациента, который демонстрирует проблемы, связанные с конкретной болезнью; изучаются речевые аналоги болезней; подбираются метафоры, характерные для конкретной нозологии; исследуются психологические причины, вызывающие данное заболевание; взгляды на болезнь.

Поскольку заболевание является биопсихосоциальным,

психотерапия должна опираться на принципы мультимодальности, системного анализа проблем, событийно-биографический подход [9]. Согласно принципу мультимодальности реализуется современное представление о психосоматике как междисциплинарной области знаний, в которой медицинский метод диагностики сочетается с психологическим, социологическим, психосоциальным (схема А. Лазаруса, модель Д.Н. Оудсхоорна). Следуя принципу системного анализа, автор исходит из того, что психосоматические расстройства – это нарушения системы отношений личности на различных уровнях: биологическом, экологическом, интерперсональном, интраперсональном. При этом учитывается полиэтиологичный характер ПСР и ПСЗ. Событийно-биографический подход ориентирован на прошлое личности (клинический анамнез) и на ее будущее (антиципация). В данном случае реализуется психодинамический подход, который согласуется с традиционным медицинским, рассматривающим патологический процесс в динамике развития, учитывающий воздействие различных, прежде всего, психогенных факторов в преморбидном периоде [9]. В МКБ-10 и DSM-IV применяется Многоосевая клиническая диагностика.

В психотерапии ПСР – главный принцип – обнаружение внутриличностного конфликта, который создает поле для напряжений и способствует развитию заболевания. Для каждого пациента он индивидуален. Смысл психотерапии – актуализировать этот конфликт.

В области психосоматических заболеваний психотерапевт и клинический психолог могут помогать в наибольшей степени. В области соматоформных расстройств – частично. Необходимо понимать границы своей компетентности.

Поскольку с пациентами данного профиля необходимо прорабатывать весь биопсихосоциальный контент, используются разные методы психотерапии: позитивная, психодинамическая, когнитивная, бихевиоральная, телесно-ориентированная, экзистенциальная [1, 14, 25, 29]. Это гипноз, методы релаксации, коммуникативный тренинг, системная психотерапия, в сочетании с существующими физиотерапевтическими процедурами. Психосоматическая реабилитация предполагает индивидуальную программу лечения [7].

Литература

1. Арндт П. Психосоматика и психотерапия: справочник / П. Арндт, Н. Клинген // Под ред. А.Б. Смулевича, Э.Б. Дубницкой, А.Ш. Тхостова. – М.: МЕД-пресс-информ, 2014. – 368 с.
2. Баранов М.В. Эмпирическое исследование когнитивных и эмоциональных аспектов нарушения феномена телесности пациентов (на примере пациентов с ампутацией конечности и ревматоидным артритом) / М.В. Баранов, Н.А. Русина

// Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия. Сборник материалов VII Всероссийской конференции студентов и молодых ученых с международным участием // Рязань: Издательство Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова, 2020. – С. 5-14.

3. Бахтин М.М. Эстетика словесного творчества - М.: Искусство, 1986. - 445 с.
4. Бройтигам В. Психосоматическая медицина: Краткий учебник / В. Бройтигам, П. Кристиан, М. Рад // М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. – 376 с.
5. Губачев Ю.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений / Ю.М. Губачев, Е.М. Стабровский // Л.: Медицина, 1981. – 216 с.
6. Дальке Р. Болезнь как язык души. Послание и смысл ваших заболеваний. – СПб.: ИГ «Весь», 2009. – 336 с.
7. Догс К.-П. Натуропатия и психосоматика. Практические рекомендации. Пер. с нем. / К.-П. Догс, В.Ю. Маурер // М.: Арнебия, 2003. – 240 с.
8. Клинические рекомендации дисплазия соединительной ткани: тактика ведение пациентов в условиях общей врачебной практики [Электронный ресурс] / <http://gigabaza.ru/doc/168351-pall.html> (Дата обращения: 16.09.2019 г.).
9. Кулаков С.А. Основы психосоматики. – СПб.: Речь, 2003. – 288 с.
10. Ларионов, П.М. Психометрические свойства русскоязычной версии краткой формы Пертской шкалы эмоциональной реактивности / П.М. Ларионов, Е.К. Агеенкова, Т.В. Белашина // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика, 2021. – №13(2). – С. 26–33.
11. Леонова А.Б. Психологические технологии управления состоянием человека / А.Б. Леонова, А.С. Кузнецова // М.: Смысл, 2015. – 360 с.
12. Менегетти А. Психосоматика. – М.: ННБФ "Онтопсихология", 2009. - 352 с.
13. Осипова В.В. Психологические аспекты боли / В.В. Осипова // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. №1. – С. 4-9.
14. Пезешкиан Н. Психосоматика и позитивная психотерапия. – М.: Институт позитивной психотерапии, 2006. – 464 с.
15. Подорога В.А. Феноменология тела. Введение в философскую антропологию. – М.: Ad Marginem, 1995. – 339 с.
16. Рассказова, Е.И. Апробация методик диагностики локуса контроля причин болезни и лечения и самоэффективности в отношении лечения [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/aprobatsiya-metodik-dagnostiki-lokusa-kontrolya-prichin-bolezni-i-lecheniya-i-samoeffektivnosti-v-otnoshenii-lecheniya>, свободный. (Дата обращения: 31.01.2020 г.).
17. Русина Н.А. Телесность психосоматического больного [Электронный ресурс] / Портал психологических изданий PsyJournals.ru – Режим доступа: http://psyjournals.ru/psytel2009/issue/40829_full.shtml (Дата обращения: 06.04.2020).
18. Русина Н.А. Перфекционизм и контроль эмоций при ревматоидном артрите и сахарном диабете 2 типа / Антология российской психотерапии и психологии. Материалы Всероссийского конгресса с международным участием «Отечественная психотерапия и психология: становление, опыт и перспективы развития (к 85-летию отделения неврозов и психотерапии Национального центра им. В.М. Бехтерева)» // 2018. – С. 127-128.

19. Русина Н.А. Исследование когнитивных и эмоциональных аспектов нарушения феномена телесности пациентов / Н.А. Русина, М.В. Баранов // Ананьевские чтения – 2021. Материалы международной научной конференции // Санкт-Петербург, 2021. – С. 131-132.
20. Русина Н.А. Исследование эмоциональной сферы больных сахарным диабетом 2 типа / Н.А. Русина, Т.А. Буйдина, А.И. Липкина // Инновационные технологии в эндокринологии. Сборник тезисов IV (XXVII) Национального конгресса эндокринологов с международным участием // Москва, 2021. - С. 292.
21. Русина Н.А. Эмпирическое исследование уровня алекситимии и совладающего поведения пациентов с аутоиммунным тиреоидитом и сахарным диабетом первого типа / Н.А. Русина, А.В. Зубова // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. – т. 9. № 2 (33). –С. 155-164.
22. Русина Н.А. Психологические особенности личности с дисплазией соединительной ткани с синдромом гипермобильности суставов / Н.А. Русина, А.Б. Оленчук // Будущее клинической психологии – 2019. Материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, к 140-летию открытия первой психологической лаборатории В. Вундта // Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2019. – С. 88-92.
23. Русина Н.А. Исследование эмоциональной и когнитивной оценки болезни и локуса контроля болезни и лечения пациентов с диагнозом хроническая обструктивная болезнь легких / Н.А. Русина, Д.А. Скобелева // Будущее клинической психологии – 2020. Материалы XIV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием // Пермский государственный национальный исследовательский университет, 2020. – С. 110-115.
24. Русина Н.А. Исследование оценки и локуса контроля болезни пациентами с диагнозами хроническая обструктивная болезнь легких и с синдромом перекреста бронхиальной астмы и хронической обструктивной болезни легких / Н.А. Русина, Ю.С. Филатова С.В. Швецова, Д.А. Скобелева // Медицинская психология в России: сетевой науч. журн. [Электронный ресурс] – 2021. – Т.13, №6. – URL: <http://mpj.ru> (дата обращения: 20.02.2023).
25. Сандомирский М.Е. Психосоматика и телесная психотерапия: Практическое руководство. – М.: Независимая фирма «Класс», 2005. – 592 с.
26. Сидоров П.И. Психосоматическая медицина / П.И. Сидоров, А.Г. Соловьев, И.А. Новикова // М.: – МЕДпресс-информ, 2006. – 568 с.
27. Симаненков В.И. Онтогенетическая концепция психосоматических расстройств / Психосоматическая медицина – 2006. Сборник тезисов I международного конгресса 8-9 июня 2006 г. // Санкт-Петербург, 2006. – 244 с.
28. Соколова Е.Т., Николаева В.В. Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях – М.: SvR-Аргус, 1995. – 360 с.
29. Старшенбаум Г.В. Психосоматика и психотерапия. Исцеление души и тела. – М.: Изд-во Института психотерапии, 2005. – 496 с.
30. Тхостов А.Ш. Психология телесности. — М.: Смысл, 2002 — 287 с.
31. Холмогорова А.Б. Принципы и навыки психогигиены эмоциональной жизни / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Психология мотивации и эмоций: учеб. пособие для студ. вузов // М.: ЧеРо, 2006. – С. 548–556.

32. Холмогорова А.Б. Эмоциональные расстройства и современная культура / А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян // Консультативная психология и психотерапия – 1999. Т.7. №2. – С. 61–90.

Строгова С.Е., Кузнецова С.О.
АРТ-ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ
ДЕТЯМ И ПОДРОСТКАМ В УСЛОВИЯХ
ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Аннотация. В данной статье представлены результаты исследования изобразительного творчества детей и подростков, имеющих психическую патологию в процессе реабилитации методами арт-терапии. Используются методы тестирования, опроса, субъективного шкалирования. После проведения курса арт-терапевтических занятий у подростков с психическими расстройствами возрастают показатели дружелюбия, альтруизма, уменьшаются показатели алекситимии. Подростки лучше начинают ориентироваться в своих чувствах и состояниях, понимать других. Совокупность разных параметров оценки изобразительной деятельности детей и подростков, имеющих психическую патологию, в групповой арт-терапии позволяет выделить наиболее эффективные мишени психотерапии.

Ключевые слова: изобразительное творчество, арт-терапия, психическая патология, детский возраст, подростковый возраст.

Введение. В современном обществе в связи с тенденцией дестигматизации психических заболеваний и ростом потребности решения психологических проблем среди населения, всё больше людей обращаются за психологической и психиатрической помощью. В клинических и психологических работах отмечается возрастающая роль клинических психологов в лечебно-реабилитационном процессе [3, 7, 8]. Карвасарский Б.Д. указывает на роль и значение клинической психологии на всех этапах профилактики, лечения и реабилитации больных различных нозологий и возрастов [8]. Следует отметить, что включение клинических психологов в бригады специалистов, которые оказывают психиатрическую и психотерапевтическую помощь, способствует своевременной и всесторонней диагностики и лечению психических больных. Успешная деятельность любой медицинской организации, нацеленная на повышение удовлетворенности потребителя, невозможна без использования современных методов и технологий управления качеством. В настоящее время клиницисты, организаторы здравоохранения и руководители лечебно-

профилактических учреждений активно подчеркивают необходимость создания психиатрической, психотерапевтической и психологической службы в стационарных лечебно-профилактических учреждениях. В работе Прокудина В.Н. с соавторами (2003) показано исследование эффективности лечения пациентов с использованием комбинированного психотерапевтического и психофармакологического способа лечения [19]. И действительно, в последние годы, отмечается рост числа психотерапевтических кабинетов и введение должностей клинических психологов в профильных лечебных учреждениях, лечебно-профилактических учреждениях различного профиля и многопрофильных больницах, который реализует стратегию приближения к населению психологической и психотерапевтической помощи, охране психического здоровья.

Важно, что в настоящее время, одними из заказчиков психологической помощи являются подростки. Так, всё больше подростков озвучивают свои проблемы и необходимость консультации с психиатром, психологом или психотерапевтом. При этом, данные официальной статистики свидетельствуют о значительной распространенности в последние годы психической патологии в детско-подростковой популяции, а также росте числа лиц, обращающихся за профессиональной консультацией к клиническим психологам и психиатрам. В ряде исследований отмечается, что в современном мире частота психической патологии среди подростков увеличилась на 2,5 % [3].

На сегодняшний день одной из актуальных задач, стоящей перед клинической психологией и психиатрией, является необходимость в разработке методов психотерапевтической и психологической помощи пациентам с различными психическими расстройствами и разных возрастов, которые опирались бы на их интересы, возможности, индивидуальные особенности и сохранные ресурсы. В условиях современного психиатрического стационара наряду с традиционным медикаментозным лечением осуществляется и психологическая работа с детьми и подростками с различными психическими заболеваниями. Такой комплексный подход обеспечивает более эффективное лечение и реабилитацию больных. В качестве методов психологической помощи, которые чаще применяются в рамках стационара, можно отметить следующие: арт-терапия, психотерапевтическая беседа, групповая работа, тренинги, классическое рисование и занятия творчеством.

В связи с этим, поиск эффективных методов лечения и коррекции психических нарушений является важной и актуальной проблемой для клинической психологии и подчеркивает актуальность данной темы. В

работах клинических психологов, психиатров отмечается особая роль разных видов художественной деятельности (музыкальной, театрализованной, изобразительной) в развитии и коррекции психических функций, активации творческих способностей ребенка и подростка, имеющих психические расстройства и отклонения в развитии [4, 9, 10, 15]. За последние десятилетия в медицинской психологии представлено большое количество исследований, направленных на изучение творческого самовыражения у психически больных разных возрастов [2, 6, 9, 11, 13, 14, 23]. В современных отечественных и зарубежных клинических и психологических исследованиях отмечается, что большим психотерапевтическим потенциалом обладает именно арт-терапия. Как известно, сам термин «арт-терапия» впервые стал использоваться в 40-х годах XX века для обозначения разных по форме и теоретическому обоснованию вариантов лечебно-реабилитационной практики.

Интерес к арт-терапии и эффективность ее применения в современной практике способствовали увеличению и дифференциации видов и форм арт-терапевтической работы. Так, эко-арт-терапия является одним из примеров современного направления арт-терапии, в которой показана возможность использования искусства как средства изменения отношения людей к природе и реализации саногенного потенциала их взаимодействия с природной средой [12]. Кроме этого, применение арт-терапии зависит от этапа лечебного процесса. В зависимости от этапов лечебно-реабилитационного процесса можно выделить такие направления практического применения арт-терапии, как: 1) применение арт-терапии на начальных этапах лечения, которая осуществляется в условиях психиатрической больницы или дневного стационара; 2) применение арт-терапии на последующих этапах лечебно-реабилитационного процесса имеет в качестве основных задач дальнейшую стабилизацию психического состояния пациентов, профилактику новых обострений, преодоление негативных последствий болезни, социальную адаптацию.

В современной психодиагностике разработано много вариантов оценки рисуночных методик, при этом, исследователей чаще интересует проективный аспект или возможность использования рисунков в психокоррекционной и реабилитационной деятельности [4, 15, 20, 21, 22]. Для клинической практики интересным аспектом может стать анализ самого рисунка, а также раскрытие и использование ресурсных потенциалов пациентов с психической патологией в условиях стационара [1, 9]. Многие авторы замечают, что детский рисунок дает информацию о развитии высших психических функций ребенка по разным параметрам, в этом контексте отмечается и роль

развития движения. В отношении детей, больных шизофренией и аутизмом, накоплен отдельный опыт применения арт-терапии и собственно анализ рисунков больных — спонтанных, свободных или на заданную тему [1, 5, 7, 10, 16]. В психодиагностике и клинической практике отмечается многочисленными попытки систематизации и оценки рисунков больных, выявление наиболее оптимальных параметров анализа. Несомненно, изобразительная деятельность играет особую роль в развитии и коррекции психических функций, активации творческих способностей ребенка и подростка, имеющих психические расстройства и отклонения в развитии [7, 9, 11, 14, 16]. Однако, анализ и обсуждение полученных результатов в контексте данной темы остается в большей мере только качественным.

Цель нашего исследования состояла в анализе изобразительного творчества детей и подростков, имеющих психическую патологию в процессе реабилитации методами арт-терапии; а также изучение эффективности арт-терапевтических занятий. В соответствии с целью исследования нами были выдвинуты следующие **задачи исследования**:

1. Обзор теоретических и эмпирических работ по проблеме применения арт-терапии при лечении детей и подростков с психической патологией.
2. Разработка психодиагностического комплекса для изучения эффективности применения арт-терапии в лечении детей и подростков.
3. Разработка программы арт-терапевтических занятий для подростков в рамках стационарного лечения.
4. Выделение критериев для анализа рисунков, как способа квалификации состояния.
5. Сравнение коммуникативных и социальных навыков больных, прошедших арт-терапевтические занятия, и испытуемыми контрольной группы.
6. Выявление особенностей рисунка в группе больных в контексте темы занятия.

Материал и методы исследования. В нашем исследовании приняли участие 80 испытуемых мужского и женского пола в возрасте от 10 до 15 лет (средний возраст – 12,3 лет), находящихся на стационарном лечении в ФГБНУ НЦПЗ и имеющих шизотипические и аффективные расстройства, а также расстройства поведения. Все больные предварительно были обследованы врачами НЦПЗ РАМН. Диагноз, форма и степень того или иного психического заболевания выставлялись согласно критериям МКБ-10 [18]. Основными условиями включения испытуемых в данное исследование являлись: наличие сохраненного интеллекта, малая прогрессивность заболевания, входение в ремиссию, отсутствие на момент исследования в клинической картине заболевания бредовых и галлюцинаторных

расстройств и заболеваний ЦНС, рекомендация лечащего врача. Вся когорта испытуемых была разделена на 2 группы, которые были уравнены по нозологическому составу, возрасту, гендерному составу, медикаментозному лечению. Экспериментальную группу составили 42 человека, контрольную – 38 испытуемых.

Для изучения эффективности применения арт-терапии в лечении детей и подростков была составлена следующая батарея методик: тест Лири, опросник на депрессию Бэка, тест Розенцвейга, опросник на алекситимию, методика оценки психологической атмосферы в коллективе А.Ф. Фидпера [17]. Данное исследование представляло собой формирующий эксперимент и проводилось в 3 этапа: 1 этап – диагностическое обследование испытуемых; 2 этап – проведение арт-терапевтических занятий (продолжительностью в 3 недели) параллельно с медикаментозным лечением для экспериментальной группы, контрольная группа принимала только медикаментозное лечение; 3 этап- повторное диагностическое обследование обеих групп подростков. Статистическая обработка результатов производилась с помощью статистического пакета Statistica for Windows версия 6.0. Для оценки значимости межгрупповых различий использовались критерии Манна-Уитни.

Для анализа изобразительного творчества испытуемых были выбраны такие параметры рисунка, как: 1) цвет (темный и преимущественно темный, нейтральный, преимущественно светлый и светлый), 2) содержание изображения (абстракция; конкретное, но слабо детализированное; детализированное), 3) размер изображения (маленькое, среднее, крупное), 4) легкость выбора изображения (сложно, легко), 5) арт-средство (простой карандаш, цветные карандаши, акварель, гуашь, фломастеры).

Арт-терапевтические занятия проходили 2 раза в неделю на протяжении 3 недель в групповом формате по 5-6 человек. Длительность занятий составляла от 45 минут до 1 часа в зависимости от степени утомления участников и проработки темы. Арт-терапевтические занятия имели тематический формат, позволяющий снизить тревожность и уровень напряжения при социальном взаимодействии, а также развивать процессы восприятия, активизировать творческие способности, самовыражение, саморегуляцию и коммуникативные навыки. Занятия включали в себя такие темы, как: 1. Я-образ, 2. Мое настроение, 3. Эмоции, 4. Моя семья, 5. Дружба, 6. Мир, в котором хочется жить. Материалами работы выступают акварельные краски, гуашь, карандаши или фломастеры.

Результаты исследования. В результате проведенного исследования нами были получены следующие данные. На первом

этапе (первичная диагностика) значимых отличий по шкалам методик в экспериментальной и контрольной группах не было выявлено ($p > 0,05$). При этом нужно отметить, что для обеих групп испытуемых характерны трудности в определении и описании собственных чувств, снижение способности к символизации, фокусирование в большей мере на внешних событиях, чем на внутренних переживаниях, трудности в проведении различий между чувствами и телесными ощущениями, нарушения способности осознавать и вербализовать собственную эмоциональную продукцию, склонность к конфликтным проявлениям и трудности в интерперсональных контактах.

Повторное диагностическое исследование показало, что в обеих группах статистически значимо уменьшились показатели по шкалам: «депрессия» ($U=129$, $p=0,005$ для экспериментальной группы; $U=165$, $p=0,04$ для контрольной группы), «агрессивный» ($U=80$, $p=0,008$ для экспериментальной группы; $U=69,5$, $p=0,021$ для контрольной группы). При этом, статистически значимых отличий по данным шкалам в повторном тестировании между экспериментальной и контрольной группой выявлено не было ($p > 0,05$). Данные результаты могут свидетельствовать о влиянии медикаментозного лечения, которые получали обе группы больных, на эмоциональную и личностную сферы подростков. Кроме этого, было выявлено, что в экспериментальной группе подростков после проведения курса арт-терапевтических занятий статистически значимо, по сравнению с контрольной группой ($p < 0,05$) возрастает склонность к сотрудничеству, кооперации, появляется компромиссный способ решения проблем и конфликтов. Они стремились быть в согласии с мнением окружающих, следовать правилам группы, проявлять теплоту, сострадание, заботу и дружелюбие в отношениях, лучше начинали ориентироваться в своих чувствах и состояниях, понимать других. Так, по показателю алекситимии при повторном тестировании экспериментальная группа значимо отличается от контрольной ($U=71$, $p=0,003$). В контрольной группе значимых различий в уровне алекситимии при первом и повторном тестировании выявлено не было. Таким образом, можно предположить, что именно арт-терапевтические занятия позволили снизить уровень данного показателя.

Следует отметить, что статистически значимых различий в эффективности арт-терапевтических занятий между группами испытуемых разной нозологии не выявлено ($p > 0,05$). Таким образом, методы арт-терапии можно считать универсальным для работы с детьми и подростками любой нозологии. Арт-терапевтические занятия помогают больным выявлять свои интересы, индивидуальные особенности и возможности, а также повышают мотивацию и

целоеобразование. Во время занятий дети и подростки получают опыт общения и социального взаимодействия в «безопасных» условиях, осваивают основные навыки коммуникации друг с другом. Данные результаты подтверждают эффективность арт-терапевтической групповой работы с детьми и подростками, имеющими различные психические расстройства.

В нашем исследовании было выявлено, что у испытуемых отмечается тенденция к крупным рисункам (более половины листа), независимо от темы занятия. Анализ параметра «легкость выбора изображения» показал, что для испытуемых было легче всего придумать изображение и быстрее приступить к выполнению задания по таким темам, как: «эмоции» и «мир, в котором хочется жить». По таким темам, как: «я-образ», «мое настроение» и «дружба» легкость выбора изображения распределялась одинаково сложно и легко. Самыми сложными оказались задания по теме «моя семья». Тема семьи для испытуемых оказалось очень значимой и связанной со сложными переживаниями. Следует отметить, что единственный параметр рисунка, который похож во всех темах занятий, - это выбор арт-средства. В большинстве случаев (65%-74%) испытуемые предпочитали рисовать акварельными красками. На втором месте по популярности использования был простой карандаш – от 8% до 15% испытуемых рисовали простым карандашом. Данные результаты помогут психотерапевтам в выборе арт-средств при подготовке к занятиям с похожим контингентом больных. Полученные нами результаты согласуются с результатами психологических и клинических исследований в данной области. Однако провести сравнительный анализ между разными исследованиями невозможно. Количественное сравнение данных требует разработки единой системы анализа параметров рисунка, что является перспективным направлением в данной теме.

Резюме. Таким образом, из всех методов психологической помощи групповая работа с использованием арт-средств является не только одним из доступных, но и достаточно эффективным методом психологической реабилитации в условиях психиатрического стационара. Она позволяет эффективно работать со снижением коммуникативных навыков, аффективной симптоматикой при психической патологии у детей и подростков. Рисунок позволяет пациентам визуализировать свои переживания, способствуя стимуляции социальной активности и налаживанию коммуникации, формированию Я-внимания, осознанию и дифференциации своих чувств и телесных ощущений, а также снижению алекситимии. Эффективность занятий арт-терапией не зависит от нозологии и может

быть использована для лечения и реабилитации детей и подростков с психической патологией в условиях стационара.

Литература.

1. Болдырева С. И. Рисунки детей дошкольного возраста, больных шизофренией. М., 1974.
2. Бурно М.Е. Терапия творческим самовыражением. М.: Академический проект, 2012.
3. Волошин В.М., Казаковцев Б.А., Шевченко Ю.В. Состояние и перспективы развития детской психиатрической службы в России // Социальная и клиническая психиатрия. - 2002.- №2.- С.5-9.
4. Венгер А. Л. Психологические рисуночные тесты. М., 2005.
5. Генгер М. А. Арттерапевтическая работа с детьми, больными шизофренией // Журнал Психическое здоровье детей и подростков. - Московский НИИ психиатрии Росздрава (Москва). – 2007. – Т. 7. – №. 2. – С. 67.
6. Гуменюк Л.Н. Арт-терапия в системе комплексной психосоциальной реабилитации больных шизофренией в условиях принудительного лечения // Тавр. мед. -биол. вестник, 2010, № 4, С. 37-40.
7. Казмина О.Ю. Основные подходы к организации тренинга социальных навыков для больных шизофренией: Методические рекомендации. М.: Сам полиграфист, 2016.
8. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. Учебник для Вузov. – С.Пб.: Питер. – 2019.
9. Коваль-Зайцев А. А., Зверева Н. В. Уровень выполнения рисунков и состояние моторики у детей, больных шизофренией // Культурно-историческая психология. – 2010. – Т. 6. – №. 3. – С. 39-45.
10. Константинова В. В. Использование изобразительной деятельности в психологической работе с детьми с расстройствами аутистического спектра // Аутизм и нарушения развития.
11. Копытин А.И. Методы арт-терапевтической помощи детям и подросткам: отечественный и зарубежный опыт. М.: Когито-Центр, 2012, 286 с. 6. Копытин А.И. Арт-терапия – новые горизонты. М.: Когито-Центр, 2017, 336 с.
12. Копытин А.И. Концептуальные основы эко-арт-терапии // Медицинская психология в России, 2019, Т. 11, № 1, С. 4.
13. Кузнецова С.О. , Строгова С. Е. Влияние арт-терапевтических занятий на социальные и коммуникативные навыки подростков с психической патологией. // Материалы к Юбилейной всероссийской научно-практической конференции с международным участием, посвященной 75-летию Научного центра психического здоровья «Психиатрическая наука в истории и перспективе», М., 2019, С. 311-314.

14. Кузнецова С. О., Строгова С. Е., Ениколопов С. Н. Исследование эффективности арт-терапевтических занятий при работе с подростками, страдающими психическими расстройствами // Вопросы психического здоровья детей и подростков, 2021 (21), №1, с.80-90.
15. Маховер К. Проективный рисунок человека. М., 2000.
16. Медведева Е.А. Социокультурное становление личности ребенка с проблемами психического развития средствами искусства: монография, часть 1. М.: Изд. «Перо», 2015.
17. Методика оценки психологической атмосферы в коллективе (по А. Ф. Фидлеру) / Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально- психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002, С. 190-191.
18. МКБ-10: Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. ВОЗ. Женева, 1994. 208 с.
19. Прокудин В. Н., Музыченко А. П., Морозов П. В. Организационно-методические принципы оказания психиатрической, психотерапевтической и психологической помощи в соматическом стационаре // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2003. – Т. 5. – № 5. – С. 211-213.
20. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. Самара: Издательский дом «БАХРАХ–М», 2008. 672 с. 13.
21. Серебровская О. В. Применение рисуночных тестов в диагностике. Психологическая наука и образование. 2006. № 4.
22. Серов Н. В. Рисунок и цвет в арт-терапии //Ученые записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. – 2014. – Т. 21. – №. 1. – С. 130-141.
23. Сурикова М.А., Шешенин В.С. Опыт проведения арт-терапии с пациентами пожилого возраста. Материалы Всероссийской научно-практич. конференции с междунар. участием, посвященной 160-летию со дня рождения В.М. Бехтерева и 110-летию Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева. Школа В.М. Бехтерева: от истоков до современности: – [Электронное издание]. – СПб.: Альта Астра, 2017. – 1 эл.опт.диск (CD-ROM)-ISBN 978-5-905498-68-8. с.424-425.

Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Цыренова (Усманова) Е.Б.
КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ
КОНЕЧНОСТИ: МЕТОДОЛОГИЯ И ПЕРВЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ
ИССЛЕДОВАНИЯ

Аннотация. Концепция качества жизни (КЖ) признана одной из ведущих концепций современной личностно-ориентированной медицины, интегрирующей физическое, психическое и социальное функционирование человека в условиях болезни и лечения, а показатели КЖ являются важнейшими критериями эффективности лечения. В ряде исследований показана необходимость изучения КЖ и на этой основе – научно обоснованного психологического сопровождения ампутированных больных. Авторами статьи предлагается методология и программа сочетанного изучения КЖ и механизмов психологической адаптации пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности (АНК), а также представлены результаты исследования с помощью методов клинической и психологической диагностики (всего 12 клинических шкал и психодиагностических методов, содержащих 108 показателей) 39 пациентов после АНК (мужчины – 16 чел., 41%; средний возраст $52,03 \pm 2,33$) и 15 пациентов с опухолевым поражением длинных костей и мягких тканей конечностей, проходящих лечение органосохраняющим методом изолированной регионарной химиотерапевтической перфузии (мужчины – 40%; средний возраст $59,67 \pm 2,27$ лет). Кластерный анализ позволил выделить психологические профили пациентов после АНК. Показано, что наиболее удовлетворительные показатели КЖ связаны с эмоциональной устойчивостью личности. Представлены результаты сравнительного анализа групп больных, перенесших АНК в связи с онкологической и неонкологической патологией, а также групп онкологических больных, перенесших калечащую (АНК) и органосохраняющую операцию. Представлены ограничения и перспективы исследования; допускается, что уже сейчас его первые результаты могут использоваться в реабилитации пациентов после АНК.

Ключевые слова: ампутация нижней конечности, качество жизни, органосохраняющее лечение, онкология, стресс болезни, психологическая адаптация, копинг, временная перспектива.

Исследование проводится при финансовой поддержке РФФИ (Рег. № 20-013-00573).

Введение. Методологической основой настоящего исследования

выступает концепция качества жизни (КЖ) в медицине, которая в теоретическом плане строится на основе биопсихосоциальной парадигмы в медицине и медицинской психологии; в практическом плане изучение КЖ, по сути, означает изучение тех объективных ограничений, которые накладывает болезнь на жизненное функционирование больного, а также тех субъективно-личностных реакций, эмоциональных состояний, ценностно-мотивационных и поведенческих характеристик, которые формируются в условиях болезни и обеспечивают психологическую адаптацию личности к болезни. Именно поэтому концепция КЖ признана одной из ведущих концепций современной личностно-ориентированной медицины, интегрирующей физическое, психическое и социальное функционирование человека в условиях болезни и лечения, а показатели КЖ являются важнейшими критериями эффективности лечебно-восстановительных мероприятий [6, 7, 13].

Одновременно концепция КЖ в медицине имеет содержательную близость с системной концепцией психической адаптации [3], в рамках которой наряду с биологической и социальной выделяется подсистема психологической адаптации [1]. Механизмами обеспечения психологической адаптации выступают способы и личностные ресурсы совладающего поведения (копинг), психологическая защита, «внутренняя картина болезни» и др. психологические феномены, формирующиеся в условиях стресса болезни [8, 10, 12].

