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

ДИАГНОСТИКА В МЕДИЦИНСКОЙ (КЛИНИЧЕСКОЙ) ПСИХОЛОГИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Коллективная монография

Москва
2016

УДК 159.9
ББК 88.4
Д 44

Редакционная коллегия:
Зверева Н.В., кандидат психологических наук, доцент (отв. ред.)
Рощина И.Ф. кандидат психологических наук, доцент
Ениколопов С.Н. кандидат психологических наук, доцент

Рецензенты:
Абрамова Лилия Ивановна, доктор медицинских наук
Вачков Игорь Викторович, доктор психологических наук
Гульдан Виктор Викторович, доктор психологических наук

Д 44 **Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы.**
Научное издание. Коллективная монография под ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.: ООО «Сам Полиграфист», 2016. — 254 с.

ISBN 978-5-94051-150-4

Монографический сборник написан авторами статей специально к научно-практической конференции с международным участием «Диагностика в медицинской (клинической) психологии: традиции и перспективы (к 105-летию С.Я. Рубинштейн)», проходившей 29 и 30 ноября 2016 г. в ФГБНУ НЦПЗ и ФГБОУ ВО «Московский государственный психолого-педагогический университет». Авторы сборника рассматривают широкий спектр проблем в современной клинической (медицинской) психологии: различные аспекты психодиагностики в патопсихологии, нейропсихологии, психосоматике, психологии аномального развития и др.

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

УДК 159.9
ББК 88.4
Д 44

ISBN 978-5-94051-150-4

© ФГБОУ ВО МГППУ
© ФГБНУ НЦПЗ
© Коллектив авторов

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ 5
РАЗДЕЛ 1. Методология исследования в клинической психологии 9
Критская В.П., Мелешко Т.К. Методические принципы исследования шизофренической патологии 9
Балашова Е.Ю. Настоящее и будущее нейропсихологической диагностики: pro et contra 16
Беребин М.А. Клиническая (экспертная) парадигма как основа нового типа методик клинической (медицинской) психодиагностики 23
Бурлакова Н.С. Проективные методы: дискуссии о научном статусе, возможностях развития и применения в клинической психологии 38
РАЗДЕЛ 2. Современные тенденции развития диагностики при эндогенной психической патологии 53
Алфимова М.В. Оценка мотивации в контексте трансляционной психиатрии 53
Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г. Сравнительный анализ отечественного и зарубежного подходов к изучению когнитивных процессов у пациентов с шизофренией 65
Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Казьмина О.Ю., Зинченко О.О. Имплицитные ассоциации со «смертью» и суицидальный риск 82
Рассказова Е.И., Ениколопов С.Н. Применение рисуночной методики МОБиС в диагностике имплицитного и эксплицитного отношения к болезни (на примере непсихотических расстройств юношеского возраста) 95
Рупчев Г.Е., Алексеев А.А. Диагностика нарушений абстрактного мышления с помощью шкалы «Уровень абстрактного мышления» (на материале интерпретации пословиц и поговорок) 108
РАЗДЕЛ 3. Современные тенденции развития диагностики в клинической психологии: возрастные аспекты 118
Добряков И.В., Прохоров В.Н., Прохорова О.В. Психологическая диагностика в перинатальной психологии 118
Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Мультидисциплинарные клинико-психологические аспекты диагностики детского аутизма и детской шизофрении 132
Зверева Н.В. Когнитивный дизонтогенез и его диагностика у детей и подростков 146

Горячева Т.Г., Кузнецова Ю.В. Методы диагностики произвольной двигательной активности у детей 166
И.А. Горьковая Проблемы психодиагностического исследования при производстве судебно-психологических экспертиз 176
Урываев В.А., Сенин И.Г. Социально-психологические детерминанты динамики выраженности нормативного развития личностных черт в периоды трансформации российского общества 187
Рощина И.Ф., Селезнева Н.Д. Когнитивные и некогнитивные особенности психической деятельности у родственников 1-ой степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера (катамнестическое клинико-психологическое исследование) 196
РАЗДЕЛ 4. Клинико-психологические проблемы профилактики и реабилитации 207
Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика в профилактике нарушений психической адаптации: постановка проблемы и примеры исследований 207
Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В. Выбор стратегий и оценка эффективности в системе психосоциальной реабилитации: современное состояние проблемы 222
АННОТАЦИИ НА АНГЛИЙСКОМ ЯЗЫКЕ ABSTRACTS 240
СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ 252

ВВЕДЕНИЕ

Настоящее издание представляет собой коллективную монографию, в фокусе внимания авторов которой находятся проблемы и находки в области диагностики в современной клинической (медицинской) психологии. Организаторы всероссийской конференции с международным участием к 105-летию со дня рождения Сусанны Яковлевны Рубинштейн (1911-1990) специально заказали статьи ведущим специалистам Москвы, Санкт-Петербурга, Ярославля, Челябинска, Екатеринбурга. Это уникальное издание, посвященное современному состоянию диагностики в клинической психологии, отражает актуальный срез научно-практической деятельности медицинских (клинических) психологов. Отдавая дань научному наследию С.Я. Рубинштейн, авторы развивают классические и открывают новые направления в клинико-психологической диагностике. Особое значение придается сравнению отечественных и зарубежных средств диагностики, мультидисциплинарному подходу в научно-практической деятельности, а также вопросам значения нормы и нормативов в диагностике, показателям их динамики. Монография содержит 4 раздела: «Методология исследования в клинической психологии», «Современные тенденции развития диагностики при эндогенной психической патологии», «Современные тенденции развития диагностики в клинической психологии: возрастные аспекты», «Клинико-психологические проблемы профилактики и реабилитации».

Первый раздел, посвященный вопросам методологии исследований, открывается статьей классиков отечественной патопсихологии Веры Павловны Критской и Тамары Константиновны Мелешко, в ней излагаются базовые методические принципы исследования эндогенной психической патологии (шизофрении). Представлены основные методологические принципы исследования, основанного на системном изучении патологии психики при шизофрении, направленного на преодоление фрагментарно-функционального подхода к ее анализу. Системный подход реализуется в понятии патопсихологического синдрома как структурного образования, позволяющего вскрыть внутренние взаимосвязи между психическими характеристиками, образующими особое качество проявлений шизофренической пато-

логии. Автор следующей статьи раздела, Е.Ю. Балашова, обсуждает широкий круг вопросов, связанных с современным состоянием и перспективами развития нейропсихологической диагностики, обозначает ряд серьезных проблем методического и методологического характера. В статье М.А. Беребина представлен анализ сформулированных С.Я. Рубинштейн положений об экспериментальном методе психологии, измерительном и неизмерительном подходах в психодиагностике. Описаны особенности современной ситуации в разработке и использовании психодиагностических методик для решения задач клинической медицины. Обосновано предложение о разработке новых типов методик психологической диагностики, основанных на экспертной парадигме. Представлены аргументы необходимости развития этого направления клинической (медицинской) психодиагностики. В статье Н.С. Бурлаковой обсуждаются вопросы, связанные с научным статусом, возможностями развития и применения проективных методов диагностики в клинической психологии.

Второй раздел посвящен традиционной сфере приложения исследовательской и практической деятельности психологов – работе с эндогенной психической патологией. М.А. Алфимова представляет подход к диагностике мотивационной сферы в рамках решения дифференциально-диагностических, экспертных и психотерапевтических задач с применением современных зарубежных средств диагностики. Сравнению исследовательской и диагностической парадигмы в отечественной и зарубежной клинической психологии посвящена статья Е.Р. Исаевой и Г.Г. Лебедевой. Новым средствам диагностики в социально-значимой сфере профилактики суицидального поведения посвящена статья Медведевой Т.И., Казьминой О.Ю., Воронцовой О.Ю. и Зинченко О.О. Работа Е.И. Рассказовой и С.Н. Ениколопова знакомит с новой рисуночной методикой, МОБиС, которая может применяться для скрининговой оценки эксплицитного и имплицитного общего отношения к болезни и симптомам при непсихотических расстройствах. В статье Г.Е. Рупчева и А.А. Андреева представлен материал современного прочтения классической методики интерпретации пословиц и поговорок при использовании ее в диагностике нарушений мышления.

Третий, самый объемный раздел монографии, посвящен возрастным аспектам клинической психологии. Представлены работы, посвященные новым разделам медицинской психологии – перинатальной психологии (статья И.В. Добрякова и соавторов), а также традиционно связанным с патопсихологией вопросам диагностики в экспертной практике (работа И.А. Горьковой). Развитию представлений о когнитивном дизонтогенезе, его систематике и средствах диагностики при психической патологии у детей и подростков посвящена работа Н.В. Зверевой. Проблема дифференциальной диагностики (клинической и психологической) аутистических расстройств и шизофрении в детском возрасте освещается в статье Н.В. Симашковой и А.А. Коваль-Зайцева. Статья Т.Г. Горячевой и Ю.В. Кузнецовой посвящена важным в практическом отношении вопросам диагностики двигательной активности детей дошкольного и младшего школьного возраста с парциальной несформированностью высших психических функций. Авторы приводят комплекс средств нейропсихологической диагностики, необходимых для организации коррекционной работы с этим контингентом детей. Еще одна статья, написанная в соавторстве психиатра и психолога – Н.Д. Селезневой и И.Ф. Рощиной, представляет материалы катамнестическоого клинико-психологического исследования родственников пациентов с болезнью Альцгеймера. В этом материале делаются важные выводы о необходимости проведения с родственниками пациентов с болезнью Альцгеймера комплексных клинико-психологических программ, направленных на предупреждение появления и ухудшения у них когнитивных функций. Анализ социально-психологических детерминант нормативного развития личностных черт в периоды трансформации российского общества (на примере студенчества) содержится в работе В.А. Урываева и И.Г. Сенина. Авторами обнаружены значительные изменения гендерных стереотипов поведения в «пост-перестроечном» российском обществе, это с необходимостью требует учета социально-исторического контекста в оценке качеств личности (со стороны формулирования нормативных требований).

Четвертый, заключительный раздел монографии посвящен вопросам профилактики и реабилитации, динамично развиваю-

щихся направлений в современной клинической психологии и медицине. Статья О.Ю. Щелковой освещает психодиагностику в профилактике нарушений адаптации. Статья Е.Р. Исаевой и Ю.В. Мухитовой посвящена выбору стратегий и оценке эффективности в системе психосоциальной реабилитации. Анализируется современное состояние проблемы, обозначаются перспективы.

Наши зарубежные коллеги имеют возможность ознакомиться с аннотациями всех материалов монографии, сделанными на английском языке.

Монографический сборник подготовлен к юбилею С.Я. Рубинштейн. Будучи одной из основоположниц отечественной патопсихологии, Сусанна Яковлевна всегда была открыта всему новому. Статьи, представленные в разделах монографии, относятся к базовым и новым, перспективным сферам клинической психологической диагностики. Монографический сборник оправдывает свое название – «Диагностика в медицинской психологии: современное состояние и перспективы».

Редакционная коллегия выражает свою благодарность всем авторам за помощь в формировании монографического сборника. Благодарим всех, кто помогал этому изданию появиться на свет: М.В. Зверевой (компьютерная верстка), И.Ф. Рощиной, Н.В. Зверевой и С.Н. Ениколопову за организационную и редакционную работу, спонсорам за возможность публикации книги.

Редакционная коллегия убеждена, что монографическое издание окажется востребованным и полезным для научных работников, преподавателей психологии, аспирантов и студентов, а также специалистов, работающих в области здравоохранения, в системе образования и социальной защиты населения, как нынешних, так и будущих.

РАЗДЕЛ 1. Методология исследования в клинической психологии

Критская В.П., Мелешко Т.К.

МЕТОДИЧЕСКИЕ ПРИНЦИПЫ ИССЛЕДОВАНИЯ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Современную патопсихологию характеризует недостаточная связь с основной фундаментальной психологической проблематикой, не используются в должной мере достижения в общей и социальной психологии, психологии развития и индивидуальных различий. Преобладает, как правило, фрагментарно-функциональный подход к анализу психической патологии.

Парадигма, положенная в основу многолетнего исследования своеобразия шизофренической патологии заключается в тезисе о существовании внутренней взаимосвязи причудливых и противоречивых характеристик психического склада при этом заболевании, не раскрываемых лишь через анализ клинических проявлений, а требующих специально организованного экспериментально-психологического исследования.

Исходными методологическими ориентирами исследования служит опора на отечественную психологическую традицию, реализующую системный подход при изучении человека как целостного активного субъекта. В нашем исследовании системный подход реализуется в понятии патопсихологического синдрома как структурного образования, позволяющего вскрыть внутренние взаимосвязи между психическими характеристиками, образующими особое качество проявлений шизофренической патологии. Патопсихологический синдром был определен как система нарушенных и сохранных психических процессов и свойств личности, которые являются сплавом предиспозиционных факторов «патоса» и факторов «нозоса», обусловленных болезненным процессом. [А.В. Снежневский, 1972]. В качестве ведущего фактора в структуре патопсихологического синдрома было определено снижение социальной направленности и социальной регуляции деятельности и поведения больных шизофренией. [В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, 1991; В.П. Критская, Т.К. Мелешко, 2015]. Системное исследование шизофренической патологии с позиций патопсихологического син-

дрома основано на применении двух взаимодополняющих методологических принципов: номотетического, связанного с выведением общих закономерностей из многочисленных частных случаев, и идиографического,основанного на описании индивидуальных уникальных явлений. Сочетание этих методов способствует выявлению общих закономерностей с учетом индивидуальных особенностей человека и его целостности.

Номотетический метод, основанный на статистической обработке данных направлен на определение средней величины изучаемого признака (свойства, черты), определение их вариации в популяции и величины стандартного отклонения. Он позволяет определить место, которое занимает испытуемый в системе показателей, характеризующих ту или иную экспериментальную группу. Такой подход позволяет применить статистический метод не только к группе, но и к отдельному человеку и к индивидуальному развитию человека, например, в лонгитюдном исследовании.

Придавая большое значение количественному анализу полученных данных и используя его, мы отдаем себе отчет в том, что он должен вытекать из логики исследования, а не определять ее. За пределами того, что поддается операционному анализу и подсчету корреляций остается богатое психологическое содержание, не поддающееся математической обработке. К сожалению, в современной психологии выражена тенденция относиться к количественным данным как конечным, не требующим психологического анализа. «Всеобъемлющий эмпиризм, наш нынешний общий недуг, несется вперед, как всадник без головы у него нет рациональной цели, он не использует никаких рациональных методов, кроме математических, он не приводит к рациональным выводам. Он пытается согласовывать несогласуемые выводы». [Г.В. Олпорт, 1961, с.50]. Только узкая теория может быть проверена экспериментально, но для этого надо исключить из сферы рассмотрения большую часть непредвиденных обстоятельств. Нельзя не согласиться с «категорическим императивом» Олпорта, который он адресует исследователям: 1. Не забывайте о том, чем вы решили пренебречь. 2. Любое положение об окончательности выводов недопустимо. 3. Математические методы не отражают сферу сознания.

Идиографический метод, направленный на анализ индивидуальных характеристик личности, становится возможным после того, когда номотетическим способом выделены показатели, подлежащие психологическому анализу. В нашем исследовании он основан на использовании разных вариантов биографического метода: анамнестических данных – объективных полученных со слов близких родственников пациентов и субъективных – со слов самих больных, дневниковых записей наблюдений за поведением пациентов. Эти данные использовались в качестве критерия адекватности самооценок пациентов по данным направленного интервью и личностных опросников.

Наиболее сложным и ответственным этапом исследования является интерпретация полученных данных. Она безусловно вытекает из теоретических позиций исследователя, но и ограничена определенными рамками. Наибольшую трудность представляет проблема проникновения во внутренний мир другого человека. На этом пути приходится сталкиваться с различного рода препятствиями, связанными с разным отношением пациентов к ситуации эксперимента и экспериментатору, с неоднозначными мотивациями, порождающими систему защит и притязаний. Особенно осторожно следует относиться к данным, полученным с помощью опросникового метода. Они обязательно должны быть соотнесены с данными исследования другими методами и фактами реального поведения пациента в жизни. Толкование полученных данных не может исключить субъективного отношения исследователя и даже включения интуитивного момента в процесс психологического анализа. В этом отношении научный подход заключает в себе и некоторый элемент искусства. Сохранить определенные границы объективности способствует экспертный метод оценки полученных результатов проводимый несколькими специалистами – психологами.

Для решения поставленных задач создан специальный комплекс методик как оригинальных, так и традиционных, модифицированных в целях исследования. Используемый методический комплекс отвечал следующим требованиям:

1. Доступность задания основному контингенту контрольной группы испытуемых нормальной популяции (то есть предъявляемые задачи не должны быть сверхтрудными).

2. Относительная новизна для испытуемых задания по содержанию и способу решения.
3. Направленность задания на выявление качественного своеобразия изучаемой патологии.
4. Возможность формализации и статистической обработки результатов исследования.
5. Задания должны быть достаточно экономичными по времени их выполнения.

Включение в исследование лонгитюдного метода (исследование пациентов с интервалом от 3-х и более лет) способствовало решению целого ряда принципиально важных проблем, касающихся соотношения компонентов в структуре патопсихологического синдрома, степени их устойчивости и изменчивости в динамике болезненного процесса. Лонгитюдный (катамнестический) метод позволил проследить как индивидуальную динамику психических изменений отдельных больных, так и сопоставить результаты целых клинических групп, обеспечивая бóльшую валидность полученным результатам по сравнению с одноразовыми исследованиями. Результаты исследования пациентов в динамике служат надежным прогностическим критерием. На основании данных лонгитюдного исследования были выделены как относительно устойчивые компоненты патопсихологического синдрома, так и более подвижные его характеристики, более зависящие от факторов движения шизофренического процесса.

К относительно устойчивым относятся показатели когнитивного стиля – индивидуальные способы восприятия и интерпретации действительности, относящиеся к факторам «патоса».

Для исследования когнитивного стиля – системного образования, включающего как когнитивные, так и личностные характеристики, мы имели в виду не все его показатели, а лишь те которые помогают вскрыть специфику шизофренической патологии: характеристики избирательности, социальной перцепции, полезависимости/ поленезависимости.

В целях определения уровня избирательности познавательных процессов и социальной перцепции, как характеристики познавательного стиля были использованы задачи «открытого типа» без предлагаемых вариантов ответов, что существенно расши-

ряло возможности качественного анализа данных. Использовались приемы с созданием ситуаций неопределенности и дефицита информации при решении мыслительных и перцептивных задач: свободная классификация предметов, методика конструирования предметов по заданным признакам, «пиктограмма», идентификация неопределенных фигур, методика распознавания эмоционально-выразительных движений (жестов) и др. Снятие неопределенности здесь должно происходить за счет преобразования и структурирования ситуации, что требовало интеллектуальной активности субъекта. Критерием снижения избирательности являлся показатель использования латентных, нестандартных, необычных свойств и отношений предметов, перцептивных образов, речевых связей. По этому критерию все ответы характеризовались как стандартные или нестандартные. К стандартным были отнесены те из них, частота использования которых в группе здоровых превышала среднюю величину, остальные ответы относились к нестандартным. Коэффициент стандартности представлял собой отношение числа стандартных ответов к общему числу ответов.

Определение полезависимости/поленезависимости производилось по следующим показателям:

- Выделение фигуры из фона (по методике «Включенные фигуры» Готтшальдта).
- Конкретность –символичность определялась по характеру опосредствующих образов (методика «пиктограмма»).
- Конкретность-категориальность – по числу конкретно-ситуационных и категориальных обобщений при сравнении и классификации предметов.
- Оригинальность мышления и восприятия определялась по соотношению актуализированных латентных и стандартных признаков.
- Ригидность - по числу стереотипных ответов.

(конкретное описание методик см. В.П.Критская, Т.К.Мелешко, 2015).

Примененные в исследовании методические приемы позволили определять индивидуальные особенности пациентов – способы восприятия, понимания и интерпретации происходящего: стиль использования общепринятых понятий и категорий за-

фиксированных в социальном опыте, понимание и использование «социальных меток», приемов и способов действий, то есть различных показателей социальной направленности, проявляющейся в когнитивной деятельности больных.

Вторая группа методик направлена на определение уровня мотивации и регуляции деятельности, учитывающего степень спонтанной активности больного при выполнении разных вариантов заданий и возможности повышения уровня его деятельности под влиянием мотивирующих стимулов, а также оценку свойственного ему характера планирования, целенаправленности и осуществление контроля своей деятельности. Эти параметры изучались как в индивидуальной деятельности, так и в ситуации общения. С этой целью был использован модифицированный вариант [Т.К. Мелешко, 1985] «Эксперимента с коммуникацией» М. Коули и С.Скрибнера [1977]. Важным моментом саморегуляции деятельности и поведения является характер самооценок, адекватность которых определялась при их сопоставлении с объективными результатами деятельности испытуемых. Адекватность эмоционального реагирования пациентов определялась по их реакциям на успех/неуспех в процессе эксперимента. Наряду с этим использовалась методика определения доминирующих эмоций, разработанная А.Е. Ольшанниковой и Л.А. Рабинович [2011].

Личностные параметры: экстраверсия/интроверсия, гипертимность/сензитивность, нейротизм, дистимия оценивались с помощью модифицированного опросника Г. Айзенка. Для исследования личностной самооценки применен метод Q-сортировки. Специально разработанное «направленное интервью» способствовало выявлению жизненной позиции, мироощущения, направленности интересов, самостоятельности и ответственности пациентов, самоотчеты и высказывания которых обязательно сопоставлялись с их реальным поведением и положением дел как в условиях стационара, так и за его пределами.

Статистический анализ полученных данных проводился по критерию x^2 Пирсона. Различия считались значимыми при $p<0,05$. Используемый нами термин «снижение» означает степень отклонения от среднего показателя группы здоровых испытуемых. На этой основе давались оценки уровня деятельно-

сти каждого пациента: 1-й – в пределах нормы, 2-й с не резко выраженным снижением, 3-й с выраженным снижением. Поскольку не все анализируемые параметры психической деятельности поддавались количественной оценке дополнительно был использован экспертный метод оценки полученных результатов.

Существенной особенностью проводимого исследования является принцип клинической определенности изучаемых групп больных. Недооценка четкой клинической дифференциации больных в рамках шизофрении является наиболее распространенным недостатком изучения данной проблемы. Клиническая характеристика пациентов, включенных в исследование, давалась высококвалифицированными ведущими специалистами Научного центра психического здоровья. Общей чертой исследованных больных было отсутствие острой продуктивной симптоматики в период исследования: больные, как правило, исследовались в состоянии ремиссии.

Логика многолетнего системного изучения шизофренической патологии привела к заключению, что психические нарушения при шизофрении не исчерпываются негативными изменениями, которые вносит болезненный процесс. Они выступают в тесном сплаве с предшествующими заболеванию аномалиями психики, придающими этой патологии специфический характер, отличный от других видов психической патологии. В связи с этим представляется недостаточной направленность во многих исследованиях преимущественно на выявление «когнитивного дефицита» у больных шизофренией. Хотя нельзя не отметить, что в последнее время явно обозначилось включение социального аспекта в анализ этой проблемы. Это связано с расширением границ когнитивной психологии за пределы узко познавательных процессов и распространение этого подхода на социальную психологию и психологию личности, что диктует необходимость расширения границ методических приемов исследования.

Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., Изд-во Моск. ун-та, 1986.
2. Коул М., Скрибнер С. Культура и мышление. М., «Прогресс», 1977, 260 с. 78.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., Изд-во МГУ, 1991.

4. Критская В.П., Мелешко Т.К. Патопсихология шизофрении. М., Изд-во «Институт психологии РАН», 2015
5. Мелешко Т.К. Особенности познавательной деятельности больных шизофренией в ситуации общения. // "Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С.Корсакова", 1985, 12 , с.1823-1830.
6. Олпорт Г. Личность в психологии. М-СПб., «Ювента»,1998 .
7. Ольшанникова А.Е. Системный анализ эмоциональности. М., ид. МГПУ,.2011 .
8. Снежневский А.В. Nosocetpathosschizophreniae.//Шизофрения, мультидисциплинарные исследования. М., 1972. С.5-15.

Балашова Е.Ю.

НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ НЕЙРОПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ: PRO ET CONTRA

Клинико-психологическая диагностика, созданию и развитию которой посвятила всю свою профессиональную жизнь С.Я. Рубинштейн, всегда являлась приоритетной практической задачей для большинства клинических психологов. Значимая диагностическая составляющая обязательно присутствует в таких сферах практической деятельности клинических психологов, как реабилитация и экспертиза [1,2]. Результаты клинико-психологической диагностики являются очень чувствительным критерием оценки эффективности разнообразных профилактических и реабилитационных воздействий (медикаментозных, психотерапевтических, психокоррекционных и др.) в педагогике, в неврологической и психиатрической клинике. Поэтому важность решения диагностических задач очевидна для всех специалистов, в какой бы области клинической психологии они не работали. Не являются исключением и нейропсихологи.

Сегодня востребованность нейропсихологической диагностики в различных областях здравоохранения и образования диктует необходимость анализа ее реальных возможностей и, вместе с тем, не менее реальных проблем, осложняющих и ограничивающих функционирование этой области психологической практики.

Итак, сначала о возможностях. Безусловно, читателям хорошо известно об огромном потенциале нейропсихологической диагностики в определении целостного синдрома нарушений

ВПФ, обусловленного поломкой одного или нескольких мозговых факторов; особенностей энергетических, операциональных и регуляторных составляющих психических процессов и различных уровней их реализации; преимущественной латерализации патологического процесса; поврежденных и сохранных звеньев психических функций; различных нарушений одной и той же психической функции при поражении разных участков мозга [6,7,9].

Заметим, что ценность этого потенциала отнюдь не снижает широкое распространение в последние несколько десятилетий различных нейровизуализационных технологий. Зачастую там, где, например, магнитно-резонансная томография «видит» равномерное расширение желудочковой системы мозга и субарахноидальных пространств, нейропсихологическая диагностика выявляет сложный высокодифференцированный синдром, носящий довольно отчетливый латеральный (полушарный) оттенок. Широко известны и возможности нейропсихологической диагностики в определении не только корковой локализации, но и уровня поражения мозга. Она давно умеет выявлять особые симптомы, свидетельствующие о дисфункции различных глубинных подкорковых структур [4,5].

Констатация возможностей нейропсихологической диагностики ни в коем случае не является установленной раз и навсегда, статичной; эти возможности изменялись в ходе эволюции нейропсихологической науки; они детерминированы временем и этапом ее развития. Например, именно благодаря накоплению огромного массива эмпирических данных стало возможным понимание того, что т.н. нейропсихологический синдром в большинстве случаев определяется действием не одного, а нескольких факторов, находящихся между собой в сложных иерархических отношениях. Причем в системе этих факторов присутствуют не только прямо связанные с «принципом работы определенного участка мозга» [6,7], но и детерминированные также социокультурными условиями. Другой пример. За десятилетия развития нейропсихологической науки приобрели новое содержание некоторые принципиальные составляющие ее понятийного аппарата. Скажем, возникли новые ракурсы в понимании того, что такое нейропсихологический синдром. Сегодня метод

синдромного анализа применяется к исследованию не только локальных поражений мозга, но и диффузных патологических процессов, затрагивающих ряд церебральных зон и систем. Более того, синдромный анализ реализуется и при изучении нормального и аномального онтогенеза. Вспомним выражение, присутствующее во многих работах профессора Ю.В. Микадзе – он говорит о существовании «позитивного нейропсихологического синдрома развития». Что означает такое обновление наших представлений о синдромном анализе для нейропсихологической диагностики? Возможно, своеобразное изменение ее стратегических установок: если при локальных поражениях мозга в ряде случаев бывает достаточно проверить состояние психических функций, связанных с пораженным участком мозга, то при диффузной мозговой патологии необходимо исследование практически всех психических процессов. Таким образом, в обоих случаях нейропсихологическая диагностика сохраняет свой комплексный характер, но реализуется с помощью разного количества методик. Что касается нейропсихологического обследования детей, то оно требует не только продуманного отбора и адаптации к возможностям ребенка диагностических методик (что, само по себе, является, как мы увидим дальше, не очень простой задачей). Оно предполагает и включение в контекст диагностических процедур различных вариантов обучающего эксперимента, с помощью которого психолог может получить представление о «зоне ближайшего развития» когнитивных функций.

Спектр проблем, с которыми сталкивается сегодня нейропсихологическая диагностика, достаточно широк; он включает проблемы как прикладного, так и методологического уровня. Хотелось бы подробнее обсудить те из них, которые представляются наиболее важными и актуальными.

Первая такая проблема, на мой взгляд, касается методического обеспечения нейропсихологической диагностики. Для специалистов, работающих в этой области, не является новостью тот факт, что в России в течение нескольких десятилетий не переиздавались в должном полиграфическом качестве классические стимульные материалы, которые должны в этой диагностике использоваться. Первое издание таких материалов удалось реа-

лизовать только в 2010 году [8]. Оно вызвало среди нейропсихологов живой интерес, который стимулировал повторение этого издания в 2011-2014 гг. До этого времени существовало лишь несколько экземпляров стимульных материалов, сделанных по инициативе А.Р. Лурии, которыми могли пользоваться нейропсихологи, работавшие в НИИ нейрохирургии имени академика Н.Н. Бурденко или в Клинике нервных болезней. Другие специалисты в практической работе были вынуждены прибегать к ксерокопированным (невысокого качества) версиям классических методик, самостоятельно рисовать те или иные фрагменты заданий. Автор данной статьи, уже несколько десятилетий работающий с пациентами позднего возраста, осмеливается высказать предположение, что некоторые часто встречающиеся у таких больных в пробах зрительного предметного гнозиса парагнозии (например, узнавание вместо фуражки тарелки или миски) или ошибки при интерпретации сюжетных картинок обусловлены именно низким полиграфическим качеством столь привычных для нас ксерокопий.

Если ситуация с печатными стимульными материалами в последние годы заметно изменилась к лучшему, то ряд других методик для исследования пространственно-конструктивного мышления, тактильного восприятия, фиксированной установки по-прежнему остаются раритетными и труднодоступными. Для «добывания» кубиков Кооса или доски Сегена нейропсихологам приходится прикладывать немало усилий и незаурядную изобретательность. Сам автор статьи пользуется доской Сегена, которой больше 40 лет, и дорожит ей, как зеницей ока.

Другая проблема, требующая серьезной профессиональной рефлексии, связана со значительной вариативностью инструкций ко многим нейропсихологическим пробам. Такая вариативность очень ценна для обеспечения глубины нейропсихологического обследования; она позволяет динамично «подстраиваться» под особенности поведения и деятельности испытуемого, раскрыть в выполнении задания новые важные аспекты. Вместе с тем, она иногда серьезно затрудняет сопоставление результатов различных исследований. В качестве примера можно упомянуть небольшую, но интересную дискуссию по поводу нюансов инструкции к пробе для исследования динамического праксиса

«кулак-ребро-ладонь», в частности, касающуюся необходимости исходного включения в выполнение задания речевого опосредования [9].