В связи с этим методология настоящего исследования КЖ лиц, перенесших ампутацию нижних конечностей (АНК), предполагает сочетанное изучение показателей КЖ пациента в условиях болезни и психологических механизмов адаптации к ней, тем более что до последнего времени в работах клинических психологов в значительно большей степени представлены признаки нарушений психической адаптации у больных хроническими соматическими заболеваниями, а не факторы, обеспечивающие ее успешность. Это в значительной степени касается онкологических заболеваний в силу их хронического жизнеопасного характера, тяжелого лечения и связанной с этим высокой стрессогенностью [19]. Представляется, что именно при таких заболеваниях актуальным является выявление не только признаков нарушений психической адаптации [9], но и протективных факторов, среди которых важное значение имеют стратегии и личностные, а также средовые ресурсы преодоления стресса болезни [16]. Среди изученных нами пациентов, перенесших АНК, значительный процент составляют больные с онкологическим поражением костей и мягких тканей нижних конечностей. Сочетание последствий калечащей операции и жизнеопасного заболевания определяют объективные особенности жизненного функционирования и субъективное отношение к нему этих пациентов и в интегрированном виде отражают

особенности их КЖ, которые и составили основной предмет настоящего исследования.

Исследования качества жизни после ампутации нижних конечностей. Исследователями давно признается необходимость психологического сопровождения пациентов на всех этапах лечения: от постановки диагноза до долгосрочной реабилитации после ампутации [37, 65]. В ряде исследований показано снижение не только активности и трудоспособности больных после ампутации, но и психологической и социальной адаптации, а также их КЖ в целом [47, 60]; отмечается также высокий риск лишь незначительного улучшения КЖ со временем [30].

В ряде исследований показано значительное снижение физической и социальной активности [24, 46], распространенность и выраженность психологических трудностей, проблемы социальной адаптации [51, 58] пациентов после АНК. Также в исследованиях отражены проблемы в профессиональной сфере пациентов после ампутации, возможность продолжать прежнюю трудовую деятельность и мотивация возвращения к труду, степень удовлетворенности рабочим процессом [55]; некоторые работы посвящены изучению процесса реабилитации пациентов после ампутации, а также изучению медицинских, социальных и психологических факторов, влияющих на эффективность восстановительного процесса [39].

Физическая активность после АНК в основном зависит от возраста. В исследовании R. Sinha с соавт. [55] показано, что люди старше 65 лет обладают более низкой физической активностью, чем молодые пациенты, однако достоверных различий в показателях умственной работоспособности, выполнения социальных ролей, экономического статуса и соматической симптоматики между этими группами выявлено не было. В других исследованиях показано, что пожилой возраст все же оказывает негативное влияние на восстановительный процесс: после АНК пожилые люди зачастую отказываются от полноценной реабилитации и нередко оказываются в социальной изоляции [48]. Эти авторы определили, что на КЖ пациентов после АНК существенно влияет не только возраст, но и пол, семейное положение и место ампутации, в то время как уровень образования, тип профессиональной деятельности и жилищные условия не влияют на КЖ после ампутации. Описанные данные должны акцентировать внимание исследователей и реабилитологов на более старшей возрастной группе пациентов, а не на более молодой, у которой, согласно некоторым данным, не возникает столь серьезных затруднений в социально-психологической адаптации после проведенного лечения [35].

Многими авторами также подтверждается закономерная

взаимосвязь параметров КЖ с показателями (субъективными и экспертными) выраженности болевого синдрома (см., напр., [60]).

По общему мнению исследователей, возможность ходить играет важнейшую роль в формировании КЖ, и люди, способные ходить, лучше справляются с социальными ролями [36]. Именно поэтому большинство работ в этой области посвящено изучению мотивации ношения протеза после ампутации, которое улучшает мобильность и активность пациентов, и в ряде исследований показана достоверная связь между мотивацией ношения или отказа от ношения протеза и основными параметрами КЖ [38, 52]. Многие исследователи подчеркивают также связь снижения КЖ с наличием фантомных болей у пациентов после АНК (см., напр., [55]).

В контексте настоящего исследования особый интерес представляют работы, посвященные исследованию КЖ онкологических больных, подвергшихся АНК, хотя исследования КЖ пациентов после ампутации и особенности протекания восстановительного процесса с учетом влияния основного – онкологического – заболевания, сопряженного с витальной угрозой, крайне малочисленны. Исследования пациентов, которым проводится ампутация, связанная с прогрессирующими осложнениями сахарного диабета, ишемией конечности, представляющих особую клиническую группу, в которой часто встречаются деменция, тяжелая сопутствующая патология, запущенная стадия основного заболевания и др., что приводит к более выраженному снижению КЖ и повышенной смертности пациентов [44, 56], требуют отдельного рассмотрения.

Согласно данным некоторых авторов, наибольший дискомфорт больным, страдающим саркомами мягких тканей, приносит неудовлетворительная функциональная активность после хирургического вмешательства и невозможность в полной мере реализовывать свои социальные роли (в т. ч. профессиональные и родительские) [66], что приводит к выраженному дистрессу [59]. Более того, среди пациентов с онкологическим поражением конечностей наблюдаются значимо более низкие показатели КЖ именно по его физическому аспекту по сравнению с другими видами рака [25]. При этом исследователями отмечается, что необходимость перестройки привычного уклада жизни, переход к «новой нормальности» и связанная с ним смена социальных и профессиональных ролей являются практически неотъемлемой частью восстановления пациентов, прошедших через тяжелое лечение саркомы, и требуют пристального внимания специалистов, которые могут помочь пациентам достичь максимального уровня психосоциального благополучия [33].

Отмечается также, что активное использование навыков копинга со стрессом позволяет пациентам с саркомами костей избежать развития психопатологических симптомов, таких как дистресс, выраженные тревога и депрессивные симптомы [27], причем в группе, прошедшей через органосохраняющую операцию, эти навыки развиты лучше, чем в группе пациентов с ампутацией (Там же). В то же время избегание, игнорирование сложностей предполагают более высокий риск развития у пациентов дистресса и общего психосоциального неблагополучия, снижающего общее КЖ [50] и нередко встречающегося у пациентов данной когорты [40, 49].

В настоящее время для больных с опухолями длинных костей и мягких тканей конечностей существуют различные методы терапии – хирургическое лечение, химио- и лучевая терапия, но, к сожалению, далеко не всегда они оказываются эффективными, и лечение, как правило, включает хирургический этап, когда пациентам показана ампутация конечности, которая, являясь калечащей операцией, существенно влияет на психологическое состояние и социальное функционирование пациентов, на КЖ в целом. В связи с этим исследовательский и практический интерес представляет вопрос о КЖ пациентов, подвергшихся ампутации, по сравнению с больными, не проходившими через калечащую операцию. Альтернативным подходом для данного контингента пациентов является метод изолированной регионарной химиотерапевтической перфузии [45], позволяющий локально воздействовать на пораженную опухолью область с помощью очень высоких концентраций химиопрепаратов без системных побочных эффектов [2]. Предполагается, что органосохраняющее оперативное вмешательство позволяет пациентам иметь относительно высокое КЖ, но в литературе приводятся противоречивые данные о различиях КЖ пациентов после ампутаций и после перфузий [46, 54]; адаптация пациентов к болезни и хирургическому лечению, согласно некоторым данным, принципиально не различается после ампутации и после органосохраняющего лечения [28, 57]. При этом, однако, следует учитывать и субъективное восприятие пациентами проводимого лечения, и их ожидания в отношении лечения, на которые влияют психологические особенности пациентов в сочетании с клиническими характеристиками их состояния [29, 41]. Вопрос КЖ пациентов, перенесших АНК и органосохраняющее лечение, на данный момент остается дискуссионным, а сопоставление психологических характеристик данных групп пациентов составляет одну из перспективных задач настоящего исследования.

Таким образом, больные, перенесшие ампутацию в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей нижней конечности,

представляют особую категорию пациентов, недостаточно изученную в психологическом плане, хотя очевидно, что эти пациенты находятся в ситуации хронического интенсивного стресса, связанного с потерей конечности и с онкологическим заболеванием. Это обусловило необходимость проведения комплексного междисциплинарного исследования, направленного на изучение КЖ, а также клинических, индивидуально-психологических и социальных факторов, влияющих на КЖ онкологических пациентов после ампутации. Кроме того, в связи с особыми условиями, определяемыми коморбидностью онкологического заболевания и потери конечности, важное значение для науки и практики может иметь сравнительный анализ КЖ и факторов, его определяющих, пациентов, перенесших АНК в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей конечностей, и пациентов, перенесших ампутацию в связи с другими заболеваниями и патологическими состояниями (сахарным диабетом, атеросклерозом, травмами); немаловажным является и сопоставление КЖ пациентов, перенесших АНК и органосохраняющую операцию. Такое комплексное исследование должно включать анализ объективных функциональных возможностей и клинических показателей больных, субъективную оценку основных аспектов КЖ после ампутации, а также индивидуально-психологических, социальных, демографических характеристик больных. В связи с этим была разработана настоящая программа междисциплинарного исследования, направленного на определение совокупности факторов оптимизации качества жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности.

Программа исследования

Цель - изучение качества жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности, и выявление клинических, социальных и психологических факторов, определяющих его.

Задачи:

1. Изучить основные характеристики функционального состояния и особенности основных ограничений жизнедеятельности (включая субъективную оценку интенсивности болевых ощущений, объективную врачебно-экспертную оценку болевого синдрома, возможность самообслуживания и удовлетворения витальных потребностей) пациентов после АНК.

2. Изучить основные параметры КЖ (включая субъективную удовлетворенность физическим, психическим и социальным функционированием) пациентов, перенесших АНК.

3. Изучить взаимосвязь клинических и основных параметров КЖ пациентов после АНК в реабилитационном периоде.

4. Изучить психологические характеристики (особенности эмоционального состояния, личности, мотивационно-смысловой сферы и системы значимых отношений, включая отношение к лечению, приверженность лечению и зоны максимальной социальной фрустрированности в связи с болезнью, стратегии стресс-преодолевающего поведения), а также взаимосвязь этих характеристик с основными параметрами КЖ пациентов после АНК.

5. Провести сравнительный анализ основных параметров КЖ, психологических, социальных и клинических характеристик пациентов, перенесших АНК в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей конечностей, и группы пациентов, перенесших ампутацию в связи с сахарным диабетом и атеросклерозом.

6. Провести сравнительный анализ основных параметров КЖ пациентов, перенесших АНК в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей конечностей, и группы пациентов, перенесших органосохраняющую операцию.

Методы. Для реализации цели и задач исследования использованы клинические, включая врачебно-аппаратурные, клинко-психологические и психометрические методы. Результаты исследования фиксируются в Индивидуальной регистрационной карте пациента, разработанной для больных, перенесших АНК.

Клиническая диагностика наряду с другими медицинскими методами включала использование ряда диагностических шкал. Для субъективной оценки выраженности болевых ощущений использовалась 10-градусная визуально-аналоговая шкала интенсивности боли VAS Pain (Visual Analogue Scale–Pain) [53]. Для объективной врачебной оценки выраженности болевого синдрома использовалась пятибалльная шкала Watkins (0–4) [63]. Общее состояние пациента (10–100 баллов: от «очень тяжелое состояние» до «признаков заболевания и жалоб нет») оценивалось по шкале, предложенной D.A. Karnofsky и J.H. Burchenal [42]. Оценка функционального результата хирургического лечения (от 0 до 5 баллов) проводилась по шкале «Musculoskeletal Tumor Society» (MSTS) в позициях «Боль», «Функция», «Эмоциональное восприятие», «Применение дополнительных средств», «Ходьба», «Походка» [32].

Клинко-психологическая часть диагностического комплекса включала предварительную беседу, в ходе которой от каждого пациента было получено информированное согласие на участие в психологическом исследовании; использовалось также структурированное интервью для изучения социальных позиций пациентов, отношения к болезни и приверженности восстановительному лечению после операции.

Психометрическая часть комплекса включала следующие методики.

1. Тест-опросник «Стратегии совладающего поведения» (ССП), направленный на выявление способов психологического преодоления стрессовых и проблемных для личности ситуаций [5].

2. Личностный опросник «Большая пятерка» (BIG V) [14], направленный на выявление индивидуально-психологических особенностей и структуры личности. Он адаптирован (с получением нормативных значений на отечественной выборке) Д.П. Яничевым [23].

3. Тест-опросник «Смыслоразнозначные ориентации» (СЖО) [11], используемый для выявления ценностно-мотивационной направленности личности.

Использованы методы оценки КЖ, связанного со здоровьем.

1. «Специализированный опросник качества жизни при онкологической патологии» (QLQ-C30), разработанный Группой оценки качества жизни при Европейской организации лечения и исследования рака [34]. Опросник состоит из общей шкалы, пяти функциональных шкал, трех симптоматических шкал и шести одиночных пунктов.

2. Модуль «Fatigue» («Утомление») (FA12) опросника QLQ-C30, разработанный для идентификации этого функционального состояния, включает 12 вопросов, организованных в 5 шкал: шкалы физического (PFA), эмоционального (EFA), когнитивного (CFA) утомления, шкалы влияния утомления на повседневную жизнь (IDL) и социальную активность (SOC). Шкалы модуля FA12 имеют такую же направленность, что и симптоматические шкалы опросника QLQ-C30: большая оценка соответствует большей выраженности астенической симптоматики и ее влияния на КЖ больных.

3. Модуль «Spiritual Wellbeing» («Духовное благополучие») (SWB32) опросника QLQ-C30 включает 32 вопроса, организованных в 5 шкал: RO – «Отношения с окружающими»; RS – «Отношения с собой»; RSG – «Отношения с чем-то большим»; EX – «Экзистенциальное»; RG – «Отношения с Богом». Все шкалы модуля SWB32 имеют одинаковую функциональную направленность: чем выше показатель шкалы, тем выше духовное благополучие в конкретной сфере его проявления (в отношении к себе, к людям и др.).

Разработка, апробация и валидизация русскоязычных версий модулей FA12 и SWB32, дополняющих данные основного опросника QLQ-C30, была проведена коллективом авторов [21].

4. Авторский специализированный опросник КЖ онкологических пациентов, перенесших АНК, который разработан на основе анализа проблем и ограничений жизнедеятельности данной

категории больных. Опросник содержит 32 вопроса и состоит из 2 функциональных шкал («Физическая активность» и «Социальная активность»), 5 симптоматических шкал («Боль», «Утомление», «Негативные эмоциональные состояния», «Неврологические симптомы» и «Эмоциональные проблемы в связи с ампутацией») и шкалы «Общее состояние здоровья».

5. Для изучения КЖ пациентов, перенесших ампутацию и страдающих фантомными болями, используется модуль к авторскому опроснику. Модуль содержит 16 вопросов, сгруппированных в 4 симптоматические шкалы («Фантомные ощущения», «Боль», «Неврологические симптомы» и «Негативные эмоциональные состояния»). В настоящее время проводится первый этап апробации авторского опросника и авторского модуля к нему, включающий: получение результатов исследования КЖ онкологических пациентов после АНК, и пациентов, испытывающих фантомные боли; корреляционный анализ полученных результатов со шкалами QLQ-C30; экспертную оценку (проверку внешней валидности).

Вся совокупность клинических, психологических и социальных характеристик каждого больного отражается в Информационной карте, содержащей 105 признаков, с целью дальнейшей математико-статистической обработки данных с помощью программ SPSS v. 25.0 и MS Excel 2010.

Материал исследования составили медико-биологические, демографические, социально-психологические, индивидуально-психологические (эмоционально-аффективные, мотивационно-поведенческие, личностные, ценностно-смысловые) характеристики и основные параметры КЖ больных, перенесших АНК в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей конечностей, в период восстановительного лечения после хирургических вмешательств, а также больных после АНК в связи с сахарным диабетом, атеросклерозом, травмами. Все пациенты с опухолями получали лечение в отделе общей онкологии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва. Все неонкологические пациенты получали лечение в ГБУЗ «Городская клиническая больница №15 им. О.М. Филатова Департамента здравоохранения города Москвы», г. Москва. Пациенты были исследованы по широкому спектру клинических, социально-демографических и психодиагностических характеристик (всего 97) в период восстановительного лечения и стационарного этапа реабилитации после АНК. Всего к настоящему времени исследованы 39 больных, перенесших АНК (мужчины – 16 чел., 41,0%; средний возраст $52,03 \pm 2,33$). Исследована также группа сравнения –

15 пациентов, страдающих опухолевым поражением нижних конечностей и проходящих лечение органосохраняющим методом изолированной регионарной химиотерапевтической перфузии (40% – мужчины; средний возраст $61,82 \pm 7,99$ лет).

В основной группе исследованных пациентов, перенесших АНК, преобладают лица с высшим (42,3%) и средним специальным (38,5%) образованием, на момент госпитализации не состоящие в браке (55,6%), но имеющие детей (66,6%). Большинство пациентов утратило работоспособность в связи с основным заболеванием (27,8% имеют I группу инвалидности, 38,9% – II группу, 27,8% – III группу).

Причиной АНК стали разнообразные заболевания и состояния пациентов как онкологического (61,5%), так и неонкологического (38,5%) характера. В первом случае преобладали остеосаркома костей бедра и голени, хондросаркома, липосаркома мягких тканей голени; во втором – атеросклероз артерий нижних конечностей, хронический остеомиелит, сахарный диабет, а также железнодорожная и др. травмы.

Средняя субъективная оценка выраженности боли по визуально-аналоговой шкале VAS Pain в момент исследования составила $4,18 \pm 0,40$ баллов. Средняя экспертная оценка (врачом) выраженности болевого синдрома по шкале Watkins составила $1,30 \pm 0,17$ баллов (соответствует градации «периодический прием ненаркотических анальгетиков»). Средняя оценка общего состояния пациентов по 100-балльной шкале Karnofski составила $78,89 \pm 3,32$ баллов (соответствует градации «обслуживает себя полностью, но нетрудоспособен»). Функциональный результат лечения по шкале MSTS представлен в табл. 1.

Таблица 1.

Функциональный результат по шкале MSTS (экспертная оценка врача) пациентов после АНК (n=39)

№	Оцениваемая характеристика	Средняя оценка $M \pm m$	Содержательная интерпретация
1	Боль	$3,71 \pm 0,24$	Умеренная или незначительная
2	Функция	$2,00 \pm 0,39$	Частичные ограничения
3	Эмоциональное состояние	$3,35 \pm 0,33$	Удовлетворительное
4	Дополнительные	$1,63 \pm 0,54$	Иногда 1 костыль или клюшка
5	Ходьба	$3,47 \pm 0,30$	С ограничениями
6	Походка	$1,82 \pm 0,48$	Умеренно выраженные нарушения

Анализ формализованных показателей общего состояния пациентов, выраженности болевого синдрома и качества функционального результата лечения и реабилитации, показал

умеренное снижение изученных показателей в группе больных, перенесших АНК.

Результаты и их обсуждение. К настоящему моменту реализации представленной программы выполнен ряд этапов исследования, результаты которых частично опубликованы (ссылки приведены в тексте), частично представляются впервые.

Качество жизни и психологические характеристики пациентов,

перенесших АНК. Первые результаты реализации разработанной программы представлены в статье О.Ю. Щелковой и др. [20]. В ней приведены описательные статистики показателей КЖ и психодиагностических показателей, их сравнение с тестовыми нормами, а также взаимосвязь с клинико-биологическими характеристиками. В обобщенном виде результаты свидетельствуют о том, что субъективная оценка общего уровня КЖ и отдельных его параметров в группе лиц, перенесших АНК, в целом соответствуют объективно определяемому функциональному состоянию. Корреляционный анализ выявил статистически значимую и психологически понятную связь показателей КЖ с показателями (субъективными и экспертными) интенсивности боли, возрастом и общим физическим состоянием пациентов: чем больше выражены болевые ощущения, тем хуже пациенты оценивают КЖ после ампутации в целом, тем ниже их когнитивная и социальная активность; чем старше пациенты, тем ниже их общая физическая активность. Среди психодиагностических показателей по сравнению с тестовыми нормативными данными у больных преобладают показатели «Самосознание» (целеустремленность, организованность) (методика BIG V), «Локус контроля – Я» (интернальность) (методика СЖО), а также снижены показатели использования эмоционально-ориентированных копинг-стратегий «Дистанцирование», «Бегство–избегание», «Положительная переоценка» (методика ССП). Кроме того, средние шкальные оценки опросника качества жизни QLQ-C30 оказались взаимосвязаны со значительным количеством психодиагностических показателей.

Кластерный анализ. В дальнейшем с помощью кластерного анализа, проведенного методом Уорда, была сделана попытка выделить группы пациентов со схожими «психологическими профилями» (кластеры) и с помощью однофакторного дисперсионного анализа определить статистически значимые различия между кластерами по изученным параметрам КЖ, тем самым показав влияние психологических факторов на субъективную оценку КЖ после перенесенной АНК. Подобный подход оправдан в контексте психологического сопровождения

данного контингента больных и достаточно давно применяется исследователями, выделяющими в т. ч. специфические психологические профили пациентов, проходящих тот или иной вид лечения онкологических заболеваний костей и мягких тканей конечности [43].

В результате кластерного анализа были выделены 3 кластера, объединяющих пациентов со схожими психологическими профилями. В первый кластер, названный «Личность-1», вошли пациенты, активно использующие весь спектр изученных когнитивно-поведенческих копинг-стратегий (методика ССП). Во второй кластер («Личность-2») вошли пациенты, обладающие эмоциональной устойчивостью (низкими значениями нейротизма) (методика BIG V); в третий кластер («Личность-3») – пациенты, относительно удовлетворенные настоящим отрезком жизни (методика СЖО).

В табл. 2 приведены статистически значимые и близкие к ним результаты сравнительно анализа показателей КЖ пациентов, составивших кластеры «Личность-1», «Личность-2» и «Личность-3».

Таблица 2.

Статистические характеристики шкал опросника качества жизни QLQ-C30

в группах пациентов, составивших кластеры «Личность-1», «Личность-2», «Личность-3»

Шкалы QLQ-C30	Кластер «Личность-1»		Кластер «Личность-2»		Кластер «Личность-3»		F	Значимость различий <i>p</i>
	M	σ	M	σ	M	σ		
Функциональные шкалы								
Эмоциональная активность	56,2 5	15,7 8	82,0 5	15,5 3	72,2 2	34,6 9	2,9 1	0,082
Симптоматические шкалы								
Тошнота и рвота	16,6 7	19,2 4	1,28	4,62	16,6 7	28,8 7	3,0 2	0,076
Потеря аппетита	58,3 7	31,9 2	17,9 4	22,0 1	33,3 3	33,3 3	3,8 9	0,041
Диарея	8,33	16,6 7	5,13	12,5 2	44,4 4	38,4 9	5,7 3	0,013

Как можно видеть, пациенты, входящие в разные кластеры (т. е. имеющие разные психологические профили), не отличаются по базовому показателю опросника QLQ-C30 – общей оценке КЖ (QL-2), однако на уровне тенденции к статистической значимости отличаются

по такому важному показателю КЖ, как «Эмоциональная активность». Наиболее низкие показатели имеют пациенты, составившие кластер «Личность-1» – пациенты, активно использующие разнообразные копинг-стратегии, направленные как на стабилизацию эмоционального состояния в условиях стресса болезни, так и на активное преодоление проблем, связанных с перенесенной АНК; наиболее высокие показатели, отражающие хороший уровень (максимальная оценка всех функциональных шкал опросника QLQ-C30 равна 100) и дифференцированный характер эмоциональной активности имеют пациенты, составившие кластеры «Личность-2» и «Личность-3».

Выявлено также, что отдельные симптомы физического неблагополучия, снижающие функциональные возможности и КЖ в целом, преобладают в двух группах пациентов: нарушения деятельности желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) – в группе пациентов, составивших кластер «Личность-3»; связанная с этими симптомами потеря аппетита – в группе пациентов, составивших кластер «Личность-1». Значительно меньше симптомы физического неблагополучия беспокоят пациентов, составивших кластер «Личность-2» (эмоциональная устойчивость). Это позволяет предположить, что акцентуруемые пациентами двух кластеров нарушения деятельности ЖКТ и аппетита связаны не только с общим физическим состоянием и противоопухолевым лечением, но могут иметь психосоматический (невротический) характер.

Таким образом, по результатам кластерного анализа можно сделать заключение о том, что более удовлетворительные характеристики КЖ в восстановительном периоде после АМК связаны с эмоциональной устойчивостью личности, и напротив, снижающие КЖ симптомы соматического неблагополучия связаны с эмоциональной неустойчивостью (нейротизмом).

В дополнение к полученным данным была проведена аналогичная процедура кластерного анализа в отношении показателей КЖ. С помощью метода Уорда четко выделились два кластера пациентов, названные «Без значительного снижения КЖ» (Кластер КЖ-1) и «Со значительным снижением КЖ» (Кластер КЖ-2); пациенты, составившие кластеры КЖ-1 и КЖ-2, высоко значимо различались по 11 из 15 показателей опросника качества жизни QLQ-C30, включая его общую оценку (QL-2). В табл. 3 представлены статистически значимые результаты сравнительного анализа психологических показателей пациентов, составивших кластеры КЖ-1 и КЖ-2.

Таблица 3.

Статистические характеристики психодиагностических шкал в группах пациентов, составивших кластеры «Без значительного снижения КЖ»

(Кластер КЖ-1) и «Со значительным снижением КЖ» (Кластер КЖ-2)

Психодиагностические шкалы	Кластер КЖ-1		Кластер КЖ-2		F	Значимость различий <i>p</i>
	М	σ	М	σ		
Принятие ответственности (методика ССП)	56,17	8,10	43,09	11,64	9,92	0,005
Личностные ресурсы (методика BIG V)	27,77	5,56	30,55	4,57	5,04	0,030
Результат (методика СЖО)	21,69	5,38	26,91	4,68	6,31	0,020

Пациенты, составившие кластеры КЖ-1 и КЖ-2, отличаются по психологическим характеристикам, измеряемым шкалами трех психодиагностических методик. Высоко значимые различия получены по шкале, отражающей представленность в поведении копинг-стратегии «Принятие ответственности»: пациенты, составившие кластер КЖ-1, в большей степени, чем пациенты со снижением КЖ, способны анализировать свою роль в стрессовых и трудных жизненных ситуациях, брать вину, а также ответственность за их разрешение на себя. Важно отметить, что выраженность этой копинг-стратегии в группе КЖ-1 не связана с патологическим чувством вины и другими депрессивно окрашенными переживаниями, так как ее показатель ($T=56,17$) находится в пределах нормативного диапазона ($T=50\pm 10$) [5].

Одновременно лица, составившие кластер КЖ-1, отличаются большим стремлением к стабильности по сравнению с пациентами, составившими кластер КЖ-2, для которых в меньшей степени характерна приверженность стереотипам и в большей степени – стремление к поиску новой информации, новых способов решения проблем, межличностных контактов и др. Кроме того, пациенты без значительного снижения КЖ меньше, чем пациенты из кластера КЖ-2, удовлетворены прожитым отрезком жизни – его продуктивностью, успешностью, а также самореализацией.

Таким образом, согласно результатам двух проведенных кластерных анализов, частные параметры КЖ (эмоциональная активность, выраженность изнуряющих симптомов нарушения деятельности ЖКТ) в существенной степени определяются индивидуально-типологической характеристикой личности – эмоциональная устойчивость/нейротизм; КЖ после АНК в целом связано со способностью пациентов понять свою роль в возникновении

трудной ситуации и взять ответственность за ее разрешение, со степенью стремления к новизне и оригинальности, или, напротив, стремления к стабильности, приверженности стереотипам, а также с удовлетворенностью/неудовлетворенностью прожитым отрезком жизни.

Качество жизни и психологические характеристики пациентов, перенесших АНК в связи с онкологической и неонкологической патологией. В статье О.Ю. Щелковой и др. [22] приведены результаты сравнительного исследования, основная цель которого заключалась в изучении клинико-психологического статуса, стратегий и личностных ресурсов совладания со стрессом болезни, основных параметров КЖ пациентов, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием (группа 1, $n=24$, мужчины – 62,5%, средний возраст $47,25\pm 3,17$), в сопоставлении с пациентами, перенесшими ампутацию вследствие других соматических заболеваний и травм, не сопровождающихся актуальной витальной угрозой (группа 2, $n=15$, мужчины – 93,3%, средний возраст $59,67\pm 2,27$), а также с нормативными психодиагностическими данными. Группы 1 и 2 были сопоставлены по широкому спектру клинических, социально-демографических и психодиагностических характеристик (всего 97).

Результаты реализации этого этапа программы исследования показали, что на уровне статистической значимости функциональные возможности, объективная и субъективная выраженность болевого синдрома, трудовая занятость имеют худшие показатели в группе 1 по сравнению с группой 2. Что подтверждает данные, полученные ранее и свидетельствующие о более низкой оценке пациентами с онкологической патологией своих функциональных возможностей, трудовых и социальных перспектив по сравнению с теми, кто перенес ампутацию в связи с другими заболеваниями или травмами [64]. При этом оценка КЖ в группах больных не различается и не соответствует экспертной оценке (превосходит ее); наиболее высоко пациенты оценивают когнитивную и эмоциональную активность; наиболее низко – физическую и ролевую, финансовое положение. В структуре копинга пациентов группы 1 ведущее место занимает стратегия «Поиск социальной поддержки»; значение шкал «Дистанцирование», «Бегство–избегание», «Положительная переоценка» выше, чем в группе 2, но ниже средних нормативных значений. В структуре личности пациентов группы 1 преобладают «Самосознание» и «Личностные ресурсы» по сравнению с пациентами группы 2, а также «Экстраверсия», «Самосознание» и «Эмоциональная стабильность» – по сравнению с тестовой нормой. В ценностно-смысловой сфере личности показатели шкал «Цели», «Процесс», «Результат» в группе 1 выше, чем в группе 2;

интернальность выше, чем в нормативной выборке мужчин и женщин. Делается заключение о том, что, несмотря на предварительные результаты исследования, они уже сейчас могут быть интегрированы в общую систему послеоперационного восстановительного лечения и реабилитации больных.

Корреляционный анализ в группах больных, перенесших АНК в связи с онкологической и неонкологической патологией

На этапе пилотажного исследования коллективом авторов были изучены взаимосвязи основных показателей КЖ с социально-демографическими, клиническими и индивидуально-психологическими характеристиками во всей группе пациентов, перенесших АНК (n=39). Было выявлено, что показатели функциональных и симптоматических шкал опросника КЖ QLQ-C30 имеют закономерные взаимосвязи с рядом клинико-биологических характеристик пациентов (с оценкой общего состояния здоровья по шкале Karnofsky, выраженностью болевого синдрома, возрастом), а также с психологическими характеристиками. Среди психологических характеристик наиболее насыщенной корреляционными связями с показателями КЖ оказалась копинг-стратегия «Принятие ответственности»: чем больше в стрессовых и проблемных ситуациях пациенты, перенесшие АНК, атрибутируют себе ответственность за их разрешение, тем в большей степени они удовлетворены КЖ в целом и такими важными его аспектами, как когнитивная и социальная активность, и тем меньше они сконцентрированы на симптомах нарушения сна и аппетита, в целом физического неблагополучия. Экстравертированная направленность личности положительно взаимосвязана с общей физической активностью и отрицательно – с симптомами соматического неблагополучия, ограничивающими жизнедеятельность пациентов, перенесших АНК [20].

На настоящем этапе исследования было проведено дифференцированное рассмотрение подобных взаимосвязей отдельно в группах пациентов, перенесших ампутацию вследствие онкологического заболевания (группа 1) и вследствие другой соматической патологии и травм (группа 2). Ниже приведены ранее не опубликованные результаты изучения и сопоставления взаимосвязи всех шкальных клинических и психометрических показателей с показателями КЖ после АНК в группе 1 и в группе 2.

Результаты корреляционного анализа в группе 1

В табл. 4 представлены статистически значимые взаимосвязи между показателями опросника КЖ, возрастом и клиническими характеристиками пациентов группы 1, оперированных в связи с онкологическим заболеванием.

Таблица 4.