Третья проблема касается вполне естественной и понятной потребности ряда нейропсихологов (в основном тех из них, кто занимается нейропсихологической диагностикой детей) в создании модификаций классических стимульных материалов. Модификация и адаптация нейропсихологических методик с учетом возрастного фактора, конечно, является важной и необходимой задачей. Но внимательное знакомство с некоторыми вариантами таких модификаций вызывает ряд непростых вопросов [10,11]. Насколько сбалансированы по перцептивной сложности и частотности различные элементы стимульного материала? Кстати, этот вопрос возникает и по поводу классических методик нейропсихологической диагностики, например, посвященных исследованию памяти [12]. Существует ли регламентированная процедура апробации подобных модификаций? Проводилась ли их экспертная оценка? К сожалению, пока ответы на все эти вопросы, вероятнее всего, будут отрицательными.

Не вызывает сомнения, что осознание и решение всех обозначенных выше «прикладных» проблем едва ли возможно без коллективных усилий профессионального нейропсихологического сообщества. Эта банальная, в общем-то, идея может кому-то показаться «бегством от свободы». За многие десятилетия существования и развития нейропсихологии мы привыкли работать и думать в условиях очень большой свободы. Во многих отношениях это замечательно. Но, если задуматься о методическом аспекте деятельности нейропсихологов, не приводит ли такая свобода к тому, что многие интересные «находки» так и остаются на уровне «домашних заготовок», не превращаясь в серьезный, общепризнанный методический инструментарий?

Четвертая проблема, если можно так выразиться, переводит нас из методического контекста в область методологии. Какими представлениями о критериях нормального выполнения той или иной пробы руководствуется современная нейропсихологическая диагностика? Для ответа необходимо хоть немного вспомнить «историю вопроса».

Разные направления клинической психологии демонстрируют известную «гетерохронность» в развитии проблемы нормы. В патопсихологии, исследующей «закономерности распада психической деятельности и свойств личности в сопоставлении с закономерностями формирования и протекания психических процессов в норме» [13], сопоставление результатов больных с показателями здоровых испытуемых изначально были практически обязательными. Нейропсихологические исследования в этом отношении представляют собой более неоднозначную картину. В некоторых фундаментальных работах А.Р. Лурия ссылки на норму или сравнение результатов больных с локальными поражениями мозга с результатами здоровых испытуемых отсутствуют [6, 14]. Подразумевается ли «по умолчанию», что в норме все нейропсихологические пробы выполняются успешно (т.е. понимается ли норма как некий эталон)? Это не совсем верно. В книгах А.Р. Лурия можно отыскать слова, свидетельствующие о глубоком понимании индивидуальной вариабельности нормы. Так, описывая диагностические методики, применяемые в нейропсихологическом обследовании, Александр Романович говорит о том, что «знания о преморбидном уровне интеллектуального развития, уровне знаний и навыков, о профессиональной подготовке больного и наличии у него проявлений левшества позволяют избежать неправильной оценки наблюдаемых затруднений» [14]. Отсутствие сравнения с результатами нормальных испытуемых характерно для многих нейропсихологических работ 60-х-70-х гг. Вместе с тем в этот же период появляется ряд исследований, в которых проводится сопоставление результатов больных с локальными поражениями мозга и здоровых испытуемых [15,16,17]. Сегодня сравнение результатов больных с теми или иными мозговыми дисфункциями с показателями здоровых лиц является практически обязательным, хотя есть и исключения, когда авторы ограничиваются описанием только клинических случаев [4]. Однако проблема состоит в том, что т.н. контрольные группы в большинстве случаев невелики по объему; их практически невозможно объединить в выборку, которая давала бы, по выражению Е.Д. Хомской, представление о «норме функции». Напомним читателю, что это одно из важнейших понятий нейропсихологической науки, подра-

зумевающее «показатели реализации функции (в психологических единицах продуктивности, объема, скорости и т.д.), которые характеризуют среднюю норму в данной популяции (т.е. показатели, характерные для большинства здоровых людей)» [7]. Вследствие отсутствия таких показателей сегодня нейропсихологии почти всегда вынуждены опираться на субъективные, сформированные в индивидуальном опыте представления о критериях оптимальной реализации той или иной пробы. Это, безусловно, сказывается на точности дифференциации нормального и нарушенного выполнения.

Завершая статью, хотелось бы сказать, что обсуждаемые проблемы, по-видимому, актуальны не только для нейропсихологической, но и для патопсихологической диагностики. Многолетние профессиональные контакты автора с коллегами патопсихологами убедили его и в отсутствии достаточного массива современных данных о нормативных показателях выполнения многих патопсихологических методик, и в весьма высокой степени произвольности и субъективности в интерпретации ряда патопсихологических симптомов (например, т.н. латентных признаков предметов и явлений, резонерства, разноплановости).

Мы не можем игнорировать все эти проблемы, ибо без их решения едва ли возможно адекватное включение качественных методов отечественной нейропсихологической и патопсихологической диагностики в современный контекст клинико-психологических исследований.

Литература

1. Цветкова Л.С., Ахутина Т.В., Пылаева Н.М. Методика оценки речи при афазии. М.: МГУ, 1981.
2. Кроткова О.А., Карасева Т.А., Найдин В.Л. Количественная оценка нарушений памяти у неврологических и нейрохирургических больных. М.: МЗ СССР, 1983.
3. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С. Программа дисциплины «Методы нейропсихологической диагностики». Программы дисциплин Государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 030302.65 – «Клиническая психология». Под ред. А.Ш. Тхостова, Е.Ю. Балашовой. М.: Акрополь, 2006, с. 521-530.
4. Буклина С.Б. Нарушения высших психических функций при поражении глубинных и стволовых структур мозга. М.: МЕДпресс-информ, 2016.

5. Корсакова Н.К., Московичюте Л.И. Подкорковые структуры мозга и психические процессы. М.: МГУ, 1985.
6. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: МГУ, 1973.
7. Хомская Е.Д. Нейропсихология. М.: МГУ, 1987.
8. Нейропсихологическая диагностика. Классические стимульные материалы. Составители Е.Ю. Балашова, М.С. Ковязина. М.: Генезис, 2010.
9. Балашова Е.Ю., Ковязина М.С.. Нейропсихологическая диагностика в вопросах и ответах. М.: Генезис, 2013.
10. Семенович А.В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте. М.: Академия, 2002.
11. Цветкова Л.С. Методика нейропсихологической диагностики детей. М.: Педагогическое общество России, 2002.
12. Лебедев С.В. Стимульные ряды для методик изучения слухоречевой памяти: новая разработка. Вестник Моск. ун-та. Сер.14, Психология. 2003. № 4. С.64-73.
13. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: МГУ, 1986.
14. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. М.: МГУ, 1962.
15. Киященко Н.К. Нарушение памяти при локальных поражениях мозга. М.: МГУ, 1973.
16. Лурия А.Р. Нейропсихология памяти. Т. 1. М.: Педагогика, 1974.
17. Симерницкая Э.Г. Доминантность полушарий. М.: МГУ, 1978.

Беребин М.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ (ЭКСПЕРТНАЯ) ПАРАДИГМА КАК ОСНОВА НОВОГО ТИПА МЕТОДИК КЛИНИЧЕСКОЙ (МЕДИЦИНСКОЙ) ПСИХОДИАГНОСТИКИ

Одним из самых очевидных и распространенных приложений психологии к практике является психологическая диагностика. При этом в отношении отечественной клинической (медицинской) психологии такого рода понимание (и, как следствие, использование) психологического знания в прикладном аспекте является, пожалуй, наиболее распространенным. Однако среди всего многообразия подходов, методов и методик значительную долю все же составляет применение методик экспериментально-психологического исследования. В связи с этим следует отметить, что во многом такая ситуация обоснована положением, высказанным С.Я. Рубинштейн в фундаментальном по своему значению и влиянию труде «Экспериментальные методики па-

топсихологии»: «…развитие каждой области знания зависит от совершенства методов исследования и (…) эксперимент является более совершенным методом, чем наблюдение и описание». Однако следует заметить, что экспериментально-психологические исследования до сих пор являются доминирующими в структуре деятельности психодиагностических лабораторий и выполняются, в своем большинстве, с применением описанных С.Я. Рубинштейн методик и по описанным ею алгоритмам и технологиям. В тоже время сохраняет свою актуальность и другое высказанное ею мнение, что «…. Экспериментальный метод широко используется во всех областях медицины, однако в психиатрии эксперимент до последнего времени используется преимущественно во вспомогательных лабораторных разделах и крайне мало — **для анализа собственно психопатологических явлений**» (выделено нами – М.Б.). Думается, что этот вывод о необходимости более широкого использования методов психологии в клинической практике справедлив не только в отношении экспериментального метода, но и других составляющих методологии психологического исследования. Представляется, что дальнейшее развитие психодиагностических исследований в клинической практике во многом определяется особенностями современной ситуации в этой области.

С одной стороны, сохраняющаяся и даже несколько возрастающая «психодиагностическая» востребованность объясняется более традиционным подходом в психологической практике, опирающимся на значительные достижения отечественной и зарубежной психодиагностики и психометрики как динамично развивающихся отраслей психологии в целом.

С другой стороны, и потребности практики, и частном случае –клинической практики, все больше ориентированы на получение данных, основанных не только на оценке, но и на измерении, причем результаты такого измерения должны быть сопоставимы на уровне объективных количественных данных, получаемых, например, при лабораторном инструментальном, аппаратном исследовании, с возможностью их использования в технологиях Evidence-based medicine. Очевидно, что экспериментально-психологические методы в сочетании с применением психометрически обоснованных психодиагностических методик

наиболее близко соответствуют оформленным таким образом потребностям клинической практики. В связи с этим хотелось бы процитировать описанное В.В. Николаевой отношение С.Я. Рубинштейн к роли измерительных процедур в психодиагностике и психометрике «…считать можно, но нужно знать, что считаем. Только первоначально выполнив качественную психологическую работу, соотнеся феномен патологический с общепсихологическим, встроив его в современную психологическую конструкцию, можно считать» [11].

С третьей стороны, расширяется и сама область медицинской практики, нуждающейся в обеспечении надежным и валидным психодиагностическим инструментарием. Так, наряду с традиционно использующими для своих нужд психодиагностику неврологией, психиатрией и судебно-психиатрической экспертизой потребность в ней стали испытывать клиника внутренних болезней (и психосоматика, прежде всего), психиатрия-наркология, медико-социальная экспертная служба и многие другие медицинские отрасли. В связи с этим представляется обоснованным выделение медицинской психодиагностики как отдельного направления и, в определенном плане, отдельной области психодиагностики [8], в которой экспериментально-психологические (в том числе пато- и нейропсихологические) методы и методики занимают особое место.

Кроме того, представляется очевидной и потребность в расширении арсенала психодиагностического инструментария, релевантного актуальным задачам, поставленным клинической практикой перед современной медицинской психодиагностикой в целом, и основанной на экспериментальном методе патопсихологической диагностикой, в частности. Традиционными направлениями решения такого рода задач являются адекватная адаптация зарубежных методик и (или) создание оригинальных российских разработок.

Очевидные преимущества первого направления связаны не только с необходимостью интеграции отечественной психологии и психодиагностики в общемировые процессы, с курсом на распространение в российской психологии теорий, концепций и конструктов, зарекомендовавших за рубежом свою практическую целесообразность, но и с потребностью в диагностическом

инструментарии, обеспечивающем кросс-культурный характер исследований в отечественной популяции. Кроме того, в клинической практике (и, как следствие, в медицинской психодиагностике) актуальна задача участия психологов-психодиагностов в верификации и квалификации многих психопатологических и иных клинических феноменов, установление которых является обязательным для вынесения диагноза психических и поведенческих расстройств в соответствии с утвержденными их классификаторами, в частности – DSM-V, ICD-10 (МКБ-10) и ICD-11 (в перспективе). Разумеется, можно привести и другие аргументы необходимости движения по пути адаптации существующих зарубежных методик. Например, необходима периодическая психометрическая проверка статистических норм ранее адаптированных и активно используемых в нашей стране методик (например, тестов MMPI, WISC, WAIS и т.п.), и, что представляется более актуальным –полномасштабная адаптация и внедрение их более современных версий (MMPI-2, WAIS-III, WAIS-IV, WAIS-R и т.п.).

В то же время задача создания оригинальных российских разработок представляется не менее актуальной. Аргументами этому служат не только международное признание и развитие достижений отечественной клинической психологии XX века (прежде всего - в нейропсихологии и нейропсихологической диагностике, см. пример Luria-Nebraska Neuropsychological Battery, LNNB и LNNB-CR), но и наличие специфических условий, объективно ограничивающих курс на исключительно адаптацию зарубежных методик. К числу таких условий относится, во-первых, очевидные и a priori существующие кросс-культурно обусловленные различия в интерпретации исследуемых в клинической (медицинской) психодиагностике феноменов. Например, представляется очевидной необходимость не только адаптации, но и разработки оригинального национального инструментария для изучения многомерных конструктов типа «качество жизни», «внутренняя картина болезни», «комплаенс» и т.п.. Действительно, существующие зарубежные и применяемые в России методики такого типа могут быть ограниченно валидными (прежде всего в отношении конструктной валидности) в силу естественных этно-культурных, социальных и т.п. разли-

чий в представлениях о самих исследуемых конструктах и их операционализации. Представляется, что безупречно адаптированные (с позиции требований психометрики) опросники качества жизни (например, ВОЗ КЖ-100; SF-36) тем не менее, могут ненадежно определять те составляющие конструкта «качество жизни», которые специфически отличаются в различных популяциях, в частности российской.

В связи с вышеизложенным представляется вполне обоснованным обратить внимание на развитие основанных на экспертном (клиническом) методе технологий разработки нового психодиагностического инструментария. Этот подход, рассматриваемый в методическом плане и как альтернатива, и как адекватное дополнение экспериментальному подходу [7, 8, 12].

Представляется, что в рамках экспертного («неэкспериментального») подхода следует различать, во-первых, экспертные (клинические) методы (наблюдение, беседа, интервью, анализ продуктов деятельности и др.), и, во-вторых, основанные на них т.н. экспертные технологии, в частности технологии формирования, сбора, обработки, анализа и многомерного представления экспертных оценок [12, 13, 14]. При этом основными «смежными» технологиями при этом могут являться психологические технологии извлечения знаний, Data Mining [9, 18] и инженерии знаний, Knowledge Engineering [17, 19], в том числе в целях создания современных компьютерных психодиагностических комплексов экспертного класса в медицинской психодиагностике как в целом [5, 15, 16], таки при решении отдельных задач [3, 4].

Очевидно, что описываемые феномены опираются на экспертность как феномен («экспертный подход», «экспертные методы», «экспертные знания», «эксперт» и др.) и представления об эксперте как носителе экспертного знания. Наиболее обобщенные представления об эксперте (от лат. expertus — опытный) опираются на мнение, что это «специалист, приглашаемый для выдачи квалифицированного заключения или суждения по вопросу, рассматриваемому или решаемому другими людьми, менее компетентными в этой области». В юриспруденции проводится не только различение между экспертом и специалистом (в процессуальном плане это совершенно разные статусы профес-

сионалов), но и дается иное толкование термина «эксперт»: лицо, обладающее специальными знаниями, привлекаемое для проведения экспертизы и вынесения заключения по вопросам, требующим применения специальных познаний. Отметим, что такого рода юридическая квалификация в целом соотносится с описанными выше представлениями об экспертном подходе и «экспертном» знании (познаниях). Продолжая «юридическую» плоскость в области экспертных методов, следует отметить, что исследования с участием экспертов (экспертное исследование, экспертиза) оформляется мотивированным заключением эксперта, в котором описывается ход исследования и даются ответы на поставленные вопросы, а само заключение доказательно свидетельствует о наличии / отсутствии тех или иных фактических данных, рассматриваемых в связи с тем или иным поставленным перед экспертом вопросом (задачей).

Если переложить вышеперечисленные положения из этой плоскости в клинико-психологическую плоскость, то представляется, что все основные «юридические» контексты имеют аналогичный вид и значение. Действительно, любое клиническое (врачебное диагностическое или психодиагностическое) исследование проводится лицом, имеющим специальные познания (у каждого – в своей предметной области), в итоге завершается заключением (в частном случае – диагнозом, планом лечения, выводом по результатам психодиагностики и т.д.). Вынесение такого рода заключения мотивируется определенными аргументами (например, соотнесением с критериями DSM, МКБ и другими классификаторами либо с данными инструментальных исследований или нормами психодиагностических методик и правилами их интерпретации и т.д.). В любом психологическом заключении описывается ход проведенного исследования и приводятся клинико- или экспериментально-психологические, тестовые и иные данные, доказательно фиксирующие наличие либо отсутствии тех или иных клинически значимых фактов, рассматриваемых в связи поставленными перед психологом-психодиагностом задачами.

Центральным в такой ситуации является вопрос обретения и использования экспертного знания. Представляется не вызывающим сомнений и возражений мнение, что профессиональный

рост специалиста прежде всего связан (в контексте вышеизложенного) с развитием его экспертных знаний и совершенствованием индивидуальных способов его использования при решении профессиональных задач. Эффективность профессиональной деятельности в целом, и при решении задач психологической диагностики, в частности, может определяться мерой осознанности экспертного знания и способности к его вербализации. С позиции когнитивной психологии и инженерии знаний этот тезис отражает способность эксперта адекватно репрезентировать в индивидуальном сознании феноменологию изучаемого явления во всем многообразии его связей, а также работать с полученной таким образом моделью исследуемого объекта. В частном случае такая модель представлена системой понятий предметной области (в нашем случае – клинико-психологическими и психодиагностическими категориями, понятиями, терминами) и фиксированными семантическими связями между ними.

Такой подход, с одной стороны, совершенно не нов с методологических позиций. Еще С.Я. Рубинштейн считала и неоднократно заявляла о том, что анализ генеза и механизмов функционирования психики в норме и при ее нарушениях возможен только после психологической квалификации клинических явлений в понятиях современной психологии [11]. Именно категориально понятийная квалификация клинико-психологических явлений с установлением связей между ними в норме и при нарушениях психической деятельности составляет ядро экспертного знания. С другой стороны, такого рода экспертное знание зачастую навсегда остается исключительно в пользовании самим экспертом. Исключение представляют, наверное, лишь научно-педагогические работники, которые обязаны распространять не только «стандартные» знания, дидактику современного профессионального образования, но и «преломлять» их через собственный опыт[1]. Как следствие, возникает необходимость выявления, извлечения, «добычи» этого экспертного знания с целью его возможного тиражирования в целях обучения и

[1] Автор надеется быть правильно понятым читателем, но в инженерии знаний известен т.н. «парадокс эксперта» – чем выше уровень квалификации эксперта, тем зачастую меньше его способность объяснить что, как и почему он это делает так или иначе (см., например, Червинская, 2002)

повышения квалификации других специалистов, не обладающих пока таким знанием.

В психологической диагностике такой подход реализовался в виде т.н. компьютерных психодиагностических комплексов экспертного класса («компьютерных психодиагностических систем»). Наибольшие достижения в этой области в последнем десятилетии XX века и первые годы XXI века связаны с деятельностью Лаборатории клинической психологии и психодиагностики Санкт-Петербургского Психоневрологического научно-исследовательского института им. В.М. Бехтерева (руководитель – проф. Л.И. Вассерман) и в Лаборатории «Гуманитарные технологии» (руководитель – проф. А.Г. Шмелев). Были созданы и распространялись компьютерные психодиагностические методики и комплексы экспертного класса, широко использовавшиеся психологами, в том числе при проведении медицинской психодиагностики. Однако, к сожалению, в последние годы практически не проводится работа в этом направлении, а публикации по тематике компьютерных технологий психологической диагностики, основанной на экспертном подходе, представлены буквально в единичном виде.

Представляется, что представленные выше аргументы обосновывают необходимость развития клинического (экспертного) направления в медицинской психодиагностике.

В связи с этим считаем целесообразным сформулировать несколько положений, определяющих направления и перспективы такого рода работы.

Известно, что конструктная валидность относится к числу наиболее информативных характеристик психодиагностических методик. Для ее определения необходимо полно (насколько это возможно) описать переменную (конструкт), для измерения которой предназначен тест [1]. Такое описание проводится в виде гипотез о результатах теста в свете всех известных об этой переменной сведений. В психометрике конструктная валидность рассматривается в качестве краеугольного метода подтверждения валидности методики в целом. Наибольшее значение этот тезис приобретает для методик, в отношении которых не установлены какие-либо критерии обоснованности создания теоретического конструкта (отметим, что именно к таким и относятся

большинство клинико-психологических феноменов, теоретические представления о которых весьма вариативны, а обоснования их интерпретации часто достаточно субъективны).

Представляется очевидным, что для клинической (медицинской) психодиагностики решение задачи обеспечения валидности методик связано с разработкой и использованием методических подходов и приемов, аналогичных применяющимся в психометрике при оценке конструктной валидности экспериментальных и тестовых методик. Такие подходы требуют в первую очередь, разработки технологий и методик создания адекватных моделей диагностируемых клинических конструктов (и частных переменных в их составе) и их совокупностей.

С одной стороны, такой подход требует сложной работы разработчиков методик с экспертом-психодиагностом, носителем профессионального опыта и психологической интуиции в диагностике (фактически – диагностике-распознавании, от лат dia – рас- и gnosis– познание) исследуемого конструкта. С другой стороны, результатом такой работы должна являться система достаточно строгих и сформулированных в явной форме моделей объекта психологической диагностики и системы диагностических правил, опирающихся на качественные и(или) количественные данные, другие результаты измерения, приведенные к более или менее стандартизованному виду. Отметим, что определенным подтверждением правильности такого рода точки зрения на перспективы развития медицинской психодиагностики является мнение о том, что глубокий экспертный анализ является необходимым первым этапом в разработке всякой стандартизованной процедуры [7]. Основным содержанием такого экспертного анализа является, прежде всего, исследование модели диагностируемого в рамках клинического метода клинического же феномена (как своеобразного эталона для последующего сравнения с ним реального случая). В определенном смысле речь идет о формулировании описания конструкта (многомерной клинико-психологической переменной), необходимого, в частности, для определения конструктной валидности. При этом следует помнить мнение П. Клайна (1994) о том, что при интерпретации результатов исследования конструктной валидности также имеются элементы субъективности, что сближает

стандартизованные и экспертные методы в части оценки объективности – субъективности их результатов.

Процедурно такого рода экспертный анализ относится к сфере компетенции инженерии знаний («Knowledge Engineering»). При этом центральной проблемой является извлечения, структурирование, представление и обработка приобретенных знаний у специалиста определенной предметной области (эксперта по терминологии Knowledge Engineering).

Современная клиническая медицина рассматривается как модель предметной области, в которой до конца еще не произошло замещения ее основной характеристики «медицина как искусство» на «медицина как технология». Такое положение позволяет рассматривать ее как пример «нечеткой предметной области», в которой решение задач в значительной степени определяется закономерностями не формальной логики, а аппаратом т.н. «нечетких» логик. При этом сами медицинские явления (симптомы, синдромы, заболевания) отличаются высокой вариативностью, что в значительной степени оставляет клинику за пределами интереса математики как науки, строго описывающей феномены конкретной предметной области.

Применительно к задачам клинической (медицинской) психодиагностики отметим, что в структуре клинической медицины отмечается большая вариативность характеристик «четкости – нечеткости» различных ее отраслей. По определению, область нарушений психического здоровья является наиболее «размытой» (по сравнению, например, с радиологией, хирургией или патологической анатомией, опирающихся в большей или меньшей мере на объективные измерительные данные об морфологических изменениях в организме). В психиатрии в подавляющем большинстве случаев отсутствуют доступные измерению изменения субстрата психической болезни, да и оценка доступных наблюдению проявлений психических расстройств в значительной степени вариативна. Кроме того и среди психических расстройств отмечается значительная вариативность «четкости – нечеткости» заболеваний (с например, от максимально объективизируемой эпилепсии или деменции до трудно квалифицируемых неврозов, пограничных психических расстройств или нарушений адаптации)

С другой стороны, само содержание медицинской диагностики (и психодиагностики, в частности) как «различительного познания» или «распознавания» до сих пор опирается не на строгие (преимущественно измерительные методы), а на субъективные оценки и критерии, по результатам которых формируются различные выводы. В их числе: определение класса заболевания («нозологическая диагностика»), различение объектов разных классов («дифференциальная диагностика заболеваний»), определение динамики наблюдаемых изменений объекта исследования («клиника течения заболевания» и т.п.). Решение подобных задач имеет определенные математические аналоги (например, теория распознавания образов, ТРО). Первоначально ТРО являлась особым разделом информатики и кибернетики и представляла собой математические теории построения правил классификации, что позволило относительно быстро использовать ее в качестве одной из общетеоретических основ медицинской диагностики в целом и психодиагностики в медицине, в частности [8]. Преимущественно использовались построенные на основе ТРО решающие правила, позволяющие принимать решения об отнесении испытуемого к тому или иному диагностируемому классу на основе определения меры его сходства – различия с диагностическими эталонами. В рассматриваемом нами случае диагностическими эталонами могут выступать модели, сформированные на основе знаний эксперта, «извлеченных» с привлечением Knowledge Engineering. При этом в процессе «извлечения знаний» либо «приобретения знаний» (Knowledge Acquisition) возникает целый ряд сложных, порой негативных феноменов (аналогичных известному феномену «сопротивления» у психотерапевтического пациента), что, в частности, отражено в отдельной психологической концепции извлечения экспертных знаний [16].

Другой задачей обработки результатов экспертного анализа знаний эксперта является получение системы решающих правил, позволяющих дифференцировать диагностируемый объект с соблюдением психометрических критериев надежности и валидности.

Строго говоря, задача медицинской диагностики (и медицинской психодиагностики, в частности) представляет собой при-

мер необходимости надежного и валидного распознавания и дифференцирования объектов-заболеваний в системе некоторой медицинской классификации. Решение этой задачи требует создания и (или) использования своего специфического математического аппарата.

Современная ситуация клинической (медицинской) диагностики и психодиагностики характеризуется довольно высокой долей влияния экспертного субъективизма врачей и медицинских психологов на результаты диагностики заболеваний. На этом основании в психологической диагностике, например, выделено отдельное, самостоятельное направление – клинический (экспертный) метод получения и анализа информации (экспертных оценок). Поэтому большое внимание необходимо уделять математическим основам предварительной обработки данных, позволяющих повысить меру объективности субъективных по природе оценок экспертов. При этом сами экспертные оценки, несмотря на их преимущественно количественное (балльное) выражение (подразумевающее как бы интервальный характер их значений) являются фактически оценками двух видов. Это либо частные случаи результатов процедур измерения по определенным измерительным шкалам (причем по шкалам не мощнее порядковых), либо выражение результатов т.н. «стандартизированного аналитического наблюдения» эксперта, как правило, в виде отметок на континууме биполярных шкал, отражающих, фактически, результаты рейтингования объектов экспертного оценивания [12]. Известно, что математический аппарат обработки такого рода результатов имеет определенные ограничения [2].

Кроме того, отдельной проблемой исследования является использование математических методов оценки конкордации экспертных оценок. Последняя проблема весьма актуальна в клинической медицине и психиатрии, в особенности, поскольку зачастую диагноз, вынесенный одним коллективом врачей, не совпадает с диагнозом, поставленным их коллегами. Рассогласования подобного рода могут возникнуть не только между различными коллективами специалистов, но и даже между экспертами, работающими в одном коллективе. Между тем, численность такого коллектива, как правило, незначительна (например,

из-за ограниченности штатного расписания отделений современных больниц). В силу этого оценка согласованности – рассогласованности экспертных оценок малого коллектива экспертов приобретает особое значение. Для решения этой проблемы следует использовать специальные методы многомерного анализа экспертных оценок.

Описанные выше особенности предметной области и метода получения и анализа данных выводят клиническую (медицинскую) психодиагностику в разряд экспертных методов, т.е. методов, отражающих исключительно субъективный опыт и знания специалистов-экспертов, принимающих участие в диагностике психических расстройств как объектов предельно «размытой» предметной области. Отметим, что в других, более «четких» областях медицины существуют экспертные диагностические системы (т.н. «ассистенты»), позволяющие с достаточно высокой долей уверенности принимать диагностические решения.

Таким образом, представленная выше точка зрения, обосновывает, на наш взгляд, необходимость и актуальность разработки психодиагностических методик нового («экспертного») типа для решения задач клинической (медицинской) психодиагностики. Такого рода необходимость продиктована:

- наличием объективных и субъективных оснований для сочетания клинического (экспертного) метода с экспериментальным в качестве взаимодополняющих методов исследовании клинических феноменов в различных областях медико-психологической науки и практики;
- наличием достаточно большого числа экспертов как специалистов смежной предметной области «клиническая (медицинская) диагностика и (психо)диагностика)», обладающих определенным запасом профессиональных знаний, профессионального опыта и профессиональной интуиции для решения задач этой предметной области;
- представлениями о предметной области «клиническая (медицинская) диагностика и (психо)диагностика)» как о «нечеткой», «нестрогой», «размытой» предметной области;
- необходимостью создания психодиагностической модели «нечеткой» предметной области в форме многомерной клинико-

психологической переменной как аналога теоретического конструкта для оценки конструктной валидности психодиагностической методики.

- необходимостью применения методов извлечения знаний в рамках «Knowledge Engineering» в целях создания психодиагностической модели «нечеткой» предметной области в форме многомерной клинико-психологической переменной;
- необходимостью разработки (адаптации) метода сбора, обработки и объективизации экспертных оценок как исходного массива данных для создания модели объекта клинической (медицинской) психодиагностики;
- необходимостью разработки (адаптации) метода сбора, обработки и объективизации экспертных оценок как исходного массива данных для разработки алгоритма дифференциальной психодиагностики объектов «нечеткой» предметной области;
- необходимостью реализации результатов сложного многоэтапного процесса создания нового типа методик для медицинской и клинической психодиагностики (в том числе и в форме компьютерных методик, включая методики класса экспертных психодиагностических систем).

Литература

1. Батурин Н.А., Мельникова Н.Н. Технология разработки тестов: часть I //Вестник ЮУрГУ. Серия "Психология". 2009. Вып. 6. - С. 4-14
2. Беребин, М.А. К вопросу о качественном и психометрическом подходах в современной нейропсихологической диагностике / М.А. Беребин, А.В. Астаева // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2008. – Вып. 2. – №32 (132).– С. 19–28.
3. Беребин, М.А. Применение методов распознавания образов и экспертных оценок для психологической диагностики нарушений психической адаптации (на модели астенических расстройств) / М.А. Беребин, И.А. Скоробогатова, А.В. Щеголеватый // Вестник ЮУрГУ. Серия «Компьютерные технологии, управление, радиоэлектроника». - 200б. -Вып. 4. - № 14. - С. 1-40
4. Беребин, М.А. Разработка алгоритма табличного метода дифференциальной диагностики органического расстройства личности и его реализация в форме компьютерной экспертной системы / М.А. Беребин, А.Ю. Рязанова // Вестник ЮУрГУ. Серия «Компьютерные технологии, управление, радиоэлектроника». -2008. - Вып. 7. - № S. - С. 51-5S.