Взаимосвязь показателей опросника качества жизни QLQ-C30 с возрастом

и оценками клинических шкал в группе 1

Шкалы опросника качества жизни QLQ-C30	Возраст	Шкала VAS	Шкала Watkins	Шкала Karnofsky
QL-2 Общая оценка КЖ	н/з	н/з	-0,674*	н/з
Функциональные шкалы				
SF Социальная активность	-0,602*	н/з	н/з	н/з
Симптоматические шкалы				
DY Одышка	н/з	0,694*	0,638*	-0,840*

Примечание

Шкалы опросника имеют разную направленность: в функциональных шкалах более высокая оценка соответствует более высокому уровню КЖ в условиях болезни; в симптоматических шкалах, напротив, более высокому уровню КЖ соответствует меньшая шкальная оценка.

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); ** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя); н/з – не значимо.

Как можно видеть, 3 из 15 показателей опросника QLQ-C30 имеют статистически значимые психологически понятные связи с показателями (субъективными и экспертными) выраженности боли – оценками шкал VAS и Watkins, а также – с оценкой общего состояния здоровья по шкале Karnofsky. Закономерную отрицательную взаимосвязь имеют общая оценка КЖ и оценка выраженности болевого синдрома (шкала Watkins). Оценка симптоматической шкалы «Одышка» положительно коррелирует с оценками клинических шкал боли и отрицательно – с оценкой общего состояния здоровья, что подчеркивает значение этого симптома (одышка) в жизнедеятельности и удовлетворенности ею пациентов, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием. Кроме того, выявлена отрицательная взаимосвязь между возрастом и показателем функциональной шкалы «Социальная активность»: чем старше пациент, тем меньше круг его социальных контактов, интересов и активности.

В табл. 5 и 6 приведены статистически значимые результаты корреляционного анализа показателей опросника QLQ-C30 и показателей психодиагностических методик в группе пациентов, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием. В табл. 5 представлены результаты корреляционного анализа шкальных оценок опросника QLQ-C30 и тест-опросника «Способы совладающего поведения», направленного на определение выраженности когнитивно-поведенческих стратегий стресс-преодолевающего поведения

(стратегий копинга). В табл. 6 представлены результаты корреляционного анализа шкальных оценок опросника QLQ-C30 и тест-опросника «Большая пятерка» (BIG V), а также тест-опросника «Смысложизненные ориентации», направленных на выявление личностных ресурсов копинга.

Таблица 5.

Взаимосвязь показателей опросника качества жизни QLQ-C30 с показателями копинг-стратегий (шкальными оценками методики ССП) в группе 1

Шкалы QLQ-C30	ССП-1	ССП-2	ССП-3	ССП-4	ССП-5	ССП-6	ССП-7
Функциональные шкалы							
PF-2	0,820*	н/з	н/з	н/з	н/з	н/з	н/з
EF	н/з	н/з	н/з	н/з	н/з	0,845*	н/з
SF	0,883*	0,836*	0,940**	0,821*	н/з	н/з	0,940**
Симптоматические шкалы							
FA	н/з	н/з	н/з	н/з	н/з	-0,877*	н/з
PA	-0,971**	н/з	-0,985**	-0,896*	н/з	н/з	-0,985**
AP	н/з	н/з	н/з	-0,939**	-0,939**	н/з	н/з
CO	н/з	н/з	н/з	н/з	-0,950**	н/з	н/з
DI	н/з	-0,857*	-0,857*	н/з	н/з	н/з	-0,857*

Примечание

Шкалы QLQ-C30: PF-2 – Физическая активность; EF – Эмоциональная активность; SF – Социальная активность; FA – Слабость; PA – Боль; AP – Потеря аппетита; CO – Констипация; DI – Диарея.

Шкалы ССП: ССП-1 – Конфронтация; ССП-2 – Дистанцирование; ССП-3 – Самоконтроль; ССП-4 – Поиск социальной поддержки; ССП-5 – Принятие ответственности; ССП-6 – Бегство-избегание; ССП-7 – Планирование решения проблемы.

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); ** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя); н/з – не значимо.

Наиболее насыщенной положительными корреляционными связями с показателями копинга является функциональная шкала «Социальная активность», возрастание которой сопровождается увеличением частоты использования разнообразных – конструктивных («Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Планирование решения проблемы») и менее конструктивных («Конфронтация», «Дистанцирование») копинг-стратегий. Отмечается также закономерная положительная взаимосвязь показателя шкалы «Физическая активность» и показателя шкалы «Конфронтация»: при возрастании уровня физической активности увеличивается частота использования стратегии копинга, предполагающей активные действия по преодолению стресса, отстаиванию своих интересов. Важно отметить, что оживление эмоциональности пациентов как один из показателей КЖ (шкала «Эмоциональная активность»), увеличивается по мере частоты использования эмоционально-ориентированной копинг-стратегии «Бегство–избегание», предполагающей, по сути, игнорирование или вытеснение проблемы. Закономерным является и то, что показатели симптоматических шкал опросника КЖ имеют отрицательные взаимосвязи с показателями методики ССП: чем больше выражены такие проявления физического неблагополучия, как слабость, боль, потеря аппетита, нарушения деятельности КЖТ, тем меньше используются стратегии, направленные на психологическое и поведенческое преодоление стресса болезни.

Таблица 6.

Взаимосвязь показателей опросника качества жизни QLQ-C30 с показателями личностных копинг-ресурсов (шкальными оценками методик BIG V и СЖО) в группе 1

Шкалы QLQ-C30	BIG V-1	BIG V-4	BIG V-5	СЖО-2	СЖО-3	СЖО-4
QL-2	н/з	н/з	-0,925**	-0,971**	н/з	н/з
Функциональные шкалы						
PF-2	н/з	н/з	н/з	-0,820*	н/з	н/з
EF	н/з	-0,812*	н/з	н/з	н/з	н/з
Симптоматические шкалы						
FA	-0,882*	н/з	н/з	н/з	н/з	н/з
DY	н/з	н/з	-0,840*	-0,828*	-0,828*	-0,828*
FI	-0,877*	н/з	н/з	н/з	н/з	н/з

Примечание

Шкалы QLQ-C30: QL-2 – Общая оценка КЖ; PF-2 – Физическая активность; EF – Эмоциональная активность; FA – Слабость; DY – Одышка; FI – Финансовые затруднения.

Шкалы BIG V: BIG V-1 – Экстраверсия; BIG V-4 – Эмоциональная стабильность; BIG V-5 – Личностные ресурсы.

Шкалы СЖО: СЖО-2 – Процесс; СЖО-3 – Результат; СЖО-4 – Локус контроля – Я.

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); ** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя); n/з – не значимо.

Представленные в табл. 6 результаты корреляционного анализа свидетельствуют о том, что общий показатель КЖ высоко статистически значимо отрицательно коррелирует с показателем методики BIG V-5, отражающим стремление к саморазвитию, приобретению новых знаний, навыков, поиску новых решений проблемы («Личностные ресурсы»), а также с показателем методики СЖО, отражающим удовлетворенность настоящим этапом жизни («Процесс»). С неудовлетворенностью актуальным отрезком жизни («Процесс») взаимосвязан и показатель важного компонента КЖ – общего уровня физической активности. Уровень эмоциональной активности закономерно отрицательно взаимосвязан с личностно-типологической характеристикой «Эмоциональная стабильность». Среди симптоматических шкал опросника КЖ наибольшее число взаимосвязей с устойчивыми личностными характеристиками имеет шкала «Одышка»: этот болезненный симптом тем больше выражен, чем меньше в структуре личности представлены т. н. «Личностные ресурсы», направленные на саморазвитие и получение нового опыта, и чем меньше выражены удовлетворенность актуальным («Процесс»), прожитым («Результат») отрезками жизни и интернальность личности. Необходимо отметить, что этот симптом (одышка), существенно ограничивающий функциональные возможности человека, взаимосвязан исключительно с устойчивыми личностными характеристиками (табл. 3) и не связан со стратегиями преодоления стресса болезни (табл. 2), что позволяет предположить наличие психосоматических компонентов в его развитии и проявлениях.

Результаты корреляционного анализа в группе 2. В табл. 7 представлены статистически значимые взаимосвязи между показателями опросника КЖ, возрастом и клиническими характеристиками пациентов группы 2, оперированных в связи с неонкологическим заболеванием.

Таблица 7.

Взаимосвязь показателей опросника качества жизни QLQ-C30 с возрастом и оценками клинических шкал в группе 2

Шкалы опросника качества жизни QLQ-C30	Возраст	Шкала VAS	Шкала Watkins	Шкала MSTS Эмоц. восприятие
QL-2 Общая оценка КЖ	-0,510*	н/з	н/з	н/з
Функциональные шкалы				
PF-2 Физическая активность	-0,595**	н/з	-0,667**	н/з
CF Когнитивная активность	н/з	-0,580*	-0,696**	0,785**
SF Социальная активность	н/з	н/з	н/з	н/з
Симптоматические шкалы				
FA Слабость	н/з	н/з	0,553*	н/з
PA Боль	н/з	н/з	0,576*	н/з
DY Одышка	н/з	н/з	0,616*	н/з
SL Нарушения сна	н/з	н/з	н/з	-0,711*
AP Потеря аппетита	0,474*	н/з	н/з	н/з
FI Финансовые затруднения	н/з	н/з	н/з	-0,691*

Примечания

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); ** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя); н/з – не значимо.

Табл. 7 показывает, что 10 из 15 показателей опросника КЖ QLQ-C30 имеют статистически значимые взаимосвязи с клинико-биологическими показателями. Наиболее насыщенной корреляционными связями с показателями опросника КЖ является средняя оценка Watkins, отражающая экспертную врачебную оценку выраженности болевого синдрома в послеоперационном периоде. Результаты показывают, что, чем интенсивнее боль, тем ниже такие функциональные показатели КЖ, как физическая и когнитивная активность, и тем больше выражены такие симптомы, ограничивающие жизнедеятельность пациентов, как слабость (утомляемость), боль и одышка; снижению показателя когнитивной активности также соответствует нарастание субъективной оценки выраженности боли (VAS). Высоко статистически значимые положительные взаимосвязи получены для показателя шкалы «Когнитивная активность» опросника КЖ и оценкой клинической шкалы MSTS, позволяющей оценить функциональный результат хирургического лечения. Среди разных аспектов такого результата со шкалой опросника КЖ коррелирует параметр «Эмоциональное восприятие»: чем лучше эмоционально-аффективный фон и настрой пациента после АНК, тем выше и эффективнее его когнитивная активность. Важно подчеркнуть, что в данной группе пациентов наибольшее количество статистически значимых взаимосвязей с показателями клинических шкал имеет

показатель шкалы опросника КЖ «Когнитивная активность».

С показателем возраста отрицательно коррелирует показатель опросника КЖ «Общая оценка КЖ» и показатель функциональной шкалы «Физическая активность», а также положительно коррелирует показатель симптоматической шкалы «Потеря аппетита»: с увеличением возраста снижается общая удовлетворенность КЖ, общий уровень физической активности и связанная с ней потребность в еде.

В дальнейшем были проанализированы результаты изучения взаимосвязи основных параметров КЖ с психологическими характеристиками пациентов группы 2, перенесших АНК в связи с неонкологической патологией и травмами. Статистически значимые результаты корреляционного анализа показателей опросника КЖ QLQ-C30 со средними шкальными оценками психодиагностических тест-опросников ССП, BIG V, СЖО представлены в табл. 8 и 9.

Таблица 8.

Взаимосвязь показателей опросника качества жизни QLQ-C30 с показателями копинг-стратегий (шкальными оценками методики ССП) в группе 2

Шкалы QLQ-C30	ССП-1	ССП-3	ССП-5	ССП-7
QL-2	н/з	н/з	0,608**	н/з
Функциональные шкалы				
EF	-0,642*	-0,843**	н/з	-0,581*
SF	н/з	н/з	0,727**	н/з
Симптоматические шкалы				
PA	н/з	н/з	-0,798**	н/з
DY	н/з	н/з	-0,560*	н/з
SL	н/з	н/з	-0,493*	н/з

Примечания

Шкалы QLQ-C30: PF-2 – Физическая активность; EF – Эмоциональная активность; SF – Социальная активность; PA – Боль; DY – Одышка; SL – Нарушения сна.

Шкалы ССП: ССП-1 – Конфронтация; ССП-3 – Самоконтроль; ССП-5 – Принятие ответственности; ССП-7 – Планирование решения проблемы.

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); ** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя); н/з – не значимо.

В группе лиц, перенесших АНК в связи с неонкологическими заболеваниями, корреляционный анализ показал наличие высоко статистически значимой положительной взаимосвязи общего показателя КЖ, а также показателя функциональной шкалы

«Социальная активность» с показателем конструктивной копинг-стратегии «Принятие ответственности»: общий уровень КЖ и социальная активность тем выше, чем в большей степени пациент осознает свою роль в происхождении проблемы и осознает большую ответственность за ее разрешение. Кроме того, с показателем этой стратегии отрицательно коррелируют показатели симптоматических шкал опросника КЖ «Боль», «Одышка» и «Нарушения сна»: чем больше выражены эти симптомы, тем больше пациент склонен перекладывать вину и ответственность на окружающих, и наоборот, чем больше проявления зрелости личности в форме способности осознать свою роль в проблеме и ее решении, тем меньше выражены симптомы соматического неблагополучия. По данным корреляционного анализа, повышение показателя шкалы опросника КЖ «Эмоциональная активность» сопровождается снижением показателя шкалы ССП «Планирование решения проблемы», что вполне закономерно, так как эта стратегия копинга предполагает аналитический, рациональный (не эмоциональный) подход к решению проблемы. Одновременно показатель шкалы «Эмоциональная активность» отрицательно коррелирует с показателями копинг-стратегий «Конфронтация» и «Самоконтроль». Подобную взаимосвязь трудно объяснить с психологической точки зрения; по-видимому, она имеет исключительно статистический характер, не позволяющий сделать закономерные психологические выводы, или отражает неустойчивость эмоционального состояния и установок респондентов. Так, показатель «Конфронтация» и «Самоконтроль» отражают противоположные стратегии копинга, связанные с аффективным, импульсивным поведением, с одной стороны, и с самоконтролем, подавлением гетероагрессивных проявлений, с другой стороны, в то время как, по данным корреляционного анализа, возрастание показателя КЖ «Эмоциональная активность» сопровождается снижением обеих копинг-стратегий.

Таблица 9.

Взаимосвязь показателей опросника качества жизни QLQ-C30 с показателями личностных копинг-ресурсов (шкальными оценками методик BIG V и СЖО) в группе 2

Шкалы QLQ-C30	BIG V-1	СЖО-1	СЖО-2	СЖО-3
QL-2	0,493*	-0,471*	- 0,597**	-0,856**
Функциональные шкалы				
PF-2	0,513*	н/з	н/з	н/з
CF	0,571*	н/з	н/з	н/з
Симптоматические шкалы				

FA	-0,496*	н/з	н/з	н/з
PA	-0,568*	н/з	н/з	н/з
SL	-0,608*	н/з	н/з	н/з

Примечания

Шкалы QLQ-C30: QL-2 – Общая оценка КЖ; PF-2 – Физическая активность; CF – Когнитивная активность; FA – Слабость; PA – Боль; SL – Нарушения сна.

Шкалы BIG V: BIG V-1 – Экстраверсия.

Шкалы СЖО: СЖО-1 – Цели; СЖО-2 – Процесс; СЖО-3 – Результат.

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя); ** корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя); н/з – не значимо.

Корреляционный анализ выявил положительную взаимосвязь общего показателя опросника КЖ, показателей его функциональных шкал с показателем шкалы «Экстраверсия» методики BIG V: удовлетворенность КЖ в целом, а также уровень физического и когнитивного функционирования тем выше, чем более выражены типологические черты экстраверсии – активность, эмоциональная откликаемость, общительность. Одновременно показатели симптоматических шкал опросника КЖ «Слабость», «Боль», «Нарушения сна» отрицательно коррелируют с показателем этой шкалы: чем более выражена экстравертированная направленность личности, тем меньше болезненная симптоматика ограничивает жизненные возможности пациента; в свою очередь, интровертированная направленность усиливает субъективное ощущение соматического неблагополучия – слабости (утомляемости), боли и нарушений сна.

Общий показатель КЖ отрицательно коррелирует с показателями опросника СЖО «Результат» (удовлетворенность прожитым отрезком жизни), «Процесс» (удовлетворенность настоящим отрезком жизни), «Цели» (надежды, планы на будущее): субъективная удовлетворенность КЖ в условиях болезни тем выше, чем более критично пациент оценивает свою жизнь во временной перспективе.

Сопоставление результатов корреляционного анализа в группе 1 и в группе 2

Сравнение корреляционных матриц показателей опросника КЖ (QLQ-C30) и оценок клинических шкал, отражающих выраженность болевого синдрома (шкалы VAS и Watkins), общего состояния здоровья (шкала Karnofsky) и функционального результата хирургического вмешательства (шкала MSTs), в группах 1 и 2 показало следующее.

В группе лиц, перенесших АНК в связи с онкологическим заболеванием (группа 1), отмечается незначительное количество

статистически значимых корреляций между шкалами опросника КЖ QLQ-C30 и оценками клинических шкал; при этом лишь 3 из 15 шкал опросника КЖ имеют такие корреляции. Наибольшее количество связей имеет показатель симптоматической шкалы «Одышка» опросника КЖ. Значение этого симптома для общей клинической картины, психосоциальной адаптации и в целом для КЖ онкологических пациентов подкрепляется данными литературы, свидетельствующими, что некоторые современные методы химиотерапии рака обладают высокой кардиотоксичностью и что ряд таких пациентов имеет сопутствующие кардиологические заболевания, возникающие вследствие проведения химиотерапии и лучевой терапии [18]. По данным ряда авторов [4, 26], у пациентов, прошедших противоопухолевое лечение, объективирован высокий риск возникновения именно сердечно-сосудистой патологии, одним из симптомов которой является одышка.

В группе лиц, перенесших АНК в связи с неонкологическим заболеванием (группа 2), выявлено существенно большее количество статистически значимых корреляций связей показателей опросника QLQ-C30 с оценками клинических шкал; такие связи имеют 10 из 15 шкал опросника КЖ. Кроме большего количества и разнообразия корреляционных связей в группе 2 по сравнению с группой 1 следует отметить наличие взаимосвязей между показателями КЖ, с одной стороны, и функциональным результатом хирургического вмешательства в позиции «эмоциональное восприятие» по шкале MSTs, с другой стороны: чем лучше такой результат, тем выше когнитивная активность пациента и тем меньше его беспокоят проблемы сна и проблемы финансового благополучия – важные аспекты КЖ в условиях болезни. В группе 2 по сравнению с группой 1 также выявлено больше взаимосвязей показателей КЖ с возрастом пациентов.

Таким образом, при сравнительном анализе взаимосвязей показателей КЖ с клинико-биологическими показателями в группах пациентов, перенесших АНК, в группе 1 отмечается существенно меньшее количество взаимосвязей, и преимущественно это взаимосвязи между показателем шкалы опросника КЖ «Одышка» и объективным показателем общего состояния здоровья, а также с выраженностью болевого синдрома. В обеих группах выявлено закономерное снижение показателей КЖ, связанных с физической и социальной активностью, по мере увеличения возраста.

Калечащая операция АНК является мощным стрессогенным фактором, поэтому психологическим механизмам совладания со стрессом – стратегиям и личностным ресурсам копинга, а также их

взаимосвязи с основными параметрами КЖ в настоящем проекте уделено особое внимание. Результаты сравнительного анализа стратегий и ресурсов копинга в группах 1 и 2 представлены ранее [22]. Сопоставление взаимосвязи показателей психодиагностических методик, выявляющих эти стратегии и ресурсы, со шкальными оценками опросника КЖ показало следующее.

В группе 1 выявлено значительное количество высоко статистически значимых положительных взаимосвязей между показателями функциональных шкал опросника КЖ, характеризующих физическую, эмоциональную и социальную активность, и широким спектром показателей копинг-стратегий. Напротив, показатели симптоматических шкал опросника КЖ, отражающих выраженность боли, утомляемости, нарушений аппетита и др., имеют с показателями копинга закономерную высоко значимую отрицательную связь. Это показывает, сколь важную роль для КЖ в условиях болезни имеет использование разнообразных (эмоционально- и проблемно-ориентированных) копинг-стратегий. Важно отметить также, что среди шкал, отражающих копинг-стратегии, невозможно выделить одну, наиболее насыщенную корреляционными связями со шкалами опросника КЖ: разные его параметры взаимосвязаны с разными копинг-стратегиями, что показывает значение гибкого применения стратегий совладания для оптимизации КЖ.

В группе 2 выявлено существенно меньшее количество взаимосвязей показателей КЖ и стратегий копинга; при этом наибольшее количество статистически значимых корреляций имеют показатели функциональных и симптоматических шкал КЖ с показателем копинг-стратегии «Принятие ответственности»: общий показатель КЖ и социальная активность тем выше, а субъективные жалобы на физическое состояние тем меньше, чем чаще используется стратегия совладания, связанная с принятием на себя вины и ответственности в ситуации стресса. Выявлено также, что в группе 2 часть корреляций между показателями КЖ и копинга имеет закономерный, а часть – противоречивый, трудно интерпретируемый характер. Примером последнего является отрицательная взаимосвязь показателя КЖ «Эмоциональная активность» одновременно с показателями копинга «Конфронтация» и «Самоконтроль», отражающими противоположные формы поведения, связанные с аффективной сферой (импульсивность и аффективно обусловленное поведение, с одной стороны, контроль социально неприемлемых импульсов – с другой).

При сопоставлении корреляционных матриц, отражающих взаимосвязи показателей КЖ с показателями личностных копинг-

ресурсов в группах 1 и 2, становится очевидным, что при практически одинаковом количестве статистически значимых корреляций (10 и 9, соответственно) в группе 1 отмечается их большее разнообразие, в то время как в группе 2 большинство полученных корреляций отражает взаимосвязи показателей КЖ с одним личностным параметром – экстраверсией, и эти связи имеют однозначный характер: показатели КЖ тем лучше, чем больше в структуре личности представлены черты экстраверсии. Обращает внимание и то, что в каждой группе повышение общего показателя КЖ сопровождается неудовлетворенностью собственной жизнью в определенные ее периоды: в группе 1 – в настоящем, в группе 2 – в прошлом, настоящем и будущем. В группе 1, в отличие от группы 2, выявлены взаимосвязи между показателями КЖ и показателем шкалы «Личностные ресурсы» методики ВIG V: общий показатель КЖ и показатель шкалы «Одышка» тем лучше, чем больше пациент привержен стереотипам и меньше стремится к изменениям.

В заключение можно выделить основные различия, отмеченные при сопоставлении взаимосвязей показателей КЖ с клиническими и психодиагностическими показателями в группах пациентов, перенесших АНК, в связи с онкологическим (угрожающим жизни) и неонкологическим заболеванием.

В группе 1, в отличие от группы 2, выявлено незначительное количество взаимосвязей между основными параметрами КЖ и оценками клинических шкал, отражающих общее состояние здоровья, выраженность боли и функциональный результат хирургического вмешательства; при этом основное количество взаимосвязей приходится на симптоматический показатель КЖ «Одышка». В группе 2, наоборот, показатели КЖ больше взаимосвязаны с клиническими показателями и возрастом пациентов, чем с их психологическими характеристиками, среди которых отчетливо преобладают взаимосвязи с экстравертированной направленностью личности и с оценкой временной перспективы. В группе 1 не отмечается такой однозначности, и показатели КЖ взаимосвязаны с разнообразными стратегиями и психологическими ресурсами копинга.

Необходимо также отметить, что один из важнейших показателей КЖ «Ролевая активность» ни в одной из групп не связана ни с клиническими, ни с психологическими показателями, что отражает неактуальность для пациентов выполнения основных социальных ролей в восстановительно-реабилитационном периоде после АНК. Эта информация может быть учтена при планировании программ психологического сопровождения и социальной реабилитации больных, так как ролевая компетентность и способность к выполнению

основных социальных ролей является одним из основных показателей успешности адаптации в социуме, что в конечном итоге является основной целью реабилитации после АНК.

Как было отмечено, в группе 1 наибольшие связи с клиническими показателями имеет симптоматический показатель КЖ «Одышка», что в качестве предположения, с опорой на данные литературы, можно связать с влиянием противоопухолевого лечения на деятельность сердечно-сосудистой системы. В то же время в группе 1, в отличие от группы 2, этот показатель («Одышка») связан и с разнообразными психологическими характеристиками, в том числе отрицательно взаимосвязан с показателем интернальности, характеризующем зрелость личности. Это позволяет предположить наличие психосоматических компонентов в развитии и проявлениях этого симптома, что также находит отражение в литературе. Так, в работе I. Durosini et al. [31] показано, что на развитие сердечно-сосудистых нарушений в процессе противоопухолевого лечения влияют и личностные особенности больных (опосредованно – через тип эмоционального реагирования и через комплаенс), а Е.Г. Порошина с соавт. [15] отмечают, что больные с сочетанной онкологической и кардиологической патологией обладают определенными психологическими характеристиками, низкой оценкой КЖ и спецификой переживаний, изучение которых может обеспечить более целенаправленную психологическую помощь таким пациентам.

Качество жизни пациентов, перенесших АНК и органосохраняющую операцию. В соответствии с задачами программы настоящего исследования был проведен сравнительный анализ КЖ и психологических характеристик онкологических пациентов, перенесших АНК, и пациентов, проходящих лечение методом изолированной регионарной химиотерапевтической перфузии. Материал исследования составили пациенты после АНК (группа 1А, $n=21$, мужчины – 66,67%; средний возраст $56,33\pm 11,73$) и органосохраняющей операции (группа 2Б, $n=15$, мужчины – 40%; средний возраст $59,67\pm 2,27$ лет). Статистически значимые различия показателей КЖ в двух группах получены с использованием одновыборочного Т-теста.

Установлено, что по большинству параметров КЖ пациенты двух групп статистически значимо не различаются. Значимые различия выявлены лишь по показателям трех симптоматических шкал опросника КЖ QLQ C-30 – «Слабость» ($p=0,049$), «Тошнота и рвота» ($p=0,001$), «Финансовые затруднения» ($p=0,012$). Во всех случаях выраженность названных симптомов и трудностей была выше в группе пациентов, проходящих органосохраняющее лечение. Полученные

результаты согласуются с имеющимися в литературе данными о слабом влиянии характера проводимого хирургического вмешательства на КЖ пациентов с опухолевым поражением костей и мягких тканей конечностей [46]. Однако до настоящего времени у исследователей остаются вопросы, связанные с противоречиями в оценке КЖ, в оценке его динамики, зависимости КЖ от клинических и иных факторов, а также вопросы, связанные с долгосрочными последствиями проводимого лечения для физического и психологического благополучия пациентов [54, 61]. Полностью результаты проведенного сравнительного исследования названных групп пациентов представлены в работах авторов [17, 62].

Заключение. В настоящее время в научной литературе обсуждаются факторы, влияющие на качество жизни пациентов после ампутации нижних конечностей, однако большинство исследований имеет фрагментарный характер, не охватывающий всю совокупность клинических, психологических и социальных факторов в их единстве и взаимодействии. В то же время анализ интегрированного единства этих факторов является необходимым для формирования адекватных программ психологической помощи и психосоциальной реабилитации больных. В связи с этим коллективом авторов – психологов Санкт-Петербургского государственного университета, врачей и психологов Национального медицинского исследовательского центра онкологии им. Н.Н. Блохина Минздрава России – была разработана программа междисциплинарного исследования, которое охватывает основные параметры качества жизни, отражающие объективные ограничения, связанные с болезнью и калечащей операцией, а также субъективно-личностное отношение пациентов к новой жизненной ситуации. Программа включает анализ связи этих (объективных и субъективных) параметров качества жизни с клиническими данными, полученными из медицинской документации, с экспертными оценками врачей, полученными с помощью признанных во всем мире клинических шкал боли и функционального состояния после хирургического вмешательства, с социально-демографическими данными, полученными с помощью специально разработанного структурированного интервью, и с психодиагностическими показателями, полученными с помощью адаптированных на российской выборке (с получением отечественных нормативов) методов психологического исследования. Такое комплексное исследование к настоящему времени выполнено на 39 пациентах, перенесших ампутацию, и 15 пациентах, получающих органосохраняющее лечение в связи с онкологическим заболеванием. Опубликованы первые результаты исследования, характеризующие всю группу ампутированных больных, результаты сравнительного исследования больных с онкологической и неонкологической

патологией, а также результаты сравнительного исследования больных, переживших калечащую операцию и получающих консервативное лечение методом изолированной регионарной химиотерапевтической перфузии. В настоящей главе представлены новые результаты более углубленного и дифференцированного психологического и математико-статистического анализа данных пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности.

Ограничения настоящего исследования связаны с небольшим объемом выборки, а перспективы – с ее увеличением; очевидно также, что область психологии ампутированных больных требует дальнейшего изучения. Поэтому по итогам представленных этапов настоящего исследования в дальнейшем будет реализована дополнительная задача, связанная с разработкой научно обоснованных и эмпирически выверенных направлений и конкретных мишеней психологической помощи и социальной реабилитации больных после ампутации нижней конечности. В связи с этим необходимо отметить, что основная цель настоящей главы – познакомить научное сообщество с предложенной методологией и программой междисциплинарного проекта, направленного на оптимизацию качества жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности. Вместе с тем есть основания полагать, что уже первые результаты исследования могут быть использованы в лечебно-восстановительном процессе.

Важно отметить и то, что перспективы проекта включают не только увеличение выборки исследуемых лиц, но и апробацию и валидизацию авторского специализированного опросника для изучения качества жизни пациентов, перенесших ампутацию в связи с опухолевым поражением костей и мягких тканей конечностей, и модуля, нацеленного на исследование качества жизни пациентов, страдающих фантомными болями после ампутации нижней конечности, проверку его чувствительности к изменениям субъективного отношения к различным аспектам жизни и здоровья после объективно фиксируемых изменений функционального состояния вследствие лечения и реабилитации.

Литература

1. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства. Руководство для врачей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. 552 с.
2. Алиев М.Д., Долгушин Б.И., Демидов Л.В. и др. Опыт использования методики изолированной региональной химиотерапевтической перфузии конечностей // Поволжский онкологический вестник. 2012. № 2. С. 35–44.
3. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. Л.: Наука, 1988. 267 с.

4. Бокерия О.Л., Жукова Л.Г. Кардиоонкология (обзор современной литературы и собственный опыт) // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. 2017. Т. 18, № S6. С. 195.
5. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. и др. Психологическая диагностика совладающего со стрессом поведения // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 323–345.
6. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А. Методология исследования связанного со здоровьем качества жизни // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. СПб.: Скифия-принт, 2014. С. 30–43.
7. Еремян З.А., Щелкова О.Ю. История становления и развития концепции качества жизни в медицине // Психология. Психофизиология. 2022. Т. 15, № 1. С. 37–49.
8. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. СПб.: Издательство СПбГМУ, 2009. 136 с.
9. Каравасва Т.А. Стрессовые и адаптационные расстройства, развивающиеся в связи с онкологическими заболеваниями // Онкопсихология для врачей и медицинских психологов. Руководство / Ред. А.М. Беляев, В.А. Чулкова, Т.Ю. Семиглазова, М.В. Рогачев. СПб.: Любавич, 2017. С. 218–226.
10. Коцюбинский А.П. Биопсихосоциальная модель шизофрении // Психосоциальная реабилитация и качество жизни. СПб.: Психоневрологический институт им. В.М. Бехтерева, 2001. С. 230–241.
11. Леонтьев Д.А. Тест смысложизненных ориентаций (СЖО). 2-е изд. М.: Смысл, 2006. 15 с.
12. Михайличенко Т.Г., Щелкова О.Ю. Методология изучения психологической адаптации пациентов с аутоиммунными заболеваниями печени в период ожидания трансплантации органа // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». 2017. Т. 10, № 1. С. 121–138.
13. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. 2-е изд. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. 320 с.
14. Первин Л., Джон О. Психология личности: Теория и исследования: пер. с англ. М.: Аспект-Пресс, 2001. 607 с.
15. Порошина Е.Г., Володина И.В., Пестерева Е.В. Психологические особенности и качество жизни у онкологических больных с сочетанной сердечно-сосудистой патологией // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. 2017. Т. 9, № 1. С. 83–88.
16. Сирота Н.А., Московченко Д.В., Ялтонский В.М. и др. Беспокойство о прогрессировании онкологического заболевания: современные теоретические концепции и подходы // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2016. № 6(41). [Электронный ресурс]. URL: http://mprj.ru/archiv_global/2016_6_41/nomer03.php (дата обращения: 15 ноября 2021).
17. Усманова Е.Б., Щелкова О.Ю., Яковлева М.В. Исследование качества жизни больных с онкологическим поражением нижних конечностей при разных

видах хирургического лечения // *Проблемы теории и практики современной психологии. Материалы XX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Иркутск, 23–24 апреля 2021 г.* Иркутск: Иркутский гос. ун-т, 2021. С. 270–273.

18. Шарафеев А.З., Жаворонков В.В., Зинченко С.В. и др. Кардиоонкология – новое направление в кардиологии // *Практическая медицина*. 2020. Т. 18, № 1. С. 38–42.

19. Щелкова О.Ю., Усманова Е.Б., Горбунов И.А. и др. Психологическая адаптация к болезни и качество жизни пациентов с опухолевым поражением костей // *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова*. 2018. Т. 25, № 3. С. 62–72.

20. Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Усманова Е.Б. и др. Клинико-психологический статус и качество жизни пациентов после ампутации нижней конечности: результаты пилотажного исследования // *Психология. Психофизиология*. 2022. Т. 15, № 2. С. 73–91.

21. Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Усманова Е.Б. и др. О разработке новых опросников качества жизни при онкологической патологии // *Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова*. 2022. Т. 29, № 3. С. 24–30.

22. Щелкова О.Ю., Яковлева М.В., Усманова Е.Б. и др. Психологическая адаптация и качество жизни пациентов, перенесших ампутацию нижней конечности в связи с онкологическим заболеванием // *Обзорные психиатрии и медицинской психологии имени В.М. Бехтерева*. 2022. Т. 56, № 1. С. 79–94.

23. Яничев Д.П. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и неврозоподобной симптоматикой: дисс. ... канд. психол. наук (19.00.04). СПб.: СПбГУ, 2006. 145 с.

24. Akarsu S., Tekin L., Safaz I. et al. Quality of life and functionality after lower limb amputations: comparison between uni- vs. bilateral amputee patients // *Prosthetics and Orthotics International*. 2013. Vol. 37(1). Pp. 9–13.

25. Aksnes L.H., Hall K.S., Jebsen N. et al. Young survivors of malignant bone tumours in the extremities: a comparative study of quality of life, fatigue and mental distress // *Support Care Cancer*. 2007. Vol. 15(9). Pp. 1087–1096.

26. Bikomeye J.C., Beyer A.M., Kwarteng J.L. et al. Greenspace, Inflammation, Cardiovascular Health, and Cancer: A Review and Conceptual Framework for Greenspace in Cardio-Oncology Research // *International journal of environmental research and public health*. 2022. Vol. 19(4). Pp. 2426.

27. Christ G.H., Lane J.M., Marcove R. Psychosocial Adaptation of Long-Term Survivors of Bone Sarcoma // *Journal of Psychosocial Oncology*. 1995. Vol. 13(4). Pp. 1–22.

28. Custodio C.M. Barriers to rehabilitation of patients with extremity sarcomas // *Journal of surgical oncology*. 2007. Vol. 95(5). Pp. 393–399.

29. Davidge K., Bell R., Ferguson P. et al. Patient expectations for surgical outcome in extremity soft tissue sarcoma // *Journal of Surgical Oncology*. 2009. Vol. 100(5). Pp. 375–381.

30. Davidson D., Barr R.D., Riad S., et al. Health-related quality of life following treatment for extremity soft tissue sarcoma // *Journal of Surgical Oncology*. 2016. Vol. 114(7). Pp. 821–827.

31. Durosini I., Mazzocco K., Triberti S. et al. Personality Traits and Cardio-toxicity Arising From Cancer Treatments: An Hypothesized Relationship // *Frontiers in Psychology*. 2021. Vol. 12. Pp. 546636.
32. Enneking W.F., Dunham W., Gebhardt M.C. et al. A System for the Functional Evaluation of Reconstructive Procedures After Surgical Treatment of Tumors of the Musculoskeletal System // *Clinical Orthopaedics and Related Research*. 1993. Vol. 286. Pp. 241–246.
33. Fauske L., Bondevik H., Ahlberg K. et al. Identifying bone sarcoma survivors facing psychosocial challenges. A study of trajectories following treatment // *European journal of cancer care*. 2019. Vol. 28(5). Pp. e13119.
34. Fayers P.M., Aaronson N.K., Bjordal K. et al. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Brussels: European Organisation for Research and Treatment of Cancer, 2001. 78 p.
35. Felder-Puig R., Formann A.K., Mildner A. et al. Quality of life and psychosocial adjustment of young patients after treatment of bone cancer // *Cancer*. 1998. Vol. 83. Pp. 69–75.
36. Fortington L.V., Dijkstra P.U., Bosmans J.C. et al. Change in health-related quality of life in the first 18 months after lower limb amputation: a prospective, longitudinal study // *Journal of Rehabilitation Medicine*. 2013. Vol. 45(6). Pp. 587–594.
37. Fung A.S.M., Lee P.W.H. Sacrificing a limb for life: Psychological interventions in osteosarcoma // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 1996. Vol. 24(3). Pp. 283–286.
38. Hafner B.J., Gaunaud I.A., Morgan S.J. et al. Construct validity of the Prosthetic Limb Users Survey of Mobility (PLUS-M) in adults with lower limb amputation // *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 2017. Vol. 98(2). Pp. 277–285.
39. Hawkins A.T., Pallangyo A.J., Herman A.M. et al. The effect of social integration on outcomes after major lower extremity amputation // *Journal of Vascular Surgery*. 2016. Vol. 63(1). Pp. 154–162.
40. Ise M., Nakata E., Katayama Y. et al. Prevalence of Psychological Distress and Its Risk Factors in Patients with Primary Bone and Soft Tissue Tumors // *Healthcare (Basel, Switzerland)*. 2021. Vol. 9(5). Pp. 566.
41. Jones R.L., Cesne A.L. Quality of life and patients' expectations in soft tissue sarcoma // *Future oncology (London, England)*. 2018. Vol. 14(10s). Pp. 51–62.
42. Karnofsky D.A., Burchenal J.H. The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer // *Evaluation of Chemotherapeutic Agents* / Ed. by C.M. MacLeod. NY: Columbia University Press, 1949. Pp. 191–205.
43. Lane J.M., Christ G.H., Khan S.N. et al. Rehabilitation for limb salvage patients: kinesiological parameters and psychological assessment // *Cancer*. 2001. Vol. 92(4 Suppl). Pp. 1013–1019.
44. Liu R., Petersen B.J., Rothenberg G.M. et al. Lower extremity reamputation in people with diabetes: a systematic review and meta-analysis // *BMJ open diabetes research & care*. 2021. Vol. 9(1). Pp. e002325.
45. Martin-Tellez K.S., van Houdt W.J., van Coevorden F. et al. Isolated limb perfusion for soft tissue sarcoma: Current practices and future directions. A survey of experts and a review of literature // *Cancer Treatment Reviews*. 2020. Vol. 88. Pp. 102058.

46. Mason G.E., Aung L., Gall S. et al. Quality of life following amputation or limb preservation in patients with lower extremity bone sarcoma // *Frontiers in oncology*. 2013. Vol. 3. Pp. 210.
47. McDonough J., Elliott J., Neuhaus S. et al. Health-related quality of life, psychosocial functioning, and unmet health needs in patients with sarcoma: A systematic review // *Psycho-oncology*. 2019. Vol. 28(4). Pp. 653–664.
48. Mohammed S.A., Shebl A.M. Quality of Life among Egyptian Patients with Upper and Lower Limb Amputation: Sex Differences // *Advances in Medicine*. 2014. Vol. 2014. Pp. 674323.
49. Paredes T., Canavaro M.C., Simões M.R. Anxiety and depression in sarcoma patients: emotional adjustment and its determinants in the different phases of disease // *European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*. 2011. Vol. 15(1). Pp. 73–79.
50. Paredes T., Pereira M., Simões M.R. et al. A longitudinal study on emotional adjustment of sarcoma patients: the determinant role of demographic, clinical and coping variables // *European journal of cancer care*. 2012. Vol. 21(1). Pp. 41–51.
51. Phelps L.F., Williams R.M., Raichle K.A. et al. The importance of cognitive processing to adjustment in the 1st year following amputation // *Rehabilitation Psychology*. 2008. Vol. 53(1). Pp. 28–38.
52. Roffman C.E., Buchanan J., Allison G.T. Predictors of non-use of prostheses by people with lower limb amputation after discharge from rehabilitation: development and validation of clinical prediction rules // *Journal of Physiotherapy*. 2014. Vol. 60(4). Pp. 224–231.
53. Scott J., Huskisson E.C. Graphic representation of pain // *Pain*. 1976. Vol. 2(2). Pp. 175–184.
54. Silva R.S., Guilhem D.B., Batista K. et al. Quality of life of patients with sarcoma after conservative surgery or amputation of limbs // *Acta Ortopedica Brasileira*. 2019. Vol. 27(5). Pp. 276–280.
55. Sinha R., van den Heuvel W.J., Arokiasamy P. Factors affecting quality of life in lower limb amputees // *Prosthetics and Orthotics International*. 2011. Vol. 35(1). Pp. 90–96.
56. Stern J.R., Wong C.K., Yerovinkina M. et al. A Meta-analysis of Long-term Mortality and Associated Risk Factors following Lower Extremity Amputation // *Annals of vascular surgery*. 2017. Vol. 42. Pp. 322–327.
57. Stokke J., Sung L., Gupta A. et al. Systematic review and meta-analysis of objective and subjective quality of life among pediatric, adolescent, and young adult bone tumor survivors // *Pediatric Blood & Cancer*. 2015. Vol. 62(9). Pp. 1616–1629.
58. Stutts L.A., Stanaland A.W. Posttraumatic growth in individuals with amputations // *Disability and Health Journal*. 2016. Vol. 9(1). Pp. 167–171.
59. Tang M.H., Castle D.J., Choong P.F. Identifying the prevalence, trajectory, and determinants of psychological distress in extremity sarcoma // *Sarcoma*. 2015. Vol. 2015. Pp. 745163.
60. Tang M.H., Pan D.J., Castle D.J. et al. A systematic review of the recent quality of life studies in adult extremity sarcoma survivors // *Sarcoma*. 2012. Vol. 2012. Pp. 171342.

61. Thijssens K.M., Hoekstra-Weebers J.E., van Ginkel R.J. et al. Quality of life after hyperthermic isolated limb perfusion for locally advanced extremity soft tissue sarcoma // *Annals of Surgical Oncology*. 2006. Vol. 13(6). Pp. 864–871.
62. Usmanova E.B., Iakovleva M.V., Shchelkova O.Y. et al. Quality Of Life In Osteosarcoma Patients After Limb Salvage Surgery And Amputation // In D.K. Bataev, S.A. Gapurov, A.D. Osmaev [et al.] (Eds.). *Knowledge, Man and Civilization – ISCKMC 2022 / European Proceedings of Social and Behavioural Sciences*. 2022. Vol. 129. Pp. 529–536.
63. Watkins R.G., O'Brien J.P., Draugelis R. et al. Comparisons of preoperative and postoperative MMPI data in chronic back pain patient // *Spine*. 1986. Vol. 11(4). Pp. 385–390.
64. Weddington W.W. Psychological outcomes in survivors of extremity sarcomas following amputation or limb-sparing surgery // *Cancer treatment and research*. 1991. Vol. 56. Pp. 53–60.
65. Weschenfelder W., Gast-Froehlich S., Spiegel C. et al. Factors influencing quality of life, function, reintegration and participation after musculoskeletal tumour operations // *BMC cancer*. 2020. Vol. 20(1). Pp. 351.
66. Winnette R., Hess L.M., Nicol S.J. et al. The Patient Experience with Soft Tissue Sarcoma: A Systematic Review of the Literature // *Patient*. 2017. Vol. 10. Pp. 153–162.

РАЗДЕЛ 5. КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ ПОЗДНЕГО ОНТОГЕНЕЗА

Корсакова Н.К., Рощина И.Ф., Балашова Е.Ю. УРОВНИ РЕГУЛЯЦИИ ПСИХИЧЕСКОЙ АКТИВНОСТИ В ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ: НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ПОДХОД

Аннотация. В статье с позиций нейропсихологического подхода рассматривается проблема уровней регуляции психической активности при нормальном старении. Авторы обсуждают возможные определения регуляции, анализируют теоретические аспекты и исследования разных уровней регуляции психической деятельности и поведения, представленные в работах Л.С. Выготского, Н.А. Бернштейна, В.В. Лебединского, В. А. Иванникова, других российских и зарубежных ученых. Особое внимание в статье уделено нейропсихологическому подходу к изучению уровней регуляции, направленному на поиск тех мозговых структур и систем, которые принимают участие в реализации регуляторных процессов. Дана характеристика вклада различных структурно-функциональных блоков мозга (ФБМ) в процессы произвольной и произвольной регуляции. Авторы подробно обсуждают перестройки уровней регуляции психической активности

при нормальном старении, происходящие в связи с возрастным снижением возможностей первого ФБМ и с увеличением нагрузки на третий ФБМ. Анализируются последствия таких перестроек уровней регуляции для когнитивной сферы и поведения стареющих людей, для адаптации к возникающим ограничениям и для компенсации затруднений.

Ключевые слова: регуляция, психическая активность, нормальное старение, нейропсихология, структурно-функциональные блоки мозга.

Введение. Проблема регуляции психической деятельности и поведения привлекает внимание психологов уже более столетия. Особое внимание уделяется компонентному составу регуляторных процессов, различным уровням регуляции, мозговым структурам и системам, принимающим участие в обеспечении регуляторных возможностей психики, и формированию и функционированию регуляции на разных этапах онтогенеза. В последнее время проблема регуляции психической деятельности и поведения человека обсуждается в связи с созданием искусственного интеллекта и его интеграцией в разные сферы жизни, промышленности, науки, здравоохранения. Исследование психологических механизмов регуляции делают актуальным и другие тенденции развития современной цивилизации – такие, как глобальная цифровизация различных областей жизни людей и сложная геополитическая ситуация в мире, приводящая к многоуровневым и зачастую драматическим противоречиям в сфере социальных процессов. Разумеется, в рамках одной статьи едва ли возможно обсудить все упомянутые ракурсы проблемы регуляции. Поэтому в предлагаемой вниманию читателей статье будет проведен анализ с позиций нейропсихологического подхода различных уровней регуляции психической активности в позднем возрасте, а также взаимосвязь между этими уровнями.

Психология регуляции: известное и неизвестное. Несмотря на то, что психологическая наука (прежде всего, общая психология, психология личности, социальная психология и психология развития) давно интересуется регуляцией, в освоении и понимании этого понятия присутствует ряд пробелов. Обращение к смыслам и значениям, которые приписываются регуляции, выявляет достаточно разноплановую картину. Например, согласно «Современному словарю иностранных слов» (1992) [16], глагол регулировать означает «подчинять определенному порядку, правилу, упорядочивать; направлять движение чего-либо с целью привести в порядок, в систему» (с. 517) [8]. Прилагательное регулярный означает «равномерный, правильный, правильно и равномерно происходящий» (там же, с. 517).

Интересно, что статьи, специально посвященные регуляции, отсутствуют в психологических словарях, изданных в 80-е годы прошлого века (Психологический словарь, 1983; Краткий психологический словарь, 1985) [8, 14]. Тем не менее, в публикациях по общей психологии и психологии личности, а также в нейропсихологических и патопсихологических работах о регуляции говорится довольно часто.

Современный взгляд на регуляцию состоит в том, что она является одной из фундаментальных проблем психологической науки и практики. Термин «регуляция» традиционно используется в психологии для обозначения специфической группы функций психики и головного мозга, направленных на обеспечение оптимальной жизнедеятельности организма в изменяющейся среде, скорейшую адаптацию его к новым условиям (Корнеева, 2008) [6]. Регуляция может быть реализована и в интрапсихическом пространстве, и в пространстве межличностных (социальных) взаимодействий. Обращение к различным определениям регуляции невольно приводит на память идею Б. Спинозы о том, что любое определение во многом является отрицанием других определений (Спиноза, 1957) [17]. Это связано с многоликостью и многоуровневостью регуляции, которая всегда являлась противоречивым и сложным для определения феноменом. С одной стороны, регуляция направлена на оптимизацию выполнения субъектом операций, действий, разнообразных видов деятельности, если они упрочены в индивидуальном опыте, автоматизированы. Потребность в произвольной регуляции возрастает в случае, когда деятельность новая, непривычная, требует творчества и воображения. С другой стороны, регуляция может быть направлена на другого человека. Весь спектр социальных отношений пронизан определяемыми историей и культурой способами их регуляции. Третий «облик» регуляции – это то, что обычно подразумевают под понятием «саморегуляция». Это регуляция своих мотивов, способов достижения жизненных целей, моральных и этических установок, стиля отношений с миром, эмоций, аффективных реакций и состояний.

Процессы регуляции могут реализовываться на различных уровнях. Прообразы таких представлений наблюдаются в публикациях второй половины 19 века и начала 20 столетия. Х. Джексон описал клинический случай, когда у пациента нарушения регуляции речи на произвольном уровне сочетались с сохранностью непроизвольного, автоматизированного уровня речевой активности. Второй пример связан с опубликованной в 1906 году небольшой книгой З.Фрейда «Психопатология обыденной жизни». В ней, в частности, описаны

случаи забывания психически здоровыми лицами (в том числе, самим З.Фрейдом) слов, вещей, намерений, маршрутов. Вероятно, запечатление этих сведений проходило на произвольном уровне; они долго хранились в памяти, но отрицательные аффективные факторы блокировали (по крайней мере, на время) их припоминание (Фрейд, 2020) [20]. Данная работа З.Фрейда и другие его труды также свидетельствуют о том, что сложная система алгоритмов аффективной регуляции обыденной, повседневной жизни формируется, начиная с раннего детства, на произвольном уровне. Именно этот уровень определяет объем жизнедеятельности и является необходимой базой для решения уже на произвольном уровне многообразных поведенческих задач.

В работах Л.С.Выготского ставится проблема сущности и динамики развития регуляции. Размышляя о разных уровнях регуляции, именно он выдвинул предположение о произвольной регуляции высших психических функций (ВПФ) через целенаправленную организацию внешних стимулов и через изменение смысловых образований сознания (Выготский, 1983) [3]. Для Л.С. Выготского произвольная регуляция становится одной из принципиальных характеристик ВПФ (как и их доступность рефлексии).

В российской научной традиции идеи об уровнях регуляции встречаются в работах Н.А. Бернштейна, посвященных организации движений (Бернштейн, 1947) [1]. Произвольная регуляция движений отчетливо представлена на четвертом уровне (D). Это корковый уровень, отвечающий за реализацию предметных действий. Важна она и для пятого уровня (E), на котором реализуются осмысленные движения (это также корковый уровень). Нельзя исключить, что произвольная регуляция участвует и в осуществлении движений уровня внешнего пространства (третий уровень (C)). Два первых уровня организации движений (уровень тонуса и уровень синергий, A и B соответственно) реализуются с опорой на глубинные подкорковые структуры мозга при участии произвольной регуляции (Бернштейн, 1947). Вектор нормального развития таков, что при переходе к реализации движений более высокого уровня нижележащие уровни не исчезают, а как бы становятся фоном для выполнения произвольных движений. Поэтому при поражениях корковых зон, обеспечивающих движения высших уровней, ведущую роль снова играют подкорковые структуры мозга. Еще одна логика размышлений в развитии этой проблемы ставит вопрос о роли фактора времени в инициации и разрывании произвольного уровня двигательной активности.

Дальнейшее развитие идей Л.С. Выготского в работах его последователей позволило сформулировать понятие о произвольной

мотивации, о перестройках мотивационной иерархии различных действий через работу во внутреннем интеллектуальном плане и через привлечение внешних опор (Божович, 1968) [2]. Идея об уровневой структуре регуляции также представлена в работах В.В. Лебединского и его коллег, посвященных развитию эмоциональной сферы (не только в детском и подростковом возрасте, но и в другие периоды онтогенеза) (Лебединский и др., 1990) [9].

В современных психологических исследованиях продолжается анализ разных уровней регуляции психической активности. По мнению В.А. Иванникова, произвольное поведение характеризуется вынужденностью реакций, их осуществлением независимо от желаний субъекта; невозможностью для субъекта управлять ходом процесса (Иванников, 2021) [4]. При этом у человека некоторые формы поведения изначально формируются как произвольные, но затем могут автоматизироваться, совершаться ненамеренно, по привычке; осознанность процесса может не совпадать с возможностью его произвольной регуляции. Произвольные процессы являются ощущаемыми и/или осознаваемыми; они имеют приобретенное значение или смысл, направлены на достижение избранного субъектом результата (Иванников, 2021). Эти процессы имеют начало и окончание, обладают сложными и неоднозначными динамическими характеристиками. Произвольная регуляция поведения, различных физиологических и психических процессов у человека осуществляется с помощью внешних и внутренних средств – знаков и закрепленного в памяти опыта осуществления прежних произвольных реакций (Иванников, 2021).

Основной психической функцией, регулирующей деятельность человека, является речь. А.Р. Лурия выводил произвольное действие из области безусловных рефлексов и инстинктов, считал его намеренным и правомерным. Субъекту доступно осознание его причин, контроль и регуляция хода действия (Лурия, 1962) [11].

Нейропсихологический подход к изучению регуляции. Изучение структуры и уровневой организации регуляции с позиций луриевского нейропсихологического подхода имеет свою историю. В монографии «Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга» рассматривается преимущественно произвольный уровень регуляции, обеспечиваемый лобными отделами конвекситальной коры мозга (Лурия, 1962) [11]. Однако в первой части монографии присутствует очень интересный текст, написанный Г.И. Поляковым – одним из ведущих отечественных специалистов в области анатомии ЦНС. В нем не только излагаются данные о структурной организации мозговой коры, но и подчеркивается роль связей

лимбической системы и лобной коры в регуляции ВНД у животных, в интеграции информации от внутренней среды организма и от внешних форм его активности (Лурия, 1962). Можно предположить, что эти данные послужили прообразом тех идей об уровнях регуляции, которые были сформулированы А.Р. Лурией в концепции о трех структурно-функциональных блоках мозга (Лурия, 1973) [12].

Появлению концепции А.Р. Лурии о структурно-функциональных блоках мозга (ФБМ) предшествовал цикл работ по исследованию функции лобных долей мозга в регуляции психической деятельности человека (Лобные доли и регуляция..., 1966) [10]. В результате этих исследований был поставлен, но остался открытым вопрос о более высокой эффективности произвольных видов активности при патологии лобных долей мозга по сравнению с произвольным уровнем организации ВПФ. Прежде всего, это касалось памяти. Именно по этой причине А.Р. Лурия отметил, что лобные доли не являются центральным аппаратом слепообразования; он называл расстройства памяти при поражениях лобных долей мозга псевдоамнезиями (Лурия, 1962) [11].

Вслед за подробным описанием нарушений произвольного опосредствованного запоминания при псевдоамнезии и формирования программы дальнейших исследований А.Р. Лурия и его ученики переходят к исследованиям памяти и ее нарушений при поражении глубинных подкорковых мозговых структур (Киященко, 1973) [5]. В результате цикла исследований совершенно неожиданно для сотрудников Александра Романовича возникла концепция о трех функциональных блоках мозга, в которой особая роль уделялась первому блоку мозга, который был назван блоком «регуляции тонуса и бодрствования» (Лурия, 1973) [12]. Можно предположить, что тонус – это не только функциональное состояние некоторых структур мозга, но и готовность к определенному виду деятельности. Более того, Александр Романович, говоря о тонусе, имел в виду не только осознанную готовность к деятельности, но и готовность неосознаваемую, произвольную. Можно также предположить, что А.Р. Лурия отдает значительную часть регуляции активности подкорковым структурам, очевидно, оставляя за этой регуляцией инициацию действий, закрепленных в индивидуальном опыте. Это интериоризованные алгоритмы действий, в том числе профессиональные алгоритмы, привычки, навыки, стереотипы и др.

Можно сказать, что такое представление А.Р. Лурии соотносится с идеями С.Л. Рубинштейна о побуждающей регуляции (Рубинштейн, 2003) [15]. С.Л. Рубинштейн писал, что побудительная регуляция определяет, какое действие совершается. Отражение

объекта, являющегося предметом потребности, порождает в индивиде «идеальные стремления» или «силы», которые служат побуждениями к действию и определяют его направление. Также следует вспомнить Л.Н. Толстого, писавшего о том, что для человека свойственна неосознанная потребность активности (Толстой, 1988) [19].

Все сказанное выше приводит к заключению о том, что произвольная и непроизвольная регуляция тесно взаимосвязаны между собой. В частности, в реальном поведении заложена возможность перевода непроизвольной активности на произвольный уровень. Это происходит, например, в случае затруднений при осуществлении какой-либо деятельности. Таким образом, в процессы регуляции включается и контроль. Эта мозговая функциональная система, в которой представлены и глубинные структуры, и лобные корковые области, реализует переход деятельности с автоматизированного уровня на уровень произвольной регуляции активности с помощью сложных когнитивных схем и планов поведения (Миллер, Галантер, Прибрам, 1964) [13].

Таким образом, регуляция психической активности сложным и динамичным образом распределена между двумя функциональными блоками мозга. Лобные доли обеспечивают произвольный уровень организации ВПФ, психической деятельности и поведения, ориентированный на целеполагание в соответствии с новыми намерениями и целями жизни человека, направленными в будущее. Этот уровень также осуществляет контроль и регуляцию применительно к настоящему (когда субъект сталкивается со сложными когнитивными и поведенческими задачами) и к прошлому (когда требуется целенаправленная актуализация сведений из прошлого опыта).

Уровни регуляции активности в позднем онтогенезе. Необходимо сказать, что в современных исследованиях старение определяется как процесс постепенного нарастания ограничений в использовании адаптационного ресурса. Это обусловлено расширением спектра задач, возникающим перед пожилым человеком, требующем постоянной адаптационной активности. При этом происходит перераспределение активности человека в пользу адаптации к внутренним и внешним изменениям в пространстве индивидуальной жизни в позднем онтогенезе (Фролькис, 1970) [21]. Приоритетной формой активности первого ФБМ становится регуляция адаптационных процессов.

Исследования в области нейрогеронтопсихологии показывают, что при нормальном (физиологическом) старении эффективность работы первого ФБМ снижается (Корсакова, Рощина, Балашова, 2022)

[7]. В частности, у многих пожилых людей появляются такие возрастные симптомы, как сужение объема деятельности, тормозимость следов памяти под влиянием интерферирующих воздействий, общее снижение «энергетического» обеспечения психической и поведенческой активности и скорости выполнения многих действий.

Эти возрастные симптомы имеют место на фоне общих эволюционно обусловленных изменениях в структурах мозга (Старение мозга, 1991) [18]. Этому способствуют изменениями баланса нейродинамики в сторону преобладания тормозных процессов. Последнее позволяет высказать предположение о наличии в ЦНС собственных механизмов саморегуляции активности в виде «охранительного торможения», защищающего мозг от избыточных нагрузок.

Вследствие этих возрастных ограничений в работе первого ФБМ функции побудительной регуляции принимают на себя лобные доли мозга (третий ФБМ). Об этом свидетельствуют новые стратегии организации поведения пожилого человека в виде дополнительного контроля и речевого опосредствования. Так, например, такой стратегией является «стратегия осторожности», направленная на ограничение объема деятельности, на планирование режима дня, на использование поведенческих стратегий, снижающих риск принятия импульсивных решений и др. Это закреплено в опыте многих поколений и представлено в культуре в виде пословиц и поговорок: «Поспешишь – людей насмешишь», «Семь раз отмерь, один раз отрежь», «За двумя зайцами погонишься, ни одного не поймаешь» и др. Можно предположить, что именно этот перенос общественного опыта Л.С. Выготский называл экстракортикальными параметрами ВПФ.

Такая переадресация активности внутри третьего ФБМ не может не сказаться на изменениях продуктивности когнитивной сферы при старении. При этом происходит «обкрадывание» действий, регулируемых активностью лобных долей и требующих произвольной инициации и регуляции, осуществляемых на основе планирования и осознанного контроля. В результате наблюдается ограничение когнитивной активности, направленной на решение креативных задач.

К сказанному можно добавить, что лобные доли мозга обеспечивают не только инициацию действий, но и торможение побочных вторжений. Эта функция лобных долей в связи с обозначенной выше переадресацией уровней активности также «обкрадывается», что приводит к появлению феноменов «полевого поведения». В реальной жизнедеятельности пожилых людей последнее обстоятельство снижает устойчивость к различного рода суггестивным воздействиям (реклама и т.п.), которые могут оказаться вредны для

социально защищенного устойчивого психического функционирования. Тем не менее, при нормальном старении ресурс активности лобных долей достаточен для компенсаторных контролируемых осознанных действий при соответствующей личностной и смысловой саморегуляции.

Заключение. Все сказанное свидетельствует о высокой пластичности в работе мозга при старении не только на нейрональном уровне, но и на функциональном уровне, обеспечиваемом крупными консолидированными мозговыми структурами. Именно это обеспечивает возможность благополучного старения (Successful Aging) и является одной из важных детерминант позднего онтогенеза.

Литература

1. Бернштейн Н.А. О построении движений. М.: Медгиз, 1947.
2. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. М.: Просвещение, 1968.
3. Выготский Л.С. Собрание сочинений. В 6-ти тт. Т.3. М.: Педагогика, 1983.
4. Иванников В.А. Культурно-историческая психология волевого действия: От прогноза к поступку. Избранные труды. М.: Когито-Центр, 2021.
5. Киященко Н.К. Нарушение памяти при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973.
6. Корнеева Е.Н. Субъектная регуляция образовательного взаимодействия // Психология. 2008. № 2 (55). С. 56-62.
7. Корсакова Н. К., Рощина И. Ф., Балашова Е. Ю. Геронтопсихология. Нейропсихологический синдром нормального старения. М.: Юрайт, 2022.
8. Краткий психологический словарь. М.: Издательство политической литературы, 1985.
9. Лебединский В.В., Никольская О.С., Баенская Е.Р., Либлинг М.М. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990.
10. Лобные доли и регуляция психических процессов. Под ред. А.Р. Лурии и Е.Д. Хомской. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1966.
11. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1962.
12. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1973.
13. Миллер Дж., Галантер Е., Прибрам К. Планы и структура поведения. М.: Изд-во «Прогресс», 1964.
14. Психологический словарь. М.: Педагогика, 1983.
15. Рубинштейн С.Л. Бытие и сознание. Человек и мир. СПб: Питер, 2003.
16. Современный словарь иностранных слов. М.: Русский язык, 1992.
17. Спиноза Б. Избранные произведения. Т.1. М.: Госполитиздат, 1957.
18. Старение мозга. Под ред. В.В. Фролькиса. Л.: Наука, 1991.
19. Толстой Л.Н. Детство. М.: Просвещение, 1988.
20. Фрейд З. Психопатология обыденной жизни. СПб: Издательская группа «Лениздат», «Книжная лаборатория», 2020.

21. Фролькис В.В. Регулирование, приспособление и старение. Л.: Наука, 1970.

Пономарева Е.В.
СИНДРОМ МЯГКОГО КОГНИТИВНОГО СНИЖЕНИЯ В
ПОЗДНЕМ ВОЗРАСТЕ

Аннотация. Современная исследовательская концепция мягкого когнитивного снижения (МКС) родилась из необходимости идентифицировать категорию пациентов с таким ухудшением когнитивных функций, которое представляет собой промежуточную стадию между возрастной нормой и состоянием деменции, а также имеет повышенный риск перехода в деменцию в течение ближайших 3-5 лет. Мультидисциплинарный подход к динамической оценке МКС включает в себя психопатологические, психометрические, нейроинтраскопические, молекулярно-генетические, биохимические и системные нейropsychологические исследования, позволяющие с большей надежностью диагностировать возможную болезнь Альцгеймера (БА) на стадии ее субклинического течения, т.е. у пациентов с МКС. Своевременная диагностика МКС и определение прогноза течения этого состояния представляет большую научную и практическую значимость, давая возможность улучшить прогноз для пациентов и снизить социально-экономический ущерб для общества.