5. Беребин, М.А. Экспертный метод, математические методы обработки экспертных оценок и технологии извлечения знаний как методы разработки новых методик медицинской психодиагностики / М.А. Беребин //ЮУрГУ. Серия «Психология». - 2009. -Вып. 4. - № 5 (138). - С. 10-14.
6. Беребин М.А. Методология и практика разработки методик клинической (медицинской) психодиагностики на основе применения экспертного метода, методик обработки экспертных оценок и методов многомерного анализа данных. Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». - 2010. - Вып. 10. - № 27 (20S). С. 9-12.
7. Бодалев А.А. Столин В.В. Аванесов В.С. Общая психодиагностика. СПб.: Изд-во «Речь», 2000. -440 стр.
8. Вассерман, Л.И. Медицинская психодиагностика: теория, практика и обучение / Л.И. Вассерман, О.Ю. Щелкова. – СПб.: Филологический факультет; М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 736 с.
9. Витяев Е.Е. Извлечение знаний из данных. Компьютерное познание. Модели когнитивных процессов: Моногр. / Новосиб. гос. ун-т. Новосибирск, 2006, 293 с.
10. Клайн, П. Справочное руководство по конструированию тестов / П. Клайн. – Киев, 1994
11. Николаева В.В. С.Я. Рубинштейн: о вкладе развития патопсихологии [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2012. № 1. URL: http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49977.shtml (дата обращения: 16.09.2016)
12. Основы психодиагностики. Учебное пособие для студентов педвузов / под общ. редакцией А.Г. Шмелева — Москва, Ростов-на-Дону: «Феникс», 1996
13. Шмелев, А.Г. Психодиагностика черт личности /А.Г. Шмелев. - СПб.: Речь, 2002. -480 с.
14. Шмелев А. Г. Согласование экспертных оценок с помощью Интернет-технологии шкалирования // Сборник Экспертиза в современном мире: от знания к деятельности". — Смысл Москва, 2006. — С. 175–185.
15. Червинская, К. Р. Медицинская психодиагностика и инженерия знаний / К. Р. Червинская, О.Ю. Щелкова. - М. : Издат. центр «Академия», 2002. - 624 с.
16. Червинская, К.Р. Психологическая концепция извлечения экспертных знаний на моделях медицинской психодиагностики / К.Р. Червинская // Вестник ЮУрГУ. Серия «Психология». – 2008. – Вып. 2.– №32 (132).– С.68–80.

17. Червинская, К.Р. Психологические основы инженерии знаний: учеб. пособие / К.Р. Червинская. - СПб.: Фак. психологии СПбГУ, 2009. - 148 с.
18. Червинская, К.Р. Психология извлечения экспертных знаний субъектов труда: автореф. дис. ... д-ра психол. наук / К.Р. Червинская. - СПб., 2010. - 46 с.
19. Velichkovsky B. M., Shmeljov A. G. Psychological tools of knowledge engineering // Technological change process and its impact on work. Ed. by R.A. Roe, M. Antolovits, E. Dienes. — Budapest TU: HCCWP & ENOP Budapest, Hungary, 1991

Бурлакова Н.С.

ПРОЕКТИВНЫЕ МЕТОДЫ: ДИСКУССИИ О НАУЧНОМ СТАТУСЕ, ВОЗМОЖНОСТЯХ РАЗВИТИЯ И ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПСИХОЛОГИИ

За более чем 100-летнюю историю существования проективных методов, начиная с теста словесных ассоциаций К.Г.Юнга (1904 – 1906 г.), их развитие происходило в условиях периодов подъема интереса к ним (в 1940-50-е гг.; затем в 1980-90-е гг. и т.д.) и достаточно ощутимого спада, как это, например, произошло на волне социальных и общественных преобразований в 1960-70-е гг. Новые проективные методы появлялись и разрабатывались в различных социальных и научных контекстах, они определялись «духом времени» и социальными ситуациями, актуализирующими интерес к определенным типам психологической информации. История, этапы развития этих методов, их сложное соотношение с научным познанием, хотя и становились предметом обсуждения в отечественной и зарубежной психологии [9;6;10;11;12;3], но по-прежнему требуют осмысления и дальнейшего систематического изучения.

Без рефлексии этой истории невозможно обращение к остро дискуссионным аспектам проективной методологии, среди которых на сегодняшний день по-прежнему особо выделяются вопросы валидности и надежности этих методов; характера их проведения, способов интерпретации данных. Не менее острым остается вопрос о теоретическом обосновании данных методов, по-прежнему представляется не проясненным статус проекции в проективной диагностике. Мнения по всем этим вопросам разнообразны и иногда полярны.

Под все более ощутимым влиянием когнитивной психологии, а также широкого использования процедур психометрической оценки, разработанных для психологических тестов, сегодня можно услышать крайние радикальные предложения, например,о ликвидации данного класса методов как самостоятельных, о нежелательности их применения в ряде практикоориентированных областей. Высказывается и другая точка зрения о переосмыслении и анализе оснований, на которых базируется данный класс методов. В качестве одного из примеров можно назвать точку зрения, согласно которой проективные методы необходимо видеть как методы, дающие возможность диагностировать как эксплицитные паттерны мышления, мотивации и пр., так и имплицитные процессы в условиях проблемно-ориентированной задачи, которая содержится в стандартизированном стимуле [26]. Это влечет за собой соответствующую смену способов обработки и интерпретации данных (с тенденцией к все более широкому использованию различных шкал) [15;23;26;27]. Позитивистским и неопозитивистским взглядам на проективную методологию противостоит феноменолого-герменевтическая традиция, представленная разработками исследователей разных стран. В ее рамках продолжается развитие идей, которые исторически закладывались в создание проективных методов (целостность в противовес атомистичности, понимание индивидуальности, ориентированность на глубинное знание о личности и т.п.) [16;19;22]. Характеризуя ситуацию в целом,можно сказать, что в зарубежной и отечественной науке наблюдаются углубленная критика и проверка проективной методологии на ее жизнеспособность, напряженный открытый и скрытый диалог между представителями позитивистской и феноменолого-герменевтической традиций.

Ситуация выглядит как достаточно острая также и потому, что отсутствие социальной желательности ответов, заложенное в конструкцию проективного метода, глубина и охват личностных содержаний, которые становятся доступными опытному профессионалу, ставит иные известные психологические методы диагностики в ситуацию явного проигрыша по сравнению с проективными методами.

Длительный путь использования и разработки проективных методов не позволяет отказаться от получаемого с их помощью знания, в свою очередь тесно связанного с психотерапевтической практикой и глубинным пониманием личности, которое в ней предполагается. Актуальность биопсихосоциальной модели в решении проблемы психического здоровья и полноправной включенности рассмотрения психологических факторов в качестве причинных обостряет интерес исследователей к внутреннему миру и его функциям как потенциально каузальным факторам (Bandura A., Mahoney G., и др.). Потенциальный вклад эмоциональных и мотивационных процессов недоступен только лишь прямому самоотчету и не может быть проигнорирован, в связи с чем оправданным и требующим дальнейшего развития является обращение к проективным методам [14;27;11].

Актуальность проективных методов доказывается широкой констатацией практически ежедневного использования этого диагностического инструментария в работе клинических психологов, которые видят в данных, получаемых при помощи проективных методов, серьезные преимущества. Этот факт вновь и вновь подтверждается в современных международных исследованиях [17; 25]. Данные опросов специалистов показывают, что 82% клинических психологов отмечают, что проективные методы занимают важное место в обследовании пациентов, из них 43% - обращаются к проективным методам «часто или всегда». По оценкам зарубежных авторов, наряду с тестом Векслера, MMPI, гештальт-тестом Бендера тест Роршаха и TAT [13;25] входят в десятку наиболее важных методов, чаще всего используемых клиническими психологами. Так, например, согласно некоторым данным, только тест Роршаха проводится не менее-шести миллионов раз ежегодно. В отдельных странах широко распространено не только применение TAT и теста Роршаха, но и графических проективных методик.

Необходимость обучения проективной диагностике фиксируется также большинством руководителей отделений клинической психологии ведущих университетов [17]. Отметим, что данная тенденция наблюдается устойчиво, несмотря на научные дискуссии о статусе проективных методов и характере получаемых с их помощью данных. Таким образом, предметное поле,

окружающее проективные методы и осуществляемую с их помощью диагностику, крайне противоречиво и в научном отношении непрозрачно.

В этой ситуации научно и практически востребованным является методологическое исследование истории и современного состояния проективных методов с точки зрения осознания проблемной ситуации, оснований критики по отношению к ним для раскрытия потенциальных возможностей проективной методологии, уяснения имплицированных в ней и до сих пор не актуализированных специфических факторов верификации, скрытых возможностей, которые часто игнорируются позитивистской парадигмой выстраивания психологической диагностики. Такая работа может, с одной стороны, создать условия для ограничения нерефлексивного использования проективных методов, достаточно широко распространенного в отечественной психологической практике, а с другой, – создать условия для более точного, прицельного их применения.

На пути доказательства проективных методов в качестве научных методов можно выделить разные направления их развития. Одно изнаправлений характеризуется приматом статистической обработки данных определенного проективного теста на больших выборках, созданием норм, вычислением различных корреляций, индексов и пр. Преимущественно по этому пути пошло берущее начало от исследований Экснера современное развитие теста Роршаха. Другое направление связано с разработкой и развитием различных схем интерпретации (как было с ТАТ, и здесь они столь многообразны, что их количество образно сравнивается с «количеством волосков в бороде Распутина»). Третье направление, которое развивалось в ответ на критические замечания в связи с субъективностью интерпретативных заключений психологов, связано с разработкой различного рода шкал, которые должны были нивелировать субъективные привнесения исследователя и объективировать тестовые данные. Это предполагает также выход из затруднительного положения, характерного при анализе проективных данных разными психологами, которые могут давать разные интерпретации. В идеальном случае можно представить, что все интерпретации будут правильными, но разной меры глубины. И для того, чтобы уни-

фицировать тот слой материала, который необходимо охватить, и отчасти задать в некотором смысле необходимую и достаточную глубину его анализа, имеют смысл применение шкалы.

Вместе с тем все три направления развития проективной методологии свидетельствуют о ее кризисе, который пытается быть разрешенным, с одной стороны, при помощи внешних статистических процедур и обращением к массовым выборкам, с другой стороны, через поиск все более изощренных и обобщенных схем интерпретации, и наконец, через сведение проективной методологии к процедуре шкалирования, иногда с тоской по «утраченному раю» в виде того богатства, каким в реальности обладают проективные данные. Так, например, Н. Сэнфорд – один из авторов известной шкалы авторитаризма (разработка которой в существенной мере базировалась на данных из клинического интервью и проективных методик) - утверждала в дальнейшем, что если бы ей предоставили выбор между изучением авторитаризма при помощи этой шкалы или же без нее, но обратившись к содержательному богатству рассказов ТАТ, то она, не задумываясь ни минуты, предпочла бы ТАТ [18]. В сущности, этими «жертвенными» путями психологи хотят отстоять «научность» проективной методологии. Но по сути дела сущность проективного метода здесь выхолащивается и сводится к исследовательским процедурам иного типа. Эта ситуация, с нашей точки зрения, требует возврата к истокам проективной методологии. На этом пути есть возможность возрождения проективных методов на их собственной основе, без редукции к иным типам методологии [4;1;2]. Это будет решать и задачу защиты от чрезмерной популяризации проективных методов, их широкого проникновения в среду непрофессионалов, «по-простому» находящих признаки и их наборы и весьма бездоказательно их трактующих.

На сегодняшний день существуют многочисленные проблемы в профессиональном использовании проективных техник: фиксируется большое количество вариантов отбора стимульного материала, различных вариантов проведения даже наиболее известных устоявшихся проективных методик, таких как ТАТ, рисуночные методы и пр., характера их интерпретации и сопоставления полученных данных между собой. Например, тест Роршаха, ТАТ и «Рисунок человека» часто проводятся в одной

«батарее», эти методики имеют солидную историю, накопили большой массив данных, которые возможно было бы сопоставлять друг с другом. Вместе с тем эти данные все же получены разными методами и их сопоставление и коррелирование не всегда методологически адекватны. Те результаты, которые получены при помощи теста Роршаха, ТАТ и проективной методики «Рисунок человека», актуализированы разным способом при задействовании разных психических механизмов. В них актуализируются проективные содержания различного типа, поэтому если быть точным, то и их прямое сопоставление оказывается затруднительным. Когда дается задание «нарисовать человека», то исследователь имеет дело с проективным содержанием, которое возникает именно в процессе рисования и внутри этой формы деятельности или посредством данного типа самовыражения испытуемого. Когда применяется тест Роршаха, актуализируется восприятие стимульных таблиц с неоформленными изображениями. Эти типы «деятельности» (восприятие, рисунок) могут быть в некотором роде совершенно противоположными и совсем не дополнительными у различного типа испытуемых. Нечто подобное можно сказать и о придумывании рассказов в ТАТ. Рассказ – это уже не только восприятие, но и особый вид деятельности. Наши исследования показывают, что уже рассказы детей по картинкам САТ достаточно сложным образом связаны с актом восприятия. Так что, например, при исследовании с помощью САТ приходится учитывать отдельно процесс восприятия и процесс составления рассказа, а также динамическое соотношение между этими двумя процессами [4]. Также наши исследования демонстрируют, что различные проективные методы «схватывают» различные типы проективного материала, как по форме, так и по содержанию [4]. В этом отношении сопоставления и корреляции результатов различных проективных методов напрямую, которые многие годы пытаются проводить исследователи, представляется действительно затруднительной, а иногда и методологически неадекватной. Для того, чтобы сопоставлять эти данные, важно в начале их методологически осмыслить как по форме различных методик, так и по получаемому в рамках особой формы содержанию. И только

затем можно уже продумывать процедуры сопоставления и сравнения.

Обычно в исследованиях речь идет о корреляции и взаимном подтверждении данных проективных методов и дополнительности данных. В последнем случае, например, можно говорить, что «Рисунок человека» дает нам одни данные, а «Рисунок семьи» – еще некоторые другие. Но в зависимости от психологических задач применения проективных методов, требования и вопросы к проективным данным могут существенно различаться. Скажем, если при практическом применении проективных методов нам важно получить некоторую целостную картину личности пациента, то обозначенные проблемы методологической рефлексии здесь могут быть не столь важны, поскольку в процессе последующей работы можно проверить свои гипотезы. Кроме того, существует некоторый более или менее длительный период работы с пациентом. Другое дело – научные исследования. Здесь тоже можно устанавливать корреляции между различными методами, но они без глубокой аналитической рефлексии структуры проективного метода будут носить явно поверхностный и механический характер, представлять собой взаимодействие личностных переменных (часто случайных) «внутри психики теплокровных индивидов», индивидуальность же при таком подходе изучать и вовсе невозможно. В этом случае корреляции устанавливаются между определенными «свойствами» личности, «качествами», т.е. определениями личности извне, носящими рассудочно-внешний характер, которые ничего не говорят о внутренней динамике и структуре личности, динамике самосознания. А если и говорят, то весьма и весьма косвенно. Но изначально идея проективных методов состояла все-таки не в этом, а в том, чтобы понять внутренний мир индивида и, по возможности, в его целостности (Мюррей Г., Абт Л., Франк Л.).

Еще одна проблема состоит в сопоставлении данных проективных методов с опросниками и иными (объективными) тестами. Здесь тоже продуктивность этих сопоставлений должна быть опосредована методологическим анализом построения соответствующих диагностических процедур. И при так построенном сопоставлении эти данные можно не просто соотносить между собой, но взаимно дополнять ими друг друга, а в идеаль-

ном случае, если опросник (или же опрос) дает содержание, доступное самоотчету, то проективные методы могут предоставлять данные, недоступные непосредственному самовосприятию.

Отмечается также существенный зазор между очевидной информативностью получаемого проективного материала и научно подтвержденной надежностью и валидностью проективных методов, что, по мнениюVane J.R. [24], можно охарактеризовать как «восторг для психолога, но кошмар для статистики». В качестве примера такого «кошмара» можно привести прежде всего, так называемый эффект «Уолтера Митти» [20], когда некоторые респонденты показывают высокий уровень данного атрибута (например, мотивации достижения) не потому, что они в действительности обладают его акцентированной выраженностью, а потому, что они фантазируют о тех, кто обладает высоким уровнем этого качества. А это свидетельствует как раз о том, что проективные методы и данные, полученные с их помощью, интерпретируются часто достаточно прямолинейно, в рамках какого-то предполагаемого общего идеального модуса саморепрезентации личности. При механическом переносе методики психоанализа на проективное исследование, фантазирование, например, рассматривается как нечто всеобъемлющее и несущее некоторую целостную информацию о личности. Но ведь помимо фантазирования существуют процессы воспоминания, мышления, самоосознания, и они могут нести совершенно иной тип информации или давать иные содержания проекции. Но это обычно может никак не учитываться и не анализироваться.

Другая зона сложностей в плане статистической верификациипроективного метода состоит в том, что люди могут демонстрировать низкий уровень того или иного качества не потому, что он таков у них в действительности, а потому что они подавляют его или иным образом препятствуют его выражению. Например, известен факт «торможения эффекта», когда «человек может рассказывать истории, в которых много агрессии, однако, не проявляя ее в своих действиях» [24]. Для многих клинических психологов проблемы в этом нет, ведь можно представить себе случай, что человек в действительности является агрессивным, но боится быть таким. Из-за этого страха он выстроил успешную защиту против агрессии, так что на уровне поведения со-

здается впечатление кроткого и милого человека. Однако если агрессивный человек рассказал истории со многими агрессивными темами, то он будет считаться агрессивной личностью. По нашему мнению, это означает недостаточность однозначной и прямолинейной интерпретации проективных данных, что происходит очень часто как в клинико-психологической практике, так и в научных исследованиях. Так, применительно к обсуждаемому выше примеру, вопрос зачастую ставится так: есть агрессивные тенденции или же их нет? По крайней мере, ожидаемым результатом исследования являются некоторые качества личности, если не подтверждение определенной клинической картины или сведение данных проективного исследования к задаче отнесения обследуемого к определенной нозологической единице. Отсюда все натяжки, которые можно встретить в проективных методах, неточности. Ведь та же агрессивность может проявлять себя на разных уровнях, иметь разную функцию в структуре личности (причем, только одна из них может иметь защитный характер); безусловно, ее важно отличать и от враждебности [7;8]. Наконец, агрессия может исходить из, что называется, различных субличностей внутри индивидуума. Соответственно речь может идти об очень сложно организованном внутреннем диалоге, который может стать результатом анализа данных проективной методики.

Применительно к оценке надежности проективных методов еще один факт состоит в том, что повторное тестирование при помощи, например, ТАТ дает низкие результаты, поскольку естественно, что респонденты часто чувствуют себя обязанными создавать неповторяющиеся истории [24]. Все это свидетельствует о «натурализации», которая охватила проективные методы, или точнее, которая была связана с ними в какой-то мере изначально, ведь их создатели в идеале хотели получать результаты напрямую, задавая определенные стимулы. Но реальность оказалась сложнее, стала меняться культурная ситуация, структура патологии и т.п. И это необходимо отдельно и тщательно анализировать.

Все названные сложности, возможно, и лежат в основе наблюдаемого отдельными исследователями наметившегося спада популярности проективных методов в последнее время [21]. Этот

кризис в проективной методологии на наш взгляд необходимо преодолевать посредством серьезного и многогранного методологического анализа проективных методик и проективной методологии в целом. В этом анализе можно выделить определенные области роста и развития, что по нашему мнению может способствовать преодолению кризиса.

Первой такой областью (разработка которой являет собой ответ на критические замечания о характере получаемых в различных проективных методах данных) выступает определение статуса проекции в разных проективных методах, аналитическое описание структурного их многообразия и возможностей различных вариантов проективных техник. Для понимания и практического применения проективных методик необходимо проведение анализа методической структуры и схватываемого различными проективными методами содержания. В данном случае это приблизит к ответу на вопрос, как работает та или иная проективная методика,в чем ее методические особенности, а также к созданию картины практико-методической реальности и уточненной классификации проективных методов на основании структурно-конструктивных их параметров, как общих для всех проективных методов, так и частных. Реализуя эту задачу, нами были проанализированы как малоизвестные в нашей стране проективные методики («Приключения поросенка Чернолапа», «Тест предпочитаемого животного»), так и методики, широко распространенные в отечественной психологии (ТАТ, САТ, графические методы и др.); а также выделены общие методические конституирующие проективный метод параметры, существенно уточненные по сравнению с ранее известными [4].

Второй областью для роста и развития может стать специальная рефлексия, более точное описание ситуации и процедуры проведения проективного метода и получения проективного материала. До сих пор ради сохранения видимости «научности» собственно ситуация получения проективных данных выносилась за скобки и в дальнейшем не анализировалась. Разработчики проективной методологии стремились сделать ситуацию применения метода как можно более «объективной», подобно тому, как это можно ожидать в естественных науках. Именно по этой причине не было существенного продвижения в аспекте

осознания ситуации проведения проективного исследования (за исключением самых общих, предваряющих моментов), в отличие от все большего совершенствования специалистами схем интерпретации данных, увлеченностью порождением все новых и новых так называемых формальных показателей. В проведенном нами цикле исследований было доказано, что проективный материал (его выражение) всегда организуется извне, зависит от предоставляемой для этого выражения формы, в том числе и от позиций и форм самовыражения, отчасти уже существующих в сознании индивидуума. И от того, насколько психолог способен уловить и включить эти позиции и формы в проективное исследование, зависят и качество получаемого материала, и глубина его анализа. Подчеркнем, что проективное исследование — это специально организованное взаимодействие, которое реализует функцию актуализации внутреннего опыта и в которое экспериментатор активно или пассивно включен. Таким образом, речь идет о процессе коммуникации, организованной с особой целью, и о необходимости рефлексии тех диалогических, социальных условий, в которых этот процесс разворачивается [1;2;4].

Применительно к организации выражения внутреннего опыта в проективном исследовании важно изначально описать (а позже обучить ей профессионала) определенную модель активности психолога, где заданы как общая ее направленность, в том числе характер задаваемых специалистом вопросов, наряду с уяснением особой занимаемой им феноменологической позиции. Одним из примеров такой модели может служить модель организации самовыражения ребенка в ситуации проведения Детского апперцептивного теста (САТ) [4]. Каждый из выделенных пяти уровней помощи в самовыражении в данной модели характеризуется особой функцией и содержит вопросы, которые, во-первых, не имеют однозначного и прямого характера и поэтому предполагают большую вариативность ответов ребенка; во-вторых, по структуре максимально соответствуют специфике детского самосознания в различные возрастные периоды. Следует отметить, что вопросы — это дополнительные проективные стимулы, они абстрактны по своему характеру и не противоречат идее неопределенности стимула в проективном исследовании, но позволяют уточнить тот характер неопреде-

ленности, который важен для детей интересующего нас возраста. Значимая особенность этой модели — рефлексия позиций психолога-слушателя. Каждая из этих позиций предполагает разную меру отождествления и разотождествления экспериментатора с наличной реальностью детского рассказа: от полной идентификации до различных вариантов перемещения взрослого с внутренней позиции ребенка-рассказчика во внешнюю, занимая которую психолог при необходимости может проблематизировать, избирательно «возвращать» изначально спроецированный ребенком материал в качестве вторичного стимула для проекции. Такой способ работы осознанно используется исследователем в качестве помощи в самовыражении, а также является диагностическим средством, но не формального характера,а предоставляющего возможность оценить в генетическом и актуальном плане опыт отношений Я и Другого [4; 1;8].

В этом контексте значение имеет не только сам проективный материал как таковой, но и характер его получения. Анализ этих двух факторов позволяет верифицировать данные, дает возможность увидеть различные уровни диалога Я—Другой. Это позволит говорить о характере получаемого при помощи проективных методов знания с учетом условий их проведения, позиции исследователя и пр., уяснить «вклад» исследователя-диагноста, что перестает быть «слепым пятном», но может быть проконтролировано для качественного получения данных и в дальнейшем учтено в диагностическом заключении.

Третья область развития касается собственно характера последующей работы с полученным проективным материалом. Обычно клинический психолог занят тем, что констатирует, например, наличный уровень развития эго-функций, дифференцированность репрезентаций, характер объектных отношений, и т.п., обращаясь либо к поиску символического содержания с последующим его истолкованием, либо процедуре шкалирования и /или логико-категориального анализа материала, что также в дальнейшем будет интерпретироваться. Тем самым присутствует неявная задача подтверждения той или иной теории, чьи конструкты встроены в данный тип анализа данных (на сегодняшний день это не только теория психоанализа и различные ее вариации, но и когнитивная теория, бихевиоральная, теории се-

мейных систем и пр.), часто эти теории находятся между собой в весьма противоречивом соотношении. У исследователя теряется открытость понимания, исчезает свободное отношение к материалу, поскольку квалификационные суждения часто предопределены схемами интерпретации и теоретическими установками исследователя, неявно стремящегося к их подтверждению. Не отрицая важность такой работы для ряда задач, которые стоят в клинической психологии, тем не менее, важно осознавать необходимость специальной разработки феноменологического метода анализа полученных данных, вскрывающего более непосредственные и живые структуры внутреннего опыта пациента. Это возможно, например, с опорой на более широкие и объемлющие аналитические концепты, например, диалогический подход, понятие диалога, которое дает форму анализа, форму предоставления знания, но не дает навязывания содержательных аспектов [4;1;2;5]. Ценность разработки способов анализа данных с точки зрения самосознания пациента, живой конкретной картины его проявления и функционирования без какого-либо домысливания крайне важна для той клинической психологии, которая ориентирована не на самодостаточное существование исключительно внутри академической науки, но на движение к преемственности в проведении исследовательской процедуры, процессов диагностики и дальнейшей помощи пациентам.

Создание методологии, более точно описывающей структуру проективных методов и характер получаемого при их помощи знания с учетом условий их проведения, позиции исследователя, характера активности экспериментатора и пр., развития способов понимания индивидуальности обследуемого,раскрывает новые грани в использовании данных методов и позволяет в перспективе говорить о новом этапе в их развитии и применении. Как представляется, тем самым качественный клинико-психологический анализ, который сложился в Московской школе экспериментальной патопсихологии, получает возможность развития еще в одном направлении.

Литература

1. 1.Бурлакова Н. С. О новых возможностях и перспективах развития проективной методологии // Вестник Московского университета. Серия 14: Психология. — 2008. — № 4. — С. 3–19.
2. Бурлакова Н. С. Циклы в развитии проективной методологии и новые возможности исследования самосознания // Психология. Журнал Высшей Школы экономики. — 2012. — Т. 9, № 4. — С. 111–124.
3. 3.Бурлакова Н. С. Патопсихологический эксперимент: методология и перспективы // Вопросы психологии. — 2014. — № 3. — С. 3–14.
4. Бурлакова Н. С., Олешкевич В. И. Проективные методы: теория, практика применения к исследованию личности ребенка. — Институт общегуманитарных исследований. — Москва, 2001. — С. 352.
5. Бурлакова Н. С., Федорова Ю. Н. Метод формулирования случая в практико-ориентированном исследовании // Консультативная психология и психотерапия. — 2016. — Т. 24, № 1. — С. 109–129.
6. Бурлачук Л.Ф. Введение в проективную психологию. — Киев: Ника-Центр, Вист-С, 1997.
7. Ениколопов С.Н. Методы исследования агрессии в клинической психологии // Диагностика в медицинской психологии: традиции и перспективы / Под общ. ред. Н.В. Зверевой, И.Ф. Рощиной. — М.: МГППУ, 2011. С. 82- 100.
8. Ениколопов С.Н. Понятие агрессии в современной психологии// Прикладная психология. — 2001.—№1. —С.61-72.
9. Зейгарник Б.В. Нарушения мышления у психически больных. — М.: Гос. научно-исследовательский институт психиатрии, 1958.
10. Леонтьев Д.А. Тематический апперцептивный тест. — М.: Смысл, 1998.
11. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. —М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980.
12. Соколова Е.Т. Из истории проективного метода. // Общая психодиагностика. Под ред. А.А.Бодалева, В.В.Столина.—М.:Изд-во МГУ,1987. С. 34-46.
13. Archer R.P., Maruish M., Imhof E.A., Piotrowski C. Psychological test usage with adolescent clients: 1990 survey findings. Professional Psychology: Research and Practice. —1991. — Vol. 22. — P.247-252.
14. Bellak L., Abrams D. The TAT, CAT and SAT in clinical use. —N.Y.: Allyn and Bacon,1997.
15. Blatt S. The validity of projective techniques and their research and clinical contribution // J. of Person. Asses. —1975. —Vol. 39.
16. Chabert C. Psychanalyse et Methodes Projectives. — Paris, 2004.

17. Durand V.M., Blanchard E.B., Mindell J.A. Training in projective testing: A survey of clinical training directors and internship directors. Professional Psychology: Research and Practice. — 1988. —V.19. —P. 236-238.
18. Geiser L., Stein M. A view to the Future. / Gleser L., Stein M.I.(Eds.) Evocative images: The TAT and the art of projection. — Washington, DC: American Psycholog.Association.1999.P.215-221.
19. Hermans, H.J.M., & Hermans-Jansen, E. Self-narratives.— N. Y.: Guilford Press, 1995.
20. Loevinger J. Paradigms of personality. — N.Y.: W.H.Freeman, 1987.
21. Piotrowski C., Belter R.W., Keller J.W. The impact of "managed care" on the practice of psychological testing: Preliminary findings// J. of Personality Assessment.—1998.—V.70.—P.441-447.
22. Schafer R. Psychoanalytic interpretation of Rorschach testing. — N.Y.: Gruny and Stratton, 1954.
23. Urist J. The Rorschach test and the assessment of object relations. // Journal of personality assessment.—1977.— V.41. —P. 3-9.
24. Vane J.R. Thematic Apperception Test: A review. //Clinical Psychology Review, —1981.— V.1.—P. 319-336.
25. Watkins C.E, Campbell V.L., Neiberding R., Hallmark L. Contemporary practice of psychological assessment by clinical psychologists. Professional Psychology: Research and Practice, 1995.— V.26. — P. 54-60.
26. 26.Westen D., Feit A., Zittel C. Methodological issues in research using projective methods // Areas of clinical research: Assessment / Ed. by P.C. Kendall, J.N. Butcher, G. Holmbeck. 2nd ed. N.Y., 1999.
27. Westen D., Lohr N., Silk K.R., Gold L., Kerber K. Object relations and social cognition in borderlines, major depressives, and normals: A Thematic Apperception Test analysis// Psychological Assessment.—1990. —V.2.—P.355-364.

РАЗДЕЛ 2. Современные тенденции развития диагностики при эндогенной психической патологии

Алфимова М.В.

ОЦЕНКА МОТИВАЦИИ В КОНТЕКСТЕ ТРАНСЛЯЦИОННОЙ ПСИХИАТРИИ

Изучение нарушений мотивации в клинической психологии имеет долгую и богатую историю, поскольку ее снижение или искажение играет ключевую роль в изменении психической деятельности и поведения при таких социально значимых расстройствах, как депрессия, шизофрения, наркомания, алкоголизм и др. Оценка мотивационной сферы проводится клиническим психологом в рамках решения дифференциально-диагностических, экспертных и психотерапевтических задач. Теоретической основой при этом во многих отечественных исследованиях долгое время служила теория деятельности А.Н. Леонтьева, а основным инструментом оценки - наблюдение за выполнением пациентом функциональных проб или специально построенные эксперименты [2, 5]. В последнее время активно используются и психометрические инструменты. Многие из них пришли из различных прикладных отраслей психологии («Список личностных предпочтений Эдвардса» в адаптации Т.В. Корниловой с соавторами [4], опросники Т. Элерса для изучения мотивации достижения успеха и избегания неудач и т.п.). Другие созданы специально для решения проблем, стоящих перед клиническим психологом и психиатром (Intrinsic Motivation Inventory, Apathy Evaluation Scale и пр.) [8, 9]. Интенсивно идет разработка новых опросников, учитывающих нозологические особенности нарушений мотивации в психиатрической клинике [27].