Ключевые слова: синдром мягкого когнитивного снижения, когнитивные расстройства, физиологическое когнитивное старение, диагностика, прогноз.

Старение является закономерным этапом онтогенеза организма и характеризуется значительными структурными и функциональными изменениями в его органах и тканях. Процессы старения мозга волновали исследователей с давних времен. Морфофизиологические основы старения мозга были впервые описаны в работах гистолога Сантьяго Рамон-и-Кахала (1852-1934), который, изучая структуры нервных клеток, описал феномен апоптоза, приводящий к морфофункциональным нарушениям и дисрегуляции нервной ткани и органов-мишеней [1]. Дальнейшие онтогенетические и нейровизуализационные (МРТ) исследования показали, что в возрасте с 60 до 95 лет отмечены наиболее заметные изменения в структурах гиппокампа, коры и белого вещества [9]. Помимо нейронов, возраст-ассоциированные изменения были выявлены и в микроциркуляторном русле: истончение сосудистой стенки, снижение активности ростовых

циркулирующих факторов, что приводит к развитию хронической гипоксии [1]. Характерным признаком старения является снижение когнитивных способностей, памяти, изменение поведения.

Первые описания когнитивного снижения, развивающегося в пожилом и старческом возрасте, не достигающее уровня деменции, относятся к середине XX века. В 1962 г. канадский геронтопсихиатр V.A. Kral одним из первых описал легкие когнитивные нарушения в пожилом возрасте, назвав их «доброкачественной старческой забывчивостью» (benign senescent forgetfulness), которые характеризовались легкими или умеренными нарушениями памяти, не соответствующими критериям диагностики деменции и не нарастающие со временем [10]. Экспериментально-психологические исследования, проведенные в 1972 г. Маньковским Н.Б., показали, что когнитивные функции с возрастом претерпевают характерные изменения: наилучшие показатели памяти характерны для лиц 20-30 лет, а лучшие показатели вербально-логических функций – в возрасте 40 лет. По мере старения отмечается постепенное снижение когнитивных способностей, в наибольшей степени - такие функции как концентрация внимания, скорость реакций, устойчивость следа памяти к интерференции, гибкость мышления и способность к быстрой смене алгоритма деятельности [2]. В 1986г. Crook T. С соавт. предложили термин «возрастные нарушения памяти» (age-associated memory impairment – ААМІ), которые характеризовались ухудшением памяти в пожилом возрасте вследствие естественных инволютивных изменений головного мозга при отсутствии клинически очерченной деменции [11]. Чуть позднее Blackford R.C. и La Rue A. в 1989 году характеризовали такие состояния как «поздняя возрастная забывчивость» (late-life forgetfulness – LLF) [12].

По мере накопления опыта изучения пациентов с додементными когнитивными расстройствами ученые заметили, что возрастные когнитивные изменения затрагивают не только сферу памяти, но и увеличивают время ответной реакции, а также ухудшают другие высшие корковые функции: праксис, оптико-пространственную деятельность, вербально-логические конструкции. Учитывая это, Levy R. в 1994г. предложил вместо термина «возрастные нарушения памяти» использовать термины - «ассоциированное с возрастом когнитивное снижение (ageing-associated cognitive decline – AACD) и «связанное с возрастом когнитивное расстройство» (age-related cognitive disorder – ARCD) [13].

В дальнейшем исследователи P.Petersen, J.Golomb, A.Kluger для лиц пожилого возраста с ухудшением когнитивных способностей, превосходящее ожидаемое для данного возраста, но не достигающее

выраженности деменции, предложили использовать термин «мягкое когнитивное снижение» (МКС) (mild cognitive impairment) [14-15]. Синдром МКС может иметь различный нейропсихологический профиль и отличается от деменции относительной сохранностью повседневной активности, наличием критики, а также вариабельностью течения. МКС рассматривается как переходное состояние между нормальным старением и деменцией и имеет повышенный риск перехода в деменцию в ближайшие 3-5 лет [14].

Типология. Впервые определение синдрома МКС было сформулировано в исследовательском центре по деменции Нью-Йоркского университета и в Институте неврологии в Лондоне. R.Petersen, J.Golomb, A.Kluger характеризовали его как когнитивный синдром, определяемый легкими признаками ухудшения памяти и/или общим когнитивным снижением при исключении синдрома деменции и иного церебрального или системного заболевания, органной недостаточностью, интоксикацией, в том числе и медикаментозной, а также с депрессией и умственной отсталости, которые могли бы быть причиной когнитивного снижения [14-15]. Синдром МКС включал в себя группу состояний разной этиологии, при котором отмечалось более выраженное чем при нормальном старении нарушение одной или несколько когнитивных функций, не приводящее к бытовой и социальной адаптации.

Операциональные критерии для диагностики синдрома МКС:

1. Жалобы больного на легкое снижение памяти, подтверждаемые информантом (обычно членом семьи), и объективно выявляемое легкое когнитивное снижение при тестировании памяти и когнитивных сфер, обычно нарушающихся при БА.

2. Признаки когнитивного дефицита, соответствующие 3-й стадии по оценке степени тяжести нарушений когнитивных и функциональных способностей (Global Deterioration Scale — GDS) и оценке 0,5 по клинической рейтинговой шкале деменции (Clinical Dementia Rating — CDR).

3. Диагноз деменции не может быть поставлен

4. Повседневная активность остается сохранной, однако, может быть легкое ухудшение в сложных и инструментальных видах повседневной и профессиональной деятельности.

Эпидемиология. МКС выявляются у 10-15% пожилых лиц, с возрастом распространенность МКС растет. За последние несколько десятилетий были проведены широкие эпидемиологические исследования, оценивающие распространенность синдрома МКС среди пожилых лиц. По данным Канадского Исследования Здоровья при

Старении (Canadian Study of Health and Aging, 1997) распространенность МКС среди лиц пожилого и старческого возраста составила 16,8% (Graham J. С соавт., 1997). Итальянское Лонгитудинальное исследование старения (Italian Longitudinal Study of Aging) (Di Carlo A. и соавт., 2000) выявило 10,7% лиц с МКС среди лиц пожилого возраста [16-17].

Этиология МКС. Синдром МКС является гетерогенным по своей этиологии и может быть продромальной стадией одного из вариантов деменции. Наиболее частый этиопатогенетический вариант – это БА. Посмертные патоморфологические исследования выявили у пациентов с МКС нейпатологоанатомические маркеры БА в виде сенильных бляшек (СБ) и нейрофибрилярных клубков (НФК), которые главным образом локализовались в медио-базальных отделах лобных долей, гиппокампе и глубинных отделах коры височных долей головного мозга [18]. Недавние исследования показали, что существует длительная доклиническая фаза БА, с когнитивными, а также структурными изменениями мозга, начинающимися за годы до клинического диагноза деменции. Действительно, более выраженные признаки атрофии мозга были обнаружены двусторонне в медиальной и латеральной части височных долей, орбитофронтальной коре, задней поясной извилине и в *precuneus* у здоровых лиц, у которых впоследствии развивался синдром МКС или БА, по сравнению со стабильной группой контроля здоровых лиц пожилого возраста [19]. Эти доклинические изменения соответствовали характеру изменений в головном мозге, наблюдаемых при диагностированной БА, что свидетельствует о наличии ранней патологии альцгеймеровского типа еще до появления первых клинических симптомов этого заболевания [20].

В меньшей степени были изучены особенности прогрессирования изменений белого вещества головного мозга при МКС и БА. Ряд исследователей описали повреждение белого вещества проводящих путей в пределах МВД у пациентов с МКС и БА, что согласно “гипотезе разъединения”, может ухудшать работу трактов белого вещества и приводить в дальнейшем к губительному отключению от общей схемы мозга. При этом исследователи подчеркивают, что происходит не только общее выключение, но и специфическая изоляция гиппокампа, развивающаяся вследствие нарушения целостности белого вещества в ВТД преимущественно в парагиппокампальной области, в поясной зоне, в области свода, крючковидного пучка (*uncinate fasciculus*) и перфорирующем пути (*perforant pathway*) [21-22]

Диагностика. Диагностика МКС основывается на

внимательном анализе жалоб больного и информации, полученной от информанта (членов семьи, коллег, близких людей), объективных данных нейропсихологического исследования. Важно отметить, что жалобы на повышенную забывчивость широко распространены среди лиц пожилого возраста, по данным ряда исследований их предъявляют от 50 - до 75% пожилых лиц (Яхно Н.Н., Захаров В.В., 2004) [3]. Эти жалобы могут быть как при МКС, так и у лиц с проявлениями возрастной когнитивной дисфункции. Во всех случаях наличие жалоб на нарушения когнитивных функций и на эмоциональные нарушения у лиц пожилого возраста требует исследование неврологического и психического статуса с развернутой оценкой когнитивных и эмоционально-аффективных сфер.

Для изучения доклинического этапа развития БА могут быть использованы нейробиологические маркеры высокого риска. Накопление амилоида может быть измерено с помощью позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) или при анализе спинномозговой жидкости, но оба эти метода являются инвазивными и дорогостоящими, поэтому они не подходят для общего скрининга лиц пожилого возраста. Генетический риск может быть оценен относительно просто, не является чрезмерно дорогим, хотя при его выполнении исследователи сталкиваются с этическими проблемами.

По данным генетических исследований ApoE-генотип остается устойчиво реплицированным геном восприимчивости к БА. Амилоидная нагрузка у когнитивно нормальных лиц старше 60 лет, у пациентов с МКС и БА коррелирует с ApoE4 [23]. Расположенная на хромосоме 19, ApoE переводится в три общих аллельных вариации $\epsilon 2$, $\epsilon 3$ и $\epsilon 4$, причем именно $\epsilon 4$ сильно ассоциируется с риском развития БА. Кроме того, аллель $\epsilon 4$ ассоциирован со снижением функционирования памяти, скорости обработки информации и потерей целостности серого и белого вещества, а также модулирует риск прогрессирования от МКС до БА [24]. Недавний метаанализ показал, что наличие одного или двух аллелей $\epsilon 4$ повышает риск конверсии МКС в БА в четыре раза [25].

Ранее считалось, что *ген транслоказы внешней мембраны митохондрий* (ТОММ40) оказывает минимальное влияние на риск развития БА. Однако, последние работы показали, что ТОММ40 все же влияет на ее начало, он блокирует запуск апоптотических процессов в митохондриальной системе нейрона посредством возможного взаимодействия с β -амилоидом ($A\beta$), поэтому его рассматривают как перспективный биомаркер [26]. В последнее время *гипотеза митохондриального каскада* получила все большую поддержку исследователей, в основе которой лежит предположение, что дисфункция митохондрий является одним из ключевых патологических

механизмов при БА, влияющим на структуры мозга при БА, что подтверждается последними генетическими и нейропатологическими исследованиями. Эти данные свидетельствуют в пользу выраженной митохондриальной дисфункции при БА и перспективны для использования митохондриальных биомаркеров для обеспечения точности раннего выявления доклинической БА [27].

Важное место в диагностике МКС занимают *нейроинтраскопические диагностические маркеры*: атрофия гиппокампа и снижение метаболизма глюкозы в ассоциативных корковых зонах височных и теменных долей и задней угловой извилине [28]. У пациентов с БА выделяют *диагностические биохимические маркеры*: повышение концентрации тау-протеина и снижение ВА1-42 [29].

Клиническая картина. Клиническая картина синдрома МКС гетерогенна и зависит от ее этиопатогенетического варианта. Изначально мягкое когнитивное снижение рассматривалось как нарушение мнестических функций и поэтому долгое время все внимание исследователей было сконцентрировано только на нарушениях памяти. В соответствии с этими представлениями Petersen R.S. и соавт. в 2001 г. предложили разделить МКС на *монофункциональный тип*, при котором отмечалось избирательное вовлечение одной из когнитивных функций (память, речь, гнозис, оптико-пространственная деятельность) и *мультифункциональный тип*, при котором одновременно вовлекались несколько когнитивных сфер [14].

Однако в дальнейшем появились работы, которые описывали гораздо более широкий спектр нарушений когнитивных функций, в которых помимо дисфункции памяти отмечались нарушения и других познавательных функций, которые отличали пациентов с МКС от здоровых лиц пожилого возраста. Поэтому в 2004 году Petersen R. дополнил эту классификацию, выделив 4 основных типа МКС:

1. *Амнестический монофункциональный тип*, характеризующийся избирательным нарушением памяти.

2. *Амнестический мультифункциональный тип*, для которого характерно сочетание нарушений памяти и других когнитивных функций

3. *Неамнестический монофункциональный тип*, который характеризуется нарушением одной когнитивной функции при сохранных показателях памяти.

4. *Неамнестический мультифункциональный тип* – протекает без нарушений памяти и характеризуется множественными когнитивными нарушениями.

В отечественной литературе в 2014 г. Левин О.С. [4] предложил

классификацию, учитывающую характер мнестических нарушений и возможность взаимодействия разных когнитивных функций:

1. *Амнестический тип*, который включал характерный дефект эпизодической памяти, связанным с нарушением запоминания и дефектом воспроизведения, но сохранным узнаванием и опосредованным запоминанием (амнестический синдром «гиппокампального» типа).

2. *Дизрегуляторный (лобный) тип*, характеризуется преобладанием дисфункции лобных долей, которая может быть связана с первичной патологией лобной коры или является вторичной по отношению к патологии глубинных структур (подкорково-лобный синдром); при этом типе возможно вторичное снижение памяти с дефектом воспроизведения, но сохранным узнаванием и опосредованным запоминанием, характерно также снижение речевой активности.

3. *Комбинированный (мультифункциональный) тип*, характеризуется сочетанием амнестического синдрома гиппокампального типа (с нарушением опосредованного запоминания и узнавания) с расстройством регуляторных или других когнитивных функций.

4. *МКС с преобладающим нарушением какой-либо иной когнитивной сферы* (например, зрительно-пространственной или речевой).

Petersen R.S., описав амнестический тип МКС, рассматривал его как наиболее вероятно связанный с начальными проявлениями БА [14]. Нарушения памяти имели первичный характер и проявлялись нарушениями запоминания текущей информации (трудностями запоминания текущих событий жизни). Дефицитарность эпизодической памяти является отличительной чертой БА. Исполнительная дисфункция проявляется в продромальной стадии БА и проявляется преимущественно в задачах, требующих когнитивной гибкости, торможения и самоконтроля. Имеются данные о том, что обычно регистрируемое нарушение способности выполнять две задачи одновременно при БА отражает специфический дефицит в разделении внимания, а не результат более общего дефицита скорости обработки информации. Согласно модели когнитивного снижения, приводящего к БА, представленной Ренгу и его коллегами, нарушения памяти предшествуют проблемам в исполнительной деятельности, которые, в свою очередь возникают до развития характерных симптомов нарушения речи и оптико-пространственной деятельности [30]. При наличии исполнительной дисфункции она оказывает явное негативное влияние на способность управлять повседневной деятельностью и, таким образом, может повышать риск перехода от МКС к БА. У лиц с МКС были выявлены прообразы будущих нарушений и других когнитивных функций: нарушения пространственной ориентировки проявлялись в виде затруднений при попытке найти дорогу в

незнакомой части города, нарушения речи проявлялись трудностями при подборе слов. У части пациентов помимо когнитивных проявлений отмечалось появление и некогнитивных нарушений, протекающих в виде повышенной тревожности, суетливости, эмоциональной лабильности, субдепрессии [31].

Прогноз. МКС относится к клиническому состоянию между нормальным старением и деменцией, чаще вероятной БА. Некоторые лица с МКС остаются стабильными на уровне МКС до смерти, а в некоторых случаях восстанавливаются до нормального когнитивного функционирования. По данным некоторых исследователей лица с МКС по сравнению с лицами без МКС прогрессируют до БА в 10 раз чаще [32]. Однако вопрос о том, является ли МКС истинным предшественником деменции, остается спорным, даже учитывая данные нейрпатологии БА при амнестическом МКС. За последние десятилетия было проведено несколько лонгитудинальных исследований когорт пациентов с МКС, в ходе которых было показано, что от 5 до 15% лиц с МКС ежегодно переходят в мягкую деменцию, при этом в общей популяции вероятность ее развития составляет 1-5%. А. Mitchell в 2008 году показал, что наивысшая скорость трансформации МКС в деменцию наблюдается в первые годы наблюдения, а после того как деменция развивается у лиц с наиболее высоким риском, скорость перехода у оставшихся пациентов значительно замедляется [33].

Динамическое наблюдение группы пациентов с МКС показало, что примерно у 20% лиц с МКС отмечается улучшение когнитивных функций, при этом в дальнейшем риск развития деменции у них был такой же, как и в общей популяции. Детерминанты этого перехода до конца не выяснены: остается еще неясным, обусловлен ли этот переход сосудистым, нейродегенеративным процессами или их взаимодействием [34].

К неблагоприятным прогностическим факторам, повышающим вероятность конверсии МКС в деменцию, относят:

- низкие показатели отсроченного воспроизведения и тестов на регуляторные функции,
- мультифункциональный характер когнитивных нарушений,
- «альцгеймеровский» профиль когнитивного дефекта (нарушение узнавания, низкая эффективность опосредующих приемов при запоминании и воспроизведении, низкая семантическая речевая активность),
- наличие аффективных нарушений, главным образом депрессии и апатии, а также изменения личности и склонность к ажитации,
- отягощенный семейный анамнез,
- наличие сосудистых факторов риска (артериальная

гипертензия, гиперлипидемия, гипергомоцистеинемия, ожирение, метаболический синдром, сахарный диабет, курение),

- низкий уровень физической и интеллектуальной активности,
- тенденция к нарастанию когнитивных нарушений и функциональных ограничений в течение последнего года,
- атрофия гиппокампа и/или обширный лейкоареоз и множественные сосудистые очаги по данным КТ/МРТ,
- положительный тест на биомаркеры нейродегенеративного процесса (низкий уровень β -амилоида, высокий уровень фосфорилированного τ -протеина в ЦСЖ).

Особое место среди оценки прогностических признаков перехода МКС в БА занимает нейропсихологический анализ по методу А.Р.Лурии [5]. При анализе исходной структуры нейропсихологического синдрома у пациентов с МКС было выявлено, что наличие снижения программирования и контроля за деятельностью (симптомы со стороны лобных структур мозга) или сочетания недостаточности нейродинамического обеспечения психической активности и ее произвольной регуляции (дефицитарность со стороны глубинных и лобных структур), наблюдалось у пациентов с отрицательной динамикой когнитивного статуса. Пациенты, не перешедшие в БА, имели симптомы нейродинамической недостаточности или снижение симультанного фактора в когнитивной сфере [6].

Психопатологический подход является важным инструментом для оценки прогноза МКС. По данным ретроспективного психопатологического анализа динамики развития деменции у пациентов с БА были выявлены особенности течения доклинического этапа БА с поздним началом – трансиндивидуальная сенильная перестройка личности (сенильноподобный характерологический сдвиг), которая характеризовалась появлением ригидности, эгоцентризма, скупости, подозрительности и конфликтности или карикатурное заострение характерологических особенностей, иногда отмечается яркое «оживление» воспоминаний из далекого прошлого или нивелировка личностных особенностей и аспонтанности. Для пациентов с пресенильным вариантом течения БА на доклинической стадии помимо мнестических нарушений, характерны легкие номинативные речевые нарушения, нарушения конструктивного и/или моторного компонентов праксиса, а также психопатоподобные личностные расстройств, которые являлись «пробрами» будущих нарушений речи, праксиса и гнозиса и имели эпизодический, флюктуирующий характер, часто могли быть спровоцированы стрессом, соматогенной астенией [7-8].

Знания о факторах, способствующих переходу МКС в деменцию имеет важное значение для определения профилактических и терапевтических методов воздействия, способных снизить бремя, лежащее на семьях таких пациентов, как по этическим, так и по экономическим критериям. Это представляет собой одну из самых серьезных проблем для социальных органов и системы здравоохранения в нашем стареющем обществе.

Литература

1. Гомазков О.А. Старение мозга и нейротрофическая терапия. - М.: ИКАР, 2011. — 178 с.
2. Маньковский Н.Б., Минц А.Я. Старение и нервная система. (Очерки клинической нейрогеронтологии). Тираж 4000 экз. К. Здоровья 1972г. 280 с
3. Яхно Н.Н., Захаров В.В. Легкие когнитивные нарушения в пожилом возрасте. Неврол.журн. 2004;(1):4—8.
4. Левин О.С. Алгоритмы диагностики и лечения деменции / О.С.Левин. – 8-е изд. – М. : МЕДпресс-информ, 2017. – 192 с.
5. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высших учебных заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003 — 384 с.
6. 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.
7. Руководство по гериатрической психиатрии / под ред. С.И. Гавриловой. – М.: Пульс, 2011. – 380 с.
8. Гаврилова С.И. Додементные нейрокогнитивные расстройства: диагностические и терапевтические аспекты. Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В.М.Бехтерева, 2018, №1, С.89-98.
9. Fjell AM, Walhovd KB, Structural brain changes in aging: courses, causes and cognitive consequences. Rev.Neurosci. 2010;21(3):187-221.
10. Kral W.A. Senescent forgetfulness: benign and malignant. Can Med Assoc J 1962; 86: 257–260.
11. Crook, T. H., Bartus, R. T., Ferris, S. H., Whitehouse, P., Cohen, G. D., Gershon, S. (1986). Age-associated memory impairment: Proposed diagnostic criteria and measures of clinical change—Report of a National Institute of Mental Health workgroup. *Developmental Neuropsychology*, 2, 261-276.
12. Blackford, R. C, LaRue, A. Criteria for diagnosing age-associated memory impairment: Proposed improvements from the field. *Developmental Neuropsychology*, 1989; 5, 295-306.
13. Levy R. Aging-associated cognitive decline. Working Party of the International Psychogeriatric Association in collaboration with the World Health Organization. *International psychogeriatrics// IPA*. - 1994. - Vol. 6. P. 63-68.
14. Petersen R. C., Roberts R. O., Knopman D. S., Boeve B.F., Geda Y.E., Ivnik R.J., Smith G.E., Jack J.R. “Mild cognitive impairment: ten years later,” *Archives of Neurology*. 2009. - vol. 66, no. 12, pp. 1447–1455.
15. Golomb J., Kluger A., Ferris S. Mild cognitive impairment: Historical development and summary of research. *Dialogues Clinical Neurosciences*. 2004 Dec;6(4):351-367.

16. Graham J. E., Rockwood K., Beattie E. L., Eastwood R., Gauthier S., Tuokko H., McDowell I. Prevalence and severity of cognitive impairment with and without dementia in an elderly population. // *Lancet*. – 1997. – Vol. 349. – P. 1793–1796.
17. Di Carlo A., Baldereschi M., Amaducci L., Maggi S., Grigoletto F., Scarlato G. Cognitive impairment without dementia in older people: prevalence, vascular risk factors, impact on disability. The Italian Longitudinal Study on Aging. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2000 48 (7), 775–782.
18. Traykov L., Rigaud A. S., Cesaro P., Boller F. Neuropsychological impairment in the early Alzheimer's disease. *Encephale*. 2007 vol. 33, no. 3, part 1, pp. 310–316.
19. Perry R. J., Watson P., Hodges J. R. The nature and staging of attention dysfunction in early (minimal and mild) Alzheimer's disease: relationship to episodic and semantic memory impairment. *Neuropsychologia*. 2000 vol. 38, no. 3, pp. 252–271.
20. Royall D. R., Lauterbach E. C., Kaufer D., Malloy P., Coburn K. L., Black K. J. The cognitive correlates of functional status: a review from the Committee on Research of the American Neuropsychiatric Association. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*. 2007, - vol. 19, no. 3, pp. 249–265.
21. Hogan A. M., Vargha-Khadem F., Saunders D. E., Kirkham F. J., Baldeweg T. Impact of frontal white matter lesions on performance monitoring: ERP evidence for cortical disconnection. *Brain*, 2006, - vol. 129, no. 8, pp. 2177–2188.
22. Salat D. H., Tuch D. S., Van der Kouwe A. J., Greve D.N., Pappu V., Lee S.Y., Hevelone N.D., Zaleta A.K., Growdon J.H., Corkin S., Fischl B., Rosas H.D. White matter pathology isolates the hippocampal formation in Alzheimer's disease. *Neurobiology of Aging*. 2010; 31(2): 244–256.
23. Corder E. H., Saunders A. M., Strittmatter W. J., Schmechel D. E., Gaskell P. C., Small G. W., Roses A. D., Haines J. L., Pericak-Vance M. A. Gene dose of apolipoprotein E type 4 allele and the risk of Alzheimer's disease in late onset families. *Science*. 1993. 261 (5123): 921–923.
24. Pike K. E., Savage G., Villemagne V. L., Ng S., Moss S. A., Maruff P., Mathis C. A., Klunk W. E., Masters C. L., Rowe C. C. β -amyloid imaging and memory in non-demented individuals: evidence for preclinical Alzheimer's disease. *Brain*. 2007; 130(11): 2837–2844.
25. Grimmer T., Tholen S., Yousefi B. H., Alexopoulos P., Förschler A., Förstl H., Henriksen G., Klunk W.E., Mathis C.A., Perneczky R., Sorg C., Kurz A., Drzezga A. Progression of cerebral amyloid load is associated with the apolipoprotein ϵ 4 genotype in Alzheimer's disease. *Biological Psychiatry*, 2010; 68(10):879–884.
26. Ferencz B., Karlsson S., Kalpouzos G. Promising Genetic Biomarkers of Preclinical Alzheimer's Disease: The Influence of APOE and TOMM40 on Brain Integrity. *International Journal of Alzheimer's Disease*, 2012, 1–15.
27. Hardy J., Allsop D. Amyloid deposition as the central event in the etiology of Alzheimer's disease. *Trends in Pharmacological Sciences*. 1991;12(10):383–388.
28. Collette F., Hogge C.M., Salmon E., Van der Linden M. Exploration of the neural substrates of executive functioning by functional neuroimaging. *Neuroscience*, 2006;139(1): 209–221.

29. Storandt M., Cognitive deficits in the early stages of Alzheimer's disease. *Current Directions in Psychological Science*. 2008;17(3):198–202.
30. Perry R. J., Watson P., Hodges J.R. The nature and staging of attention dysfunction in early (minimal and mild) Alzheimer's disease: relationship to episodic and semantic memory impairment. *Neuropsychologia*. 2000;38(3):252–271.
31. Reisberg B., Franssen E.H., Hasan S. M., Monteiro I., Boksay I., Souren L.E.M., Kenowsky S., Auer S.R., Elahi S., Kluger A. Retrogenesis: clinical, physiologic, and pathologic mechanisms in brain aging, Alzheimer's and other dementing processes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 1999;249(3):28–36.
32. Lagergren M., Fratiglioni L., Hallberg I. R., Berglund J., Elmståhl S., Hagberg B., Holst G., Rennemark M., Sjolund B.M., Thorslund M., Wiberg I., Winblad B., Wimo A. A longitudinal study integrating population, care and social services data. The Swedish national study on aging and care (SNAC). *Aging and Clinical Experimental Research*, 2004;16(2):158–168.
33. Mitchell A.J., Shiri-Feshki M. Rate of Progression of Mild Cognitive Impairment to dementia - meta-analysis of 41 robust inception cohort studies. *Acta Psychiatr Scand*. 2009; 119: 252–265.
34. Dubois B., Feldman H. H., Jacova C., DeKosky S.T., Barberger-Gateau P., Cummings J., Delacourte A., Galasko D., Gauthier S., Jicha G., Meguro K., O'Brien J., Pasquier F., Robert P., Rossor M., Salloway S., Stern Y., Visse P.J., Scheltens P. Research criteria for the diagnosis of Alzheimer's disease: revising the NINCDSADRDA criteria. *The Lancet Neurology*. 2007;6(8):734–746.

Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф.

**ПРОФИЛАКТИКА КОГНИТИВНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ У
КРОВНЫХ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ
АЛЬЦГЕЙМЕРА: СОВМЕСТНАЯ РАБОТА ПСИХИАТРА И
КЛИНИЧЕСКОГО ПСИХОЛОГА**

Аннотация. В статье представлены результаты двух фрагментов комплексного мультидисциплинарного исследования родственников 1-й степени родства больных болезнью Альцгеймера (БА). В первой части описываются результаты психопатологической, нейропсихологической и психометрической оценки особенностей когнитивной и аффективной сферы кровных родственников пациентов с БА в сравнении с группой контроля. Вторая часть посвящена проспективной оценке долговременных эффектов нейрометаболической курсовой терапии (на примере актовегина) на показатели когнитивного функционирования у родственников 1-й степени родства больных БА с минимальной когнитивной дисфункцией (МКД) и с мягким когнитивным снижением (МКС).

Ключевые слова: родственники 1-й степени родства пациентов с

болезнью Альцгеймера, проспективное исследование, нейропсихологическое исследование, психометрическое исследование, когнитивная сфера, профилактика.

Введение. В связи с неуклонно возрастающим в мировой популяции количеством пациентов с болезнью Альцгеймера (БА), число которых к 2050 году может достигнуть 130 млн. человек [1], и данными о значительной численности больных БА в России, составляющей более 1 млн. 800 тысяч человек [2], особую значимость приобретает проблема разработки мер профилактики БА в группе лиц с наиболее высоким риском развития этого заболевания. Во многих работах отмечается, что к группе риска относятся родственники 1-й степени родства больных БА. Исследование особенностей когнитивной сферы показывает, что задолго до развития БА у них выявляются специфические особенности когнитивного функционирования. Так, в 22х-летнем проспективном исследовании M.F. Elias и соавт. [3] у лиц, которым через 10 лет после базисного обследования поставлен диагноз БА, выявлены более низкие оценки по тестам вербальной памяти и абстрактного мышления. В исследовании С.Н Kawas и соавт. [4] получены сходные результаты, показавшие, что спустя 15 лет после первичного тестирования развитие БА в 2 раза чаще происходит у лиц с более низкими показателями по тестам, оценивающим зрительную память. В 20-летнем проспективном исследовании L.F. Jarvik и соавт. [5] получены данные о значимо более низких показателях по шкале Mini-Mental State Examination (MMSE) [Folstein M. et al., 1975] у взрослых детей пациентов с БА по сравнению с группой контроля. В работе L. Backman и соавт. [6] при анализе риска развития БА у родственников 1-й степени родства в сравнении с группой контроля установлена связь низких когнитивных показателей (способности к обучению, кратковременной памяти, исполнительных и вербальных функций) с последующим развитием деменции у родственников больных БА, достигших 65-летнего возраста, при этом временной интервал, предшествующий клиническим симптомам БА, составил от 2 до 10 лет [6]. А. La Rue и соавт. [7] в сравнительном исследовании вербальных функций в когорте из 623 детей больных БА и группы контроля, состоящей из 157 человек, выявили более низкие показатели опосредованной вербальной памяти у детей пациентов с БА.

С 2008 гг. в ФГБНУ НЦПЗ в отделе гериатрической психиатрии (директор – проф. Т.П. Клюшник, зав. отд.– проф. С.И. Гаврилова) проводится комплексное проспективное мультидисциплинарное исследование когорты родственников 1-й степени родства пациентов с БА [8]. В данной статье представлены два фрагмента этого

исследования: клинико-нейропсихологическая диагностика когнитивных функций кровных родственников пациентов с БА в сравнении с группой контроля и клинико-нейропсихологическая оценка эффективности превентивной терапии у группы родственников 1-й степени родства больных БА.

Клинико-нейропсихологическая диагностика когнитивных функций кровных родственников пациентов с БА.