В настоящее время в круг задач, стоящих перед клинической психологией, входит еще и оценка психических функций для продвижения работ в области трансляционной психиатрии. Трансляционная психиатрия организована вокруг применения фундаментальных естественно-научных (доклинических) представлений о работе мозга и организации поведения, в исследо-

вании патофизиологии психических расстройств с целью совершенствования их диагностики и лечения. В этом контексте представляет интерес не содержательная, а «формально-динамическая» сторона мотивации, а именно, ответ на вопрос, через какие когнитивные и биологические процессы реализуется побудительная функция мотива. Этот вопрос можно изучать, в том числе, с использованием модельных животных. Действительно, их применение привело к формированию как отдельных концепций о строении побудительной мотивации [11], так и общих представлений о комплексе сложно взаимосвязанных механизмов, входящих в более широкую когнитивную систему обработки информации о вознаграждающих стимулах. В обобщенном виде эти представления отражены, например, в проекте Национального института психического здоровья США Research Diagnostic Criteria (RDoC). Проект нацелен на интеграцию данных нейронауки и психиатрии и основан на идее о том, что изучение симптомов заболеваний должно базироваться на представлениях об универсальных единицах поведения (конструктах), выделенных в рамках фундаментальных наук и соотносимых с определенным структурно-физиологическим мозговым субстратом (дискуссию о валидности такого подхода см. в журнале «Всемирная психиатрия», 2014, Т. 13, № 1). В рамках RDoC была разработана матрица, отражающая наиболее интересные мишени исследования – от генов до экспериментальных приемов - для различных конструктов, объединенных в пять широких систем (доменов) (URL: http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/rdoc-constructs.shtml#reward_valuation , дата обращения 13.09.2016г.).

Конструкт «побудительная мотивация» (в RDoC - мотивация приближения, approach motivation) входит в мозговую и поведенческую «систему положительной валентности» наряду с тесно связанными с мотивацией процессами переживания удовольствия и удовлетворения, обучения на основе положительного подкрепления и формирования привычек. Побудительная мотивация определяется широко - как конструкт, включающий механизмы, регулирующие направление и поддержание поведения приближения, вызванного состоянием депривации или другого рода потребностями, а также обучением, памятью, характери-

стиками стимула. Такое поведение может быть направлено как врожденными, так и приобретенными сигналами, имплицитными и эксплицитными целями, представлять собой целенаправленную деятельность или условный рефлекс.

В RDoC в побудительной мотивации выделено четыре элемента (подконструкта).

1. Оценка вознаграждающих эффектов стимулов. Данный элемент состоит из процессов «расчета» вероятности и выгоды желаемого результата (награды) на основании внешней информации и предшествующего опыта. Он также может включать приписывание стимулу ценности в удовлетворении определенной (природной) потребности.
2. Оценка требуемых усилий, желание их приложить, т.е. вычисление того, чего будет стоить достижение желаемого результата.
3. Ожидание/ошибка в предсказании получения желаемого результата – состояние, включаемое внешними сигналами, предсказывающими возможность награды. Такое ожидание награды может изменить ощущения, связанные с ее получением, и может влиять на размещение когнитивных ресурсов.
4. Принятие решения на основе предпочтений (выбор действия) - процессы, вовлекающие оценку соотношения выгоды и цены и имеющие место в контексте множественных потенциально возможных выборов.

В настоящее время существуют экспериментальные парадигмы и опросники, которые адресованы некоторым из этих компонентов побудительной мотивации. Ниже мы опишем те психометрические инструменты, которые могут быть использованы в повседневной практике клинического психолога как для обследования большого числа пациентов в рамках научно-исследовательской работы, так и для решения частных практических задач. Подробно мы остановимся на трех опросниках, которые уже широко используются в клинической психологии и рекомендованы для оценки компонентов побудительной мотивации экспертами RDoC: BIS/BAS, SPSRQ и TEPS.

1. Оценки нейропсихологических систем мотивации приближения и избегания.

Наиболее популярной биологической теорией мотивации, послужившей основой для создания психометрических инструментов, является концепция чувствительности к подкреплению Джеффри Грея с соавторами, постулирующая существование трех широких нейропсихологических мотивационных систем – активации, торможения и «борьбы и бегства» [20, 3, 16, 30]. Первая (Behavioral Activation System, BAS) чувствительна к стимулам награды и избавления от наказания и вызывает поведение приближения, а также релевантна такой личностной особенности как импульсивность. Именно BAS можно соотнести с представлениями о побудительной мотивации. Вторая система (Behavioral Inhibition System, BIS) имеет отношение к тревоге в ответ на новые или угрожающие стимулы и торможению поведения, которое может привести к наказанию или лишению награды. Третья (Fight-Flight System) связана с быстрым ответом на безусловные сигналы угрозы. В более поздней версии [21] чувствительность к наказанию, т.е. реакция на условные и безусловные отрицательные сигналы, приписывается системе Fight-Flight-Freeze System (борьбы-бегства-застывания), в то время как BIS отвечает за разрешение конфликта между различными целями.

Был предпринят целый ряд попыток создать психометрические инструменты на основании теории Дж. Грея. Однако большинство опросников не получили широкого распространения (Jackson-5, Gray-Wilson Personality Questionnaire, Generalized Reward and Punishment Expectancy Scale и пр.). Один из них - Личностный опросник Грея-Уилсона (Gray-Wilson Personality Questionnaire, GWPQ) был адаптирован для русскоязычной популяции Е.Р. Слободской с соавт. [32]. Его шкала системы активации поведения измеряет как приближение, так и активное избегание, а шкала системы торможения поведения – пассивное избегание и угашение; опросник также включает шкалы борьбы и бегства. Г.Г. Князев [3] отмечает, что GWPQ создавался в строгом соответствии с теорией Дж. Грея, но показал слабые психометрические свойства.

Не вполне удовлетворительными психометрическими характеристиками обладает и Шкала ожидания поощрения и наказания (Generalized Reward and Punishment Expectancy Scale

(GRAPES), созданная 1990 году [10]. GRAPES включает в себя 30 пунктов и требует ответов в формате «верно/неверно». Одна из двух подшкал - Ожидание вознаграждения (Reward Expectancy, 15 пунктов) - отражает оптимистические установки и ожидание успеха и удовлетворения в различных жизненных ситуациях (например, «Я совершенно уверен в своем будущем»). Подшкала «Ожидание наказания» (Punishment Expectancy) оценивает пессимизм, недоверчивость и ожидание личных неприятностей в виде несчастных случаев, заболеваний, нападений (например, «Со всеми этими пищевыми добавками, нужно быть очень осторожным в выборе еды»). При этом в обе подшкалы входят обратные утверждения. Например, Reward Expectancy включает пункт «Если я буду искать работу, мне, вероятно, понадобится много времени, чтобы найти ее»). В связи с этим, несмотря на разделение пунктов по подшкалам с помощью факторного анализа, содержание подшкал недостаточно четко разведено. Два других инструмента BIS/BAS и The sensitivity to punishment and sensitivity to reward questionnaire (SPSRQ) оказались более удачными и широко применяются для оценки систем активации и торможения поведения.

1.1. Опросник Карвера и Уайта (BIS/BAS).

The BIS/ BAS scales созданы К. Карвером и Т. Уайтом [13] (ОКУ в русскоязычной адаптации Г.Г. Князева и др. [24]). Опросник состоит из 24 пунктов, 4 из которых являются отвлекающими. Ответы даются по 4-балльной системе: от 1-для меня совершенно неверно до 4- для меня совершенно верно. BIS (7 пунктов) отражает чувствительность к отрицательным сигналам и тревогу на эмоциональном уровне и является однородной. В BAS смешаны эмоциональные и поведенческие проявления активации. Она разделена на три подшкалы. «Реактивность на стимулы награды» (Reward Responsiveness, 5 пунктов) отражает тенденцию реагировать повышением энергии и положительными эмоциями в ситуации, указывающей на возможность желаемого события и получения награды. «Драйв» (Drive, 4 пункта) оценивает упорство в достижении цели (например, «Я стараюсь изо всех сил, чтобы получить то, что хочу»). «Поиск развлечений» (Fun-seeking, 4 пункта) указывает на склонность к импульсивному стремлению к удовольствию. Нужно отметить, что для

построения BIS/BAS были использованы как теоретические представления, так и последующий факторный анализ эмпирических данных, что позволило получить инструмент с желаемыми психометрическими свойствами. Однако, смысл выделенных подшкал BAS не вполне ясен и не вытекает непосредственно из теории Дж. Грея.

Тем не менее, опросник BIS/BAS нашел широкое применение в клинической психологии. Соотношение систем активации и торможения поведения теоретически объясняет широкий круг психопатологических явлений. Так, например, гиперактивацию BIS связывают с тревожностью, а ее гипоактивацию – с синдромом гиперактивности и дефицита внимания, гиперактивацию BAS - с антисоциальным расстройством личности, расстройством поведения и психопатией, а нарушение баланса между системами в пользу BIS при выраженном снижении BAS – с депрессией. Результаты исследований с помощью опросника BIS/BAS, как правило, согласуются с этими гипотезами [22]. Так, большое эпидемиологической исследование, включавшее 1803 молодых жителей Майями, подтвердило связь между повышением оценок по шкале BIS и наличием тревожных и депрессивных расстройств, а также между повышением оценок по подшкале «Поиск развлечений» BAS с риском возникновения наркомании и алкоголизма [22]. При шизофрении описана гиперактивация BIS и отрицательная связь оценок по этой шкале с выраженностью негативных симптомов [31].

1.2. Опросник чувствительности к наказанию и вознаграждению (SPSRQ).

Опросник чувствительности к наказанию и вознаграждению (The sensitivity to punishment and sensitivity to reward questionnaire, SPSRQ), созданный Р. Торрубия с совторами [34], отражает квинтэссенцию теории Дж. Грея и обладает хорошими психометрическими свойствами [30, 34]. Опросник состоит из шкал «Чувствительность к вознаграждению» (SR, 24 пункта) и «Чувствительности к наказанию» (SP, 24 пункта) с возможностью ответов в формате «да/нет». SR измеряет различия в импульсивности и включает разнообразные ситуации, сулящие награду в виде денег, сексуального партнера, общения, власти, острых ощущений и др. Пункты, включенные в SP, отражают индиви-

дуальные различия по пассивному избеганию ситуаций, в которых возможно появление аверсивных или новых стимулов, и по беспокойству, связанному с потенциальной угрозой наказания в будущем.

К.Р. Колдер и Р.М. О'Коннер [15] модифицировали SPSRQ для измерения соответствующих черт у детей на основе ответов родителей (33 пункта с ответами по 5-балльной шкале). Этот опросник адаптирован для русскоязычной популяции В.Б. Кузнецовой и Е.Р. Слободской [6]. Авторами адаптации показано, что у детей из русскоязычной популяции повышение SR является фактором риска возникновения экстернальных симптомов (проблем с поведением и гиперактивности) и, в несколько меньшей степени, интернальных (эмоциональных), а SP – только интернальных (эмоциональных симптомов и проблем со сверстниками). Позже этими же исследователями для русскоязычной популяции была адаптирована версия SPSRQ для подростков (Junior-SPSRQ), созданная Р. Торрубиа и включающая 30 пунктов – по 15 для каждой шкалы [7].

Заметим, что шкалы BIS и BAS коррелируют со шкалами SP и SR, соответственно [30], а психологическое содержание BIS/SP и BAS/SR перекликается с известными и широко распространенными опросниками Т. Элерса для измерения мотивации к успеху и избеганию неудач. Кроме того, оценки BIS/SP и BAS/SR связаны с определенными личностными чертами и коррелируют с показателями Опросника темперамента Стреляу [3, 30, 34]. В матрице RDoC подшкала BAS «Реактивность на стимулы награды» вместе с SR предложена для измерения процессов, образующих побудительную мотивацию и объединенных в подконструкт «оценка вознаграждающих эффектов стимулов», а подшкала BAS «Драйв» - в подконструкт «оценка усилий». Что касается системы торможения, связанной с тревогой, и системы борьбы и бегства, связанной со страхом, - т.е. защитной мотивации - то релевантные им конструкты и шкалы опросников даны в RDoC в домене «система негативной валентности», однако BIS и SP в матрице RDoC не представлены.

2. Измерение гедонических аспектов мотивации приближения.

Еще одна нейробиологическая концепция мотивации разрабатывается К. Берриджем с соавторами, которые предложили выделять в гедонической системе, обеспечивающей побудительную мотивацию, подсистему желания/ предвкушения (антиципационную, или wanting) и наслаждения от получения награды (консумационную, или liking) [12]. Для дифференциации удовольствия как предвкушения и наслаждения у больных шизофренией Д. Гардом с соавторами в 2006 г. была разработана Шкала времени переживания удовольствия (The Temporal Experience of Pleasure scale, TEPS) [18], вскоре адаптированная в ряде стран Европы и Азии. Гипотеза заключалась в том, что у больных шизофренией отмечается снижение гедонического тона только во время ожидания приятного события, что может обусловливать дефицит побудительной мотивации (т.е. системы активации поведения). Следует отметить, что создание этого опросника было спровоцировано исследованиями не амотивированности, а ангедонии больных шизофренией. Ангедония – снижение способности переживать удовольствие – давно рассматривается как одно из важных проявлений заболевания, связанных с негативными симптомами. Однако в экспериментальных исследованиях с использованием приятных стимулов было показано, что больные шизофренией способны испытывать удовольствие примерно той же интенсивности, что и здоровые. Это побудило исследователей обратить внимание на возможную многокомпонентную структуру гедонической способности и привлечь представления о существовании антиципационного и консумационного удовольствия для объяснения выявленного парадокса.

TEPS состоит из 18 пунктов, ответы на которые даются по 6-балльной системе: от 1-абсолютно не согласен до 6- абсолютно согласен. Пункты образуют две подшкалы – Антиципационного удовольствия (Ant, 10 пунктов) и Консумационного удовольствия (Com, 8 пунктов).

В настоящее время TEPS применяется в основном для исследования мотивационной сферы больных шизофренией. Гипотеза авторов шкалы о том, что при этом заболевании отмечается снижение гедонического тона только во время ожидания приятного события, была подтверждена ими и рядом других исследо-

вателей и для ранних, и для хронических этапов развития шизофрении [14, 17, 19, 25, 28, 29]. Однако Г. Страус с соавт. [33] выявили у больных шизофренией снижение оценок по шкале консумационного удовольствия при нормальной выраженности антиципационного, а в китайской популяции у больных депрессией и шизофренией обнаружено снижение по обеим подшкалам опросника относительно контроля, причем самые низкие оценки наблюдались у депрессивных больных [26].

В настоящее время нами в НЦПЗ проводится адаптация и валидизация TEPS в русскоязычной популяции. Предварительные данные, полученные для группы из 75 больных и 75 здоровых контрольных добровольцев, указывают на отсутствие значимых различий в средних значениях шкал между больными и здоровыми. Причем это связано со снижением мотивации у здоровых юношей из русскоязычной популяции по сравнению с американской. В то же время данные позволяют предположить, что существует подгруппа больных шизофренией мужчин с существенно сниженным антиципационным удовольствием, клинические характеристики которой пока установить не удалось [1].

Подшкала TEPS-ANT предложена экспертами RDoC для оценки подконструкта «Ожидание» побудительной мотивации наряду с уже упоминавшейся GRAPES.

Следует отметить, что для большинства подконструктов побудительной мотивации не предложено адекватных опросников. Для их оценки пока используются экспериментальные парадигмы. Таким образом, выбор психометрических инструментов для изучения побудительной мотивации в рамках решения задач клинической психологии пока ограничен, что диктует необходимость разработки новых, высоко специализированных опросников для изучения различных компонентов данного психологического конструкта. Представляется, что и ресурс уже существующих инструментов пока не исчерпан. Например, для изучения такого аспекта побудительной мотивации как обесценивание награды при увеличении интервала до ее получения (delay discounting) может быть привлечен опросник The Monetary choice questionnaire [23]. Он включает в себя 27 рандомизированных выборов между маленьким немедленным и большим отсроченным вознаграждением. В англоязычной версии сумма

награды колеблется от 11 до 85 долларов, а интервалы от одной недели до 186 дней. Однако адаптация этого инструмента, по-видимому, потребует больших усилий в связи с существенным влиянием определенной социальной и экономической обстановки на его содержание.

Работа выполнена при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта № 16-06-00100.

Литература

1. Алфимова М.В., Лежейко Т.В., Габаева М.В. Антиципационное и консумационное удовольствие: к вопросу о диагностике ангедонии при шизофрении // Вестник Совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2016. Т. 3. № 2 (13). С. 10-12.
2. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1971.
3. Князев Г.Г. Экстраверсия, психотизм и чувствительность к награде: нейрофизиологические основы двух личностных конструктов // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2007. Т. 4. № 1. С. 47-78.
4. Корнилова Т.В., Парамей Г.В., Ениколопов С.Н. Апробация методики А. Эдвардса «Список личностных предпочтений» на российских выборках // Психологический журнал. 1995. Т. 16. № 2. С. 142-151.
5. Коченов М.М., Николаева В.В. Мотивация при шизофрении. М.: Изд-во МГУ, 1978.
6. Кузнецова В.Б., Слободская Е.Р. Опросник для изучения чувствительности к наказанию и вознаграждению у детей // Психологический журнал. 2010. Т. 31. № 2. С. 104-113.
7. Кузнецова В.Б., Слободская Е.Р., Риппинен Т.О. Опросник чувствительности к наказанию и вознаграждению у подростков // Психологический журнал. 2013. Т. 34. № 1. С. 69-80.
8. Миняйчева М.В., Папсуев О.О., Семенова Н.Д. К вопросу о психодиагностике мотивации у пациентов с шизофренией и расстройствами шизофренического спектра: Шкала оценки апатии (AES) // VI СЪЕЗД ПСИХИАТРОВ РОССИИ. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы», 23-26 сентября 2015 года, г. Казань [Электронный ресурс]: тезисы / под общей редакцией Н.Г. Незнанова. СПб.: Альта Астра, 2015. С. 768-769.
9. Семенова Н.Д., Фурсов Б.Б. К вопросу о психодиагностике мотивации в психосоциальной терапии и психосоциальной реабилитации

шизофрении. Часть I // Социальная и клиническая психиатрия. 2013. Т. 23. № 1. С. 34-39.
10. Ball S.A., Zuckerman M. Sensation seeking, Eysenck's personality dimensions and reinforcement sensitivity in concept formation // Personality and Individual Differences. 1990. V. 11. P. 343–353.
11. Berridge K.C. Motivation concepts in behavioral neuroscience // Physiol. Behav. 2004. V. 81. P.179-209.
12. Berridge K.C., Robinson T.E., Aldridge J.W. Dissecting components of reward: 'liking', 'wanting', and learning // Curr. Opin. Pharmacol. 2009. V. 9. P. 65-73.
13. Carver C. S., White T. L. Behavioral inhibition, behavioral activation, and affective responses to impending reward and punishment: The BIS/BAS scales // Journal of Personality and Social Psychology. 1994. V. 67. P. 319–333.
14. Chan R.C., Wang Y., Huang J. et al. Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure in schizophrenia: cross-cultural validation and extension // Psychiatry Res. 2010. V.175. P. 181-183.
15. Colder C.R., O'Connor R.M. Gray's Reinforcement Sensitivity Model and Child. Psychopathology: Laboratory and Questionnaire Assessment of the BAS and BIS // Journ. Abnorm. Child. Psychol. 2004. V. 32. N 4. P. 435–451.
16. Corr P. Reinforcement sensitivity theory and personality // Neuroscience and Biobehavioral Reviews. 2004. V. 28. P. 317–332.
17. Favrod J., Ernst F., Giuliani F., Bonsack C. [Validation of the Temporal Experience of Pleasure Scale (TEPS) in a French-speaking environment] // Encephale. 2009. V. 35. P. 241-248.
18. Gard D.E., Germans Gard M.K., Kring A.M., John O.P. Anticipatory and consummatory experience of pleasure: A scale development study //Journal of Research in Personality. 2006. V. 40. P. 1086-1102.
19. Gard D.E., Kring A.M., Gard M.G., Horan W.P., Green M.F. Anhedonia in schizophrenia: distinctions between anticipatory and consummatory pleasure // Schizophr. Res. 2007. V. 93. P. 253-260.
20. Gray J. A. The psychology of fear and stress (2nd ed.). Cambridge: Cambridge University Press, 1987.
21. Gray J.A., McNaughton N. The Neuropsychology of anxiety: an enquiry into the functions of the septo¬hippocampal system. Oxford: Oxford University Press, 2000.
22. Johnson S.L., Turner R.J., Iwata N. BIS/BAS Levels and Psychiatric Disorder: An Epidemiological Study // Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment. 2003. V. 25: 25. doi:10.1023/A:1022247919288

23. Kirby K.N., Petry N.M., Bickel W.K. Heroin addicts have higher discount rates for delayed rewards than non-drug-using controls // Journal of Experimental Psychology: General. 1999. V. 128. P. 78–87.
24. Knyazev G. G., Slobodskaya H. R., Wilson G.D. Comparison of construct validity of the Gray–Wilson personality questionnaire and the BIS/BAS scales // Personality and Individual Differences. 2004. V. 37. P. 1565–1582.
25. Li Z., Lui S.S., Geng F.L. et al. Experiential pleasure deficits in different stages of schizophrenia // Schizophr. Res. 2015a. V.166. P. 98-103.
26. Li Y., Mou X., Jiang W. et al. A comparative study of anhedonia components between major depression and schizophrenia in Chinese populations // Ann. Gen. Psychiatry. 2015б. V.14: 24. doi: 10.1186/s12991-015-0061-3.
27. Llerena K., Park S.G., McCarthy J.M., Couture S.M., Bennett M.E., Blanchard J.J. The Motivation and Pleasure Scale-Self-Report (MAP-SR): reliability and validity of a self-report measure of negative symptoms // Compr. Psychiatry. 2013. V. 54. P. 568-574.
28. Loas G., Monestes J.L., Yon V., Thomas P., Gard D.E. Anticipatory anhedonia in schizophrenia subjects // Encephale. 2010. V. 36. P. 85-87.
29. Mote J., Minzenberg M.J., Carter C.S., Kring A.M. Deficits in anticipatory but not consummatory pleasure in people with recent-onset schizophrenia spectrum disorders // Schizophr. Res. 2014. V.159. P. 76-79.
30. Sava F.A., Sperneac A.-M. Sensitivity to reward and sensitivity to punishment rating scales: A validation study on the Romanian population // Personality and Individual Differences. 2006. V. 41. P. 1445–1456.
31. Scholten M.R., van Honk J., Aleman A., Kahn R.S. Behavioral inhibition system (BIS), behavioral activation system (BAS) and schizophrenia: relationship with psychopathology and physiology // J. Psychiatr. Res. 2006. V. 40. P. 638-645.
32. Slobodskaya H.R., Knyazev G.G., Wilson G.D. Development of a short form of the Gray–Wilson personality questionnaire: its use in measuring personality and adjustment among Russian adolescents // Personality and Individual Differences. 2003. V. 35. P. 1049–1059.
33. Strauss G.P., Wilbur R.C., Warren K.R., August S.M., Gold J.M. Anticipatory vs. consummatory pleasure: what is the nature of hedonic deficits in schizophrenia? // Psychiatry Res. 2011. V.187. P. 36-41.
34. Torrubia R., Ávila C., Moltó J., Caseras X. The Sensitivity to Punishment and Sensitivity to Reward Questionnaire (SPSRQ) as a measure of Gray's Anxiety and Impulsivity dimensions //Personality and Individual Differences. 2001. V. 31. P. 837-862.

Исаева Е.Р., Лебедева Г.Г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОГО И ЗАРУБЕЖНОГО ПОДХОДОВ К ИЗУЧЕНИЮ КОГНИТИВНЫХ ПРОЦЕССОВ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

Актуальность. В настоящее время методологические подходы к изучению нарушений психических процессов в западной и отечественной клинической психологии значительно расходятся. Основатели отечественной патопсихологии и нейропсихологии А.Р. Лурия, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Б.В. Зейгарник, Б.Г. Ананьев в своих работах отстаивали принцип качественного анализа нарушений психической деятельности и критиковали западных психологов за увлечение количественными измерениями. «Долгое время в клиниках господствовал метод количественного измерения психических процессов, метод, который основывался на вундтовской психологии. … Исследование распада какой-нибудь функции состояло в установлении степени количественного отклонения от ее «нормального стандарта», – писала Б.В. Зейгарник [7] .

В российской школе патопсихологии, основательницей которой являлась Б.В. Зейгарник, нарушения функций памяти, внимания, мышления были объединены в систему ведущего симптомокомплекса (шизофренический, органический и др.), в каждом из которых выделялось «ядро» нарушений. По мнению А.Р. Лурии, при изучении высших психических функций важен синдромальный анализ, поскольку характер нарушений зачастую не является патогномичным, т.е. специфическим для того или иного заболевания, он является лишь типичным для них и должен быть оценен в комплексе с данными целостного патопсихологического исследования [7].

Зарубежные исследователи основываются на количественном измерении отдельных базовых психических функций, без учета принципа системности в осуществлении психической деятельности. Например, J.A. Gladsjo и его коллеги (2008) при помощи 21 нейрокогнитивного теста, предложили 6-факторную модель когнитивных нарушений при шизофрении. Эта модель, по мнению авторов, наиболее полно описывает когнитивный дефицит при шизофрении и включает: академические вербальные навыки

(verbal crystallized), внимание и рабочая память (attention/working memory), вербальная эпизодическая память (verbal episodic memory), скорость информационных процессов (speed of information), зрительная эпизодическая память (visual episodic memory) и процессы рассуждения и решения проблем (reasoning/problem solving).Как точно подметил М.В. Зотов, «все многообразие регуляторных аспектов познавательной деятельности человека пытаются свести к одной или нескольким «базовым» когнитивным «способностям»… Некоторые ведущие зарубежные исследователи занимают позицию нейрофизиологического редукционизма, рассматривая сложнейшие формы когнитивной деятельности как результат механической комбинации «базовых» компонентов» [8].

В своих исследованиях психической патологии западные специалисты [12, 15] используют понятийный аппарат нейрокогнитивных наук, которые во многом перекликаются с исследованиями выдающегося советского нейропсихолога А.Р. Лурии, в частности, когда говорят о пластичности нервной системы и возможностях компенсации, при этом активно используют новейшие аппаратные средства нейровизуализации (МРТ, ФМРТ, ПЭТ и т.п.). Нельзя отрицать того, что попытки найти нейробиологические основы шизофрении достаточно перспективны и уже приносят заслуживающие внимания плоды. Так, результаты исследований последних 5-10 лет позволили установить, что нейрокогнитивный дефицит связан с вовлеченностью передних орбито-фронтальных отделов в сочетании с медиобазальными, височными и другими отделами головного мозга [Синицкий И.В., Чуприков А.П., 2007; Лебедева И.С., 2009; Ropacki S.A.L., Perry W., 2007]. Нарушение системных механизмов взаимодействия подкорковых образований с лобными и височными зонами коры с акцентом на левостороннюю латеральность многими специалистами рассматривается как многообещающая модель этиологии и патогенеза шизофрении [PantelisC. etal., 2002; PalmerB.W.etal., 2009].

Национальный институт психического здоровья США (National Institute of Mental Health - NIMH) в последние годы осуществлял масштабный исследовательский проект, направленный на оценку и лечение когнитивных нарушений при шизофрении

(Measurement and Treatment Research to Improve Cognitionin Schizophrenia - MATRICS). Основная цель проекта – стимулировать разработку фармакологических лекарственных средств лечения когнитивного дефицита при шизофрении [Nuechterlein K.H., Green M.F., 2008]. Одним из важных задач проекта являлась разработка надежных методов психометрической оценки когнитивного функционирования пациентов с этой патологией.

В результате работы большой группы специалистов, экспертов с международной репутацией, были выделены следующие области оценки когнитивной сферы, где различия у пациентов с шизофренией от психически здоровых наиболее существенны: скорость психических процессов (speed of processing), бдительность, готовность к действию (attention/vigilance), вербальная и невербальная рабочая память (verbal – nonverbal working memory), вербальное и зрительное заучивание (verbal learning, visual learning), рассуждение и процесс принятия решения (reasoning, problem solving), социальный (social cognition) и эмоциональный интеллект (emotional intelligence). На сегодняшний день данная диагностическая схема рассматривается в качестве некоего «золотого стандарта» для разработчиков психометрических батарей тестов и шкал для оценки когнитивной сферы пациентов с шизофренией.

В то же время, представления о «типичном» нейрокогнитивном профиле пациентов с шизофренией до сих пор активно пересматриваются, в частности, в рамках следующего за MATRICS проекта - CNTRICS (Cognitive Neuroscience Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia). Так, к примеру, предлагается включить в список тестов для оценки когнитивного функционирования пациентов с шизофренией зрительные перцептивные функции [P.D. Butler, S.M. Silverstein, S.C. Dakin, 2008].

В настоящее время популярность приобрели специально разработанные комплексные многомерные батареи нейропсихологических методик, нашедшие свое основное применение в клинических испытаниях новых лекарственных препаратов, такие как: BACS (Brief Assessment of Cognitionin Schizophrenia),

MCCB (MATRIX Consensus Cognitive Battery), CANTAB eclipse, CSB (Cog State Schizophrenia Battery), IntegNeuro и др.

При знакомстве отечественных специалистов с предлагаемыми методиками и теми когнитивными процессами, на изучение которых они направлены, закономерно встает проблема «понимания» новых научных концептов, хотя зачастую наблюдаетсятенденция к «слепому копированию» и перенесению в практическую деятельность новых терминов и методик без серьезного научного (методологического) осмысления.