Материал и методы. Результаты данного исследования основаны на изучении когорты (198 чел.), которая формировалась из числа родственников 1-й степени родства пациентов с подтвержденным диагнозом БА, которые на протяжении длительного времени (2008–2022 гг.) наблюдались в отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ. Средний возраст – 57,5 лет (58 м. и 140 ж., дети – 178 чел., сибсы – 25 чел.). Группа контроля состояла из 74 чел., не имевших среди родственников пациентов с БА (25 м., 49 ж.). Средний возраст: 56,2 г. Для анализа показателей когнитивного функционирования применялись клинико-психопатологический, психометрический, нейропсихологический и статистический методы. Для исключения иных причин когнитивных нарушений применялся метод МРТ-исследования головного мозга.

Психометрический комплекс включал субшкалу общего клинического впечатления (Clinical Global Impression-Improvement scale – CGI-I), Мини-тест оценки когнитивных функций (Mini-Mental State Examination – MMSE), Монреальскую шкалу оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment – MoCA). Применялись тесты произвольного запоминания 10 слов, Бостонский тест называния (Boston naming test – BNT), субтест 6 теста Векслера (David Wechsler's Scale, subtest 6), тест рисования часов (Clock Drawing Test – CDT), тест запоминания 5 геометрических фигур, тест Бентона (Benton Visual Retention Test – BVRT), субтесты «звуковые» и «категориальные» ассоциации теста Маттиса (Mattis Dementia Rating Scale: Verbal fluency – DRS) и тест Мюнстерберга (Munsterberg Test).

Нейропсихологическое исследование включало «Экспресс-методику исследования когнитивных функций» с количественной и качественной оценкой различных параметров когнитивной сферы, которые наиболее сензитивны к возрастным изменениям в позднем возрасте (Корсакова Н.К. и соавт., 2009) [12].

Результаты. По анамнестическим данным у родственников больных БА была установлена большая частота признаков конституциональной когнитивной недостаточности (68,7%). Нередко выявлялись как когнитивные монодисфункции, так и множественные легкие проявления когнитивной дефицитарности. У них уже в детском или

подростковом возрасте отмечались трудности усвоения точных наук, запоминания цифрового материала, имен и фамилий, затруднения в ориентировке в пространстве. Они плохо запоминали лица, с трудом усваивали мануальные навыки, у них нередко наблюдалась «корявость» почерка и моторная неловкость. Чаще всего в школьные годы отмечалось присутствие только одного из признаков конституциональной когнитивной недостаточности (26,1%), реже одновременно присутствовали два (19,4%) или три (17,2%) вида когнитивных дисфункций. Изредка могли одновременно присутствовать более трех разных видов легкой когнитивной недостаточности. Примерно с равной частотой обследованные родственники указывали на трудности усвоения точных наук (21,6%), трудности запоминания цифрового материала (25,4%), в ориентировке в пространстве (23,1%) или в приобретении мануальных навыков (27,6%). Несколько более часто (31,3%) они отмечали трудности в запоминании имен и фамилий, реже – запоминания лиц (16,4%). О моторной неловкости в школьные годы сообщали 12,7% обследованных, о «корявости» почерка, не поддававшейся исправлению, сообщали 7,5% из обследованных родственников.

При психопатологическом обследовании у 66,2% родственников больных БА объективно выявлялась дефицитарность когнитивных функций. У трети обследованных была нарушена концентрация внимания, что чаще всего было обусловлено переутомлением на работе, уходом за больным родственником или психическим и/или физическим перенапряжением. Примерно треть обследованных жаловалась на трудности усвоения новой информации на протяжении последних 2-10 лет. Значительно реже (13,1%) они указывали на появившиеся в течение последних 2-4 лет затруднения в припоминании событий отдалённого прошлого. У половины из них отмечались более низкие (на 2-3 балла из 30 возможных), чем в группе контроля, суммарные оценки по шкале MMSE или по шкале MoCA. При психопатологическом обследовании более чем у трети обследованных родственников были выявлены астенические расстройства. Реже (14,9%) отмечались признаки диссомнии. У значительной части родственников (68,7%) обнаружены различные фобии. Более чем у половины обследованных имелись признаки эмоциональной неустойчивости или раздражительности. У 51,2% родственников отмечались признаки субдепрессий и симптомы тревоги. По сравнению с группой контроля у кровных родственников пациентов с БА отмечена альцгеймерофобия и неврозоподобные расстройства. Более 40% обследованных жаловались на головные боли, головокружение, чувство тяжести в голове. Чаще всего они связывали эти жалобы с последствиями осложненных

родов, перенесенных в детстве ЧМТ, менингита или с повышенными или пониженными цифрами АД, метеозависимостью или переутомлением.

При **магнитно-резонансной томографии** головы почти у половины обследованных (48,4%) обнаружены признаки гидроцефалии (наружной, внутренней или сочетанной – наружной и внутренней), а также сочетание гидроцефалии с единичными сосудистыми очагами.

Результаты нейропсихологического обследования показали, что у родственников больных БА были выявлены затруднения при выполнении оптико-пространственной деятельности (самостоятельный рисунок геометрических фигур и рисунок геометрических фигур по речевой инструкции). Пробы Г. Хеда, направленные на диагностику пространственной организации праксиса, выполнялись с ошибками. В пробах, направленных на оценку динамического праксиса, отмечалось снижение плавности переключения в движениях и нарушение их последовательности. У них также обнаруживались неточности при рисовании циферблата часов и расстановке на них стрелок, затруднения при решении арифметических задач, трудности непосредственного воспроизведения 5 геометрических фигур. Недостаточно точными и полными оказались результаты методик, оценивающих слухоречевую память (непосредственное и отсроченное воспроизведение 10 слов). По результатам выполнения субтеста Векслера обнаружен меньший объем воспроизведения цифр в прямом и обратном порядке по сравнению с группой контроля. В целом результаты нейропсихологической оценки при обследовании этих лиц в динамике (через 4 года) показали, что почти у половины из них (46%) отмечалось ухудшение произвольного внимания, пространственной организации праксиса, оптико-пространственной деятельности, зрительной и слухоречевой памяти. Кроме того, появились дисфункция номинативной функции речи, а также выросла дефицитарность кинетической составляющей праксиса.

Клинико-нейропсихологическая оценка эффективности превентивной терапии у группы родственников 1-й степени родства больных БА.

Материал и методы. В исследование включена когорта из 76 родственников с минимальной когнитивной дисфункцией (МКД, средний возраст $51,1 \pm 10,9$) и 32 родственника с синдромом мягкого когнитивного снижения (МКС, средний возраст $68,4 \pm 9,6$). Критерии МКД включали наличие легких дисмнестических затруднений, касающихся событий текущего времени и новой, особенно цифровой, информации, усвоения мануальных навыков и пространственных взаимоотношений; особенности когнитивного статуса, характеризующиеся легким снижением показателей оптико-

пространственной деятельности, зрительной и слухоречевой памяти, кинетической и пространственной организации праксиса, а также легкие трудности произвольной регуляции деятельности; социальная и повседневная активность оставалась полностью сохранной [10].

Диагностические критерии МКС (Mild cognitive disorder, рубрика ICD-11: 6D71) основаны на предъявляемых пациентом и подтверждаемых объективным информантом жалоб на снижение памяти и/или легкие когнитивные нарушения, подтвержденные при нейропсихологическом тестировании; выраженность когнитивного снижения соответствовала оценке > 24 баллов по шкале MMSE [Folstein M.F. et al., 1975]; оценке <1 по шкале тяжести деменции CDR (Clinical Dementia Rating [Morris J.C., 1993]) и 1–3 стадии по шкале общего ухудшения GDS (Global Deterioration Scale) [Reisberg B. et al., 1982]); повседневная активность оставалась сохранной (возможно только легкое ухудшение в наиболее сложных видах повседневной или социальной активности); диагноз деменции в соответствии с критериями ICD-11 еще не мог быть поставлен [11].

У всех родственников пациентом с БА получено информированное согласие на участие в исследовании.

Полученные клинические данные в сочетании с наследственным фактором риска позволяют отнести таких родственников к группе высокого риска развития БА. Эта категория лиц пожилого возраста нуждается в профилактике прогрессирования когнитивного дефицита и развития деменции, в частности, с применением средств медикаментозной терапии препаратами, обладающими нейрометаболической и нейропротективной активностью. В данном исследовании применялся один из препаратов с нейрометаболическим механизмом действия актовегин. Препарат содержит физиологические компоненты, обладающие биологической активностью – органические низкомолекулярные соединения: аминокислоты, олигопептиды, нуклеозиды; промежуточные продукты углеводного и жирового обмена: олигосахариды и гликолипиды; а также электролиты (калий, натрий, фосфор, магний, кальций, медь) и микроэлементы [9].

Цель данного исследования – сравнительная оценка долговременных эффектов нейрометаболической курсовой терапии (на примере актовегина) на показатели когнитивного функционирования у родственников 1-й степени родства больных БА с минимальной когнитивной дисфункцией (МКД) и с мягким когнитивным снижением (МКС).

Методы исследования. Для оценки динамики показателей когнитивного функционирования использовали клинико-психологический, психометрический и нейропсихологический методы

обследования, а также статистический анализ полученных результатов, описанные в предыдущем фрагменте статьи. Безопасность препарата оценивалась по Шкале оценки побочного действия UKU (Lingjaerde O. et al., 1987) [13].

Метод оценки. Сравнили динамику исходных (0 день) показателей когнитивного функционирования родственников больных БА с МКД и с синдромом МКС с показателями после окончания каждого лечебного курса – 1, 2, 3 и 4.

Результаты. По данным клинико-психометрического обследования к окончанию 4-х курсов терапии у 69,7% (n=53) родственников с МКД отмечалось улучшение когнитивного функционирования до состояния возрастной нормы. В 30,3% (n=23) случаях уровень когнитивной дисфункции остался на исходном уровне. За весь период наблюдения ни у кого из группы с синдромом МКС не был поставлен диагноз деменции, обусловленной БА, напротив, отмечено улучшение в рамках указанного синдрома.

По шкале CGI-I в **группе МКД** к окончанию 4-х курсов терапии наиболее часто достигалось значительное улучшение – в 56,7% случаев (n=48); умеренное улучшение отмечено в 23,7% (n=18); реже всего в 13,2% случаев (n=10) улучшение было только минимальным. У родственников с синдромом МКС к окончанию 4-х курсов терапии улучшение умеренной и минимальной степени по шкале CGI-I установлено соответственно в 28,2% (n=9) и 31,2% случаев (n=10). В 40,6% (n=13) оценка по общему клиническому впечатлению не изменилась. Ни в одном случае выраженного улучшения не наблюдалось. Ни у одного из включенных в исследование лиц за 4 года и 9 месяцев не установлено ухудшения показателей когнитивного функционирования (табл. 1).

Таблица 1.

Изменение когнитивного статуса по шкале общего клинического впечатления (CGI-I) в сравниваемых группах родственников за весь период исследования

Шкала общего клинического впечатления (CGI-I)	Группа МКД, n = 76				Группа МКС, n = 32			
	Время оценки							
	Окончан 1 курса n (%)	Окончан 2 курса n (%)	Окончан 3 курса n (%)	Окончан 4 курса n (%)	Окончан 1 курса n (%)	Окончан 2 курса n (%)	Окончан 3 курса n (%)	Окончан 4 курса n (%)
Отсутствие изменений	0	0	0	0	3 (9,4)	2 (6,25)	7 (21,9)	13 (40,6)

Минимальное улучшение	11 (14,5)	16 (21,0)	15 (19,7)	10 (13,2)	25 (78,1)	26 (81,25)	19 (59,4)	10 (31,2)
Умеренное улучшение	41 (53,9)	23 (30,3)	16 (21,1)	18 (23,7)	4 (12,5%)	4 (12,5%)	6 (18,7)	9 (28,2)
Выраженное улучшение	24 (31,6)	37 (48,7)	45 (59,2)	48 (63,1)	0	0	0	0

Психометрическая оценка в группе МКД показала статистически значимое улучшение показателей, которые возрастали к окончанию каждого курса терапии (табл. 2). По тесту отсроченного воспроизведения 10 слов, Бостонскому тесту называния и тесту повторения цифр в обратном порядке увеличения средне-групповых оценок, полученных после 2 курса, к окончанию следующих 3 и 4 курсов не отмечено. Оценка по тесту рисования часов значимо не улучшилась на протяжении всего периода исследования, поскольку исходная оценка приближалась к максимальной.

Таблица 2.

Динамика средне-групповых показателей когнитивного функционирования (по шкалам и тестам) в течение всего периода наблюдения в группе с МКД

Шкалы и тесты	Время оценки								
	0 день	Окончание 1 курса	p	Окончание 2 курса	p	Окончание 3 курса	p	Окончание 4 курса	p
	M+SD	M+SD		M+SD		M+SD		M+SD	
Шкала MMSE	27,5±1,0	29,1±1,3	*	29,4±0,7	*	29,6±0,9	*	29,7±0,9	*
Шкала MoCA	26,2±1,2	28,1±1,4	*	28,5±1,4	*	29,1±1,2	*	29,2±1,2	*
Произвольное запоминание слов	6,8±2,2	7,5±1,0	*	7,7±1,0	*	8,0±1,3	*	8,1±1,1	*
Отсроченное воспроизведение 10 слов	5,7±1,1	6,4±1,2	*	6,4±1,3	*	6,8±1,5	*	6,8±1,5	*
Бостонский тест называния	48,3±2,9	51,3±2,5	*	51,9±2,5	*	53,0±2,1	*	53,3±2,2	*
Субтест 6 Теста Векслера:									
– повторение цифр в прямом порядке	6,4±0,8	7,3±1,0	*	7,6±1,0	*	7,8±1,1	*	7,9±1,1	*
– повторение цифр в обратном порядке	5,1±1,3	5,4±1,4	*	5,5±1,5	*	5,7±1,6	*	5,7±1,6	*
Тест рисования часов	9,8±1,0	9,9±0,5	–	9,9±0,5	–	9,9±0,5	–	9,9±0,5	–

Тест запоминана 5 фигур	3,3±1,2	4,1±0,8	*	4,1±0,8	*	4,2±0,9	*	4,4±0,9,1	*
Тест Бентона	10,7±18	12,3±1,5	*	12,9±2,1	*	13,1±1,5	*	13,2±1,55	*
Тест Маттиса: – звукон ассоциации	17,6±4,7 19,1±5,1	20,9±4,9 22,7±4,9	*	22,1±5,2 24,0±5,2	*	23,9±4,9 25,6±5,7	*	24,4±4,9 26,5±4,9	*
– категориальн ассоциации									
Тест Мюнстерберга	19,2±2,9	22,0±2,7	*	22,7±2,4	*	23,4±2,2	*	23,8±2,2	*

Примечание (здесь и далее в таблицах 2–5): * – различия статистически значимы между исходными оценками и оценками к концу курсов терапии: $p < 0.05$

Результаты нейропсихологической оценки когнитивных функций в группе родственников с МКД показали, что после 1 и 2 курсов терапии значимо улучшались результаты по всем 10 субтестам и общему баллу «Экспресс-методики» (табл. 3). По окончании 3 курса лечения в этой группе наблюдалось дальнейшее значимое улучшение непосредственного запоминания вербальных стимулов, конструктивной деятельности, всех видов праксиса, зрительной и семантической памяти. При этом следует отметить стабильные результаты отсроченного воспроизведения в вербальной памяти, максимальные результаты в вербальном мышлении и понимании логико-грамматических конструкций языка. По окончании 4 курса терапии наблюдались стабильные показатели по всем исследуемым параметрам когнитивной сферы, что можно рассматривать в рамках нормальных возрастных особенностей нейропсихологического статуса родственников этой группы.

Таблица 3.

Динамика средне-групповых показателей когнитивных дисфункций по «Экспресс-методике» за весь период наблюдения в группе с МКД

Субтесты «Экспресс- методики»	Время оценки								
	0 день	Окончан ие 1 курса	р	Окончан ие 2 курса	р	Окончани 3 курса	р	Окончан ие 4 курса	р
	M±SD	M±SD		M±SD		M±SD		M±SD	
Непосредствен ное запоминание вербальных стимулов	1,4±0, 2	1,2±0,1	*	1,1±0,1	*	1,1±0,2	*	1,0±0,2	*
Конструктивна я деятельность	0,7±0, 2	0,5±0,1	*	0,4±0,1	*	0,3±0,1	*	0,2±0,1	*
Динамический	0,8±0,	0,5±0,1	*	0,4±0,1	*	0,3±0,1	*	0,1±0,1	*

пракис	2							
Отсроченное воспроизведение вербальных стимулов	1,7±0,1	1,5±1,2	*	1,4±1,0	*	1,4±0,1	-	1,4±0,1
Зрительная память	5,3±0,1	5,3±0,1	*	5,1±0,1	*	4,9±0,1	*	4,7±0,2
Семантическая память	1,1±0,2	0,9±0,1	*	0,7±0,1	*	0,6±0,1	*	0,5±0,1
Вербальное мышление	0,5±0,1	0,1±0,1	*	0,0±0,1	*	0,0±0,1	-	0,0±0,1
Понимание логико-грамматических конструкций языка	1,0±0,1	0,8±0,2	*	0,5±0,1	*	0,5±0,1	-	0,5±0,1
Регуляторный пракис	0,9±0,1	0,7±0,1	*	0,4±0,1	*	0,1±0,1	*	0,1±0,1
Пространственный пракис	1,2±0,18	1,1±0,2	*	1,0±0,1	*	0,8±0,1	*	0,5±0,1
Сумма	14,6±0,2	12,6±0,2	*	11,0±0,1	*	10,0±0,1	*	9,0±0,1

В группе с синдромом **МКС** по шкалам MMSE и MoCA средне-групповые суммарные оценки улучшались статистически значимо после каждого курса терапии. Величина улучшения оценок по этим шкалам значимо возрастала к окончанию первых 3-х курсов и не увеличивалась после 4 курса. Значимое улучшение исходных оценок после каждого курса терапии отмечено по тестам запоминания 10 слов, Бостонскому тесту называния, повторению цифр в прямом порядке, тестам рисования часов, Бентона, Маттиса и Мюнстерберга (табл. 4). По Бостонскому тесту называния оценка возрастала вплоть до окончания 3 курса терапии, но снизилась к концу 4 курса, оставаясь на значимо лучшем уровне по сравнению с исходной.

Средне-групповые оценки по тестам отсроченного воспроизведения 10 слов и запоминания 5 фигур значимо не улучшались на всём протяжении исследования (табл. 4). Оценки по тесту повторения цифр в обратном порядке незначимо улучшались после 1 курса, но после 3 и 4 курсов они снижались (незначимо) по сравнению с исходной.

Таблица 4.

Динамика средне-групповых показателей когнитивного функционирования (по шкалам и тестам) в течение всего периода наблюдения в группе с МКС

Шкалы и тесты	Время оценки								
	0 день	Окончани 1 курса	p	Окончани 2 курса	p	Окончани 3 курса	p	Окончани 4 курса	p
	M±SD	M±SD		M±SD		M±SD		M±SD	
Шкала MMSE	26,2±1,0	27,3±1,2	*	27,3±0,9	*	27,4±0,9	*	27,4±1,1	*
Шкала MoCA	22,1±3,7	23,6±3,9	*	24,4±1,9	*	24,9±1,7	*	24,9±2,2	*
Произвольное запоминание слов	4,9±1,2	5,6±1,2	*	5,7±1,0	*	5,7±1,1	*	5,7±1,2	*
Отсроченное воспроизведение 10 слов	3,8±1,2	4,1±1,3	-	4,1±1,4	-	4,0±1,2	-	3,9±1,21	-
Бостонский тест называния	41,9±10,4	44,1±10,4	*	47,3±3,0	*	47,7±3,5	*	47,3±4,3	*
Субтест 6 Тест Векслера:									
- повторение цифр в прямом порядке	4,7±1,0	5,5±0,9	*	5,9±1,2	*	5,7±0,9	*	5,6±1,1	*
- повторение цифр в обратном порядке	3,7±1,3	3,9±1,3	-	3,7±1,0	-	3,5±0,9	-	3,5±0,9	-
Тест рисования часов	8,1±1,9	8,6±1,7	*	8,9±1,2	*	8,8±1,3	*	8,6±1,4	*
Тест запоминания 5 фигур	2,2±1,6	2,6±1,5	-	2,6±0,8	-	2,6±0,8	-	2,5±0,8	-
Тест Бентона	8,2±1,6	9,8±1,8	*	9,6±1,9	*	9,6±1,8	*	9,6±2,1	*
Тест Маттиса:									
- звуковые ассоциации	11,5±2,4	13,3±3,0	*	13,7±3,1	*	14,0±2,5	*	14,2±3,4	*
- категориальные ассоциации	13,6±3,1	15,5±3,5	*	15,6±3,4	*	16,2±3,3	*	16,3±4,2	*
Тест Мюнстерберга	14,0±4,0	15,8±4,1	*	16,0±4,2	*	16,3±4,0	*	16,3±4,2	*

Нейропсихологическая оценка результатов выполнения «Экспресс-методики» в группе родственников с синдромом МКС по окончании 1 курса терапии показала значимое улучшение по всем субтестам и общему баллу, кроме понимания логико-грамматических конструкций языка (табл. 5). К концу 2 курса терапии стабильные результаты отмечались по объему непосредственного запоминания

вербальных стимулов и семантической организации речи. На этом фоне наблюдалось значимое улучшение возможностей отсроченного воспроизведения вербальных стимулов, объема запоминания зрительных стимулов, всех видов праксиса, конструктивной деятельности. По окончании 3 курса терапии в этой группе отмечались стабильные результаты в запоминании, праксисе, конструктивной деятельности, а значимо улучшались семантическая организация речи и семантическая память. К концу 4 курса терапии не наблюдалось улучшения показателей когнитивных функций, но получены достаточно стабильные результаты выполнения всех субтестов «Экспресс-методики».

Таблица 5.

Динамика средне-групповых показателей когнитивных дисфункций по «Экспресс-методике» за весь период наблюдения в группе с синдромом МКС

Субтесты «Экспресс-методики»	Время оценки								
	0 день	Окончани 1 курса	p	Окончани 2 курса	p	Окончани 3 курса	p	Окончани 4 курса	p
	M±SD	M±SD		M±SD		M±SD		M±SD	
Непосредствен ное запоминание вербальных стимулов	2,5±0, 2	2,3±0,1	*	2,3±0,1	–	2,3±0,2	–	2,3±0,2	–
Конструктивна я деятельность	1,5±0, 2	1,3±0,1	*	1,1±0,1	*	1,1±0,1	–	1,1±0,1	–
Динамический праксис	1, 8±0,2	1,5±0,1	*	1,3±0,1	*	1,3±0,1	–	1,3±0,1	–
Отсроченное воспроизведени е вербальных стимулов	2,7±0, 1	2,5±0,2	*	2,4±1,0	*	2,4±0,1	–	2,4±0,1	–
Зрительная память	6,7±0, 1	6,4±0,1	*	6,2±0,1	*	6,3±0,1	–	6,3±0,2	–
Семантическая память	1,8±0, 2	1,5±0,1	*	1,2±0,1	*	1,0±0,1	*	1,0±0,1	–
Вербальное мышление	1,5±0, 1	1,2±0,1	*	1,0±0,1	*	1,0±0,1	–	1,0±0,1	–
Понимание логико- грамматически х	2,5±0, 1	2,5±0,2	–	2,5±0,1	–	2,5±0,1	–	2,5±0,1	–

конструкций языка								
Регуляторный праксис	1,5±0,1	1,3±0,1	*	1,1±0,1	*	1,1±0,1	-	1,1±0,1
Пространственный праксис	2,5±0,1	2,3±0,2	*	2,1±0,1	*	2,0±0,1	*	2,2±0,1
Сумма	25,0±0,4	22,8±0,2	*	1,2±0,1	*	21,0±0,1	-	21,2±0,1

Настоящее проспективное клинико-нейропсихологическое исследование состояния когнитивного функционирования родственников 1-й степени родства больных БА показало, что за весь период исследования ни у одного из пролеченных родственников (с МКД и с синдромом МКС) не была диагностирована деменция, обусловленная БА.

Анализ результатов длительного клинического проспективного исследования показал, что проведение повторных курсов терапии актовегином оказывает положительное воздействие на когнитивное функционирование пролеченных родственников 1-й степени родства больных БА, имеющих признаки когнитивной недостаточности разной степени выраженности, но не достигающих уровня деменции.

Наиболее выраженный позитивный терапевтический ответ на повторные курсы лечения актовегином у лиц с МКД по сравнению с группой с синдромом МКС свидетельствует о необходимости как можно более раннего терапевтического вмешательства с применением средства метаболической терапии у родственников 1-й степени родства пациентов с БА. Таким образом, повторное проведение курсовой нейрометаболической терапии актовегином (1 раз в 1,5 года) можно рассматривать как модель прокогнитивной терапии, направленной на предупреждение прогрессирования когнитивного дефицита и развития деменции у лиц с высоким риском развития БА, т.е. у родственников 1-й степени родства больных БА, имеющих признаки когнитивной недостаточности.

Резюме. Результаты многолетней совместной научной и практической работы психиатра и клинического психолога в отделе гериатрической психиатрии ФГБНУ НЦПЗ позволяют утверждать, что родственники пациентов с деменцией нуждаются в комплексной медико-психологической помощи, включающей медикаментозную поддержку и программы когнитивной стимуляции и психотерапии.

Литература

1. Prince M, Wimo AGM, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015: the global impact of dementia: an analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International. 2015: 1-23.
2. Чикина Е.С., Медников О.И., Белоусов Ю.Б. Фармакоэкономические аспекты лечения деменции в РФ. *Русский медицинский журнал*. 2005;13(20):1354-1360.
3. Elias MF, Beiser A, Wolf PA, Au R, White RF, D'Agostino RB. The preclinical phase of Alzheimer disease: a 22-year prospective study of the Framingham Cohort. *Arch Neurol*. 2000;57:808-813.
4. Kawas CH, Corrada MM, Brookmeyer R, Morrison A, Resnick SM, Zonderman AB, Arenberg D. Visual memory predicts Alzheimer's disease more than a decade before diagnosis. *Neurology*.
5. Jarvik LF, La Rue A, Gokhman I, Harrison T, Holt L, Steh B, Harker J, Larson S, Yaralian P, Matsuyama S, Rasgon N, Geschwind D, Freimer N, Jimenez E, Schaeffer J. Middle-aged children of Alzheimer parents, a pilot study: stable neurocognitive performance at 20-year follow-up. *J Geriatr Psychiatry Neurol*. 2005;18:187-191.
6. Backman L, Jones S, Berger AK, Laukka EJ, Small BJ. Cognitive impairment in pre-clinical Alzheimer's disease: a meta-analysis. *Neuropsychology*. 2005;19:520-531.
7. La Rue A, Hermann B, Jones JE, Johnson S, Asthana S and Sager MA. Effect of parental family history of Alzheimer's disease on serial position profiles. *Alzheimers Dement*. 2008;4(4):285-290.
8. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф. Комплексное катамнестическое клинико-психологическое исследование когнитивных особенностей психической деятельности у родственников 1-ой степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера. *Психиатрия*. 2017;76.
9. Machicao F, Muresanu DF, Hundsberger H et al. Pleiotropic neuroprotective and metabolic effects of Actovegin's mode of action. *J. Neurol. Sci*.
10. Селезнева Н.Д., Гаврилова С.И., Пономарева Е.В. Эффективность и безопасность цитиколина в профилактике прогрессирования когнитивного дефицита у родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера: проспективное исследование. *Психиатрия*. 2020;18(4):33-40.
11. Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome. *Arch Neurol*.
12. 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;2:44-50.
13. Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K. The UKU Side Effect Rating Scale. Comprehensive Rating Scale for Psychotropic Drugs and a Cross-Sectional Study of Side Effects in Neuroleptic-Treated Patients. *Acta Psychiatr. Scand. Suppl*. 1987;334:1-100.

Добряков И.В., Зверева Н.В., Солондаев В.К.
МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ В РОССИИ.
ПАМЯТИ ВЛАДИМИРА АНАТОЛЬЕВИЧА УРЫВАЕВА
(11.02.1954 – 20.03.2022)

Аннотация. Статья посвящена Владимиру Анатольевичу Урываеву, юридическому и клиническому психологу, основателю журнала «Медицинская психология в России». Представлены основные вехи научной биографии В.А.Урываева и его деятельность по созданию и поддержанию научно-информационного портала «Медицинская психология» (<http://medpsy.ru/>), журналов «Медицинская психология в России» (<http://mprj.ru/>) и «Клиническая и медицинская психология» (<http://medpsy.ru/climp/>). Освещена работа В.А.Урываева и редакционного коллектива информационных ресурсов по сплочению медицинских психологов России: проведение международных научно-практических конференций «Медицинская (клиническая) психология: исторические традиции и современная практика»; информационное обеспечение подготовки психологов и врачей; расширение инструментария практической работы; организация профессиональных контактов. Значительную роль в работе по сплочению медико-психологического сообщества сыграла профессиональная награда «Раненый целитель», которая вручается с 2015 года за заслуги в сфере медицинской (клинической) психологии.

Ключевые слова: медицинская психология, клиническая психология, история психологии, «Медицинская психология в России», В.А. Урываев, «Раненый целитель», психологическое образование.

Медицинская психология в России – это проект, который был инициирован Владимиром Анатольевичем Урываевым в 2009 году, первый номер жургала опубликован 31 декабря 2009 года. Как было заявлено - главная цель издания — создание научной площадки, в рамках которой специалисты смогут обсуждать актуальные проблемы фундаментальных и прикладных исследований в области медицинской (клинической) психологии в России. У журнала была высокая издательская планка – 6 номеров в год. Интернет-издание, специализированное для профессионалов клинических психологов и коллег со смежных профессиональных территорий – медицины и психологии – это очень серьезная заявка, с которой В.А.Урываев блестяще справлялся. Переживая за статус журнала, Владимир Анатольевич, активно расширял редакционный совет, в который им были приглашены ведущие психологи и медики мирового уровня (Филипп Зимбардо, Иштван Харди и другие), а в редколлегию входили ведущие специалисты из разных регионов России. Специализация

журнала по действовавшей номенклатуре специальностей научных работников соответствовала специальности 19.00.04 — «Медицинская психология», со свободным доступом посредством телекоммуникационной сети Интернет. Сайт журнала доступен по двум адресам (адреса представляют собой аббревиатуру названия издания с добавлением первой буквы от слова «журнал»): <http://mprj.ru> и <http://мпрж.рф>. Можно с уверенностью сказать, что журнал объединял нас, так же, как и проводимые под его эгидой научно-практические конференции по медицинской психологии под общим названием «Медицинская (клиническая) психология: исторические традиции и современная практика». Всего было 8 международных конференций, состоявшихся в Ярославле (2014, 2015, 2016, 2020), Санкт-Петербурге (2017, 2021), Курске (2018), Москве (2019), которые каждый раз отражали настоящее положение медицинской психологии в России. При этом углубленный интерес проявлялся и к истории науки, и к ее современным проблемам и достижениям.

Журнал и портал с одноименным названием существовал и развивался в течение многих лет до скоропостижной кончины В. А. Урываева. В этой статье мы отдаем дань памяти нашему коллеге. Приведем некоторые биографические и исследовательские данные, чтобы дать более полное представление о человеке, который рдел за процветание медицинской психологии.

Владимир Анатольевич получил образование на факультете психологии Ярославского государственного университета им. П.Г. Демидова. Став в 1976 году дипломированным специалистом, он начал работать медицинским психологом в Ярославской областной клинической психиатрической больнице, затем был призван на службу в ряды Советской Армии. После демобилизации Владимир Анатольевич обучался в Академии МВД СССР, где получил диплом по специальности «Юридическая психология». Опыт работы в психиатрической клинике и интерес к праву предопределили его специализацию в сфере судебной экспертизы и многолетнюю работу в качестве эксперта-психолога.

Научный и творческий потенциал Владимира Анатольевича был успешно реализован в процессе предпринятого им диссертационного исследования, посвященного проблемам формирования резерва кадров на управленческие должности. В 1991 году В.А. Урываев успешно защищает диссертацию на соискание ученой степени кандидата психологических наук в области психологии управления (19.00.05 — социальная психология). С этого времени его трудовая деятельность связана с медицинским университетом г.Ярославля. Владимир Анатольевич разрабатывает курс медицинской

психологии на кафедре психиатрии и с 1992 по 2008 год заведует курсом медицинской психологии кафедры психиатрии Ярославского государственного медицинского университета. Под его научным руководством защищены две кандидатские диссертации. В 1999 году ему присвоено ученое звание доцента. Он автор более 300 научных публикаций и более 40 методических разработок (8 из которых имеют «гриф» Министерства здравоохранения – «рекомендованы для медицинских ВУЗов страны...»). Его научные работы опубликованы не только в России, но и в изданиях Азербайджана, Белоруссии, Германии, Ирландии, Казахстана, Кыргызстана, Латвии, Польши, США, Турции, Украины, Франции.

В 2012 году по инициативе ученого с широким кругозором и активной гражданской позицией Владимира Анатольевича Урываева, благодаря его необыкновенным коммуникативным способностям и обаянию, в Ярославском государственном медицинском университете был создан редакционно-издательский отдел электронных научных изданий, бессменным начальником которого, а также руководителем информационного портала «Медицинская психология» (medpsy.ru) он стал. Именно В.А.Урываев еще в 2009 году инициировал новый важный проект издания журнала «Медицинская психология в России» (www.mprj.ru), а в 2015 году и «Клиническая и медицинская психология: исследования, образование, практика» (www.medpsy.ru/climp), являлся их бессменным главным редактором. Журналы сыграли и играют огромную роль в объединении медицинских психологов страны, получивших широкую возможность публикации своих работ, обсуждения насущных проблем отечественной медицинской психологии, дискуссий. В материалах руководимых им журналов обсуждались вопросы истории, современного состояния медицинской психологии, ее основные направления, вопросы подготовки специалистов, междисциплинарного сотрудничества, сплочения науки и практики.

Владимир Анатольевич Урываев с почтением относился к своим учителям, к классикам медицины и психологии, способствовал возвращению многих имен в научно-исторический оборот медицинской психологии. Последний отредактированный В.А. Урываевым номер журнала «Медицинская психология в России» как раз содержит такое посвящение к 100-летию юбилею Учителя (памяти М.С. Роговина). С 2009 года на обложке каждого выпуска журнала размещалась фотография классика науки (медицины, психологии), а в самом журнале – обязательная статья по истории медицинской психологии и смежных наук. Каждый номер журнала вписывал свою страницу в историю отечественной медицинской психологии, теперь в эту историю шагнул

и сам Владимир Анатольевич.

По инициативе В.А. Урываева в 2015 году была учреждена премия журнала «Медицинская психология в России» **«Раненый Целитель»** «За выдающиеся достижения в области отечественной медицинской (клинической) психологии», фактически это первая профессиональная премия в этой сфере. Ее лауреатами за 7 лет стали многие выдающиеся медицинские психологи нашей страны, а в 2021 – также коллективы «Психологической газеты» и отдела медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья». В новейшей истории науки эта премия отражает интерес к собственному личностным детерминантам, подготавливающим «прорывы» в той или иной области науки или практики. Разнообразные номинации премии это в полной мере отражают, равно как и качества личности самого Владимира Анатольевича – высокий профессионализм, творческая инициативность, фантастическая трудоспособность, стремление к постоянному совершенствованию рабочего процесса, углубленный интерес к истории развития науки и практики клинической психологии. Премии вручались на проводимых конференциях по медицинской психологии, проводимых под эгидой портала и журнала «Медицинская психология в России», а также и на других, в том числе и на Поляковских чтениях, что привлекало внимание и к самой премии, и к ее лауреатам.

И журналы, и конференции способствовали сплочению медицинских (клинических) психологов России.

Уникальный опыт научного и практического служения отечественной медицинской психологии Владимира Анатольевича Урываева получил высокую оценку коллег, их уважение и любовь, а также официальное признание.

Владимир Анатольевич Урываев в 2003 году награжден Почетной грамотой Губернатора Ярославской области за работу по научному обеспечению проведения Всероссийской диспансеризации детей. В том же году, в составе авторского коллектива, организованного по его инициативе для организации практики сопровождения детей группы риска, выявленных при диспансеризации, Владимир Анатольевич стал лауреатом Премии Губернатора Ярославской области за заслуги в сфере образования. В 2006 и в 2014 году он получал Почетные грамоты Управления здравоохранения мэрии г. Ярославля; в 2019 году ему была вручена Благодарность Министерства здравоохранения РФ. В 2014 и в 2017 годах им получены Почетные грамоты Президиума Российского Психологического Общества «За вклад в развитие и продвижение психологической науки и практики в России». В.А. Урываев является лауреатом Национального конкурса «Золотая Психея» в номинации «Личность года в российской

психологии», победителем в Номинация «Вклад в развитие единого профессионального психологического сообщества России» (по итогам 2014 года); лауреат премии «Золотой Хирон» (Раненый целитель) за выдающиеся достижения в области отечественной медицинской (клинической) психологии (2020).

Владимир Анатольевич пользовался заслуженным авторитетом среди коллег и в научном, и в образовательном, и в практикующем сообществе специалистов психологов и медиков, он входил в Экспертный совет Национального конкурса «Золотая Психея» с 2015 года. С московскими вузами и научными учреждениями его связывали добрые отношения в информационной поддержке мероприятий, проводимых по медицинской и юридической психологии (Коченовские и Зейгарниковские чтения – в МГППУ); с Научным центром психического здоровья – совместная работа по организации конференций по медицинской (клинической) психологии, посвященных С.Я. Рубинштейн и Ю.Ф. Полякову. Тесные отношения и профессиональные связи В.А.Урываев имел со многими российскими классическими и медицинскими университетами: МГУ имени М.В.Ломоносова, СПбГУ, РГПУ им. А.И.Герцена, Томский и Новосибирский университеты, Курский, Самарский, Рязанский и другие медуниверситеты страны, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева и многими другими организациями, связанными с деятельностью медицинских психологов. Не менее активное сотрудничество В.А.Урываев развивал и с коллегами из других стран – из Латвии, Киргизии, Казахстана, Венгрии и др.

Главным делом В.А.Урываева последних десятилетий стало объединение профессионалов медицинских психологов и смежных специалистов России для развития науки и практики, повышения статуса и юридической грамотности специалистов, озабоченность профессиональной подготовкой и сохранением традиций в эпоху активного международного сотрудничества медицинских психологов. При всей большой занятости, неиссякаемой энергии созидания, Владимир Анатольевич запомнился нам как добрый, искренний человек, обладающий и высокими профессиональными компетенциями, и великолепным чувством юмора.

В научных интересах Владимира Анатольевича можно выделить два основных вектора. Начиная с кандидатской диссертации, посвященной прикладным аспектам теории личности А.Ф. Лазурского, он занимался вопросами развития личности [1, 2]. Обращение к феноменам воли, как системообразующим факторам становления

личности, позволило привнести в понимание личности те акценты, которые важны для понимания ее поступков в реальной действительности. Этот подход позволил ему совместно с Е.В. Морозовой эмпирически выделить два принципиально различных в психологическом плане типа реакции на угрозу инвалидизации вследствие хронического заболевания или тяжелых последствий лечения [3]:

- у позитивно настроенных больных, не стремящихся к уходу в инвалидизацию, - принятие ситуации такой, какой она есть, и мобилизация ресурсов совладания. Это происходит на фоне высокого уровня принятия себя во всем многообразии личностных характеристик и богатства ценностных ориентаций;

- у больных, расценивающих как единственную возможность адаптации и получение (либо утяжеление) статуса инвалида, – попытка «бегства» от ситуации страдания, массированное использование механизмов психологической защиты, согласие на обеднение характеристик Я и ценностей личности, требование прямой социальной поддержки в виде установления группы инвалидности.

В.А. Урываев предпринимал попытки концептуализировать выделяемую на основе теории А.Ф.Лазурского эмпирику в различных теоретических конструктах, один из которых - понятие внутренней картины лечения. Он считал неверным использование понятий внутренняя картина болезни, реакция личности на болезнь, отношение к болезни как синонимов и скептически оценивал возможность полной типологии реакций личности на болезнь [4]. Реакция личности на болезнь, по мнению Владимира Анатольевича, имеет «этапный характер» и на каждом этапе мы видим детерминацию со стороны различных особенностей личности (характера, темперамента), определяющих реакцию на соматическое (психическое) неблагополучие. А понятие внутренней картины лечения предполагает возможность выбора того или иного типа поведения, вероятностное прогнозирование успеха лечения, приемлемости затрат на достижение цели, т.е. проявления активности личности.

На наш взгляд, значимым итогом научной работы Владимира Анатольевича в этом - условно первом - векторе стала концепция премии «Раненый Целитель» журнала «Медицинская психология в России», вручаемой за выдающиеся достижения в области отечественной медицинской (клинической) психологии [5, 6]. Идея активности личности или «внутреннего доктора» в психике пациента была воплощена в скульптурном образе титана Хирона, обладавшего бессмертием и как титан по рождению, и как брат Зевса по отцу Крону. Однако признаваемый эталоном моральных качеств и мудрости Хирон

принял решение расстаться со своим бессмертием, передав половину Прометею, а вторую половину завещав Асклепию.

Второй вектор научных интересов Владимира Анатольевича наметился на основе его работы как преподавателя. Приведем важные результаты этой большой исследовательской работы. Достаточно долго встречаясь со студентами наборов разных лет на курсе медицинской психологии, как рассказывал сам В.А. Урываев, со временем он начал задумываться о психологических характеристиках молодых людей, выбравших обучение медицине и сумевших реализовать свой выбор. Студенты 2006 года в сравнении со студентами 1991 года оказались более активны, менее сентиментальны, более прагматичны и ответственны при одинаковом уровне когнитивных способностей и общей просоциальной направленности [7]. Если у студентов 1991 года фиксировалась лишь одна слабо выраженная, но статистически значимая связь ценности семьи с переживанием зависимости и соответствующей поддержкой, то в 2006 году была зафиксирована группа связей с тревожностью и групповой зависимостью, ранимостью, мнительностью. Зафиксированные связи интерпретировались автором как рост понимания защитной функции семьи по мере социально-экономических изменений. Интересные различия были обнаружены и в зависимости от пола. У юношей в сфере семейных отношений наблюдался рост активности, а у девушек расширение принятия традиционных представлений о мужских и женских социальных ролях в семье [7].

Дополнение результатов сравнения материалами исследования психологических защит студентов четвертого курса в 2013-2014 учебном году позволило Владимиру Анатольевичу сформулировать ряд практически значимых рекомендаций для психологических служб медицинских ВУЗов [8].

Во-первых, студенты с высоким уровнем нейротизма представляют группу риска, с которой желательно работать, начиная с первого курса.

Во-вторых, сочетание выраженного нейротизма с психологической защитой регрессия может указывать на инфантильность как патохарактерологическую перспективу развития неблагополучия личности.

В-третьих, функциональное значение проекции как механизма психологической защиты в психологической структуре личности свидетельствует в пользу введения в программу профессиональной подготовки врача психологических тренингов.

В-четвертых, функциональное значение нейротизма в психологической структуре личности ставит вопрос о профилактике

психосоматических проблем студентов.

Сравнение интеллектуального развития студентов 1992 и 2016 годов обучения показало рост всех составляющих интеллекта, включая социальный интеллект. Важно, что этот рост произошел на фоне бурной компьютеризации. Но рост значений личностных характеристик, обеспечивающих интеллектуальный ресурс адаптации, преимущественно фиксируется у девушек [9].

Сравнение параметров волевой регуляции поведения в тех же группах показывает не менее интересную картину. Наблюдается рост значений по всем факторам теста Кеттелла, которые связаны с регуляцией поведения: Е («развитость лидерских качеств»), G («сильное супер-Эго, сильный характер»), Н («решительность, смелость»), Q3 («контроль желаний и степень осознанности социальных требований»). Максимально выросли выборочные значения фактора Е, минимально - фактора G. Рост значений факторов Е, G, Н в группе девушек выше, чем в группе юношей [10].

Самоактуализация студентов 1992 и 2016 годов обучения также отличается. Произошло принятие ценностей самоактуализации, которое потребовало достаточно высокой «платы» за личностный рост: дезорганизации в переживании времени (фиксация на настоящем в ущерб интеграции с прошлым) и трудности интегрирования в структуру личности своих слабостей и недостатков. У студентов 2016 года обучения вдвое выросло число статистически значимых корреляционных связей, укрепляющих (укореняющих) ценности самоактуализации в структуре личности. Изменилось и содержание связей. У студентов 1992 года факторами, поддерживающими самоактуализацию, были I («чувствительность») и Q2 («независимость поступков»). У студентов 2016 года таких факторов четыре: Н («социальная смелость»), N («бесхитрость»), O («спокойствие»), Q4 («расслабленность») [11].

В плане психологической уязвимости студенты 1992 и 2016 годов обучения отличаются существенно [12]. Усиливаются такие характеристики как «самоконтроль», «последовательность поступков», «стремление доводить начатое дело до конца», «осознание социальных требований, стремление их выполнять и забота о впечатлении, которое производится на окружающих». Статистически значимое снижение показателя «самокопания» сопровождается ростом ценностей вариантов поведения, способствующих достижению тех или иных целей, прежде всего подготовки к профессиональной деятельности. Привлекает внимание рост показателей «апатии» и «депрессивности», которые можно расценивать как психологическую «плату» за требования современности к высокому уровню профессионализма,

готовности к высоким интеллектуальным (преимущественно личностным) нагрузкам, высоким требованиям к навыкам саморегуляции на длительных промежутках времени. Между девушками и юношами наблюдаются существенные различия. Девушки более консервативны в отношении адаптационных реакций на изменения социально-психологической среды, хотя содержание изменений в группе девушек не отличается от изменений в группе юношей.

К сожалению, эта работа не была завершена автором, поэтому нам не хотелось бы формулировать ее итоги. Опубликованные работы рисуют весьма сложную и неоднозначную картину психологических изменений, произошедших с 1992 по 2016 год.

Спустя почти год со времени ухода Владимира Анатольевича, мы все еще остро чувствуем эту потерю для нашего профессионального сообщества. Будем сохранять исторический и современный ракурс медицинской психологии в России, опираясь на базис, заложенный В.А. Урываевым, и продолжать его дело на благо клинической (медицинской) психологии в России в науке, практике, образовании.

Литература

1. Урываев В.А. Первая теория личности в отечественной психологии: актуальность поставленных вопросов // Методология современной психологии. 2011. № 2. С. 157-172.
2. Урываев В.А. "Уровневый" подход в классификации личностей А.Ф. Лазурского и актуальные проблемы практической психологии // Прикладная юридическая психология. 2012. № 4. С. 36-41.
3. Урываев В.А., Морозова Е.В. Феномены лиминальности в структуре переживания инвалидности // Сибирский психологический журнал. 2013. № 50. С. 63-69.
4. Урываев В.А. "Внутренняя картина лечения" как клинко-психологический феномен // Медицинская психология в России. 2013. № 5 (22). С. 11.
5. Урываев В.А. «Раненый Целитель»: премия сетевого научного журнала «Медицинская психология в России», вручаемая «За выдающиеся достижения в области отечественной медицинской (клинической) психологии» // Медицинская психология в России. 2015. № 6(35). С. 12.
6. Урываев В. А. Премия «за выдающиеся достижения в области отечественной медицинской (клинической) психологии» как вклад в изучение новейшего этапа истории науки // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2020. Т. 8, № 2(29). С. 233-242.
7. Урываев В.А. Динамика личностных изменений и ценностей студентов - медиков в конце XX - начале XXI вв. в вопросах семейных отношений // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2014. № 3 (84). С. 87-90.
8. Урываев В.А. Система психологических защит и кризисные переживания студенческой молодежи // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. 2014. Т. 14. № 4. С. 157-160.
9. Урываев В.А., Сенин И.Г., Политов Я.В., Шмонин Л.Ф., Золотарева В.В.

Личностные характеристики и интеллект студентов-медиков в условиях трансформирующегося общества // Академический журнал Западной Сибири. 2017. Т. 13. № 1 (68). С. 67-69.

10. Урываев В.А., Сенин И.Г., Золотарева В.В., Бараева А.Н., Емануйлов А.И. Динамика изменений показателей волевой регуляции поведения у студентов-медиков в условиях трансформирующегося общества // Академический журнал Западной Сибири. 2017. Т. 13. № 2 (69). С. 43-44

11. Урываев В.А., Мазилев В.А., Сенин И.Г., Слепко Ю.Н., Золотарева В.В. Динамика показателей самоактуализации личности в транзитивном обществе // Экология человека. 2018. № 8. С. 27-31.

12. Урываев В.А., Баранов А.А., Политов Я.В., Углов Е.С., Золотарева В.В., Сыроева О.В. Сопоставление психологических уязвимостей поколения "отцов" (предперестроечное поколение) и поколения "детей" (постперестроечное поколение) // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2019. № 3 (104). С. 80-87.

АННОТАЦИИ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ

SECTION 1. METHODOLOGY

Alfimova M.V.

INTERDISCIPLINARY RELATIONS OF CLINICAL PSYCHOLOGY IN THE 21ST CENTURY: TRENDS

Annotation. The article discusses modern trends in the development of interdisciplinary relations of clinical psychology as derivatives from top-down and bottom-up influences. The former consists of foresight, including vision of global challenges, strategic planning, and influential theoretical models. The latter represents deepening and expanding knowledge about the problem within individual disciplines to the contact of borders between them. The appearance of interdisciplinary knowledge under the action of bottom-up influences is considered on the example of psychological resilience.

Keywords: psychology, interdisciplinarity, mental health care, psychological resilience.

Berebin M. A.

EDUCATIONAL MODELS OF TRAINING CLINICAL PSYCHOLOGISTS: ANALYSIS OF FOREIGN PRACTICE

Annotation. The analysis of foreign models of training of clinical psychologists is carried out. Based on the description of the leading models in the United States, the corresponding systems of education, obtaining PhD and PsyD degrees, differences in practical training in the "scientist-practitioner" and "practitioner-scientist" models are presented. The role of state, educational and professional organizations in the accreditation of specialists is shown. The example of the British model shows the grounds for recognizing the profession of clinical psychologist as legally protected. Separately, the legislative basis for the training of clinical psychologists in the countries of the European Union is described. On the example of the education systems of the Czech Republic, Bulgaria, Germany and Austria, the variability of European models is

shown. An example of the analysis of the content of educational programs of some universities in the USA, Great Britain and European countries is given. Some typical provisions of the American and European training systems are summarized. Proposals for improving the Russian system of training and professional activities of clinical psychologists are formulated

Keywords: Education of clinical psychologists, Weil model, Boulder model, regulated profession, accreditation, licensing.

Burlakova N.S.

HISTORICAL AND METODOLOGICAL ASPECTS OF CULTURAL-

HISTORICAL PATHOPSYCHOLOGY AND PERSPECTIVES OF DEVELOPMENT IN PATHOPSYCHOLOGICAL EXPERIMENTAL RESEARCH

Annotation. The Moscow scientific and pedagogic school of experimental pathopsychology and analysis of its ideas occupy a significant place in the studies of Russian academics. However, certain aspects evaded the exploration until now. One of them is the methodological approach in Russian cultural-historical pathopsychology, which is based on examination of individual case. The article demonstrates how this approach differs from other methodologies dealing with individual case. The approach was originally based on the ideas of Lev Vygotsky; nevertheless, they did not get sufficient attention in the Russian psychology. For cultural-historical pathopsychology, an individual case serves as an important source for exploration of the patient's mental development. To make this exploration complete, one needs to consider patient's psychological anamnesis, alongside with the medical one. Utilization of psychological anamnesis and its analysis in cultural-historical framework expand the range of possible analytical instruments used by a pathopsychologist. Along with this, the article suggests how the pathopsychological experiment, the central methodical tool for the Moscow pathopsychological school, can be further developed. In addition, it investigates different methodological positions of the researcher (objective, phenomenological, cultural-historical) as well as perspectives of their implementation into contemporary pathopsychological research.

Keywords: clinical psychology, cultural-historical psychology, pathopsychology, pathopsychological experimental study

Vorontsova O.U., Medvedeva T.I., Enikolopov S.N., Zhabina D.V., Boyko O.M.

HOSTILITY AND AUTOAGGRESSIVE BEHAVIOR IN DEPRESSION

FSBSI Mental Health Research Center, Moscow, Russia

Annotation. The relevance of the study is determined by the prevalence of auto-aggressive non-suicidal behavior among people of older adolescence and youth, the tendency of this type of behavior to consolidate and aggravate, up to a change in the functional meaning and purpose of the auto-aggressive act. Traditionally, the actual task of clinical psychology is to identify individual - personal psychological factors and determine their role in the etiology and pathogenesis of diseases. In the present work, hostility is considered as one of such factors. The article analyzes the problems of various types of auto-aggression. The results of a study of one of the types of auto-aggressive behavior, namely non-suicidal self-injurious behavior (NSP), are presented. The aim of the study was to identify the relationship between hostility and auto-aggressive manifestations (NSP and negative self-attitude) with insufficient

differentiation and integration of personality in girls suffering from depression. The study involved 155 patients, aged 16 to 25 years, suffering from endogenous depression. The patients were hospitalized in the Department for the Study of Endogenous Mental Disorders and Affective Conditions of the Federal State Budget Scientific Institution NTSPZ.

Methods were used: hostility was assessed using the Bass-Perry Questionnaire; to assess the structure of personality, the "I-structural test of G. Ammon" was used; clinical symptoms were demonstrated using the Cambridge Depersonalization Scale and the SCL-90-R Symptomatic Questionnaire; auto-aggressive attitudes were assessed using the Body Investment Scale (BIS), the "Comparison with others" scale, and the "Body Satisfaction Scale" scale; The behavioral manifestation of auto-aggression was assessed based on the presence of acts of self-injurious behavior in the question "Sometimes I intentionally injure myself."

The results showed an association between hostility and intentional non-suicidal self-injurious behavior, as well as the severity of the existing psychopathological symptoms. It is shown that in the group with "increased hostility" in affective disorders with self-damaging behavior, the spectrum of pathological conditions is largely determined by the narcissistic component. A relationship between hostility and emotional, cognitive, behavioral manifestations of autoaggression in the perception of one's body has been revealed.

Keywords: affective disorders, auto-aggressive non-suicidal behavior, hostility, attitude towards the body, identity.

Gorodnova M.U., Margoshina I.U.

PSYCHOTHERAPY IN THE PHILOSOPHICAL DEPARTMENT: INTERDISCIPLINARY SPACE OF MEDICINE AND CLINICAL PSYCHOLOGY

Annotation. The article is devoted to the definition of psychotherapy in the system of modern scientific knowledge in the field of clinical psychology and medicine. The problem of scientific evidence of the practical experience of psychotherapy is considered. This characteristic of psychotherapy is investigated as a method integrating an interdisciplinary dialogue between medicine and clinical psychology through a philosophical understanding of the possibility of psychological assistance. The paper presents the problem of the practice of psychotherapeutic dialogue. It contains the concept of the Philosophy of Presence. The importance of introducing philosophical knowledge into the practice of training doctors in the specialty "psychotherapy" is emphasized.

Keywords: clinical psychology, medicine, psychotherapy, philosophy, psychotherapeutic dialogue.

Dobriakov I.V.

PSYCHOLOGICAL PROBLEMS OF MODERN GENERATIONS RELATED TO THE INFORMATION AND COMMUNICATION REVOLUTION

Annotation. The consequences of the information and communication revolution and the social breakdown of the generational cycle on the formation of characteristic psychological characteristics of representatives of three generations, intergenerational conflicts.

Keywords: generations, information and communication revolution, rift, drives.

Ivanov M.V., Koval-Zaitsev A.A., Balakireva E.E., Kulikov A.V.

DIAGNOSIS OF AUTISM AT THE BEGINNING OF THE 21ST CENTURY: A PARADIGM SHIFT?

Annotation. The article discusses the history of defining the concepts of autism and autism spectrum disorders in childhood. Epidemiological data obtained in different years using different diagnostic criteria are presented. The attention of the authors is drawn to the problems of clinical-psychopathological, clinical-psychological (pathopsychological) and psychometric diagnosis of autistic disorders in children.

Keywords: autism, autism spectrum disorders, early diagnosis, psychological diagnosis.

Korsakova N.K., Vologdina Y.O.

IS ZEIGARNIK EFFECT MORE THAN JUST EFFECT?

Annotation. For the first time, the Zeigarnik effect has been examined through the prism of a culture-activity approach to memory, its chronotopic organization, and mechanisms of forgetting. Culmination points in the plots of classical literary works served as models of uncompleted actions. The analysis of these models allowed to single out four types of unfinished actions, which are characterized by different intentions and personal semantic features in the course of their tagging and memory trace formation. A priori correlations were established between the identified action types and the results obtained by Zeigarnik for healthy subjects and patients with schizophrenia, epilepsy, and asthenia. The authors assume that the Zeigarnik effect can be regarded as a well-grounded tool for examining such challenging issues as 1) conditions for efficient involuntary memorization; 2) relationship between memory and self-awareness; 3) personal semantic motivational tagging of information in the process of converting it into a chronotope.

Keywords: the Zeigarnik effect, culture-activity approach, chronotope.

Pyatnitskiy N.U.

AFFECTIVE DISORDERS AND SCHIZOPHRENIA FROM THE POINT OF VIEW OF "EVOLUTIONARY" PSYCHOLOGY AND PSYCHIATRY

Annotation. The article discusses a relatively new approach to understanding mental pathology, which has been developing since the end of the last century both in foreign and domestic psychiatry, ethological, combining both psychology and psychiatry. To define such a "school of thought", which is based on a comparison of the behavior of humans and animals of various species, various names are used: "evolutionary psychiatry", "evolutionary psychology", "sociobiology", "ethological" psychiatry, etc. Evolutionary psychology and psychiatry are based on the same postulates: firstly, the modified position of Charles Darwin about the desire to reproduce oneself in offspring: taking into account the data of genetic studies, the Darwin's concept of "reproductive fitness" was replaced by "inclusive fitness", the desire of the individual to transfer their genes. Secondly, psychopathological phenomena are considered within the framework of a continual transition from norm to pathology, and the existence of a normal analogue for any psychiatric symptom is always assumed, explainable in terms of its expediency by

the theory of natural selection. All mental disorders, and in particular affective disorders and schizophrenia, are explained by distorted adaptive behavior in at least two areas: "group membership" - the so-called "attachment" and "rank" (hierarchy) disorders, reflecting the evolutionary background of affective diseases; and "exclusion from the group" - disorders of "space" ("spacing disorders"), which include disorders of the "schizophrenia spectrum".

Keywords: evolutionary psychology and psychiatry, schizophrenia, affective disorders, adaptation.

Trushkina S.V.

MENTAL HEALTH OF INFANTS AND YOUNG CHILDREN: MODERN REPRESENTATIONS IN A HISTORICAL CONTEXT

Annotation. Leading scientists and clinicians in the fields of developmental psychology, clinical psychology and psychiatry from North America and Western Europe, as well as authoritative international scientific and public organizations were involved in the development of a modern understanding of the mental health of infants and young children throughout the 20th and 21st centuries. Today it is defined as a child's developing ability to form close and secure relationships with adults and peers; experience, regulate and express the full range of emotions; explore the environment and learn. At the same time, the concept of "mental health disorder" does not coincide with the concept of "mental illness", but acts as a broader one in relation to it. The participation in this work of specialists from other regions of the world turned out to be insignificant, as a result of which the representations reflect the achievements of predominantly Western scientific thought, and their universality is disputed.

Keywords: infant mental health, attachment theory, early psychopathology, cultural aspects of infant mental health.

Yakimova T.V.

FAMILY CHANGES AND THE ISSUES OF CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL HELP IN THE 21ST CENTURY

Annotation. The purpose of the presented article is to correlate the changes taking place in the family institute in recent decades with the emergence of new theoretical constructs for studying the family, diagnosing the processes taking place in it, and directions for helping both the family as a whole and individuals. The first part of the article describes the specifics of the modern family, the structure of which becomes variable, and the statistical norm is the coexistence of different family structures. In this regard, contextuality, consistency, reliance on resources become important principles of studying and helping the family. The second part of the article contains theoretical constructs reflecting the current state of the family, principles of organization of diagnostics (multidimensional, network diagnostics, during which the client himself is an active participant and expert in his life situation) and directions of practice-oriented research primarily in the field of clinical psychology.

Keywords: modern family, variability, contextuality, consistency, diagnostics, family assistance.

SECTION 2. NEW TRENDS OF CLINICAL PSYCHOLOGY

Buklina S.B., Zhukov V.U., Goryainov S.A., Batalov A.I., Afandiev R.M.

SYNDROMIC ANALYSIS OF SPEECH DISORDERS IN PATIENTS WITH GLIOMAS OF THE FRONTAL AND TEMPORAL LOBES OF THE LEFT HEMISPHERE AGAINST THE BACKGROUND OF DAMAGE TO THE ARCUATE TRACT

Annotation. The aim of our work was a syndromic analysis by the method of A.R. Luria of speech and writing disorders in patients with lesions of different localization of the arcuate tract and their comparison with well-known types of aphasia. Material and methods. Clinical and neuropsychological study was carried out in 25 patients (15 patients with tumors of the frontal lobe and 10 with tumors of the temporal lobe). All patients before the operation and 5-6 days after the operation underwent MRI, neuropsychological examination by the method of A.R. Luria, the majority - MRI tractography by the HARDI method. 24 patients were operated on with awakening, of which 3 patients were examined a year after the operation. Results. In all patients, the tumor was in the immediate vicinity of the arcuate tract, its involvement in perifocal edema and dislocation was noted, which were aggravated after surgery. After removal of tumors involving the arcuate tract, speech and writing disorders were observed, combining the characteristics of lesions of those cortical speech zones that this tract connects (frontal and temporal lobes). Repetition disorders in speech in all patients did not come to the fore. In the specifics of errors in writing, there were violations of the connection between the motor and auditory image of the word.

Keywords: neuropsychological syndromic analysis, damage to the arcuate tract, speech and writing disorders, conduction aphasia.

Gutkevich E.V.

PSYCHOLOGICAL ADAPTATION OF THE FAMILY: NEW PARADIGMS FOR HEALTH AND CARE

Annotation. The article presents the results of studies of adaptation and mental health of families from several generations at different stages of the life cycle. The main trends and paradigms of modernity are identified, which determine the relevance of this study from the point of view of an integrative approach, including psychological, genetic and clinical knowledge. Changes in demographic processes and transformation of family arrangement forms, variability of reproductive attitudes and behavior, their connection with psychological health are shown. A relationship has been established between the emotional state of the mother and the quality of life of a child under three years old, the relationship between the psychological well-being of mothers from large families and the characteristics of the family system. «Clinical psychogenealogy» made it possible to establish the level of health of relatives and identify groups of personal genetic risk. The problems of family adaptation in emergency situations and with the increasing prevalence of mental health disorders in the population and among relatives have been identified. The adaptive and preventive potential of a family with a mentally ill person is described, data are given on the attachment to the house of people with different levels of mental health. «Psychological and genetic phenomena» are formulated, which characterize the behavior and adaptation of an individual, healthy and suffering from mental disease, and the family system, the technology of their establishment is presented. The directions and some technologies for helping the family, recommendations for specialists and future parents are considered. Prospects for studying psychological adaptation and family health are proposed.

Keywords: family, psychological adaptation, mental health, health-preserving technologies, family-oriented assistance.

Zvereva M.V.

CLINICAL PSYCHOLOGY AND ART IN XXI CENTURY

Annotation. The article discusses the evolution of the relationship between psychology and cinema throughout the 20th century and up to the present. The first studies of the psychology of cinema, both foreign and domestic, are presented. The article also presents the main areas of application of cinema in psychology, ranging from cinematotherapy and educational film screenings for students, ending with a separate area of superhero therapy - a synthesis of cinema, geek culture and popular psychotherapeutic trends.

Keywords: art psychology, clinical psychology, cinematography, cinema therapy, film therapy, superhero therapy

Ivanova E.M., Nemkova S.L.