Например, во многих научных исследованиях упоминается скорость психических процессов (speed of processing), которая, судя по «золотому стандарту» нейрокогнитивного обследования при психической патологии, является одной из важнейших характеристик. Под скоростью психических процессов исследователями понимается не только собственно скорость решения ограниченных по времени выполнения когнитивных задач, но и эффективность зрительно-моторной координации при выполнении подобных заданий [Lezak M.D. et al., 2004; Kalkstein S. et al., 2010].Классическим средством оценки данной характеристики являются различные вариации теста «Шифровки» (digit symbolcoding test)или «Кодирования» [D. Wechsler, 1944], когда испытуемому в условиях ограниченного времени предлагается перевести ряд цифр в определенную символическую форму или наоборот, соотнести ряд символов с числовым рядом (symbol digit modalities test) [A. Smith., 1982]. Такое понимание скорости психических процессов близко к некоторым свойствам внимания, с одной стороны (концентрация, устойчивость и распределение), и к объему оперативной и вербальной (семантической) памяти, с другой. Другим известным на сегодняшний день методом оценки скорости психических процессов является Тест последовательных соединений (trial making test - TMT, часть А), где испытуемому предлагается соединить карандашом или ручкой круги с цифрами в порядке возрастания. По мнению разработчиков, методика TMT направлена на оценку скорости (темпа) психических процессов и изучение особенностей внимания [С.Н. Мосолов, 2001; R.M. Reitan, D. Wolfson, 1993]. В данном методе эффективность выполнения задания в значительной мере зависит от сохранности зрительно-моторной координации ис-

пытуемого [А.П. Бизюк 2005; M.D. Lezak. et al., 2004].Зрительно-моторная координация, как известно, обеспечивается тремя мозговыми системами: 1) глазодвигательной, управляющей движениями глаз, 2) моторной системой, управляющей движениями конечностей, и 3) мозговой системой, координирующей взаимодействие этих двух систем, центральной частью которой является мозжечок. Нарушения зрительно-моторной координации, вызываемые ухудшением функционального состояния человека, приводят к ошибкам во взаимодействии субъекта с окружающим миром [В.Б. Дорохов и др., 2011].

В обширном обзоре Dwight Dickinson с коллегами [D. Dickinson, 2007] тест «Шифровка» и Тест последовательных соединений (ТМТ) названы наиболее эффективными методами оценки когнитивных нарушений при шизофрении.

Понятие исполнительских или регуляторных (управляющих) функций (executive functioning) вызвало широкую волну обсуждения среди отечественных специалистов в области нейро- и патопсихологии, и на сегодняшний день достигнуто общее удовлетворяющее всех понимание данного термина [Ахутина Т.В. и др., 2015]."Executive functions" понимаются как функции планирования и управления познавательной деятельностью (регуляторные функции), которые охватывают широкий круг когнитивных процессов, обеспечивающих согласованность, адаптивность и эффективность целенаправленного познавательного поведения [А.А. Алексеев, Г.Е. Рупчев2010; M.D. Lezak. et. al., 2004]. Среди наиболее распространенных методов оценки регуляторных функций исследователи выделяют следующие: Висконсинский тест сортировки карточек (Wisconsin Card Sorting Test - WCST) [R.K. Heatonetal., 1993], вторая часть (part B) Теста последовательных соединений (ТМТ) [E. Strauss et. al., 2006]; различные версии теста Струпа (Stroop Tests) [Бизюк А.П., 2005; Lezak M.D. et. al., 2004]; различные вариации тестов на вербальную беглость (verbal fluency) [Strauss E. et. al., 2006].

В нашем исследовании для сравнительного анализа были выбраны два теста:Тест последовательных соединений (trial mak-

ing test – TMT) и Тест беглости речевых ответов (Verbal fluency test - VFT).

Целью исследования было сопоставить психодиагностические возможности отечественных традиционно используемых патопсихологических методов и зарубежных психометрических тестов (TMT и VFT).

Материал исследования. В исследовании приняли участие 128 больных в возрасте от 16 до 45 (M=26,02 ± 0,60) лет, из которых 81 мужчин (63 %) и 47 (37%) женщин. Пациентов с диагнозом параноидная шизофрения (F 20 по МКБ-10) – 76 человек, пациентов с шизотипическим расстройством (F21 по МКБ-10) – 52 человека. Группы больных являлись сопоставимыми по основным социально-демографическим характеристикам. В третью, «контрольную» группу вошли психически здоровые испытуемые - 88 человек (M=22,9±0,72 года), не страдающие психическими и хроническими соматическими заболеваниями. Данную группу составили студенты-медикикак представители «высокой нормы» (высокого уровня развития и тренированности когнитивных функций), из них 59 мужчин (67%) и 29 женщин (33%).

Критерии отбора: наличие клинически установленного диагноза в соответствии с диагностическими критериями МКБ-10; отсутствие на момент обследования острой психотической симптоматики, выраженного интеллектуально-мнестического снижения, признаков нейролептического синдрома и коморбидных расстройств; информированное добровольное согласие на участие в исследовании и отсутствие возражений со стороны лечащего врача; правшество пациентов.

Методы. Для оценки степени выраженности когнитивного дефицита использовались: Тест последовательных соединений (Trail making test -TMT, части А и Б), [R.M.Reitan, D. Wolfson, 1993]; тест беглости речевых ответов (Verbal fluency test, VFT, [M.D.Lezak, 1995]; тест «Сложная фигура Рея–Остерица» (Rey-Osterrieth Complex Figure Test); таблицы Шульте-Горбова [Ф.Д. Горбов, 1971]; таблицы Шульте [С.Я. Рубинштейн, 1998]; субтесты «Кубики», «Шифровка», «Повторение цифр» методики Векслера [Ю.И.Филимоненко, В.И. Тимофеев, 2006]; тест на запоминание 10 слов [А.Р. Лурия, 1969]; стандартные прогрес-

сивные матрицы Равена [Дж.К.Равен, Дж.Х Корт., Дж. Равен, 2002]; пиктограммы [Б.Г. Херсонский, 2000].

С целью изучения взаимосвязи различных когнитивных показателей у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (параноидная шизофрения и шизотипическое расстройство) использовалась процедура корреляционного анализа.

Результаты и обсуждение: Результаты сопоставления теста ТМТ и отечественных патопсихологических методов у пациентов и контрольной группы представлены в табл. 1-2.

Таблица 1. Корреляционные связи между параметром «активность внимания» (ТМТ, часть А, время выполнения, сек) и другими когнитивными показателями

	Пациенты F 20 (n=76)	Пациенты F 21 (n=52)	Контрольная группа (n=88)
Внимание			
Таблицы Шульте (таблица 1, сек)	*0,3#*	*0,5###*	
Таблицы Шульте (таблицы 2,3, 4,5,сек)		0,5###	
Таблицы Шульте-Горбова (таблица 1, сек)	0,3#	0,6 ###	
Таблицы Шульте-Горбова (таблицы 2, 3, сек)		0,6* ###	
Память			
Повторение цифр (в прямом порядке)	-0,3* #	-0,3* #	-0,5#
Повторение цифр (в обратном порядке)		-0,4##	-0,5#
Повторение цифр (шкальная оценка)	-0,3#		-0,6#
10 слов (первое воспроизведение)			-0,3#
10 слов (отсроченное воспроизведение)			-0,4###
Зрительно-моторная координация			
Кубики (шкальная оценка)	-0,4##	-0,3#	
Шифровка (количество правильных символов)		-0,4 ##	

Примечание:* – использован коэффициент корреляции r-Спирмена, в иных случаях - r-Пирсона
#- Значимость (p) ≤0,05
- Значимость (p) ≤0,01
- Значимость (p) ≤0,001

Из таблицы 1 видно, что в обеих группах пациентов скоростной показатель «активности внимания» (ТМТ, часть А,сек.) был положительно взаимосвязан с объемом и распределением внимания, скоростью включения в работу, темпом работоспособности; отрицательно – с параметрами мнестической деятельности (кратковременная, оперативная память),зрительно-моторной координации; способностью к пространственному анализу/синтезу и конструктивному праксису. В контрольной группе параметр «активность внимания» был отрицательно взаимосвязан только с параметрами мнестической деятельности: объем кратковременной памяти, оперативная память, долговременная память.

Таким образом, можно сделать вывод, что тест ТМТ выявляет: темп работоспособности, характеристики произвольного внимания (концентрация, переключаемость, врабатываемость) и оперативной памяти, уровень зрительно-моторной координациии конструктивногопраксиса.

Таблица 2. Корреляционные связи между параметром «переключаемость внимания» (ТМТ, часть Б, время выполнения, сек) и другими когнитивными показателями

	Пациенты F 20 (n=76)	Пациенты F 21 (n=52)	Контрольная группа (n=88)
Внимание			
Таблицы Шульте (таблица 1, 5,сек)	0,6###	0,3###	
Таблицы Шульте (таблицы 2, 3, 4,сек)	0,4###	0,6###	0,5##
Таблицы Шульте-Горбова (таблицы 1, 2, сек)	0,4##	0,7 ###	
Таблицы Шульте-Горбова (таблица 3, сек)	0,4###	0,6 ###	0,6##
Память			
Повторение цифр (в обратном порядке)		-0,3#	

10 слов (отсроченное воспроизведение)		-0,3#	
Пиктограммы (отсроченное воспроизведение)		-0,3* #	
Зрительно-моторная координация			
Кубики (шкальная оценка)	-0,6###		
Шифровка (количество правильных символов)	-0,4#	-0,6###	
Мышление			
Сходства (шкальная оценка)	-0,7###		
Сравнение понятий (количество искажений)	-0,5###		
Сравнение понятий (количество снижений)	-0,4#		
Пиктограммы (атрибутивные образы)		0,3#	
Пиктограммы (оригинальные образы)			0,4#
Пиктограммы (стандартные образы)			-0,4#

Примечание:* – использован коэффициент корреляции r-Спирмена, в иных случаях - r-Пирсона
#- Значимость (p) ≤0,05
- Значимость (p) ≤0,01
- Значимость (p) ≤0,001

Из таблицы 2 видно, что в группе пациентов с параноидной шизофренией, параметр «переключаемость внимания» (ТМТ, часть Б, сек.) положительно взаимосвязан со всеми параметрами внимания (объем, распределение, переключаемость и др., темп работоспособности) и отрицательно – с конструктивными способностями (Кубики), показателем абстрактно-логического мышления (Сходства), зрительно-моторной координацией (Шифровка) и нарушениями мышления (Сравнение понятий). Высокая скорость выполнения была связана с высоким темпом работоспособности, высоким уровнем зрительно-моторной координации и абстрактно-логического мышления,но с большим количеством нарушений категориального строя.

В группе пациентов с шизотипическим расстройством, переключаемость внимания (ТМТ, часть Б) также положительно

взаимосвязана с параметрами внимания (скорость включения, работоспособность), отрицательно – с параметрами мнестической деятельности (кратковременная память, оперативная память, долговременная память) и зрительно-моторной координацией (Шифровка).Другими словами, высокая переключаемость внимания была связанас высоким темпом работоспособности, высоким объемом памяти, высоким уровнем зрительно-моторной координации.

Т.е. у пациентов с параноидной шизофренией и у пациентов с шизотипическим расстройством высокие показатели выполнения теста ТМТ перекликались с данными патопсихологических методик в оценке темпа психической деятельности, произвольного внимания и зрительно-моторной координации. Однако при этом у пациентов с параноидной шизофренией на фоне высокого темпа деятельности наблюдались нарушения мышления, а у пациентов с шизотипическим расстройством такой связи не было выявлено. В контрольной группе параметр «переключаемость внимания» был положительно взаимосвязан с параметрами внимания (скорость включения, работоспособность) и стандартностью мышления (пиктограммы), то есть высокая переключаемость внимания была связана с высоким темпом работоспособности, а также с предпочтительным выбором стандартных подходов в решении задач. Иначе говоря, выполнение части Б методики ТМТ связано с общим уровнем психической активности и избирательностью познавательных процессов, что в целом может отражать уровень управляющих (регуляторных) функций.

Таким образом, во всех трех группах были выявлены умеренные взаимосвязи между методикой «ТМТ» и отечественными методиками «Таблицы Шульте» и «Таблицы Шульте-Горбова». Это свидетельствует о том, что методики с одинаковой степенью чувствительности измеряют не только скорость психических процессов, но и активность, и переключаемость произвольного внимания, и в практической психодиагностической деятельности можно использовать любую из данных методик, удобную для экспериментатора или испытуемого.

Особое значение в исследовании когнитивного дефицита отводится тесту «Беглость речевых ответов» [Г.Р. Саркисян,

И.Я. Гурович, Р.С. Киф, 2010; М.В. Алфимова, 2010; Г.Е. Рупчев, Н.Д. Семенова, 2015]. Данная методика, по мнению некоторых авторов, считается чувствительной к когнитивным нарушениям: вербальная беглость, отражающая особенности семантической памяти, наиболее снижена при когнитивных нарушениях у пациентов с шизофренией [J.D. Henry, J.R. Crawford, 2005].

Результаты сопоставления данного теста и отечественных патопсихологических методик у пациентов и контрольной группы представлены в табл. 3-4.

Таблица 3. Корреляционные связи между параметром «семантическая память» (Беглость речевых ответов, сумма категорий) и другими когнитивными показателями

	Пациенты F 20 (n=76)	Пациенты F 21 (n=52)	Контрольная группа (n=88)
Внимание			
Таблицы Шульте (таблица 1, сек)	-0,3#	-0,4##	
Таблицы Шульте (таблицы 2,3, сек)	-0,4##	-0,3 ##	-0,5##
Таблицы Шульте (таблица 4, сек)		-0,4##	-0,6###
Таблицы Шульте-Горбова (таблица 2, сек)			-0,4#
Таблицы Шульте-Горбова (таблица 3, сек)	-0,3##	-0,3*#	
Память			
Повторение цифр (в прямом порядке)			0,5##
Повторение цифр (в обратном порядке)			0,5##
Повторение цифр (шкальная оценка)			0,6###
10 слов (первое воспроизведение)	0,3*##		
10 слов (отсроченное воспроизведение)	0,4###		0,5#
Пиктограммы (отсроченное воспроизведение)	0,5###	0,3*#	0,5#

10 слов (третье воспроизведение)	0,4*###	0,4*##	
10 слов (пятое воспроизведение)	0,4##		0,4#
Мышление			
Сходства (шкальная оценка)	0,4#		0,6###
Зрительно-моторная координация			
Шифровка (количество правильных символов)	0,3##	0,4##	

Примечание: * – использован коэффициент корреляции r-Спирмена, в иных случаях - r-Пирсона
#- Значимость (p) ≤0,05
- Значимость (p) ≤0,01
- Значимость (p) ≤0,001

Из таблицы 3 видно, что во всех группах испытуемых понятийное мышление и семантическая память, на изучение которых направлена методика «Беглость речевых ответов», были положительно взаимосвязаны с высокими показателями мнестической деятельности (объем кратковременной памяти, динамика запоминания, опосредованная память, долговременная память), высоким уровнем абстрактно-логического мышления (Сходства) и зрительно-моторной координации (Шифровка); отрицательно – соскоростными параметрами внимания(темп работоспособности, переключаемость).

Таким образом, понятийное мышление и семантическая память (семантическая беглость), выявляемые с помощью методики «Беглость речевых ответов», коррелируют с высокими показателями аттентивной, мнестической деятельности и уровнем абстрактно-логического мышления.

Таблица 4. Корреляционные связи между параметром «фонетическая память» (Беглость речевых ответов, сумма букв) и другими когнитивными показателями

	Пациенты F 20 (n=76)	Контрольная группа (n=88)
Внимание		
Таблицы Шульте (таблица 1,2,3,4,5, сек)	-0,3#	
Таблицы Шульте-Горбова (таблица 3, сек)	-0,4##	
Память		

Повторение цифр (в прямом порядке)	0,3*#	0,5#
Повторение цифр (в обратном порядке)		0,4#
Повторение цифр (шкальная оценка)		0,5#
10 слов (воспроизведение №1, 3,4)	0,3*#	
10 слов (отсроченное воспроизведение)		0,5#
Зрительно-моторная координация		
Кубики (шкальная оценка)	0,4###	0,4#
Шифровка (кол-во правильных символов)	0,4##	
Мышление		
Пиктограммы (образы, выбранные формально)	-0,4#	
Пиктограммы (индивидуально-значимые образы)	-0,4*#	
Пиктограммы (употребление буквенных обозначений)	-0,4*#	

Примечание: * – использован коэффициент корреляции r-Спирмена, в иных случаях - r-Пирсона
#- Значимость (p) ≤0,05
- Значимость (p) ≤0,01
- Значимость (p) ≤0,001

Из таблицы 4 видно, что в группе пациентов с параноидной шизофренией, фонетическая память (Беглость речевых ответов, сумма слов, названных на заданные буквы) положительно взаимосвязаны с параметрами мнестическойдеятельности (объем кратковременной памяти, динамика запоминания), с высоким уровнем конструктивных способностей (Кубики) и зрительно-моторной координации (Шифровка); отрицательно – с параметрами внимания (высокий темп, переключаемость), с параметрами мышления –низкой индивидуальностью мышления, формальностью и меньшим нарушением инструкции(пиктограммы).

В группе пациентов с шизотипическим расстройством не было обнаружено взаимосвязей. В контрольной группе фонетическая память была положительно взаимосвязана с параметрами мнестической деятельности (оперативная память, объем памяти, динамика запоминания) и высокими конструктивными способностями (Кубики).

В целом, понятийное мышление (вербальное, абстрактное мышление) и фонетическая память у всех обследованных пациентов была взаимосвязана с высокими показателями мнестической деятельности (опосредованная память, динамика запоми-

нания), высокими зрительно-пространственными и конструктивными способностями.

Таким образом, исследование позволило установить, что показатели выполнения методики «Беглость речевых ответов» дают скорее обобщенную, интегративную характеристику состояния когнитивных процессов пациента, отражающую в целом продуктивность его познавательной деятельности.

Для определения диагностической ценности зарубежных и отечественных методик,направленных на изучение когнитивных нарушений у больных шизофренией, проводилась процедура факторного анализа, исходными признаками для которого послужили результаты выполнения всех вышеуказанных когнитивных тестов.

Показатели теста ТМТ вошли сразу в два фактора. Впервый фактор– «произвольное (активное) внимание» наряду с ТМТ вошли скоростные показатели выполнения методик: Корректурная проба, Таблицы Шульте, Шульте–Горбова, Шифровка, и количественные: Исключение предметов, Корректурная проба (количество ошибок). Фактор, на наш взгляд, отражает состояние дезорганизации психической деятельности. Другой фактор – «темп и регуляция деятельности(когнитивный контроль)». В него вошли показатели выполнения методик: ТМТ, Фигура Рея и Беглость речевых ответов, отражающие динамические (скоростные) характеристики запоминания и воспроизведения абстрактных символов (цифровые, образные символы) и вербальных. Таким образом, еще раз подтвердилось, что результаты выполнения ТМТ у пациентов с расстройствами шизофренического спектра связаны с особенностями зрительно-моторной координации, общим уровнем психической активности и умственной продуктивности.

В 4-ый фактор вошли все показатели, связанные с памятью. Данный фактор объединил патопсихологические методики: Пиктограммы, 10 слов и психометрические зарубежные методики: Беглость речевых ответов, Фигура Рея. Фактор, на наш взгляд, отражает не только низкие показатели мнестических процессов, но и низкие темп и продуктивность психической деятельности.

Показатели выполнения методики "Беглость речевых ответов" вошли также 3-й фактор наряду с методиками: Прогрессивные матрицы Равена, Пиктограммы. Фактор включает в себя показатели оперативной, опосредованной и семантической памяти, а также интеллектуальные способности (установление аналогий, абстрагирование, перегруппировка, общий уровень логичности мышления). Данный фактор объединил, на наш взгляд, показатели, обусловливающие сохранный интеллект и память.

Таким образом, с одной стороны, мы проследили, что семантическая память у пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством ниже, чем у контрольной группы, что подтверждает данные, полученные авторами методики и др. исследователями [Г.Р. Саркисян, И.Я. Гурович, Р.С.Киф, 2010; J.D. Henry, J.R. Crawford, 2005]. С другой стороны, семантическая память оказалась взаимосвязана с многими другими параметрами познавательной деятельности, что может свидетельствовать об отсутствии специфичности данного параметра. С третьей стороны, в группе пациентов с параноидной шизофренией семантическая память и вербальная беглость объединены с показателями разных видов памяти, а в группе пациентов с шизотипическим расстройством - с показателями мышления и невербального интеллекта. Следовательно, можно сделать вывод, что «семантическая память» – не специфичное, уникальное понятие, а многогранный кластер, который включает в себя работу многих познавательных процессов (внимание, память, зрительно-моторная координация). Вероятно, западные специалисты используют данный тест для определения в целом интегративной оценки состояния управляющих (регуляторных) функций. Исследование когнитивных нарушений при помощи данного теста и выделение кластера с «ведущим нарушением исполнительских функций» или «ведущим нарушением структуры семантической сети» обозначено, например, в исследованиях К.А. Дроздовой, Г.Е. Рупчева и Н.Д. Семеновой (2015). В нашем исследовании результаты этой методики не выявили какой-либо специфической особенности в когнитивных нарушениях, характерной для пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Мы считаем, что для успешного выполнения данного

теста необходима общая сохранность и продуктивность умственной (познавательной) деятельности.

Выводы. 1. Сопоставимыми по своей диагностической направленности методиками в патопсихологическом исследовании пациентов шизофренического спектра являются таблицы Шульте и методика ТМТ. 2.Психометрический тест«Беглость речевых ответов» при исследовании пациентов с расстройствами шизофренического спектра оказался мало чувствительным к выявлению специфических нарушений когнитивных функций, он отражает скорее интегральный показатель общей продуктивности психической деятельности.

Заключение. Подводя итог, можно отметить, что современные зарубежные психометрические тесты (ТМТ, Тест Беглости речевых ответов) позволяют получить достаточно быстро общую количественную интегральную оценку сохранности и продуктивности умственной (познавательной) деятельности, вместе с тем они имеют недостаточную диагностическую чувствительность к выявлению специфических когнитивных нарушений, характерных для больных с расстройствами шизофренического спектра. Отечественные методики дают больше информации о структуре нарушенных когнитивных функций.

Однако реалии практической деятельности приводят медицинских психологов к необходимости фиксации количественной (а не только качественной) оценки когнитивного дефицита у пациентов, в частности при подготовке заключений ЭПИ для медико-социальной экспертизы. При этом синдромальное описание нарушений, выявление структуры изучаемого явления (в частности, когнитивного дефицита) не утрачивает для них своего значения. В связи с этим, осмысление зарубежного опыта и интегрирование его в отечественную школу патопсихологии позволит обогатить науку, в частности, в изучении столь сложной психической патологии, как шизофрения.

Литература

1. Алексеев, А. А. Понятие об исполнительных функциях в психологических исследованиях: перспективы и противоречия [Электронный ресурс] / А. А. Алексеев, Г. Е. Рупчев // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2010. – № 4 (12). – Режим доступа: http://psystudy.ru/0421000116/0036.

2. Алфимова, М. В. Семантическая вербальная беглость: нормативные данные и особенности выполнения задания больными шизофренией / М. В. Алфимова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – № 3. – Т. 20. – С. 20-24.
3. Ахутина, Т. В. Клинико-психологическая диагностика и реабилитация пациентов с нарушениями регуляторных функций при повреждениях головного мозга. Клинические рекомендации// Н.А. Варако, В.Н. Григорьева, Ю.П. Зинченко, Ю.В. Микадзе, А.А Скворцов, Е.В. Фуфаева М.: Новый цвет, 2015. – 37 с.
4. Бизюк, А. П. Компендиум методов нейропсихологического исследования: методическое пособие / А. П. Бизюк. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с.
5. Дорохов, В. Б. Психомоторный тест для исследования зрительно-моторной координации при выполнении монотонной деятельности по прослеживанию цели / В. Б. Дорохов, Г. Г. Арсеньев, Д. В. Захарченко, Т. П. Лаврова, О. Н. Ткаченко, В. В. Дементиенко// Журнал высшей нервной деятельности. – 2011. – № 4. – Т. 61. – С. 1-9.
6. Дроздова, К. А. Нарушение вербальной беглости у больных шизофренией / К. А. Дроздова, Г. Е. Рупчев, Н. Д. Семенова // Социальная и клиническая психиатрия. – 2015. – Т. 25. – № 4. – С. 9-19.
7. Зейгарник, Б. Ф. Патопсихология: основы клинической диагностики и практики: учебное пособие / Б. Ф. Зейгарник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Изд-во Московского университета, 1986. – 287 с.
8. Зотов, М. В. Механизмы регуляции когнитивной деятельности при воздействии стрессогенных факторов (в норме и патологии): автореф. дис. ... д-ра псих.наук: 19.00.04 / Зотов, Михаил Владимирович. – СПб., 2011. – 52 с.
9. Мосолов, С. Н. Шкалы психометрической оценки шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств / С. Н. Мосолов. – М.: Новый цвет, 2001. – 237 с.
10. Саркисян, Г. Р. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) / Г. Р. Саркисян, И. Я. Гурович, Р. С. Киф // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 10. – № 3. – С. 13-19.
11. Dickinson, D. Overlooking the obvious: a meta analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia / D. Dickinson, M. E. Ramsey, J. M. Gold // Arch. gen. psychiatry. – 2007. – Vol. 64. – P. 532-542.
12. Griego, J. A. Word and letter string processing networks in schizophrenia: evidence for anomalies and compensation / J. A. Griego, C. R. Cor-

tes, S. Nune, J. E. Fisher, M. A. Tagamets // Brain Lang. – 2008. – Vol. 107(2). – P. 158-166.
13. Heaton, R. K. Wisconsin card sorting test manual: revised and expanded / R. K. Heaton, G. J. Chelune, J. L. Talley, G. G. Kay, G. Curtiss. – PAR. Inc., 1993. – 230 p.
14. Henry, J. D. A meta-analytic review of verbal fluency deficits in schizophrenia relative to other neurocognitive deficits / J. D. Henry, J. R. Crawford // Cog. Neuropsychiatry. – 2005. – № 10. – P. 1-33.
15. Jakob, H. Prenatal developmental disturbances in the limbic allocortex in schizophrenics / H. Jakob, H. Beckmann // J. Neur. Transm. – 1986. – Vol. 65. – P. 303-326.
16. Lezak, M. D. Neuropsychological assessment / M. D. Lezak, D. B. Howieson, D. W. Loring, H. J. Hannay, J. S. Fischer. – NY.: Oxford University Press, 2004. – 1016 p.
17. Lezak, M. D. Neuropsychological assessment / M. D. Lezak, D. B. Howieson, D. W. Loring, H. J. Hannay, J. S. Fischer. – NY.: Oxford University Press, 2004. – 1016 p.
18. Reitan, R. M. The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and Clinical Interpretation / R. M. Reitan, D. Wolfson. – 2nd ed. – South Tucson: Neuropsychology Press, 1993.
19. Smith, A. Symbol Digit Modalities Test (SDMT). Manual (revised) / A. Smith. – LA: Western Ps. Ser., 1982.
20. Strauss, E. A compendium of neuropsychological tests: administration. Norms, and commentary / E. Strauss, E. M. S. Sherman, O. Spreen. – 3 ed. Oxford University Press, 2006. – 1216 p.
21. Wechsler, D. The measurement of adult intelligence / D. Wechlser. – 3 ed. – Baltimore, MD: Williams&Wilkins, 1944.

Медведева Т.И., Воронцова О.Ю.,
Казьмина О.Ю., Зинченко О.О.

ИМПЛИЦИТНЫЕ АССОЦИАЦИИ СО «СМЕРТЬЮ» И СУИЦИДАЛЬНЫЙ РИСК

Введение. Сусанна Яковлевна Рубинштейн, 105-летний юбилей который мы сегодня отмечаем, разрабатывала новые методы в патопсихологии. Ее стремление к четко и точно поставленному экспериментальному патопсихологическому анализу когнитивных нарушений больных и поныне вызывает восхищение. С тех пор появилось множество методических арсеналов патопсихологии, которые расширяют возможности патопсихологического исследования. Наше исследование построено на использовании возможностей, предоставляемых компьютерной диагностикой,

которые, не заменяя качественного анализа, позволяют значительно точнее оценить и объективировать некоторые особенности картины мира психических больных, их личностные особенности, социальную направленность.

Использование компьютерных технологий не только облегчает проведение исследований, ускоряя и упрощая обработку данных, но предоставляет новые возможности в случаях, когда принципиально важно иметь возможность оценить скорости реакции испытуемых, измеряемые часто в миллисекундах. Так компьютерные технологии оказались незаменимы при оценке «прайминг эффектов» в различных патопсихологических тестах. «Прайминг» – явление, которое представляет собой изменение скорости или точности решения задачи (перцептивной, мыслительной или мнемической), наблюдаемое после предъявления в ходе решения задачи информации, которая не соотносится прямо с декларируемой целью и требованиями задачи. Прайминг, вне зависимости от намерений человека, может повлиять на решение задачи как положительно, так и отрицательно. Методики прайминга позволяют оценить имплицитные отношения - скрытые когнитивные конструкты положительного или отрицательного отношения к различным явлениям, социальным группам, убеждениям, к себе, своему телесному облику.

На сегодняшний момент одной из актуальных проблем медицинской психологии является проблема изучения суицидального поведения пациентов, страдающих эндогенными психическими заболеваниями. Важность этой проблемы для эндогенных психических больных обусловлена высоким уровнем самоубийств в этой группе. По мнению ряда исследователей до 90% жертв суицида составляют люди с психическими заболеваниями, из них наиболее часто с аффективными расстройствами (до 60%) [1].

Оценка риска самоубийства вызывает трудности в клинике, люди, которые собираются совершить суицид, не всегда могут или хотят говорить об этом, а в психодиагностической практике существует дефицит методов, защищенных от влияния преднамеренных и непроизвольных искажений со стороны испытуемого. Имплицитные установки, скрытые ассоциативные связи, неявные предпочтения, в том числе эмоциональные оказывают

влияние на принятие решений, в том числе на аутоагрессивное поведение и суицидальный риск. Такие имплицитные предпочтения оцениваются с помощью проективных методов (тест Роршаха, тест руки, тест Розенцвейга), методов психолингвистики (семантический дифференциал), оценки прайминг эффекта (priming).

Для оценки «прайминга» широко используется Тест Имплицитных Предпочтений IAT- (Implicit Associations Test) [2], который позволяет оценить силу ассоциативной связи между заданными объектами и атрибутами. Тест состоит в вычислении разницы между скоростью сортировки стимулов (слов или образов, относящихся к категориям объектов и атрибутов) по группам, которые задаются с помощью разных сочетаний категорий объектов с категориями атрибутов. Сочетания категорий и атрибутов для испытуемого могут быть ассоциативно более или менее связаны между собой. Разность латентных периодов реакций при классификации при релевантном и иррелевантном сочетаниях категорий объектов и атрибутов называется IAT-эффектом и указывает на направление и силу ассоциативной связи между объектом и атрибутом. Высокая защищенность от намеренной и непреднамеренной фальсификации позволяет применять IAT в таких сферах, как склонность к насилию, педофилия, гомосексуализм, суицидальный риск, аддиктивное поведение.

Модификация теста для оценки риска суицида была предложены в работе M.K.Nock с соавторами [3], и переведена нами на русский язык. Модификация теста позволяет измерить имплицитные ассоциации, которые люди имеют относительно суицида и смерти. Для оценки склонности к суициду в качестве объектов используются категории «Жизнь» и «Смерть» в сочетании с категориями атрибутов «Я» и «не Я». В данной модификации IAT-эффект - разность латентных периодов реакций при релевантной (в нашем случае «Я» и «Жизнь») и нерелевантной («Я» и «Смерть») задачах - указывает на направление и силу ассоциативной связи между собой и «смертью/суицидом».

Как показано в работе О.Ю.Казьминой с соавторами [4] с помощью метода семантического дифференциала и проективных рисунков, у большинства здоровых людей без склонности к

суициду понятие «смерти», как самостоятельное понятие, недостаточно проработано, они стараются «обезличить» смерть, как бы отдалить ее от себя. В этой же работе показано, что понятие смерти у больных с суицидальным риском оказывается вписанным в «общую концепцию», в их представления о мире. Понятие «смерти» представлено в рассказах этой группы, прежде всего, как освобождение от страданий. В семантическом поле понятие «смерть» приближено к понятиям «красота», «справедливость» и «польза», что может объяснять наличие сильной ассоциативной связи между собой и «смертью/суицидом».

В формировании ассоциативных связей между понятиями важную роль играет эмоциональный опыт. Суждения о смерти/суициде формируются как на основе рациональных рассуждений, как и в значительной степени зависят от прошлого эмоционального опыта. Нарушения в механизме эмоционального научения могут приводить к эмоциональной нагрузке понятий и явлений, существенно отличающейся от общепринятых.

Оценка способности к эмоциональному научению в нашем исследовании основывалась на анализе механизма принятия решений, изложенного в гипотезе соматических маркеров А. Дамасио [5; 6], в которой описан нейрокогнитивный механизм, с помощью которого эмоциональные процессы могут направлять поведение и влиять на принятие решений. Эта способность, которая субъективно оценивается как «интуиция», позволяет интегрировать эмоциональные последствия предыдущих взаимодействий с объектами в мире, и прогнозировать вероятный результат возможного действия. Дамасио описывает структуры мозга и операции, необходимые для нормального принятия решений. При сбое в работе этих структур и отсутствии эмоциональных сигналов человек полагается на рациональный анализ многочисленных и часто конфликтных факторов, что замедляет обдумывание и часто приводит к неадекватным выборам. Для оценки роли эмоций в принятии решений в современных исследованиях широко используется Игровая задача Iowa gambling task (IGT) разработанная A.Bechara [7]. По мнению исследователей, задача настолько сложна для аналитического (сознательного) решения, что участники должны полагаться только на систему, основанную на эмоциональном научении (соматические маркеры) при

принятии решения. Задача позволяет измерить дефицит эмоционального научения и выявляет психическую функцию (основанное на эмоциях научение), которую другие тесты на исполнительные функции выявить не могут. Выполнение этой задачи нарушено у больных шизофренией [8], аддикциями, девиантным поведением, обсессивно-компульсивными расстройствами. Также с помощью этой методики было показано, что процесс принятия основанных на эмоциях решений нарушен у людей, совершивших суицидальные попытки [9; 10; 11; 12]. В метаанализе исследований нейропсихологических маркеров склонности к суицидальному риску [13] у больных с аффективными расстройствами, в котором проанализированы результаты 25 исследований, показано, что из батареи нейропсихологических тестов различия выявлены для Игровой задачи (IGT), выполнение которой было значимо хуже для группы с суицидальными попытками, и отличалось от других больных и от группы нормы.

Целью исследования было изучение имплицитных предпочтений, связанных со смертью (категории «Я»+ «Смерть»), у больных депрессией с суицидальным риском.

Материал и методы. В исследование было включено 28 пациентов ФГБНУ НЦПЗ (женщины, средний возраст 36,3±13,1 лет) с депрессивными состояниями легкой и умеренной степени тяжести, отвечающими критериям рубрик F31.3, F33.0 и F33.1 по МКБ-10. Из них 15 человек имели в анамнезе либо попытку суицида, либо явно заявляли о наличии суицидальных идей (подгруппа больных с суицидальным риском), 13 человек - не имели в анамнезе суицидальных попыток и идей (подгруппа больных без суицидального риска). Контрольную группу составили 38 здоровых женщин (средний возраст 33,1±10,9 лет). Группы статистически не различались по демографическим показателям. Всего в исследовании приняли участие 66 человек.

Все испытуемые выполнили *Тест имплицитных ассоциаций (IAT)*. В тесте испытуемому предлагалось как можно быстрее сортировать слова, которые появлялись в центре экрана компьютера. Сортировать слова нужно было по двум группам, названия групп были обозначены в верхней части экрана, в правом и левом углах. Для отнесения слова к правой группе

было необходимо нажать на клавиатуре клавишу правой рукой (клавиша «i»), для отнесения слова к левой группе было необходимо нажать на клавиатуре клавишу левой рукой (клавиша «e»). В модифицированной версии IAT испытуемые сортировали стимульные слова, представляющие объекты из категорий «Смерть» (*смерть, мертвый, умирающий, безжизненный, самоубийство, могила*) и «Жизнь» *(жизнь, живой, выжить, процветать, дыхание, рождение*), и атрибуты, связанные с самим испытуемым – категории «Я» (*я, мое, по-моему, мне, меня*) и «Не Я» (*они, им, другие, другим, чужие*). Классический вариант теста состоит из семи серий, в нашем исследований при предъявлении испытуемому серии 3 и 4 шли без перерыва и были объединены в одну, однако при подсчете они учитывались как две серии, аналогично были объединены серии 6 и 7. Таким образом, процедура состояла из пяти серий:

1. Тренировочная серия, сортируются объекты по группам «Смерть» и «Жизнь».
2. Тренировочная серия, сортируются атрибуты по группам «Я» и «Не Я».
3. Сортируются одновременно и объекты, и атрибуты. В левую группу должны попасть объекты, относящиеся к категории «Смерть» и атрибуты, относящиеся к «Я», в правую группу должны попасть соответственно слова из категорий «Жизнь» и «Не Я».
4. Сортируются объекты по группам «Жизнь» и «Смерть» (в отличие от первой серии группы переставлены местами).
5. Сортируются одновременно и объекты, и атрибуты В левую группу должны попасть объекты, относящиеся к категории «Жизнь» и атрибуты, относящиеся к «Я», в правую группу должны попасть соответственно слова из категорий «Смерть» и «Не Я».

Все исследование занимает 10-15 минут, время ответов на все ходы записывается и анализируется с помощью стандартной процедуры, описанной в работе A.G.Greenwald [14]. Для каждого испытуемого вычислялся *IAT-эффект* (в работе A.G.Greenwald он называется *D*score). Положительные значения *IAT-эффекта* отражают более сильную ассоциативную связь себя самого со смертью (связь между понятиями «Смерть» и

«Я»), что означает, что испытуемый давал более быстрые ответы и делал меньше ошибок при сортировке в серии, где были объединены в одну группу «Я» и «Смерть» по сравнению с серией, где были объединены «Я» и «Жизнь». Отрицательные значения *IAT-эффекта* показывают более сильную ассоциацию себя с жизнью.

Группа больных ответила на вопросы Симптоматического опросника SCL-90-R (Simptom Check List-90-Revised). SCL-90R - клиническая тестовая и скрининговая методика, предназначенная для оценки паттернов психологических признаков у психиатрических пациентов и здоровых лиц. SCL-90-R включает в себя 90 утверждений, сгруппированных в ряд шкал: соматизация, обсессивно-компульсивные расстройства, интерперсональная чувствительность, депрессия, тревожность, враждебность, навязчивые страхи (фобии), параноидность (параноя́льность), психотизм, общий индекс тяжести, индекс тяжести наличного дистресса, число утвердительных ответов (число беспокоящих симптомов).

Все испытуемые выполнили *Игровую задачу* (IGT- Iowa Gambling Task*))* [6; 7]. В компьютерной методике участнику предлагается на экране 4 колоды карт, нужно последовательно делать выбор из любой колоды. В двух колодах карточки высокого риска – они дают высокие выплаты (100), но и редкие разорительные штрафы (1250) и поэтому долговременный проигрыш, две другие колоды дают небольшие выплаты (50) и небольшие штрафы, но в целом долговременный выигрыш. При анализе результатов Игровой задачи оценивалось общее «*превышение «хороших» выборов над «плохими*», «*общий счет*» в задаче, «*минимальный счет*». Кроме того использовалась модель «ожидание-результат» Expectancy-valence (EV) [Busemeyer, Stout, 2002], в которой вводятся параметры для вероятностного моделирования принятия решений: «внимание к выигрышу-проигрышу», «научение-забывание», «импульсивность-детерминированность». Вычисляется вероятность каждого следующего хода на основе введенных параметров с учетом коэффициента импульсивности, который определяется по результатам всех испытаний и не меняется со временем. При помощи функции fmincon из системы Matlab 7 находятся значения пара-

метров, максимизирующих функцию правдоподобия, вычисляемую по результатам всех ходов в отдельном испытании. В данном исследовании использовался параметр «*внимание к выигрышу-проигрышу*».

Статистический анализ данных осуществлялся с помощью пакета программ SPSS. Для сравнения результатов выполнения группами больных депрессией и здоровых испытуемых использовался метод ANOVA, также использовались методы корреляционного анализа.

Результаты. В результате выполнения *Теста имплицитных ассоциаций (IAT)* значения *IAT-эффекта* для контрольной группы и подгрупп без суицидального риска и с суицидальным риском приведены в таблице (таб.1). Статистически значимые отличия выявлены между контрольной группой и подгруппой больных с суицидальным риском ($p<0,05$). Сдвиг IAT-эффекта в сторону положительных значений отражает более сильную ассоциативную связь себя самого со смертью (связь между понятиями «Смерть» и «Я»), что означает, что испытуемый давал более быстрые ответы и делал меньше ошибок при сортировке в серии, где были объединены в одну группу «Я» и «Смерть» по сравнению с серией, где были объединены «Я» и «Жизнь». Отрицательные значения IAT-эффекта показывают более сильную ассоциацию себя с жизнью («Я + Жизнь»).

Таблица 1. Результаты выполнения Теста имплицитных ассоциаций (IAT), опросника SCL-90-R и Игровой задачи (IGT) подгруппами больных с суицидальным риском и без суицидального риска и контрольной группой

Параметры	Подгруппа больных с суицидальным риском	Подгруппа больных без суицидального риска	Контрольная группа
Тест имплицитных ассоциаций (IAT)			
IAT_Эффект	**-0,14**±0,41^{*a}	**-0,40**±0,34^{*b}	**-0,33**±0,32^{*b}
(SCL-90-R)			
Навязчивости	**1,90**±0,66^{*a}	**1,50**±0,67^{*b}	-
Депрессия	**2,36**±0,59^{*a}	**1,74**±0,64^{*b}	-
Паранойяльность	**0,96**±0,73^{*a}	**0,57**±0,54^{*b}	-
Психотизм	**1,09**±0,49^{*a}	**0,72**±0,53^{*b}	-
Общий индекс тяжести	**1,50**±0,49^{*a}	**1,21**±0,46^{*b}	-

Индекс тяжести наличного дисстресса	**2,27**±0,40^{*a}	**2,06**±0,49^{*b}	
Число беспокоящих симптомов	**58,41**±12,33^{*a}	**51,64**±14,07^{*b}	-
Игровая задача (IGT)			
Общий счет	**1689,19**±718,35^{*a}	**2150,89**±592,17^{*b}	**1983,19**±883,54^{*b}
Минимум счета	**921,62**±441,83^{*a}	**1215,1**8±469,16^{*b}	**1056,25**±545,99^{ab}
Преобладание «хороших» выборов над «плохими»	**5,08**±19,88$^{\sim a}$	**14,00**±16,18$^{\sim b}$	**11,40**±28,33 ^{ab}
Внимание к проигрышу (модельный параметр)	**0,47**±0,38^{*a}	**0,69**±0,35^{*b}	0,50±0,34^{*a}

Примечания. Уровень статистической значимости различий: ~ $p < 0.1$; * $p < 0.05$; ** $p < 0.005$. Каждый буквенный индекс обозначает подгруппы, между которыми не выявлено различий в значениях параметра на уровне 0,05.

Показатели по шкалам *SCL-90-R* были значимо выше у подгруппы с суицидальным риском по сравнению с подгруппой больных без суицидального риска (по шкалам «*Депрессия*», «*Навязчивости*», «*Психотизм*», и интегральным показателям: «*Общий индекс тяже*сти», «*Индекс тяжести наличного дистресса»*, «*Число беспокоящих симптомов*») (таб.1).

В группе больных корреляционный анализ показал значимые связи между выраженностью сдвига IAT эффекта в сторону ассоциации «Я + смерть» с «*Индексом тяжести наличного дистресса*» в SCL-90R (,543* p=0,013). Чем выше были показатели «*Индекса тяжести наличного дистресса*», тем больше было значение сдвига IAT эффекта в сторону ассоциации «Я + смерть». Аналогичная связь выявлена для «*Общего индекса тяжести*».

При выполнении *Игровой задачи (IGT)* больные с суицидальным риском имели более низкий «*Общий счет*», пониженные значения «*Минимального счета*», показали более низкие результаты интегральном параметре «*Преобладание «хороших» выборов над «плохими*». Также в подгруппе больных депрессией с суицидальным риском был снижен параметр «*Внимание к проигрышу*» (таб.1).

Обсуждение. В результате выполнения Теста имплицитных ассоциаций (IAT) *IAT-эффект* для подгруппы больных с суици-

дальным риском, подгруппы больных без суицидального риска и контрольной группы составил: -0,14, -0,40 и -0,33 соответственно (табл.1). При этом выявлены статистически значимые различия между подгруппой больных с суицидальным риском и подгруппой без суицидального риска. Также подгруппа суицидальным риском отличается и от контрольной группы. Не выявлено статистически значимых различий между подгруппой без суицидального риска и контрольной группой. Таким образом показан сдвиг *IAT-эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть» для подгруппы с суицидальным риском. Среднее значение *IAT-эффекта* у подгруппы с суицидальным риском оказался около 0 (-0,14), так как половина испытуемых из этой подгруппы продемонстрировала положительные значения *IAT-эффекта*.

Корреляционная связь между выраженностью сдвига *IAT эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть» с «*Общим индексом тяжести*», «*Индексом тяжести наличного дистресса*» в SCL, показала, что увеличение тяжести симптоматики ведет к усилению ассоциативной связи себя со смертью - «Я + Смерть».

Принятие решений на основе эмоционального опыта было нарушено у подгруппы с суицидальным риском, и отличалось как от контрольной группы, так и от подгруппы без суицидального риска (параметр «*Общий счет*» в Игровой задаче IGT). В то же время выполнение подгруппой без суицидального риска статистически не отличалась от контрольной группы. По сравнению с подгруппой больных без суицидального риска больные с суицидальным риском чаще игнорировали отрицательные последствия своего выбора, что проявилось в значимом снижении модельного параметра «*Внимание к проигрышу*». Данный результат соответствует другим исследованиям [13; 15], и позволяет сделать вывод о специфичности измеряемого дефицита в принятии решений на основе эмоционального опыта (эмоционального научения) именно для риска суицидального поведения, а не для самого по себе психического расстройства.

Выделенные нарушения, и особенности в механизмах принятия решений больными эндогенными психическими заболеваниями с суицидальным риском позволяют выделить эмоциональное научение в качестве мишени для психокоррекционной работы с выделенной когортой больных.

При выполнении Теста имплицитных ассоциаций (IAT) у части испытуемых значения *IAT эффекта* были в районе 0, что не позволяет однозначно определить направление сдвига *IAT эффекта*. Для более наглядного анализа результатов эти результаты были отнесены в «промежуточную группу IAT эффекта». На рисунке (рис.1) представлены результаты групп испытуемых с учетом выраженности сдвига *IAT эффекта* (выявлены статистически значимые различия между группами (Хи-квадрат Пирсона, уровень значимости различий $p<0,05$).

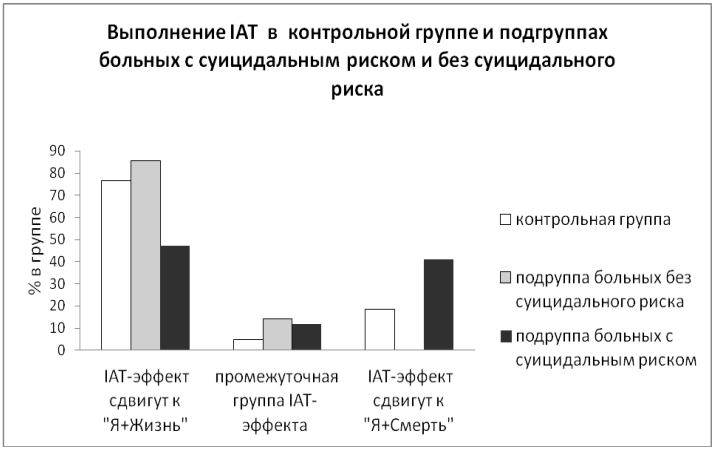

Рис. 1. Выполнение Теста имплицитных ассоциаций (IAT) контрольной группой и подгруппами больных с суицидальным риском и без суицидального риска.

Столбики на диаграмме показывают, сколько процентов испытуемых из каждой группы (контрольной, с суицидальным риском, без суицидального риска) продемонстрировали сдвиг *IAT эффекта* в сторону «Я + Жизнь», сколько в процентном выражении показали промежуточный результат, сколько сдвиг *IAT эффе*кта в сторону «Я + Смерть».

Как видно из рисунка (рис. 1) в подгруппе с суицидальным риском примерно половина больных (47%) не демонстрировали сдвига *IAT эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть», это может объясняться тем, что потенциальный риск суицида определялся на основе предыдущих попыток суицида и на основе наличия суицидальных идей. Суицидальные идеи не обязательно приводят к суициду. Кроме того, даже наличие суицидных

попыток само по себе не говорит об истинном желании покончить со собой и может быть демонстративным манипулятивным актом. Но даже при таких допущениях вся подгруппа больных с суицидальным риском показала сдвиг *IAT эффек*та в сторону ассоциации «Я + Смерть» по сравнению с контрольной группой и подгруппой больных без суицидального риска. В последующих исследованиях для оценки риска суицида очень важно иметь возможность проследить дальнейшую судьбу испытуемых. Для подтверждения и уточнения полученных в исследовании результатов необходим катамнестический анализ выделенной когорты больных.

В контрольной группе и подгруппе больных без суицидального риска показатель *IAT эффекта* был значимо сдвинут в сторону ««Я + Жизнь» (рис.1), что соответствует данным, полученным в других исследованиях [3]. Одним из дальнейших направлений исследования может быть изучение личностных характеристик здоровых испытуемых, у которых наблюдается сдвиг *IAT эффекта* в сторону ассоциации «Я + Смерть» (таких в нашем исследовании оказалось 18%), возможно у части этих испытуемых бывают суицидальные идеи, о которых они не говорят, и которые не оказалось возможным выявить в ходе нашего исследования.

Выводы. Показан сдвиг IAT эффекта в сторону ассоциации «Я + Смерть» для подгруппы суицидального риска. Сдвиг IAT эффекта в сторону ассоциации «Я + Смерть» связан с ростом выраженности тяжести наличного дистресса у больных депрессией. У больных с суицидальным риском снижена способность к эмоциональному научение, принятию решений на основе прошлого опыта, выявлена склонность к игнорированию отрицательных последствий своего выбора.

Тест имплицитных ассоциаций в данной модификации может использоваться как один из методов оценки суицидального риска у больных депрессией. Выделенные нарушения и особенности в механизмах принятия решений больными с суицидальным риском позволяют выделить эмоциональное научение в качестве мишени для психокоррекционной работы с выделенной когортой больных.

Литература

1. Казьмина О.Ю., Медведева Т.И., Щелокова О.А., Каледа В.Г. Депрессии юношеского и молодого возраста: предикторы прогноза суицидального риска. Психиатрия 2014; 4(64): 11-20.
2. Greenwald A.G., McGhee D.E., Schwartz J.L. Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. J Pers Soc Psychol 1998; 74(6): 1464-80.
3. Nock M.K., Park J.M., Finn C.T., Deliberto T.L., Dour H.J., Banaji M.R. Measuring the suicidal mind: implicit cognition predicts suicidal behavior. Psychol Sci 2010; 21(4): 511-7. doi: 10.1177/0956797610364762.
4. Казьмина О.Ю., Ениколопов С.Н., Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Борисова О.А. Прогноз суицида при депрессии. Вопросы психологии 2015; 3: 38-48.
5. Damasio A.R., Tranel D., Damasio H. Somatic markers and the guidance of behaviour: theory and preliminary testing. Frontal lobe function and dysfunction. Eds. Levin H.S., Eisenberg H.M., Benton A.L. New York: Oxford University Press 1991.
6. Медведева Т.И., Ениколопова Е.В., Ениколопов С.Н. Гипотеза соматических маркеров Дамасио и игровая задача (IGT): обзор. Психологические исследования 2013; 6(32): 10.
7. Bechara A., Damasio A.R., Damasio H., Anderson S.W. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. Cognition 1994; 50(1-3): 7-15. doi: 10.1016/0010-0277(94)90018-3.
8. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Бархатова А.Н., Каледа В.Г., Ениколопов С.Н. Особенности эмоциональной регуляции принятия решений при манифестирующей в юношеском возрасте приступообразной шизофрении. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова 2014; 114(9): 53-60.
9. Jollant F., Bellivier F., Leboyer M., Astruc B., Torres S., Verdier R., Castelnau D., Malafosse A., Courtet P. Impaired decision making in suicide attempters. The American journal of psychiatry 2005; 162(2): 304-10. doi: 10.1176/appi.ajp.162.2.304.
10. Bridge J.A., McBee-Strayer S.M., Cannon E.A., Sheftall A.H., Reynolds B., Campo J.V., Pajer K.A., Barbe R.P., Brent D.A. Impaired decision making in adolescent suicide attempters. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 2012; 51(4): 394-403. doi: 10.1016/j.jaac.2012.01.002.
11. Gorlyn M., Keilp J.G., Oquendo M.A., Burke A.K., John Mann J. Iowa gambling task performance in currently depressed suicide attempters. Psychiatry research 2013; 207(3): 150-7. doi: 10.1016/j.psychres.2013.01.030.

12. Legris J., Links P.S., van Reekum R., Tannock R., Toplak M. Executive function and suicidal risk in women with Borderline Personality Disorder. Psychiatry research 2012; 196(1): 101-8. doi: 10.1016/j.psychres.2011.10.008.
13. Richard-Devantoy S., Berlim M.T., Jollant F. A meta-analysis of neuropsychological markers of vulnerability to suicidal behavior in mood disorders. Psychological medicine 2014; 44(8): 1663-73. doi: 10.1017/S0033291713002304.
14. Greenwald A.G., Nosek B.A., Banaji M.R. Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. J Pers Soc Psychol 2003; 85(2): 197-216.
15. Медведева Т.И., Воронцова О.Ю., Ениколопов С.Н., Казьмина О.Ю. Нарушение принятия решений и суицидальная направленность Психологические исследования 2016; 9(46).

Рассказова Е.И., Ениколопов С.Н.

ПРИМЕНЕНИЕ РИСУНОЧНОЙ МЕТОДИКИ МОБИС В ДИАГНОСТИКЕ ИМПЛИЦИТНОГО И ЭКСПЛИЦИТНОГО ОТНОШЕНИЯ К БОЛЕЗНИ (НА ПРИМЕРЕ НЕПСИХОТИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ ЮНОШЕСКОГО ВОЗРАСТА)

При широкой распространенности стандартизованных опросниковых методов диагностики их применение нередко ограничено очевидностью формулировок и невозможностью оценки неосознаваемых, имплицитных реакций (Бурлачук, 2006), что приобретает особое значение в патопсихологических исследованиях. Проективные методы, предлагая более широкую перспективу для понимания и интерпретации (Соколова, 1980), в свою очередь, вызывают вопросы в отношении валидности и интерсубъективности полученных выводов. Рисуночные методики, требующие расположить объекты на листе, занимают промежуточную позицию: задавая возможности скрининговой диагностики, они претендуют на оценку имплицитных и эксплицитных представлений, не столь явную для респондента, как при оценке пунктов опросника, и на более единообразную интерпретацию (в связи с относительно низкой долей неопределенности в тестировании), по сравнению с традиционными проективными методиками.

Данная работа посвящена применению рисуночной **методики оценки воздействия болезни и симптомов** (МОБиС, Садаль-

ская и соавт., 2000) в диагностике отношения к болезни при психических заболеваниях. Методика представляет собой русскоязычную версию инструмента PRISM (Bucchi, Sensky, 1999, Bucchi et al., 1998) и направлена на скрининговую диагностику (занимает 4-6 минут и, учитывая ее простоту, может применяться при наличии небольших когнитивных нарушений у респондента). Респонденту дают лист А4 («Представьте, что это Ваша жизнь»), в правом нижнем углу которого расположен желтый круг диаметром 6 см («Представьте, что это Вы»), и просят разместить на листе круги диаметром по 4 см для следующих объектов – семья, работа/учеба, болезнь, а также для 2 психических и 2 соматических жалоб, которые наиболее для него важны. Выводы об отношении болезни и симптомов и их роли в жизни пациента делаются на основе сравнения расстояний.

Несмотря на привлекательность и краткость методики, она оставляет открытыми ряд вопросов. В какой мере на основе расстояний можно судить об отношении к болезни, и какие именно аспекты / проявления этого отношения измеряет методика? Как именно сравнивать расстояния от «Я» до болезни и до симптомов? Как учитывать расположение кругов работы/учебы и семьи?

Следует отметить, что сам методический прием не нов, применялся, в частности, в исследованиях идентификации с материальными объектами (Carter, Gilovich, 2012), социальными группами (Gomez et al., 2011), отношения к информационным технологиям (Емелин и соавт., 2016). В этих исследованиях была установлена важная роль как специфических феноменов (например, наложение других кругов на «Я» как признак слияния), так и общей стратегии рисования (в частности, выделена общая склонность располагать круги близко/далеко от «Я», искажающее влияние которой важно учитывать в исследовании). Более того, во всех этих исследованиях указывается, что инструмент предлагает лишь относительно грубую оценку.

Целью данной работы является выявление возможностей методики МОБиС при психических расстройствах в сопоставлении со стандартизованными инструментами диагностики репрезентации болезни, психопатологических жалоб, качества жизни. Особый интерес для нас представляла возможность сопоставле-

ния расположения болезни относительно «Я», семьи и работы/учебы с расположением других симптомов. Мы предполагали, что расположение конкретных симптомов задает более реалистичную, имплицитную и основанную на эмоциях оценку болезни так, как она переживается субъектом, а расположение болезни отражает когнитивную, эксплицитную и осознаваемую оценку. Выдвигались следующие общие предположения:

1. Близость болезни к «Я» описывает общую эксплицитную стратегию отношения к болезни: отдаление ее может означать не равнодушие, а стремление к отчуждению или отрицанию болезни, нередко объясняющееся защитной стратегией, направленной на сохранение субъективного благополучия и качества жизни. На эмпирическом уровне анализа можно выдвинуть следующие гипотезы:

- Близость болезни к «Я» сопряжена с тяжестью «эгосинтонной симптоматики», депрессивными переживаниями, а также с оценкой болезни как более тяжелой, более угрожающей.
- Отдаление болезни от «Я» связано с большей выраженность позитивной симптоматики (сопряжено с нарушением критичности) и лучшими оценками качества жизни и благополучия.

2. Близость симптомов к «Я» не сводится к стратегии отношения к болезни и характеризует эмоциональную и личностную значимость симптомов. Эмпирические следствия этого предположения:

- Близость симптомов к «Я» должна быть связана с эмоциональной реакцией на болезнь. Напротив, более далекое расположение симптомов от «Я», т.е. их меньшая эмоциональная значимость, может быть связана с лучшей критичностью и «проработкой», т.е. уровнем когнитивной инсайта.
- При близком расположении симптомов к «Я» (т.е. их эмоциональной значимости) более далекое расположение от «Я» болезни является проявлением защитной стратегии и связано с отрицанием важности болезни (например, ее длительности, повторяемости).

Процедура и методы

В исследовании участвовали 81 пациент с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста, соответствующих критериям ультравысокого риска по развитию шизо-

френии (Омельченко и соавт., 2014, Yung et al., 2004), в возрасте от 16 до 27 лет (средний возраст 20,39±3,22 года)[1]. Критериями включения были: юношеский возраст (16-27 лет), психопатологическая симптоматика непсихотического уровня, наличие отдельных симптомов психотического спектра. Критерии исключения: отсутствие сопутствующей психической (ранее перенесенные психотические приступы, органическое психическое расстройство, алкоголизм, наркомания, умственная отсталость), клинически значимой соматической или неврологической патологии.

В соответствии с предварительным диагнозом по критериям МКБ-10 больные были подразделены на 3 группы: 1 группа (24 человек – 29,6%) – расстройства настроения (F31.3, F31.4, F32 (кроме F32.2), F33 (кроме F33.3), F34.); 2 группа (26 больных – 32,1%) – расстройства личности (F60), 3 группа (21 пациентов – 25,9%) – шизотипическое расстройство (F21). В 10 (12,3%) случаях диагноз уточнялся. У большинства пациентов (61 человек, 75,3%) ведущим был депрессивный синдром.

Клинико-психопатологические методы. Для выявления и оценки психопатологической симптоматики, соответствующей критериям ультравысокого риска, применялась шкала SOPS (The Scale of Prodromal Symptoms, Miller et al., 1991, McGlashan et al., 2001), являющаяся «непсихотическим» аналогом шкалы PANSS и BPRS. В данной работе использовался общий балл (общая степень выраженности расстройств) и выраженность позитивных симптомов, которые оценивались дважды – при госпитализации и перед выпиской (через 1-1,5 месяца).

Психологическое обследование включало беседу, в рамках которой пациент рассказывал о своем заболевании и своей жизни, а также оценивал по шкале Лайкерта от 0 до 10 баллов (1) насколько тяжелым и (2) длительным было его состояние при попадании в больницу, (3) насколько оно мешало его жизни и (4) насколько эффективно лечение. Использовались следующие методики:

---

[1] Работа выполнена в группе по изучению психических расстройств юношеского возраста отдела по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний ФГБНУ НЦПЗ (директор – проф. Т.П. Клюшник).

1. Рисуночная **методика оценки воздействия болезни и симптомов** (МОБиС, Садальская и соавт., 2000). В отличие от оригинальной версии, где все круги желтого цвета, а круг для болезни – красный; в данной работе, чтобы исключить чрезмерное отличие болезни от других объектов, мы предлагали респондентам выбрать для каждого объекта один круг из набора с разными цветами (цвета не анализировались). Кроме того, респонденты свободно называли любые четыре значимых для них симптома (которые могли быть психическими, соматическими или поведенческими).

Середина круга «Я» считалась началом координат. Координаты центров других кругов позволяли рассчитать их расстояние до «Я». При этом, поскольку расстояние может определяться общей стратегией рисунка (Емелин и соавт., 2016), мы рассчитывали относительные расстояния, деля абсолютные значения на среднее расстояние от «Я» двух других объектов – семьи и работы/учебы. Относительное расстояние болезни до «Я» считалось эксплицитной оценкой, а относительное расстояние центра тяжести всех названных пациентов симптомов до «Я» считалось имплицитной оценкой (характеризующим менее осознанное, но более субъективно значимое место болезни на листе-жизни). Расхождение между этими точками характеризовало расхождение между эксплицитным и имплицитным отношением к болезни.