THE USE OF VARIOUS HUMOR STYLES IN COPING WITH PTSD SYMPTOMS

Annotation. In the modern society, the problem of psychological trauma is becoming acutely relevant again. The study aimed to examine the relationship between the use of various humor styles and signs of post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth. The sample consisted of 62 respondents aged 18-42, 15 males and 47 females. The following measures were applied: "Questionnaire of traumatic situations", "Questionnaire of post-traumatic growth", questionnaire "Life satisfaction" and "Questionnaire of humor styles". The results revealed signs of PTSD in 39% of the subjects. This group of subjects was characterized by less life satisfaction, however, along with a more pronounced post-traumatic growth, their life satisfaction increased. In the presence of PTSD symptoms, respondents were less likely to use self-enhancing and aggressive humor styles. At the same time, the higher their self-enhancing humor style, the higher their life satisfaction. Humor styles were also associated with post-traumatic growth: in the presence of PTSD, self-enhancing humor style was directly, while self-defeating humor style was inversely associated with it.

Keywords: psychotrauma, PTSD, post-traumatic growth, coping, humor styles.

Kaverina M.U., Krotkova O.A.

EYETRACKING TECHNOLOGY IN MODERN FOREIGN CLINICAL PSYCHOLOGY

Annotation. Clinical psychology of the 21st century will assimilate the technological achievements of the time to solve practical, theoretical, and methodological problems. One of the technologies is oculography or, as a more established term, "eyetracking". Devices for contactless registration of eye movements significantly expand the range of current possibilities of clinical psychology. This state is demonstrated and backed up by a review of publications of the last three years. There are four directions in the development of clinical psychology based on the technology of eyetracking. 1. Research related to the diagnosis and quantification of cognitive impairment. 2. Works aimed at correcting defects in the mental sphere and rehabilitation of patients. 3. Publications devoted to new opportunities in solving assistive tasks. 4. Fundamental research aimed at studying the mechanisms of mental processes and their brain realization. The intensity of development of each of the directions is reviewed.

Keywords: registration of eye movements, eye tracking, perception, attention, memory.

Tsygankova P.V.

REFLECTION OF SOCIO-CULTURAL TRENDS OF THE INFORMATION SOCIETY IN CHARACTERISTICS OF MEDIATING IMAGES IN THE "PICTOGRAM" METHOD

Annotation. The article is devoted to the phenomenon of increasing frequency of the use of representations of the so-called "digital semiotics" (in particular, emoji and Internet memes), as well as images of youth mass culture and subcultures, as means of symbolic mediation of memorization by young subjects when performing the "Pictogram" technique. Both the non-standard form of such images, and the possible discrepancy between the previous cultural experience of the diagnostician and the patient, can cause difficulties in qualification and create a risk of diagnostic errors. Using examples from the author's diagnostic practice, the sources and content of the relevant difficulties are illustrated and possible ways to overcome them are suggested.

Keywords: symbolically mediated memorization, «The Pictogram» technique, digital semiotics, emoji, internet memes.

SECTION 3. CLINICAL CHILD PSYCHOLOGY

Goryacheva T.G, Zvereva N.V.

MODERN CHILDREN'S CLINICAL PSYCHOLOGY: THEORY AND PRACTICE

Annotation. The article is devoted to the history and current state of clinical psychology of children and adolescents. The main theories (psychoanalysis, behaviorism, Gestaltpsychology, cultural-historical approach) that influenced the development of child clinical psychology are analyzed, practical tasks and modifications of the forms of practical work with children and adolescents are discussed, the author's vision of the interdisciplinary position of child clinical psychology and the risks of reductionism at present is proposed. The interaction between theory and practice is discussed, and the content of modern child clinical psychology is defined.

Keywords: clinical psychology, children and adolescents, psychological practice.

Goryacheva T.G, Zvereva N.V.

CLINICAL-PSYCHOLOGICAL DIAGNOSTICS IN CHILDHOOD: BASIC OBJECTIVES AND APPROACHES

Abstract. The article outlines approaches to clinical-psychological diagnostics in childhood. The main directions of diagnostic research are analyzed: pathopsychological, neuropsychological and age-specific. The possibility of applying the above approaches in the interpretation of data obtained from various methodological complexes is discussed. The discussion of theory and practice shows the compatibility of these approaches and their application in the examination of a child with peculiarities of mental and somatic development.

Keywords: clinical and psychological diagnostics, childhood, pathopsychology, neuropsychology, psychosomatics.

**Zvereva N.V., Strogova S.E., Balakireva E.E., Blinova T.E., Zvereva M.V.,
Goryunov A.V., Khromov A.I.**

APPLICATION OF THE "PATHOPSYCHOLOGICAL PROFILE" IN SCIENTIFIC AND PRACTICAL WORK IN PEDIATRIC CLINICAL PSYCHOLOGY

Annotation. The article is devoted to the application of the technology "Pathopsychological Profile" in the assessment of mental activity of children and adolescents in the framework of scientific and clinical research.

The article examines the history of the use of such procedures in the history of clinical and psychological research, as well as specific studies concerning children with an emerging defect in progressive schizophrenia (study 1), children and adolescents with schizotypal disorder (study 2), children and adolescents with obsessive-compulsive disorders (study 3) and adolescents with eating disorders (study 4). The conclusion is made about the use of such technology in scientific teamwork of psychologists and psychiatrists. Practical recommendations are also given to clinical psychologists for a more accurate placement of accents when conducting experimental psychological diagnostics and writing conclusions.

Keywords: "pathopsychological profile", children and adolescents, experimental psychological research, disorders of the schizophrenia circle.

**Koval-Zaitsev A.A., Ivanov M.V., Balakireva E.E., Nikitina S.G., Blinova T.E.
Kulikov A.V., Shalina N.S.**

ON THE PECULIARITIES OF SOCIAL PERCEPTION AND THINKING IN ADOLESCENTS WITH SCHIZOPHRENIC SPECTRUM DISEASES

MHRC «Mental Health Research Center», Moscow, Russia

Annotation. As a result of the conducted research, a parallel is drawn between violations of various aspects of thinking and the manifestation of features of social perception in adolescents with schizophrenic spectrum disorder. The result of clinical and pathopsychological examination of 87 adolescents aged 12 to 16 years (average age 13.75 years) with diagnoses F21.3, F21.4, F20.3 and F20.8 who underwent inpatient treatment are presented. The method of integrative assessment (pathopsychological profile) of indicators of scarcity in the areas of thinking and social perception according to the selected parameters was used. The study of social perception in this context is significant in order to identify possible complex deficits of thinking and social perception, their interrelation, which will allow for a more effective general assessment of the functional state of the patient, to develop personalized routes of psychological correction for schizophrenic spectrum disorders in adolescents.

Keywords: social perception, thinking, clinical and pathopsychological diagnostics, profiles, schizophrenic spectrum disorders.

ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES FOR BIRTH OF CHILDREN: POSITIVE CONSEQUENCES AND LIKELIHOODS. CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL EVALUATION

Solovyova U., Quintanar L.

SOCIAL SITUATION OF DEVELOPMENT FOR CLINICAL NEUROPSYCHOLOGY AND PSYCHOLOGY: METHODOLOGICAL IDEAS

Annotation. Psychological development is the social process in its nature, in which biological factors play an important, but subordinate role. The concept of social situation of development is a key concept, which should be integrated into the consideration of assessment and diagnosis of psychological development. The goal of this chapter is to analyse the necessity of analyse of the concept of social situation of development as the base for realization of qualitative assessment of psychological development in different ontogenetic periods for neuropsychology and for clinical psychology. The conclusions established that the child's difficulties never appear as isolated consequence of brain damage or brain disfunction, but always as the consequence of the negative social situation of development.

Keywords: psychological development, social situation of development, causes of development difficulties, organic factors, primary and secondary defects.

Turevskaya R.A.

LEVEL MODELS OF THE DEVELOPMENT OF SOCIAL AND EMOTIONAL INTELLIGENCE IN CHILDHOOD (IN NORMAL AND DEVIANT DEVELOPMENT)

Annotation. A meta-study is proposed, which is aimed at creating a holistic concept of the development of social and emotional intelligence (SEI) in normal and atypical development (ASD), identifying the most important patterns and chronological moments of SEI self-movement, transition to qualitatively new levels of its development. The study is based on data from empirical and experimental author's research and contains a description of the main results of studying the development of empathy, the "theory of mind" (ToM), understanding and resolving cognitive dissonance (CD). Level models of their development within the framework of the SEI concept are proposed.

Keywords: empathy, "theory of mind" (ToM), cognitive attributions, cognitive dissonance, autism spectrum disorders, developmental level model.

SECTION 4. THE APPLIED QUESTIONS OF CLINICAL PSYCHOLOGY

Buzina T.S., Buzin V.N.

PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF THE REHABILITATION PROCESS IN SUBSTANCE ADDICTION

Annotation. Rehabilitation in case of substance addiction is a dynamic process that has its own stages. Its effectiveness is determined by the motivation and readiness of the rehabilitator to change the unwanted behavior. The psychological rehabilitation block includes methods of psychotherapeutic work with addicts, but at the moment there are no unified approaches to psychotherapeutic work with drug addicts due to the fact that the pathogenesis of this disease is still insufficiently studied to determine the greatest contribution of certain risk factors to it. It is proposed to consider problematic behavior as an activity where the determining factor in changing unwanted behavior is the structure and dynamics of motivational factors. Changes in the process of rehabilitation of the motives for the use of psychoactive substances, the hierarchy of value orientations, motivation for achievement, the level of locus-control can be indicators of the success of the psychological rehabilitation block for those

addicted to psychoactive substances.

Keywords: psychological rehabilitation, substance addiction, motivational factors for not using psychoactive substances.

Bulygina V.G., Dubinsky A.A., Shekhovtsova E.S., Lysenko N.E.
**INDIVIDUAL-PSYCHOLOGICAL CORRELATES OF DYSREGULATION IN
INDIVIDUALS WITH PERSONALITY DISORDERS WITH CRIMINAL
BEHAVIOUR**

Abstract. The results of an empirical study of individual psychological and individual typological characteristics of persons with personality disorders with criminal behavior, taking into account the degree of dysregulation of behavior, the severity of pathoharacterological traits and organic pathology. are presented. The leading symptom complexes of individual psychological and individual typological characteristics in persons with personality disorders and organic personality disorder, taking into account the prevalence of pathoharacterological traits, are identified. On the basis of comparative analysis with mentally healthy people with prosocial and criminal behavior with persons with accentuated personality traits were identified the characteristics of the operational level of self-regulation specific to persons with personality disorders who have committed offenses. The total sample of the study was 414 males.

The predictive value of the methodological complex of diagnostics of components of self-regulation, activation and inhibition systems, tolerance to uncertainty and characteristics of situational analysis is confirmed.

Keywords: personality disorders, criminal behavior, dysregulation of behavior.

**Zvereva N.V., Sergienko A.A., Surkova K.L., Strogova S.E. Zvereva M.V.,
Balakireva E.E.**

**ASSISTED REPRODUCTIVE TECHNOLOGIES FOR BIRTH OF
CHILDREN: POSITIVE CONSEQUENCES AND LIKELIHOODS.
CLINICAL AND PSYCHOLOGICAL EVALUATION**

Annotation. The article is devoted to the analysis of the possible consequences of the use of assisted reproductive technologies (ART) on the subsequent psychophysical development of the child. A brief digression into the history of the application of the method and research related to the evaluation of offspring born with the help of ART is given. The obvious "pluses" of the application are described - solving the problems of infertile couples in an effort to have their own children, greater care for children born with the help of ART, an increase in the number of additional classes, etc., which are held with children for their comprehensive development or correction of problem situations. The obvious "cons" or limitations for the use of ART are also considered - the age of the parents, multiple pregnancy, the features of the ART procedure itself, etc. The article describes the material on the topic of studying children born with the help of ART as part of the research topic of the FSBSI MHRC.

Keywords. assisted reproductive technologies, in vitro fertilization, children and adolescents, psychophysical development.

Kurtanova U.E., Ilarionova U.V.
FORMATION OF CONSTRUCTIVE FORMS OF COPING

BEHAVIOR IN ADOLESCENTS WITH CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY

Annotation. The article is devoted to the formation of coping behavior in adolescents with chronic renal failure who are on long-term treatment. As part of the study, a correctional program was developed and tested, aimed at developing coping behavior skills and increasing the level of hardiness of adolescents with chronic renal failure, taking into account the health characteristics, age-psychological characteristics of adolescents with chronic renal failure, as well as restrictions due to being in a hospital. The results of the study obtained in the course of the analysis of the results of the study revealed the effectiveness of the program, self-control increased in adolescents, the component of hardiness "challenge" and, in general, constructive forms of coping behavior began to prevail.

Keywords: coping behavior, hardiness, adolescents, chronic renal failure.

Malova U.V.

PSYCHOLOGICAL HELP FOR THE PATIENTS WITH EXTREME EXPERIENCE (MEDICAL-PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF LIQUIDATORS OF THE CHNPP DISASTER)

Annotation. The article describes goals and methods of psychological assistance, as a part of complex treatment, in somatic patients with the extreme experience. Special attention is paid to the algorithm of choosing methods of psychological help, accordingly to the structure of the pathogenetic factors. The structure of psychological help for the liquidators of the disaster at the ChNPP in the center of psychological rehabilitation in 1991-2010 is outlined. The results of complex clinical psychological and neuropsychological testing as well as results of longitudinal studies of the higher brain functions and psycho-social well-being are represented. There is an evidence of impact of the started in-time psychological help on complex rehabilitation in somatic hospital, the dynamics of the higher brain functions' state and psycho-social adjustment.

Keywords: complex medical psychological assistance, participants of liquidation of the ChNPP accident, neuropsychological testing, methods of the psychological treatment.

Malygin V.L., Merkurieva Y.A., Iskandirova A.S., Pakhtusova E.E.

DIFFERENTIATED THERAPY MODEL FOR INTERNET ADDICTION IN ADOLESCENTS

Annotation. In 2016 the Substance Use Disorder Work Group recommended to include in DSM-5 a sub-type of problematic Internet use in Section 3 as an area that needed more research before being included in future editions of DSM, in 2022 it was included to International Statistical Classification of Diseases. On the other hand, the questions of therapy are poorly developed. Our research included 133 students of Moscow high schools, mean age 15.5, the study has showed that adolescents with Internet-addiction significantly differ on indicators of functional disorders: attention, control and regulation of activities, memory. The therapy program relies on the leading risk factors of cerebral dysfunction and is realized in various methods of therapeutic activity, a program for correcting Internet addiction in adolescents has been developed and carried out. The results of comparing the effectiveness of the

developed programs are presented.

Keywords: Behavioural addictions, psychotherapy of Internet addiction, adolescents.

Pervichko E.I.

MODIFICATION OF THE ROSENZWEIG PICTURE-FRUSTRATION TEST FOR THE STUDY OF EMOTIONAL SPHERE: NEW OPPORTUNITIES PROVIDED BY THE TRADITIONS OF THE MOSCOW CLINICAL-AND-PSYCHOLOGICAL SCHOOL

Faculty of Psychology at Lomonosov Moscow State University

Annotation. The article presents the author's modification of the the Rosenzweig picture-frustration test. It is shown that the performed modification provides an opportunity for a comprehensive diagnosis of the subject's emotionality, including subjective, expressive, and regulatory components. In this modification, the projective principle, the psychosemantic method, and the method of psychological quasixperiment are used in unity, as corresponding to the methodology of the cultural-activity approach. The results of psychometric testing proved the high reliability, content and construct validity of the developed modification of the S. Rosenzweig test. Empirical verification carried out on groups of healthy individuals and patients with cardiovascular diseases such as mitral valve prolapse, and essential arterial hypertension confirmed the diagnostic suitability of the technique for use in applied research.

Key words: emotions, frustration tolerance, psychodiagnostics, emotion regulation, emotion regulation strategies.

Rusina N.A.

PSYCHOSOMATIC RELATIONSHIPS IN SOMATIC DISEASES AND PSYCHOSOMATIC DISORDERS

Annotation. The article discusses the methodological basis of the emergence and development of psychosomatic disorders. Medical and psychological views on psychosomatic diseases are compared. The primacy of the biopsychosocial view of psychosomatic disorders within the holistic approach is proved. The concepts of "physicality", "body image", "body schema", "difficult patient", "intrapersonal conflict" as a basis for tensions contributing to the development of the disease are analyzed. Psychodiagnostic methods for the study of psychosomatic phenomena are listed. The author's studies of the psychological characteristics of patients with various psychosomatic disorders in the field of physicality, locus of disease control and treatment, attitude to the disease, cognitive and emotional components of the disease, semantic structure are presented. The features of psychotherapy of patients with psychosomatic disorders are noted.

Keywords: psychosomatic relationships, psychosomatic disorders, diagnostics.

Strogova S.E., Kuznetsova S.O.

ART THERAPY AS A METHOD OF PSYCHOLOGICAL ASSISTANCE TO CHILDREN AND ADOLESCENTS IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL

Annotation. This article presents the results of a study of the visual creativity of children and adolescents with mental pathology in the process of rehabilitation by art therapy methods. There were used methods of testing, survey, subjective scaling.

After a course of art therapy classes, teenagers with mental disorders increase the value of friendliness and altruism, and decrease the indices of alexithymia. Adolescents begin to orient themselves better in their feelings and mental states and understanding of others. The combination of different parameters for evaluating the visual activity of children and adolescents with mental pathology in group art therapy allows us to identify the most effective targets of psychotherapy.

Key words: art, art-therapy, mental pathology, children, adolescent.

Shchelkova O.U., Iakovleva M.V., Tsyrenova (Usmanova) E.B.

QUALITY OF LIFE AFTER LOWER LIMB AMPUTATION: METHODOLOGY AND PRELIMINARY FINDINGS

Annotation. The concept of quality of life (QOL) is recognised as one of the leading concepts of modern person-centred medicine, integrating physical, mental and social functioning of the person in the context of illness and treatment, and QOL indicators are the most important criteria for treatment effectiveness. The necessity of studying QOL and the need of scientifically grounded psychological support of amputee patients has been shown in a number of studies. The authors propose a methodology and program for the combined study of QOL and psychological adaptation mechanisms of the patients who suffered lower limb amputations (LLA), and present the results of a study performed by means of clinical and psychological diagnostic methods (a total of 12 clinical scales and psychodiagnostic methods containing 108 indicators) in 39 patients after LLA (16.41% male; mean age 52.03±2.33) and 15 patients with tumorous lesions of the long bones and soft tissues of lower limbs undergoing treatment with limb-sparing surgery. The cluster analysis allowed to distinguish the psychological profiles of patients after LLA. It is shown that the most satisfactory indicators of QOL are related with the personality trait “emotional stability”. Results of comparative analysis of the groups of patients who underwent LLA due to oncological and non-oncological diseases, as well as groups of oncological patients who underwent LLA and limb-sparing surgery are presented. The limitations and prospects of the study are discussed; it is stated that the initial results can already be used in the rehabilitation of patients after LLA.

Keywords: lower limb amputation, quality of life, organ-sparing treatment, oncology, disease stress, psychological adjustment, coping, time perspective.

SECTION 5. CLINICAL PSYCHOLOGY OF LATE ONTOGENY

Korsakova N.K., Roshchina I.F., Balashova E.U.

LEVELS OF REGULATION OF MENTAL ACTIVITY AT A LATER AGE: A NEUROPSYCHOLOGICAL APPROACH

Annotation. The article deals with the problem of levels of regulation of mental activity in normal aging from the standpoint of a neuropsychological approach. The authors discuss possible definitions of regulation, analyze theoretical aspects and studies of different levels of regulation of mental activity and behavior, presented in the works of L.S. Vygotsky, N.A. Bernstein, V.V. Lebedinsky, V. A. Ivannikov, other Russian and foreign scientists. Particular attention is paid to the neuropsychological approach to the study of regulation levels, aimed at finding those brain structures and systems that are involved in the implementation of regulatory processes. The contribution of various structural-functional blocks of the brain (FBM) to the

processes of involuntary and voluntary regulation is given. The authors discuss in detail the restructuring of the levels of regulation of mental activity during normal aging, which occurs in connection with the age-related decrease in the capabilities of the first FBM and with an increase in the load on the third FBM. The consequences of such rearrangements of regulation levels for the cognitive sphere and behavior of aging people, for adaptation to emerging restrictions and for compensating for difficulties are analyzed.

Keywords: regulation, mental activity, normal aging, neuropsychology, structural and functional blocks of the brain.

Ponomareva E.V.

MILD COGNITIVE IMPAIRMENT AT A LATE AGE

Annotation. The modern research concept of mild cognitive impairment (MCI) was born out of the need to identify a category of MCI patients. MCI is an intermediate stage between the age norm and the state of dementia. MCI has an increased risk of conversion to dementia within the next 3-5 years. The multidisciplinary approach to the dynamic assessment of MCI includes psychopathological, psychometric, neurointrascopic, molecular-genetic, biochemical and systemic neuropsychological studies that make it possible to diagnose possible AD with greater reliability at the subclinical stage (MCI). Timely diagnosis of the MCI and determination of the prognosis of the MCI course have great scientific and practical importance and give the opportunity to improve the prognosis for patients and reduce socio-economic damage to society.

Keywords: mild cognitive impairment, cognitive disorders, physiological cognitive aging, diagnosis, prognosis.

Selezneva N.D., Roshchina I.F.

PREVENTION OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN BLOOD RELATIVES OF PATIENTS WITH ALZHEIMER'S DISEASE: A JOINT WORK OF A PSYCHIATRIST AND A CLINICAL PSYCHOLOGIST

Annotation. The article presents the results of two fragments of a comprehensive multidisciplinary study of first-degree relatives of patients with Alzheimer's disease (AD). The first part describes the results of psychopathological, neuropsychological and psychometric evaluation of the characteristics of the cognitive and affective spheres of blood relatives of patients with AD in comparison with the control group. The second part is devoted to prospective evaluation of long-term effects of neurometabolic course therapy (using Actovegin as an example) on indicators of cognitive functioning in first-degree relatives of AD patients with minimal cognitive dysfunction (MCD) and mild cognitive impairment (MCI).

Keywords: 1st degree relatives of patients with Alzheimer's disease, prospective study, neuropsychological study, psychometric study, cognitive sphere, prevention.

Dobryakov I.V., Zvereva N.V., SolondaeV V.K.

MEDICAL PSYCHOLOGY IN RUSSIA. IN MEMORY OF VLADIMIR ANATOLYEVICH URYVAEV (02/11/1954 - 03/20/2022)

Annotation. The article is dedicated to Vladimir Anatolyevich Uryvaev, legal and clinical psychologist, founder of the journal Medical Psychology in Russia. The main milestones

of the scientific biography of V.A.Uryvaev and his activities in the creation and maintenance of the scientific information portal "Medical Psychology" (<http://medpsy.ru/>), journals "Medical Psychology in Russia" (<http://mprj.ru/>) and Clinical and Medical Psychology (<http://medpsy.ru/climp/>). The work of V.A.Uryvaev and the editorial team of information resources to unite medical psychologists in Russia is also highlighted: holding international scientific and practical conferences "Medical (clinical) psychology: historical traditions and modern practice"; information support for the training of psychologists and doctors; expansion of tools for practical work; organization of professional contacts. The Wounded Healer professional award, which has been awarded since 2015 for merit in the field of medical (clinical) psychology, has played a significant role in rallying the medical and psychological community.

Keywords: medical psychology, clinical psychology, history of psychology, "Medical psychology in Russia", V.A. Uryvaev, "Wounded healer", psychological education.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

1. **Алфимова Маргарита Валентиновна** – доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
2. **Афандиев Рамин Малик** - младший научный сотрудник ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр Нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», Москва, Россия
3. **Балакирева Елена Евгеньевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник, и.о. зав. отдела детской психиатрии, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия balakirevalena@yandex.ru
4. **Балашова Елена Юрьевна** – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
5. **Баталов Артем Игоревич** – младший научный сотрудник ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр Нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», Москва, Россия
6. **Беребин Михаил Алексеевич** – кандидат медицинских наук, доцент ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный университет», Челябинск, Россия m_berebin@mail.ru
7. **Блинова Татьяна Евгеньевна** – научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия blinova.tania2015@yandex.ru
8. **Бойко Ольга Михайловна** – научный сотрудник ФГБОУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
9. **Бужин Валерий Николаевич** – доктор социологических наук, главный научный сотрудник ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения», Москва, Россия buz-invn@mednet.ru
10. **Бузина Татьяна Сергеевна** – доктор психологических наук, профессор, зав. кафедры общей психологии ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова», Москва, Россия tbuzina@gmail.com
11. **Буклина Светлана Борисовна** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр Нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», Москва, Россия
12. **Булыгина Вера Геннадьевна** – доктор психологических наук, профессор ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского», Москва, Россия yer210@yandex.ru
13. **Бурлакова Наталья Семёновна** – кандидат психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия, naburlakova@yandex.ru
14. **Володина Яна Олеговна** – медицинский психолог ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр Нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», старший преподаватель ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия yana.vologdina@mail.ru

15. **Воронцова Оксана Юрьевна** – научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
16. **Городнова Марина Юрьевна** – доктор медицинских наук, профессор Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова Санкт-Петербург, Россия mgorodnova@yandex.ru
17. **Горьковая Ирина Алексеевна** – доктор психологических наук, профессор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет», Санкт-Петербург, Россия iralgork@mail.ru
18. **Горюнов Александр Владимирович** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
19. **Горяйнов Сергей Алексеевич** – кандидат медицинских наук, врач-нейрохирург ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр Нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», Москва, Россия
20. **Горячева Татьяна Германовна** – кандидат психологических наук, доцент ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия goriatcheva_tg@mail.ru
21. **Гуткевич Елена Владимировна** – доктор медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБУ «Научно-исследовательский институт психического здоровья», Томск, Россия
22. **Добряков Игорь Валерьевич** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», Санкт-Петербург, Россия
23. **Дубинский Александр Александрович** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского», Москва, Россия dubinskij@yandex.ru
24. **Ениколопов Сергей Николаевич** – кандидат психологических наук, доцент, заведующий отделом медицинской психологии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
25. **Жабина Дарья Валерьевна** – лаборант-исследователь ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
26. **Жуков Вадим Юрьевич** – кандидат медицинских наук, врач-нейрохирург ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр Нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», Москва, Россия
27. **Зверева Мария Вячеславовна** - кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия maremerald@gmail.com
28. **Зверева Наталья Владимировна** – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», профессор ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия nwzvereva@mail.ru
29. **Иванов Михаил Владимирович** - кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия ivanov-michael@mail.ru

30. **Иванова Елена Михайловна** – кандидат психологических наук, доцент ФГАУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова», старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия ivalenka13@gmail.com
31. **Иларионова Юлия Владимировна** – клинический психолог, Москва, Россия pri4ina21@gmail.com
32. **Искандирова Арина Сункаровна** – кандидат медицинских наук, доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова», Москва, Россия, iskandirovaa@mail.ru
33. **Каверина Мария Юрьевна** – младший научный сотрудник ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр Нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», Москва, Россия MKaverina@nsi.ru
34. **Кинтанар Луис** - PhD, Автономный университет Тласкалы, Тласкала, Мексика, ranatniuq@icloud.com
35. **Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич** – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник отдела детской психиатрии ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия koval-zaitsev@mail.ru
36. **Корсакова Наталья Константиновна** – кандидат психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия
37. **Кроткова Ольга Андреевна** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГАУ «Национальный медицинский исследовательский центр Нейрохирургии им. ак. Н.Н. Бурденко», Москва, Россия OKrotkova@nsi.ru
38. **Кузнецова Светлана Олеговна** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
39. **Куликов Антон Владиславович** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия tstakul@mail.ru
40. **Куртанова Юлия Евгеньевна** – кандидат психологических наук, заведующая кафедрой специальной психологии и реабилитологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия Ulia.Kurtanova@yandex.ru
41. **Лысенко Надежда Евгеньевна** - кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского», Москва, Россия nlisenko@yandex.ru
42. **Малова Юлия Владимировна** – кандидат психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия malova.yulia@gmail.com
43. **Малыгин Владимир Леонидович** – доктор медицинских наук, профессор ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова», Москва, Россия, malyginvl@yandex.ru
44. **Маргошина Инна Юрьевна** – кандидат психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный институт психологии и социальной работы», Санкт-Петербург, Россия inna_che@rambler.ru

45. **Медведева Татьяна Игоревна** – научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
46. **Меркурьева Юлия Александровна** – кандидат медицинских наук, преподаватель ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова», Москва, Россия, juliamerkurieva@gmail.com
47. **Микляева Анастасия Владимировна** – доктор психологических наук, профессор ФГБОУ ВО «Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена», Санкт-Петербург, Россия a.miklyaeva@gmail.com
48. **Немкова София Леонидовна** - психолог социально-реабилитационного отделения ГБУ Социального дома «Обручевский», Москва, Россия. sofia.nemkova@yandex.ru
49. **Никитина Светлана Геннадьевна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия nikitina.svt@mail.ru
50. **Пахтусова Елена Евгеньевна** – кандидат медицинских наук, заведующий учебной частью ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова», Москва, Россия, lin22@mail.ru
51. **Первичко Елена Ивановна** – доктор психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова», Москва, Россия elena_pervichko@mail.ru
52. **Пономарева Елена Валерьевна** – кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия elen-pon@hotmail.com
53. **Пятницкий Николай Юрьевич** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия piatnits09@mail.ru
54. **Рощина Ирина Федоровна** – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», профессор ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия ifroshchina@mail.ru
55. **Русина Наталья Алексеевна** – кандидат психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Ярославский государственный медицинский университет», Ярославль, Россия rusina@almisoft.ru
56. **Сергиенко Алексей Анатольевич** - кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия aumsan@gmail.com
57. **Соловьева Юлия** – PhD по психологии, профессор «Независимый университет Пуэбла», Мехико, Мексика
58. **Солондаев Владимир Константинович** – кандидат психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова», Ярославль, Россия
59. **Строгова Светлана Евгеньевна** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия svetlana.strogoval0101@gmail.com

60. **Суркова Каролина Леонидовна** – младший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия www1-11@yandex.ru
61. **Трушкина Светлана Валерьевна** – кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия
62. **Туревская Рита Аркадьевна** – кандидат психологических наук, профессор ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», директор АНО научно-практический психологический центр «Туррион», Москва, Россия info@turita.net
63. **Хромов Антон Игоревич** – кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», Москва, Россия hromovai@mgppu.ru
64. **Цыганкова Полина Васильевна** – кандидат психологических наук, медицинский психолог кризисного психиатрического отделения «ГКБ им. А.К. Ерамишанцева», Москва, Россия polina_tsy@mail.ru
65. **Цыренова (Усманова) Екатерина Бахромовна** – кандидат психологических наук, клинический психолог ФГБУ «Национальный исследовательский центр им. Н.Н. Блохина», Москва, Россия
66. **Шалина Наталья Сергеевна** – младший научный сотрудник ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, Россия shalinans@yandex.ru
67. **Шеховцева Елена Сергеевна** - кандидат психологических наук, старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им В.П. Сербского», Москва, Россия shiha.l@mail.ru
68. **Щелкова Ольга Юрьевна** – доктор психологических наук, профессор ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия
69. **Якимова Татьяна Владимировна** – кандидат психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет», член правления Общества семейных консультантов и терапевтов, Москва, Россия tyackimova@yandex.ru
70. **Яковлева Мария Викторовна** – кандидат психологических наук, доцент ФГБОУ ВО «Санкт-Петербургский государственный университет», Санкт-Петербург, Россия

Научное издание

КЛИНИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ XXI ВЕКА: МЕТОДОЛОГИЯ, ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Коллективная монография

Под редакцией:

Кандидата психологических наук, доцента Н.В. Зверевой
Кандидата психологических наук, доцента И.Ф.Рощиной

Верстка – М.В. Зверева

Подписано в печать 20.03.2023
Формат 60х90/16. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.
Заказ № 6257

Отпечатано в типографии «Onebook.ru»
ООО «Сам Полиграфист»
129090 г. Москва, Протопоповский переулок д. 6
www.onebook.ru