2. **Опросник выраженности психопатологической симптоматики** (SCL-90R, Тарабрина, 2001) использовался для оценки субъективных жалоб на симптомы соматизации, обсессивности-компульсивности, межличностной тревожности, депрессивности, тревожности, враждебности, фобии, паранойяльности, психотизма. Общий симптоматический индекс представляет сумму всех ответов и характеризует как тяжесть, так и количество симптомов; индекс проявления симптоматики отражает только количество неотрицательных ответов, но не тяжесть симптомов; индекс выраженности дистресса является ключевым общим показателем и отражает среднюю субъективную тяжесть симптоматики.
3. Качество жизни оценивалось при помощи **шкалы счастья** С. Любомирски (HS, Осин, Леонтьев, 2008) и **краткого опрос-**

ника качества жизни и удовлетворенности в модификации для психических заболеваний (Q-Les-Q, Рассказова, 2012), оценивающего удовлетворенность в сферах здоровья, эмоций, активности и общения.

4. Для диагностики представлений о болезни использовался **опросник восприятия болезни** Р. Мосс-Моррис и соавт. (IPQ-R, Рассказова, 2016), оценивающий субъективные представления о длительности заболевания, его цикличности, последствиях, личностном контроле за заболеванием, уверенность в лечении и его способности контролировать состояние, понимание болезни, эмоциональное отношение к ней. Кроме того, при апробации опросника на выборке пациентов с непсихотическими заболеваниями были выделены четыре группы представлений о причинах болезни: средовые (внешние) факторы, личностные особенности, вредные привычки, ситуативные факторы.
5. Когнитивные убеждения о себе и мире оценивались при помощи **Шкалы когнитивного инсайта А.Бека** (BCIS, Рассказова и соавт., 2016), которая включает шкалы саморефлексивности и самоуверенности и используется для оценки критичности к своему опыту и вниманию к обратной связи со стороны других (в том числе, запросу этой обратной связи). Нарушение когнитивного инсайта считается когнитивным факторов развития психотических расстройств, а его восстановление – основной задачей когнитивно-бихевиоральной терапии при психических заболеваниях.

Обработка данных проводилась в программе SPSS Statistics 23.0. Для дифференциации роли эксплицитного и имплицитного отношения к болезни применялась серия анализов модерации (Chaplin, 2007), в которых в качестве независимой переменной на первом шаге включалось центрированное относительное расстояние болезни до «Я» (эксплицитное отношение к болезни), на втором шаге – центрированное относительное расстояние центра тяжести симптомов до «Я» (имплицитное отношение к болезни), на третьем шаге – их произведение (соотношение эксплицитного и имплицитного отношения). Все остальные переменные использовались как зависимые.

Значимость модели на первом шаге говорит о том, что представления о болезни, симптомы или качество жизни связаны с эксплицитным отношением к болезни. Значимое улучшение модели ко второму шагу свидетельствует о роли имплицитного отношения к болезни, несводимой к явной оценке. Улучшение же модели к третьему шагу говорит о важности соответствия между эксплицитной и имплицитной оценками.

Результаты

- Графическое расположение болезни и симптомов и представления о болезни.

Расположение болезни и симптомов ближе к «Я» сочетается с оценкой заболевания как более тяжелого, длительного и мешающего жизненным планам ($r=-0,38$ - $-0,21$, $p<0,05$) – результаты регрессионного анализа показывают, что речь идет об общем эффекте эксплицитной оценки болезни (табл. 1). Кроме того, те, кто располагают болезнь дальше от «Я», более уверены в лечении и в том, что их состояние под контролем.

Эмоциональные переживания по поводу болезни представляют независимые эффекты эксплицитной и имплицитной оценок: более эмоциональное отношение отражается в приближении болезни к «Я», но еще больше эмоции связаны с приближением к «Я» конкретных симптомов. Страх негативных последствий болезни проявляется в приближении к «Я» симптомов, но не болезни.

Оценка длительности и цикличности болезни в будущем, а также роли личностных особенностей самого пациента в ее развитии опосредствуется взаиморасположением болезни и симптомов. Для понимания этого эффекта пациенты были разделены на три равные группы: расположившие симптомы близко, в средней степени и далеко от «Я»; затем проводились простые регрессии для сравнения эффектов. Если симптомы близко к «Я», дальнее расположение болезни тесно связано с оценкой ее как краткой и нецикличной и непризнанием роли личности в болезни. Если же симптомы далеко от «Я», связи между расположением болезни и ее когнитивной оценкой нет (для сравнения, стандартизованные коэффициенты регрессии при близости симптомов к «Я» $\beta=-0,43$ – $-0,21$, при среднем расстоянии $\beta=-0,30$ – $-0,08$, при дальнем $\beta=-0,08$ – $0,01$).

- Графическое расположение болезни, психопатологические симптомы и качество жизни

Ни первоначальная выраженность психопатологических симптомов по шкале SOPS, ни их динамика не были связаны с показателями МОБиС. При большей выраженности позитивных симптомов пациенты располагали как болезнь ($r=0,29$, $p<0,05$), так и симптомы ($r=0,25$, $p<0,05$) дальше от круга «Я» и дальше друг от друга ($r=0,30$, $p<0,05$), т.е. расхождение между эксплицитной и имплицитной оценками болезни у них было выше. Те же связи, хотя и более слабые, сохранялись через 1-1,5 месяца, и в целом динамика позитивных симптомов в результате лечения была выше у тех, кто располагал болезнь дальше от «Я» и дальше от симптомов ($r=0,24$, $p<0,05$). Однако, результаты регрессионного анализа (табл. 1) указывают, что корреляции с эксплицитной и имплицитной оценкой болезни объясняются одним общим эффектом, а динамика полностью зависит от исходного уровня позитивных симптомов.

Пациенты располагают болезнь ближе к «Я» при большей средней выраженности и тяжести жалоб на психопатологические симптомы, в первую очередь, обсессивно-компульсивные и депрессивные. Общее субъективное счастье и качество жизни в сфере здоровья и эмоций коррелируют с большим расстоянием болезни и симптомов до «Я» ($r=0,22$-$0,31$, $p<0,05$), которое объясняется общим эксплицитным эффектом (табл. 1).

- Графическое расположение болезни и когнитивный инсайт

Более критичное отношение к своему опыту (когнитивный инсайт) связано с более далеким от «Я» расположением симптомов, но не болезни.

Табл. 1. Роль эксплицитного и имплицитного отношения к болезни в выраженности психопатологических симптомов, представлений о болезни и качестве жизни: результаты анализа модерации.

Методика	**Зависимые переменные**	**Шаг 1: Расстояние Я – болезнь**		**Шаг 2: Расстояние Я – симптомы**		**Шаг 3: Эффект взаимодействия**		**Общий R2**
		β	**R2**	**β**	**ΔR2**	**β**	**ΔR2**	
Представления о болезни								
Самооценка	Тяжесть болезни	-0,26*	7,0%*	0,20	0,6%	0,54	4,2%	11,8%
	Негативное влияние болезни на жизнь	-0,32**	10,5%**	0,02	0,0%	0,04	0,0%	10,5%
	Длительность болезни	-0,38**	14,3%**	-0,21	0,7%	0,17	0,4%	15,4%
IPQ-R	Длительность болезни	-0,19	3,7%	-0,14	0,3%	0,62*	5,6%*	9,6%
	Цикличность болезни	-0,18	3,3%	-0,42	2,8%	0,80**	9,4%**	15,6%
	Последствия болезни	-0,15	2,2%	-0,85**	11,7%**	0,34	1,7%	15,5%
	Контроль лечения	0,22*	4,9%*	-0,33	1,8%	-0,31	1,4%	8,0%
	Эмоциональные репрезентации	-0,24*	5,5%*	-0,64*	6,7%*	0,42	2,6%	14,8%
	Личностные причины болезни	-0,09	0,8%	0,24	0,9%	0,74*	8,0%*	9,6%
Психопатологические симптомы и качество жизни								
SOPS	Позитивные симптомы – замер 1	0,29*	8,3%*	-0,12	0,2%	-0,17	0,3%	8,8%
SCL-90R	Обсессивность - компульсивность	-0,22*	5,0%*	0,14	0,3%	0,35	1,8%	7,1%
	Депрессивность	-0,26*	6,9%*	0,07	0,1%	0,54	4,3%	11,3%
	Общий симптоматический индекс	-0,23*	5,3%*	0,08	0,1%	0,45	2,9%	8,4%
	Индекс выраженности дистресса	-0,29**	8,8%**	-0,01	0,0%	0,52	3,9%	12,8%
HS	Субъективное счастье	0,34**	11,6%**	0,01	0,0%	-0,15	0,9%	12,5%
Q-Les-Q	Качество жизни – здоровье	0,26*	6,9%*	0,28	1,3%	-0,35	1,7%	9,8%
Когнитивный инсайт								
BCIS	Саморефлексивность	-0,14	1,9%	0,61*	5,8%*	0,15	0,3%	8,0%
	Общий уровень когнитивного инсайта	-0,17	3,0%	0,61*	6,0%*	0,19	0,5%	9,5%

Примечания. Указаны только зависимые переменные, оценка модели для которых достигала уровня значимости $p<0,05$. * - эффект значим на уровне $p<0,05$, ** - эффект значим на уровне $p<0,01$.

Обсуждение результатов

- Расположение болезни по отношению к «Я» как признак когнитивной репрезентации угрозы и защитной стратегии.

В соответствии с общей гипотезой о том, что близость болезни к «Я» описывает общую эксплицитную стратегию отношения к болезни и характерно для защитной стратегии, меньшее расстояние болезни от «Я» связано с субъективной оценкой психического заболевания как более тяжелого, мешающего жизни и долгосрочного. Такие пациенты менее уверены в лечении и в том, что состояние можно контролировать, и жалуются на более тяжелые психопатологические симптомы, особенно – депрессивные и обсессивно-компульсивные (хотя общая объективная тяжесть их симптомов с показателями рисуночной методики не связана). Следует отметить, что это «эгосинтонные» симптомы, которые переживаются пациентами как особенно тягостные и нарушающие их жизнь.

Напротив, в пользу того, что расположение болезни дальше от «Я» носит защитный характер и может быть проявлением отчуждения болезни и некритичности к своему состоянию, свидетельствует положительная связь позитивной симптоматики и расстояния болезни от «Я», которая, хотя и ослабевает, но сохраняется в процессе лечения. Кроме того, эксплицитное отчуждение болезни в рисунке сочетается с большей удовлетворенностью своим здоровьем и жизнью в целом.

- Расположение симптомов по отношению к «Я» как признак эмоциональной репрезентации болезни и критичности к своему состоянию.

Гипотеза о связи эмоциональной репрезентации болезни с расположением симптомов получила лишь частичное подтверждение: эмоциональные переживания в отношении болезни независимо связаны и с приближением к «Я» болезни, и с приближением симптомов. По-видимому, такое «смешение» эффектов объясняется тем, что эмоциональная репрезентация оценивалась утверждениями стандартизованного опросника, неизбежно «вбирая» в себя и аспекты когнитивной оценки эмоций. В пользу нашей гипотезы свидетельствует и то, что страх негативных последствий болезни проявляется в приближении к «Я» симптомов, но не болезни.

Напротив, более дальнее расположение симптомов от «Я» связано с более высоким уровнем когнитивного инсайта, характеризующего критичность и рефлексивность в отношении своих переживаний и ощущений, способность сомневаться и проверять их.

Дальнейшее направление исследований состоит в уточнении связи расположения симптомов с результатами применения других имплицитных тестов отношения к болезни (например, основанных на скорости реакции).

- Соотношение эксплицитной и имплицитной оценок болезни в методике МОБиС.

Интересно, что расположение болезни информативно для понимания личностной ответственности за случившееся, а также представлений о течении болезни в дальнейшем только у тех, кто располагает симптомы близко к «Я». Можно предполагать, что лишь в случае, если конкретные симптомы, жалобы личностно и эмоционально значимы для пациента, отдаление болезни от «Я» на листе характеризует недооценку болезни и отрицание своей ответственности: недооценку длительности, цикличности, а также своей роли в развитии заболевания. Если симптомы не значимы, расположение болезни не является информативным показателем, хотя, разумеется, может отражать более глубокие анозогностические проявления.

Выводы

Таким образом, можно сделать следующие **выводы**:

1. Рисуночная методика МОБиС представляет собой валидную скрининговую альтернативу опросниковым инструментам репрезентации болезни: близость болезни к «Я» связана с общей когнитивной оценкой тяжести и длительности заболевания, тогда как близость симптомов к «Я» - с их эмоциональной значимостью и страхом негативных последствий. Однако, следует отметить, что методика предлагает лишь самую общую картину.
2. Расположение болезни и симптомов в отношении «Я» должно интерпретироваться в соотнесении с расстоянием между «Я» и семьей, а также работой/учебой, поскольку на результатах методики могут сказываться как общие особенности

психологических границ пациента, так и индивидуальные особенности восприятия и рисования.

3. Отдаление болезни от «Я» может интерпретироваться как появление защитной стратегии, отчуждения и отрицания угрозы и тяжести болезни, сопряженное с меньшей критичностью к своему состоянию и большей тяжестью позитивной симптоматики. Напротив, отдаление конкретных симптомов от «Я» может свидетельствовать о большем спокойствии и большей критичности в оценке их влияния на жизнь пациента.
4. Отдаление болезни от «Я» может интерпретироваться как признак отрицания своей роли в развитии заболевания и недооценка ее хронического характера лишь в тех случаях, когда конкретные симптомы эмоционально значимы для пациента (и изображаются близко или на среднем расстоянии от «Я»). Если такой значимости нет, отдаление болезни от «Я» должно интерпретироваться как субъективно низкая значимость болезни, а не как защитная стратегия.

Работа выполнена при поддержке гранта Президента РФ для государственной поддержки молодых российских ученых, проект МК4230.2015.6 «Отношение к болезни и качество жизни при психических заболеваниях».

Список литературы

1. Бурлачук Л.Ф. Психодиагностика. СПб: Питер, 2006.
2. Емелин В.А., Рассказова Е.И., Тхостов А.Ш. Информационные технологии в структуре идентичности человека: возможности и ограничения рисуночной методики // Психологические исследования. 2016. Т. 9, № 45. С. 3. URL: http://psystudy.ru/index.php/num/2016v9n45/1233-emelin45.html
3. Омельченко М.А., Голубев С.А., Никифорова И.Ю., Каледа В.Г. Риск манифестации эндогенных психозов у больных с непсихотическими психическими расстройствами юношеского возраста. // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2014. 6. С. 14-20.
4. Осин, Е.Н., Леонтьев, Д.А. Апробация русскоязычных версий двух шкал экспресс-оценки субъективного благополучия. / В кн. Материалы III Всероссийского социологического конгресса. М.: Ин-т социологии РАН, Российское общество социологов, 2008. (ISBN 978-6-89697-157-3). http://publications.hse.ru/chapters/78753840/.

5. Садальская Е. В., Ениколопов С.Н., Дворянчиков Н.В. Оценка влияния заболевания на повседневную жизнь больных психосоматическими расстройствами (первый опыт применения в России метода PRISM) // Тезисы докладов Межрегиональной научно-практической конференции «Проблемы адаптации больных хроническими заболеваниями» (6 - 8 июня 2000 г., г. Самара). Самара, 2000. С. 111 - 113.
6. Соколова Е.Т. Проективные методы исследования личности. М.: Издательство МГУ, 1980.
7. Рассказова Е.И. Русскоязычная апробация опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями // Вестник Московского университета. Серия 14. Психология. 2016. 1. С. 123-142.
8. Рассказова Е.И., Омельченко М.А., Румянцев А.О., Каледа В.Г. Когнитивный инсайт и динамика симптомов ультравысокого риска по шизофрении у больных с непсихотическими формами психических расстройств в юношеском возрасте // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2016. 116(8). С. 9-16.
9. Рассказова, Е.И. Методика оценки качества жизни и удовлетворенности: психометрические характеристики русскоязычной версии. // Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2012. 9(4). С. 81-90.
10. Тарабрина, Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001.
11. Büchi S., Sensky T. PRISM: Pictorial representation of illness and Self measure. A brief nonverbal measure of illness impact and therapeutic aid in psychosomatic medicine. // Psychosomatics. 1999. 40(4) P. 314–320.
12. Büchi S., Sensky T., Sharpe L., Timberlake N. Graphic representation of illness: A novel method of measuring patients' perceptions of the impact of illness. // Psychotherapy and Psychosomatics. 1998. 67(4–5). P. 222–225.
13. Carter T.J., Gilovich T. I am what I do, not what I have: the differential centrality of experiential and material purchases to the self. // Journal of Personality and Social Psychology. 2012. 102(6). P. 1304–1317.
14. Chaplin W.F. Moderator and mediator models in personality research // In Robins R.W., Fraley R.C., Krueger R.E. (eds) . Handbook of research methods in personality psychology. N.Y.: The Guilford Press, 2007. P. 602–632.
15. Gomez A., Brooks M.L., Buhrmester M.D., Vazquez A., Jetten J., Swann W.B. On the nature of identity fusion: insights into the construct

and a new measure. // Journal of Personality and Social Psychology. 2011. 100(5). P. 918–933.
16. Miller T, McGlashan T, Woods S, Stein K, Driesen N, Corcoran C, Hoffman R, Davidson L. Symptom assessment in schizophrenic prodromal states. // Psychiatric Quarterly. 1999. 70. P. 273-287.
17. McGlashan T., Miller T., Woods S., Hoffman R., Davidson L. A scale for the assessment of prodromal symptoms and states. / In: Miller T, Mednick S, McGlashan T, Liberger J, Johannessen J, eds. Early Intervention in Psychotic Disorders. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 2001. P. 135-149.
18. Yung A.R., Phillips L.J., Yuen H.P., McGorry P.D.. Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. // Schizophrenia Research. 2004. 67. P. 131–142.

Рупчев Г.Е., Алексеев А.А.

ДИАГНОСТИКА НАРУШЕНИЙ АБСТРАКТНОГО МЫШЛЕНИЯ С ПОМОЩЬЮ ШКАЛЫ «УРОВЕНЬ АБСТРАКТНОГО МЫШЛЕНИЯ» (НА МАТЕРИАЛЕ ИНТЕРПРЕТАЦИИ ПОСЛОВИЦ И ПОГОВОРОК)

Введение. В психологии способность к пониманию пословиц и поговорок давно рассматривается как один из показателей развития мышления [5]. Область применения различных вариантов методик, основанных на интерпретации пословиц, достаточно обширна. Пословицы могут применяться для определения уровня умственного развития, выявления его особенностей [5], и, конечно, в диагностике патологических изменений мышлениях при различных формах психопатологии [1]. В классической книге Сусанны Яковлевны Рубинштейн «Экспериментальные методики патопсихологии» этому посвящен отдельный раздел – «Соотношение пословиц, метафор и фраз»[6].

Сама возможность применения интерпретации пословиц и поговорок в качестве задания для оценки абстрактного мышления определяется ее особым содержанием. Пословица содержит одновременно две мысли: частную и конкретную, и обобщенную – переносный смысл. Переносный смысл не лежит на поверхности, а его раскрытие требует торможения непосредственных ассоциаций [3], которые рождает пословица; анализа связей, абстрагирования и обобщения. При этом мир пословиц предоставляет исследователю огромные возможности в подборе уже гото-

вого экспериментального материала. Так изданный 2010 году «Большой словарь русских пословиц» содержит порядка 70000 пословиц [4]. Кроме того, пословицы могут быть дифференцированы по содержанию, степени сложности, распространенности и известности испытуемым; в соответствии с экспериментальными задачами.

История применения данного метода в клинической и клинико-психологической практике насчитывает не один десяток лет. Применение метода интерпретации пословиц в качестве средства диагностики нарушений мышления началось еще в рамках психиатрии. Указания на возможности его использования в диагностических целях можно найти уже у Э. Крепелина [2].

Позднее с формированием отечественной клинической психологии он был взят на вооружение как патопсихологами [1], так и нейропсихологами [3], в качестве средства диагностики нарушений мышления при психических расстройствах и поражениях головного мозга. Неслучайным является и то, что в настоящий момент в качестве отдельных заданий задания на понимание переносного смысла пословиц входят как в тесты интеллекта (WAIS) [8], так и психопатологические шкалы (PANSS) [7].

За длительную историю своего применения данный метод не только использовался в своем традиционном варианте (с предъявлением на слух каждой пословицы и последующей фиксацией ответа), но и не раз подвергался различным модификациям и доработкам. Так, например, широкое применение в практике клинических психологов нашла модификация, предложенная Б.В. Зейгарник, с подбором готовых интерпретаций к пословицам [1]. В тоже время в большинстве случаев изменениям подвергалась скорее процедура применения методики, что не решало проблемы количественной оценки деятельности испытуемого. Эта проблема в исследовательской практике, как правило, решалась предъявлением испытуемому списка пословиц, а итоговой оценкой становилось количество правильных интерпретаций. Однако другая проблема применения методики интерпретации пословиц и поговорок связана с самой оценкой интерпретаций каждой отдельной пословицы. В большинстве случаев оценка интерпретации пословицы проводилась в рамках строгой дихотомии абстрактного и конкретного уровня мышления,

обобщенного и буквального понимания пословицы. В то же время спектр возможных вариантов ответов испытуемого при интерпретации пословицы, как показывает практика, оказывается гораздо шире этих двух вариантов. Так, например, часто встречаются варианты объяснения пословиц через конкретные бытовые примеры, когда обобщенный смысл не формулируется испытуемым, но все же пословица не понимается им буквально. Другим примером могут быть случаи, когда переносный смысл трактуется испытуемым в значительно упрощенном виде, но что также не совпадает с буквальным пониманием. Наконец, существуют и примеры неполного абстрагирования при интерпретации пословицы, когда в ответе сочетаются элементы и обобщенного понимания, и буквального.

Таким образом, основными целями при разработке шкалы являлись: с одной стороны, достижение возможности количественной оценки, а с другой – расширение градаций оценок интерпретации пословицы, отражающих степень абстрагирования испытуемого в его ответе.

Материалы и методы. Описание разработанной шкалы.

Шкала «Уровень абстрактного мышления» на материале интерпретации пословиц и поговорок разработана Алексеевым А.А. и Рупчевым Г.Е. Шкала оценивает способность субъекта к пониманию переносного смысла пословиц и поговорок как показателя общей способности к абстрагированию и построению дифференцированных и согласованных суждений. В ней предусмотрен более широкий спектр градаций уровня абстрактного мышления по сравнению с дихотомичным разделением на абстрактное мышление и конкретно-ситуационное. Ответ на каждую из пословиц или поговорок получает отдельную оценку, предусмотрен также подсчет «Общего балла», представляющего собой сумму оценок за интерпретацию каждой из пословиц. Описания пунктов шкалы приводятся в сокращенном виде:

1 – полный ответ, близкий к словарному,

2 – неполный ответ,

3 – упрощенный, поверхностный ответ,

4 – ответ с элементами конкретного содержания,

5 – буквальное понимание,

6 – ответ без интерпретативной составляющей (комментарии к содержанию пословицы, повторы, перефразировки),
7 – несостоятельность в задании, отсутствие ответа.

При разработке шкалы было отобрано 10 пословиц и поговорок. Отбор пословиц и поговорок осуществлялся в соответствии с двумя критериями. Первый критерий – распространенность. В итоговый список включалиськак широко распространенные пословицы и поговорки (можно сказать, пословицы «школьного багажа», например: «Любишь кататься, люби и саночки возить»), так и относительно редко используемые (например: «Дитя не плачет, мать не разумеет»). Вторым критерием выступало разнообразие тематики пословиц и поговорок. Включаемые в итоговый список пословицы и поговорки различались по своей тематике.

Каждая из пословиц предъявлялась устно на слух в фиксированном порядке. Инструкция к заданию звучала следующим образом: «Я Вам буду зачитывать различные пословицы и поговорки. Скажите, пожалуйста, какой в них переносный смысл, что каждая из них означает». Каждый из ответов испытуемых записывался дословно, после чего проводилась оценка каждого из ответов по разработанной шкале и осуществлялся подсчет показателя «Общего балла» за интерпретацию всех пословиц.

Дополнительные методики. Для оценки конструктной валидности разработанной шкалы использовался субтест «Сходство» Теста интеллекта Д. Векслера, который направлен на выявление и измерение способностей к сравнению, обобщению и абстрагированию. Фактически, данный субтест является упрощенным вариантом методики сравнения понятий. Оценки по субтесту «Сходство» являются информативными в отношении как вербального, так и невербального интеллекта [8].

Характеристика групп испытуемых. Для апробации разработанной шкалы было обследовано две группы испытуемых, группа здоровых испытуемых и клиническая группа больных шизофренией. В группу здоровых испытуемых вошли 40 человек обоих полов (30 муж., 10 жен.), никогда не обращавшиеся к психиатру и не имевшие признаков психического расстройства. Средний возраст - 31,7 лет. Средний уровень образования (в годах) – 14,56. В клиническую группу вошло 40 пациентов (31

муж., 9 – жен.), страдавших параноидной формой шизофрении с эпизодическим типом течения (согласно критериям МКБ-10), находящихся на момент исследования в состоянии медикаментозной ремиссии. Все обследованные больные в качестве поддерживающего лечения принимали атипичные нейролептики в стабильной дозе. Средний возраст составил 34,32 лет. Средний уровень образования (в годах) – 13,43. Выборки были сопоставимы по возрастным и образовательным характеристикам и статистически значимо не различались по данным критериям ($p<0.05$). Родным языком у всех испытуемых обеих групп являлся русский.

Статистическая обработка данных проводилась в статистическом пакете Statistica 8.0. Применялись данные дескриптивной статистики. Для определения нормальности полученных распределений применялся критерий Колмогорова-Смирнова. Для определения связей между полученными параметрами применялся непараметрический критерий Спирмена. Так как полученные распределения значимо не отличались от нормального, для определения достоверности различий между группами применялся параметрический критерий Стьюдента. Кроме того, проводился подсчет Альфа-Кронбаха для определения внутренней согласованности.

Результаты апробации. Анализ связей показателей методики с параметрами возраста и уровня образования.

В ходе проведенного анализа не было получено статистически значимых корреляций между показателем «Общего балл» по разработанной шкале и возрастом испытуемых ни в группе здоровых испытуемых, ни в группе больных шизофренией. При этом в обеих группах были получены статистически значимые корреляции между показателями уровня образования (в годах) и параметром «Общего балла». Этот результат является ожидаемым, так как согласуется с многочисленными указаниями различных авторов на наличие связей между степенью развитости абстрактного мышления и уровнем образования. При этом обращает на себя внимание, что в группе здоровых испытуемых корреляции «Общего балла» с уровнем образования оказались существенно выше, чем в группе больных шизофренией. Если в группе здоровых испытуемых обнаруженная корреляция равня-

лась 0.50, то в группе больных шизофренией она составила 0.40. Такое различие в уровне обнаруженных корреляций может объясняться тем, что в группе больных шизофренией показатель «Общего балла» в большей степени определяется глубиной нарушений абстрактного мышления, а не уровнем образования, и, учитывая клиническую направленность разработанной шкалы, такой результат имеет позитивное значение.

Анализ распределений. Полученные распределения оценок по параметру «Общего балла» разработанной методики значимо не отличались от нормального по критерию Колмогорова-Смирнова как в группе здоровых испытуемых, так и в клинической группе больных шизофренией, что может говорить репрезентативности выборок.

Однако бóльший интерес представляют распределения оценок за интерпретацию отдельных пословиц и поговорок в исследованных группах. Так в группе здоровых испытуемых при оценке ответов на большинство пословиц оказались задействованы числовые значения разработанной шкалы с первого по пятое. При этом большинство ответов здоровых испытуемых соответствовали 1, 2 и 3 баллам по разработанной шкале, что соответствует абстрактному уровню мышления. Оценки в 4 и 5 баллов, соответствующие конкретному уровню мышления либо его элементам, встречались реже. При этом в группе здоровых испытуемых практически не было ответов, которые оценивались в 6 и 7 баллов. Этот результат является в целом ожидаемым, так как эти оценки соответствуют наиболее грубо выраженной несостоятельности в выполнении задания (перефразировки пословицы, эхолалии либо полное отсутствие ответа).

Иная картина наблюдалась в группе больных шизофренией. Основное отличие состояло в том, что в группе больных шизофренией при оценке ответов испытуемых на каждую из пословиц оказались задействованы все числовые значения разработанной шкалы. Этот результат имеет существенное значение, так как указывает на то, что разработанная шкала не имеет избыточных делений. Другим отличием распределений оценок за интерпретацию пословиц в группе больных шизофренией являлась большая частота (по сравнению с группой здоровых испытуемых) ответов, оцениваемых более высокими баллами (от 4 и

выше). Этот результат вполне закономерен и отражает более низкий уровень абстрактного мышления в группе обследованных пациентов, по сравнению с группой здоровых испытуемых.

Распределения оценок только для трех из десяти пословиц в обеих группах значимо отличались от нормального. При этом характерно, что среди оценок испытуемых за интерпретацию этих пословиц преобладали оценки в один или два балла по разработанной шкале. Говоря иначе, большинство испытуемых давало ответы, соответствующие полному раскрытию переносного смысла этих пословиц либо ответы близкие к таковым (более того, сами формулировки ответов часто были очень сходны). Этот результат может объясняться тем, что большинству испытуемых переносный смысл этих пословиц был хорошо знаком и мог воспроизводиться на основе прошлого опыта (в каком-то смысле такие пословицы могли быть названы пословицами «школьного багажа»). Также стоит отметить, что средние баллы за интерпретацию пословиц в обеих группах могли различаться (в пределах 0,5-1,5 баллов), что указывает на различную сложность пословиц, включенных в список, различную нагрузку на абстрактное мышление.

Оценка надежности. Полученное значение альфа-Кронбаха для разработанной шкалы равнялось 0.76 в группе здоровых испытуемых и 0.84 в группе больных шизофренией, что свидетельствует о достаточной надежности-согласованности разработанной методики. Достаточный уровень надежности-согласованности означает наличие соответствия между оценками по шкале для различных пословиц. Данный результат имеет существенное значение, так как указывает на то, что разработанная шкала позволяет оценивать устойчивые особенности мышления испытуемых, проявляемые при интерпретации различных пословиц.

Оценка дискриминативности.

Таблица 1: Корреляции общего балла по шкале с оценкой по отдельным пословицам.

	Посл.1	Посл. 2	Посл. 3	Посл. 4	Посл. 5	Посл. 6	Посл. 7	Посл. 8	Посл. 9	Посл. 10
«Общий балл»	**0,39**	**0,52**	**0,41**	**0,52**	**0,73**	**0,47**	**0,61**	**0,60**	0,31	**0,55**

Как отражено в таблице 1, в ходе статистической обработки данных в группе здоровых испытуемых были получены статистически значимые корреляции между показателем «Общего балла» и баллами за интерпретации отдельных пословиц по разработанной шкале. Все полученные корреляции превысили уровень 0.20, что позволяет констатировать, что все отобранные для разработанной методики пословицы показали достаточный (либо высокий) уровень дисркиминативности.

Оценка конструктной валидности.

Таблица 2: Корреляции разработанной шкалы с суб-тестом «Сходство»

	Общий балл «Сходство»
Общий балл «Пословицы»	**-0,52**

В результате проведенного анализа были выявлены достаточно высокие статистически значимые отрицательные корреляции между показателем «Общего балла» разработанной шкалы и показателем «Общего балла» субтеста теста Векслера «Сходство». Отрицательный знак полученных корреляций объясняется тем, что наивысшие оценки по разработанной шкале соответствуют наиболее выраженным затруднениям в абстрактном мышлении, в то время как высокие оценки по субтесту «Сходство» соответствуют лучшему уровню абстрактного мышления. Таким образом, этот результат позволяет констатировать достаточную конструктную валидность разработанной шкалы.

Оценка сензитивности.

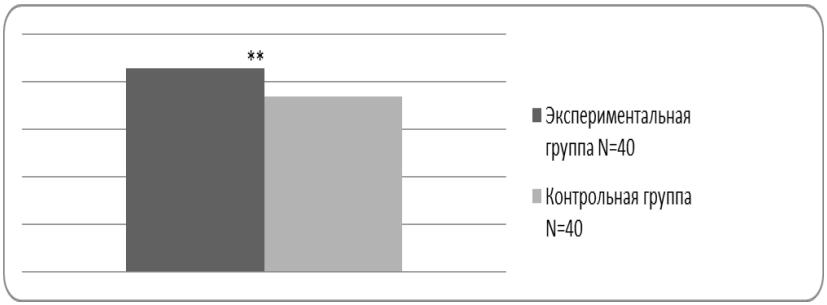

Рисунок 1. Различие между контрольной и клинической группой по разработанной шкале

В результате статистической обработки данных были выявлены статистически значимые различия между группой здоровых испытуемых и группой больных шизофренией по показателю «Общего балла» разработанной шкалы. Оценки больных шизофренией оказались выше оценок здоровых испытуемых, что, учитывая направленность шкалы, соответствует наличию нарушений абстрактного мышления у обследованных пациентов. Этот результат имеет позитивное значение для разработанной шкалы, так как указывает на ее сензитивность к нарушениям абстрактного мышления.

Заключение. В ходе апробации разработанной шкалы были получены данные о ее психометрических характеристиках. Разработанная шкала показала достаточную надежность-согласованность, достаточную конструктную валидность и сензитивность к нарушениям абстрактного мышления. Также показатели дискриминативности для отдельных заданий (пословиц) оказались достаточными, что указывает на возможность использования отобранного списка пословиц и поговорок. Полученные данные позволяют сделать вывод о соответствии разработанной шкалы психодиагностическим критериям валидной методики и возможности ее примения в качестве средства оценки нарушений абстрактного мышления.

В то же время, несмотря на позитивные результаты проведенной апробации, можно выделить ряд направлений для дальнейшего усовершенствования и проверки методики. Во-первых, это касается проверки тест-ретестовой надежности разработанной шкалы. В рамках настоящей апробации она не проводилась.

Во-вторых, сензитивность шкалы оценивалась с привлечением одной клинической группы (больных шизофренией). Расширение возможных областей применения методики для диагностики нарушений мышления может потребовать проверки сензитивности шкалы и на других клинических группах (здесь, прежде всего, речь может идти о пациентах, страдающих органическими поражениями головного мозга, а также умственной отсталостью). В-третьих, несмотря на достаточную дискриминативность каждого из предложенных заданий, в ходе исследования проявилась их разная сложность. Это выражалось как в наличии пословиц, сравнительно легких для интерпретации («школьных»), так и таких, которые вызывали затруднения у испытуемых не только клинической, но и контрольной группу. Таким образом, учет параметра сложности пословиц и поговорок мог бы дополнительно повысить точность получаемых с помощью разработанной методики результатов.

Литература

1. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во МГУ, 1986.
2. Крепелин Э. Введение в психиатрическую клинику. М.: Бином. Лаборатория знаний, 2009.
3. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: «Академия», 2003.
4. Мокиенко В.М., Никитина Т.Г. Большой словарь русских поговорок. М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007.
5. Соболева О.Б. О понимании мини-текста, или пословица век не сломится. Вопросы психологии, 1995, №1, 47-53.
6. Рубинштейн С. Я. Экспериментальные методики патопсихологии. М., 1970.
7. KayS.P., OplerL.A., FiszbeinA. PositiveandNegativeSyndromeScale (*PANSS*) *Manual*.North Tonawanda. NY: Multi-Health Systems Inc 1986.
8. Wechsler D. Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale.N.Y., 1955.

РАЗДЕЛ 3. Современные тенденции развития диагностики в клинической психологии: возрастные аспекты

Добряков И.В., Прохоров В.Н., Прохорова О.В.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ

Перинатальная психология – один из сравнительно новых развивающихся последние десятилетия разделов медицинской (клинической) психологии. Собственно выделение этого раздела было обусловлено появлением новых представлений о ранних этапах онтогенеза, способствующих улучшению оказания психологической и психотерапевтической помощи во время беременности, родов, постнатального периода, решению некоторых актуальных проблемам общества, прежде всего, демографических. Перинатальная психология имеет межотраслевой характер, так как изучает возможности и пути повышения психологических ресурсов и адаптационных возможностей женщины и ребенка, гармонизации их взаимоотношений и охраны их здоровья, решая тем самым задачи, стоящие как перед здравоохранением, так и перед образованием и социальной помощью населению.

Поскольку направление это сравнительно новое, встречаются различные его определения. Так Г.Г. Филиппова считает ее не разделом медицинской психологии, а самостоятельным направлением, занимающимся проблемами беременности, родов, послеродового периода в психолого-педагогическом и физиологическом аспектах [40]. Также новым научным направлением, разработанным на основе анализа психологических аспектов осложнений и нервно-психических расстройств при беременности и в послеродовом периоде, называют перинатальную психологию В.В. Абрамченко и Н.П. Коваленко [2]. Однако, многие исследователи понимают под перинатальной психологией раздел медицинской психологии, изучающий закономерности психического развития человека от зачатия до первых трех лет жизни после рождения, в контексте взаимодействия пренейта (а затем младенца) с матерью [15; 21; 32 и др.], то есть, так назы-

ваемую, диаду. Под диадой понимается уникальное образование, состоящее из двух живых организмов (матери и ребенка), имеющих общие телесные и психические границы. Причем мать представляет собой сложноорганизованную личность, а ребенок развивающуюся [10; 45]. Также в задачи перинатальной психологии входит изучение взаимоотношений работников учреждений акушерско-гинекологического профиля с пациентками, их родственниками, разработка методик оказания психологической и психотерапевтической помощи женщинам, их мужьям и родственникам в случае непроизвольного прерывания беременности, гибели ребенка в родах, рождения ребенка с врожденной патологией [15]. Структурированию перинатальной психологии способствовало создание учения о материнской доминанте. Академик А.А. Ухтомским понимал под доминантой образование, складывающееся в организме в ответ на действие среды и объединяющее воедино нервные центры и исполнительные органы, принадлежащие к различным анатомо-физиологическим системам, ради приспособления к совершенно определенному фактору среды – ради решения выдвигаемой средой задачи [39]. Можно полагать, что в основе формирования единой функциональной системы, охватывающей весь организм женщины, нацеленной на зачатие, вынашивание плода и рождение ребенка, т.е. на продолжение существования вида как такового, лежит принцип доминанты А.А. Ухтомского. Такая доминанта, характеризующаяся последовательно протекающими, сменяющими друг друга и генетически предопределенными, имеющими ярко выраженную гормональную основу, различными функциональными состояниями, направленными на достижение конечной цели – вынашивание, рождение младенца и его выхаживание, получила название материнской доминанты [4; 6; 7; 33]. В основе появления такой доминанты лежат процессы адаптации к новым условиям сосуществования двух организмов матери и пренейта (после рождения – младенца) как единого целого. Материнскую доминанту последовательно составляют: доминанта зачатия, доминанта беременности (гестационная), родовая (натальная) доминанта, доминанта выхаживания младенца (лактационная). Каждая из перечисленных доминант включает физиологический компонент и психологический ком-

понент. Они соответственно определяются биологическими или психическими изменениями, происходящими с женщиной, направленными на вынашивание, а затем на рождение и выхаживание ребёнка. Такой подход к пониманию сути перинатальной психологии позволяет включить в ее состав психологию процессов зачатия, вынашивания беременности, родов, раннего постнатального периода. Причем постнатальный период ограничен периодом времени существования диады. Его окончание знаменуется появлением у ребенка самосознания, проявляющееся появлением выраженной потребности к самостоятельности, сепарации от матери, а также использования в речи местоимения «Я» [10; 15; 36], что происходит при нормальном развитии примерно к трем годам. Таким образом, происходит то, что M.S. Mahler назвала психологическим рождением [26].

Основными методами исследования в перинатальной психологии являются методы включенного наблюдения и беседы (интервью). Однако появление нового раздела медицинской психологии потребовало также формирования арсенала для проведения психологических исследований, соответствующих трем последовательным периодам материнской доминанты: антенатальный (зачатия, беременности), интранатальный (родов), постнатальный (выхаживания, лактации). Подбор используемых психологических методик и создание новых инструментов для исследования должны были проводиться с учетом специфики объектов исследования, в связи с этим к ним необходимо предъявлять ряд требований. Методики должны учитывать стадию развития диады мать-пренейт, мать-младенец; состояние соматического и психического состояние здоровья женщины, подвергаемой обследованию. На практике перинатальные психологи применяют как широко применяемые в медицинской психологии методики, так и создают новые специально для своей работы. Важно учесть, что исследования не должны быть чрезмерно трудоемкими, не должны повышать уровень тревоги обследуемых, в противном случае возможно возникновение психологогений.

Рассмотрим некоторые психологические методики, используемые в антенатальном периоде. *На стадии планирования зачатия* психологические методики могут понадобиться при ком-

плексной оценке репродуктивного потенциала супружеской пары. Особенно это необходимо при ненаступлении беременности продолжительное время как у пар, имеющих проблемы репродуктивного здоровья и получающих лечение у врачей, так и без видимых нарушений соматического репродуктивного здоровья как у женщины, так и у мужчины. При этом перинатальные психологи в процессе беседы выясняют особенности психического состояние супругов, наличие у них проявлений нервно-психических расстройств, насколько гармоничны их отношения. Важно оценить явные и скрытые мотивы желания каждого партнера иметь ребенка, оценивают их совпадение, конструктивность. При опросе женщин о мотивах зачатия они, как правило, называют не один, а несколько мотивов. При этом 80% из них основным мотивом зачатия считали выполнение женского долга, что говорит о высокой обусловленности принятия решения иметь ребёнка социальными установками [37]. Важно выявлять, так называемое, травматическое зачатие, при котором женщина не готова стать матерью, но согласилась забеременеть (или оставить случайную беременность), уступив настоятельным просьбам нелюбимого мужчины или своей матери, мечтающей о внуке, врача [43]. Выявление мотивов зачатия может быть необходимым не только перед зачатием, но и у беременных женщин. Результаты такого исследования нередко помогают объяснить невротические реакции женщин, осложнения течения беременности и принять адекватные меры.

Для выяснения отношения к зачатию, беременности мы разработали методический прием, который назвали ассоциативным ромбом. Мужчине и женщине предлагается независимо друг от друга написать существительные, которые ассоциируются у них с заданным словом, а затем ассоциации, связанные с написанными словами. В результате ассоциативные цепочки выстраиваются в форме ромба. В качестве примера приводим такие ромбы, полученные в результате исследования женщины, обратившейся за психологической помощью по поводу беременности, которая не наступает, несмотря на желание и старания супругов.

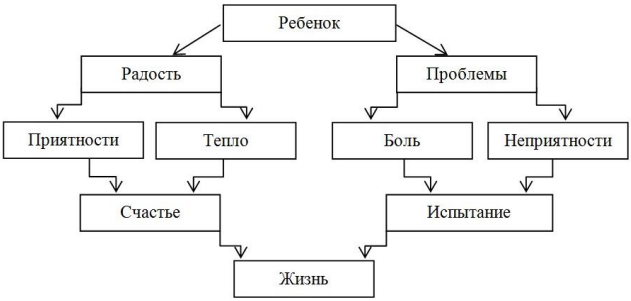

Рис. 1 Ассоциации женщины на слово «ребенок»

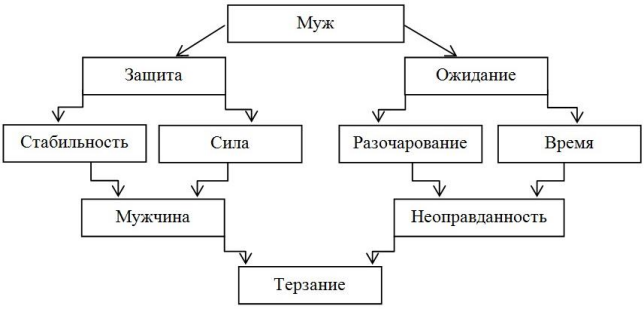

Рис. 2 Ассоциации женщины на слово «муж»

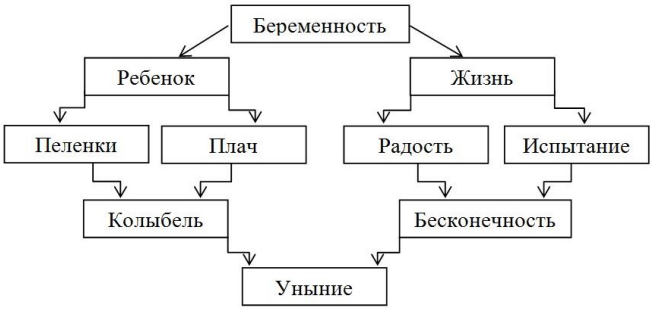

Рис. 3 Ассоциации женщины на слово «беременность»

Результаты такого и следования наглядно показывают, что необходимо переформулирование запроса супругов. Вначале они нуждаются в семейной психотерапии, направленной на гармонизацию их отношений. Только после ее успешного завершения возможна дальнейшая работа, направленная на возникновение беременности. Перинатальные психологи, проходившие у

нас тематическое усовершенствование и ознакомленные нами с этим методическим приемом, положительно отозвались о нем, широко используют его в разных городах Российской Федерации. В настоящее время совместно с профессором И.А. Горьковой мы проводим разработку психологического теста, основанного на использовании ассоциативного ромба.

О.В. Магденко и И.А. Стоянова считают важным выявление доминирующего репродуктивного мотива для оказания психологической помощи женщинам при становлении их материнской ролевой идентичности. С этой целью ими разработана анкета «Моя беременность», содержащая 70 утверждений, с которыми женщина соглашается или нет [24]. В результате авторы могут определить, какая репродуктивная мотивация доминирует:

- беременность ради самого ребенка;
- беременность для любимого мужчины;
- беременность для соответствия социальному статусу;
- беременность как протест;
- беременность для сохранения отношений;
- беременность как отказ от настоящего;
- беременность для сохранения собственного здоровья;
- беременность для получения материальной выгоды;
- беременность как уход от одиночества;
- беременность для рождения ребенка определенного пола;
- беременность для получения поддержки в старости;
- беременность в связи с религиозными убеждениями;
- беременность как привлекательность неизвестного, как интерес

Анализ результатов ответов может установить степень их искренности, а кроме того результаты анкетирования позволяют выявить планировалась ли беременность, желанной она была или нет [24].

Безусловно, в психологическом обследовании и сопровождении нуждаются пары при использования вспомогательных репродуктивных технологий, суррогатного материнства.

На *стадии беременности (гестации),* помимо указанных методик, используются как находящиеся в арсенале медицинского психолога, так и специально разрабатываемые.

К первой группе относится множество известных методик, используемых перинатальными психологами как в практике, так и для научных исследований. Среди наиболее часто встречающихся нужно назвать проверенные временем методику САН (самочувствие, активность, настроение) [1; 18; 20], шкалу самооценки тревожности Спилбергера-Ханина, представляющую собой разработанную в 1972 году Ch. Spielberger шкалу State-Trait Anxiety Inventory (STAI) и адаптированную в России в 1976 году Ю.Л. Ханиным, позволяющую дифференцировано измерять тревожность и как личностное свойство, и как состояние [1; 5; 34]. Нередко используют для исследования беременных женщин популярные, но трудоемкие анкетные методы оценки индивидуально-психологических особенностей личности, такие как Многофакторный личностный опросник (Sixteen Personaflity Factor Questionnaire – 16PF) R.B. Kettella, состоящий из трех разделов. Опросник имеет три формы: А, В, С. Причем разделы А и В содержат по 187 вопросов каждая, а раздел С – 105 вопросов. С нашей точки зрения, исследование с помощью этого опросника слишком утомительно для беременных женщин, а сама процедура может повлечь неблагоприятные результаты. То же самое можно сказать о разработанном американскими психологами S. Hathaway, G. McKinley в 1943 году Миннесотском многоаспектном личностном опроснике (Minnesota Multiphasic Personality Inventory – MMPI), включающим 566 различных утверждений, на которые испытуемому необходимо дать положительный или отрицательный ответ, отражающий особенности его личности [1].

Для оценки семейных ролей, родительских установок нередко перинатальными психологами применяется методика Parental Attitude Research Instrument (PARI), разработанная американскими психологами E.S. Schaefer и R.Q. Bell и содержащая 115 суждений [3; 11; 32]. Для исследования особенностей семейных взаимоотношений, положения в системе межличностных отношений испытуемого удобно использовать проективную методику «Семейная социограмма» [29; 42]. Подробные сведения об

этих методиках и их использовании можно найти в литературных источниках, приведенных в конце данной статьи.

Многие перинатальные психологи сами разрабатывают опросники для своих пациенток, исходя из конкретных целей. К сожалению, большинство из них не стандартизированы и не верифицированы, хотя и дают интересные результаты. Пожалуй, единственной разработанной в России специально для использования перинатальными психологами отечественной методикой, признанной в 2014 году изобретением и получившей патент № 2572164, является «Способ тестирования состояния эмоционально-мотивационной сферы беременной» (авторы И.В. Добряков и О.В. Прохорова). Основа изобретения – популярный стандартизированная методика Тест Отношений Беременной (ТОБ) [13]. Теоретической базой теста является теория о гестационной доминанте [4; 6; 33] и представление В.Н. Мясищева о личности как динамической системы отношений [27; 28]. При возникновении кризисной ситуации, характеризующейся наличием определенной даты ее начала, необычайно сильных переживаний и напряжением адаптивных механизмов с целью выхода из кризиса [44]. При этом возникает единая функциональная система (доминанта), охватывающая весь организм человека. Проявляется доминанта изменениями в личностной системе отношений. Женщина, понявшая, что она беременна, независимо от того радостное это для нее известие или нет, оказывается всегда в ситуации, имеющей все признаки кризиса. Это приводит к изменениям в системе отношений ее личности. Особенности этих изменений влияют на развитие психологического компонента гестационной доминанты. В процессе работы под руководством академика А.С. Батуева нами в 1996 году в результате изучения анамнестических сведений, клинико-психологических наблюдений за беременными женщинами и бесед с ними было выявлено 5 вариантов психологического компонента гестационной доминанты (оптимальный, гипогестогнозический, эйфорический, тревожный, депрессивный) [12]. Мы отмечали, как беременность изменила их отношения к мужу, к окружающим людям. Особый интерес представлял, как сама женщина относится к своей беременности, к ребенку, которого вынашивает, к предстоящим родам, к кормлению гру-

дью. Интересно, что независимо от нас, изучая один из элементов психологического компонента гестационной доминанты (а именно – отношение женщин к своей беременности), Г.Г. Филиппова пришла к схожим результатам. Она описывает адекватный, тревожный, эйфорический, игнорирующий, амбивалентный и отвергающий «стили переживания беременности» [40]. Используя высказывания, отражающие особенности системы отношений беременных женщин с различными вариантами психологического компонента гестационной доминанты, мы и разработали тест отношений беременных (ТОБ) [13; 16]. Определение варианта психологического компонента гестационной доминанты позволяет разобраться в том, как складываются отношения в семье в связи с беременностью, разделить условно женщин на три группы.

Первая группа включает в себя практически здоровых беременных женщин, находящихся в состоянии психологического комфорта, имеющих оптимальный вариант психологического компонента гестационной доминанты. *Вторая группа* может быть названа «группой риска». В неё следует включать женщин, имеющих эйфорический, гипонозогнозический, иногда тревожный варианты психологического компонента гестационной доминанты. У них отмечается повышенная вероятность развития нервно-психических нарушений, соматических заболеваний или обострения хронических расстройств.

Третья группа состоит из женщин, также имеющих гипогестогнозический и тревожный варианты психологического компонента гестационной доминанты, но выраженность их клинических проявлений значительно больше, чем у представительниц второй группы. Сюда следует включать всех, имеющих депрессивный вариант психологического компонента гестационной доминанты. Многие беременные женщины из этой группы обнаруживают нервно-психические расстройства различной степени тяжести и нуждаются в индивидуальном наблюдении и лечении у психотерапевта или психиатра.

Тест Отношений Беременной (ТОБ) – скрининговый. Он даёт возможность судить о типе психологического компонента гестационной доминанты, основываясь на результатах исследования значимых отношений беременной.

Тест позволяет выявлять предрасположенность к нервно-психическим нарушениям у беременных женщин на ранних этапах их развития, связанные с особенностями семейных отношений и ориентировать врачей и психологов на оказание соответствующей помощи. Простота использования теста и его информативность послужили причиной рекомендовать его использование перинатальным психологам, работающим в женских консультациях. Он включен в методические рекомендации Минздрава РФ «Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации» 06/370/855, утвержденные В.И. Скворцовой [14]. Тест отношений беременности успешно используется специалистами Москвы и Санкт-Петербурга, Новосибирска и Норильска, Ярославля и Екатеринбурга, Томска и Новгорода, Вологды и Челябинска, а также многих других городов Российской Федерации. Тест применяется в республиках Беларусь, Украина, Кыргызстан, Латвия, Литвы и др. Он переведён на английский, армянский, кыргызский, латышский, французский языки. Тест опубликован и рекомендуется к применению многими изданиями, в которых можно найти его подробное описание и инструкцию к использованию [8; 14; 15; 17; 30; 32 и др.]. ТОБ активно используется при проведении диссертационных исследований как психологами [19; 23; 35; 38 и др.], так и врачами [22; 25; 31 и др.].

Однако ТОБ не содержит тестовых заданий, ответы на которые характеризовали бы состояние беременной женщины перед тестированием, а именно: усталость, перенапряжение, недомогание и т. п., что может отразиться на результатах исследования. Чтобы устранить это было решено предварительно провести оценку функционального и эмоционального состояний беременной женщины с помощью уже упоминавшейся, проверенной временем методики САН (самочувствие, активность, настроение). Если результат оценки удовлетворительный, то выполняется обследование женщины при помощи теста отношения беременной, если результат оценки функционального и эмоционального состояний женщины неудовлетворительный, то женщине проводят психокоррекцию эмоционально-мотивационной сферы методом позитивной психотерапии. Потом повторно оценивают функциональное и эмоциональное состояния беремен-

ной женщины и, если результат оценки удовлетворительный, то выполняют обследование женщины при помощи теста отношений беременной. Таким образом, «Способ тестирования состояния эмоционально-мотивационной сферы беременной» повышает достоверность полученной характеристики психологического компонента гестационной доминанты женщины, а, следовательно, снижает вероятность оказания беременной неправильной медицинской помощи, снижает риск осложнений в течении беременности и в родах.

Большой интерес представляет разработка для исследования женщин в антенатальном периоде проективных методик. Примером одной из так их популярных методик может служить проективный тест, предназначенный для исследования материнской сферы у беременных «Я и мой ребенок». Его разработала Г.Г. Филиппова [41]. По мнению автора теста, результаты позволяют изучить динамику психического состояния женщины во время беременности. Испытуемой женщине предлагается сделать на стандартном листе рисунок себя и своего ребенка, используя цветные карандаши 12 цветов. При оценке результатов обращают внимание на наличие на рисунки и автора, и ребенка. Учитывается их расстояние друг от друга, взаимодействие, окружение. По принятым в рисуночных тестах формальным признакам (расположение на листе, размер фигур, характер линий, раскраски и пр.) проводится субъективная оценка. Наиболее диагностически значимыми Г.Г Филиппова считает отсутствие на рисунке автора; отсутствие на рисунке ее ребенка; замену образа себя и/или ребенка на символ, растение, животное; укрытие ребенка в коляске, кроватке, животе матери; изоляция ребенка; большое расстояние между матерью и ребенком. По результатам тестирования Г.Г. Филипповой удалось выделить 4 категории материнской сферы: благоприятная ситуация; незначительные симптомы тревоги; наличие тревоги и неуверенности в себе; конфликт с беременностью [41].

Также Г.Г. Филиппова использует проективные рисуночные тесты проективные рисуночные тесты «Моя семья», «Я – ребенок и моя мама» [41] и на другие темы в зависимости от ситуации. Их применение решает вопросы не только диагностики (которая очень субъективна,, а потому трудна), но и установле-

ния с пациенткой доверительного отношения. снятия напряжении я, структурирования беседы. Брутман В.И., Филиппова Г.Г. и Хамитова И.Ю. разработали и используют проективные методики «Фигуры», тест «Эпитеты» [9].

При проективных тестах исследуются интерпретации проекций испытуемого на стимульный материал. При оценке результатов очень важны профессионализм и опыт исследователя, в противном случае интерпретироваться будут не только и не столько проекции испытуемого, сколько его собственные.

В кратком обзоре удалось коснуться лишь некоторых психологических методик в области и проблем их создания. Желающие познакомиться с ними поближе могут сделать это, используя приведенные источники. Надеемся, при этом могут возникнуть новые идеи, желания научного поиска, творчества.

Литература

1. Абрамченко В.В. Психосоматическое акушерство. – СПб.: СОТИС, 2001. – 320 с.
2. Абрамченко В.В., Коваленко Н.П. Перинатальная психология: теория, методология, опыт. – Петрозаводск: ИнтелТек, 2004. – 3350 с.
3. Архиреева Т.В. Методика измерений родительских установок и реакций // Вопросы психологии. – 2002. – №5. – С. 144-152.
4. Аршавский И. А. Очерки по возрастной физиологии. – М.: Медицина, 1967. – 476 с.
5. Батаршев А.В. Базовые психологические свойства и самоопределение личности: Практическое руководство по психологической диагностике. – СПб.: Речь, 2005. – С. 44-49.
6. Батуев А. С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // «Детский стресс – мозг и поведение»: тезисы докладов научно-практ. конф. – СПб.: Междунар. Фонд «Культурная инициатива», СПбГУ, РАО, 1996. – С. 3-4.
7. Батуев А. С., Соколова Л. В. Биологическое и социальное в природе человека // «Биосоциальная природа материнства и раннего детства» под ред. А. С. Батуева. – СПб.: Изд-во С.ПбГУ, 2007. – С. 8-40.
8. Билецкая М. П., Маликова Т. В., Семейная психология и семейная психотерапия. Часть I. Перинатальный период развития. Учебно-методическое пособие. – СПб.: изд. СПбГПМА, 2008. – 84 с.
9. Брутман В.И., Филиппова Г.Г., Хамитова И.Ю. Методики изучения психологического состояния женщин во время бебременности и после родов. // Вопр. психол. 2002. №3 – С. 110-118.

10. Винникотт Д. В. (Winnicott D. W., 1966) Маленькие дети и их матери. – М.: Независимая фирма «Класс», 1998. – 80 с.
11. Головей Л.А., Рыбалко Е.Ф. Измерение родительских установок и реакций // Практикум по возрастной психологии. – СПб.: Речь, 2001. – 688 с.
12. Добряков И.В. Типология гестационной доминанты // материалы 3-й международной конференции. – СПб: ЮНЕСКО, МО России, 1996. – С. 21-22.
13. Добряков И.В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты // Перинатальная психология и нервно-психическое развитие детей: сборник материалов конференции под редакцией И .В. Добрякова, Н. П. Коваленко. – СПб.: НИИ Ак. и Гинек. им. Д.О. Отта, Межрег. Ассоц. Перинат. Психологии и Медицины России, 2001. – С. 39-48.
14. Добряков И.В., Макушкин Е.В., Костерина Е.М. Организация работы психотерапевтического кабинета в женской консультации: методические рекомендации Минздравсоцразвития РФ, 2009. – 28 с.
15. Добряков И.В. Перинатальная психология. 2-е изд. – СПб.: Питер, 2015. – 352 с.
16. Добряков И.В. Разработка и валидизация методики определения особенностейпсихологического компонента гестационной доминанты. // Журнал «Психологическое здоровье». – №7. – 2011. – С.42-47.
17. Добрянская Р. Г., Евтушенко И. Д., Залевский Г. В. Система дифференциальной медико-психологической помощи беременным женщинам: методические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов и психологов женских консультаций. – Томск: Сибирский ГМУ, 2005. – 59 с.
18. Доскин В.А., Лаврентьева Н.А., Мирошников М.П., Шарай В.Б. Тест дифференцированной самооценки функционального состояния // Вопросы психологии. – 1973, – № 6. – С.141-145.
19. Жданова Т. Н. Особенности эмоционально-личностной сферы наркозависимых и ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности. – Автореф. дисс. … канд. психол. наук. – Калуга, 2004. – 19 с.
20. Карелин А. Большая энциклопедия психологических тестов. – М.: Эксмо, 2007. – 416 с.
21. Кельмансон И.А Перинатология и перинатальная психология : учебн. пособие. – СПб.: СпецЛит. – 226 с.
22. Колесников И.А. Невротические депрессивные расстройства и семейное функционирование у беременных женщин (в связи с зада-

чами психотерапии): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб, 2010. – 20 с.
23. Магденко О.В. Деструктивные репродуктивные мотивации у беременных женщин при становлении материнской ролевой идентичности. – Автореф. дисс. … канд. психол. наук. – Томск, 2012. – 23 с.
24. Магденко О.В., Стоянова И.А. Пс ихологическая помощь беременным женщинам при становлении материнской ролевой идентичности. – Новосибирск, Томск: Полиграфическая компания, ИП Малыгин, 2012. – 224 с.
25. Макарова А. А. Влияние тревожности во время беременности на развитие диады «мать-ребёнок». – Автореф. дисс. … канд. мед. наук. – Архангельск, 2006. – 22 с.
26. Малер М.С. (Mahler M.S., 1975) Психологическое рождение человеческого младенца: симбиоз и индивидуация / Маргарет С. Малер, Фред Пайн, Анни Бергман; пер. с англ.: [Е.А. Шадрова, Е.А. Перова]. – Москва: Когито-Центр, 2011. – 411 с.
27. Мясищев В.Н. Личность и неврозы. – Л.: Изд-во ЛГУ, 1960. – 426 с.
28. Мясищев В.Н., Голиков Н.В. (1974) Теория отношений и принцип доминанты в психофизиологической деятельности человека // Мясищев В. Н. Психология отношений: избранные психологические труды. – М.: Изд. «Институт практической психологии», Воронеж: НПО «МОДЭК», 1995. – 356 с.
29. Никольская И.М., Пушина В.В. Семейная социограмма в психологическом консультировании. – СПб.: Речь, 2010. – 223 с.
30. Олифирович Н. И., Зинкевич-Куземкина Т. А., Велента Т. Ф. Психология семейных кризисов. – СПб.: Речь, 2006. – 360 с.
31. Прохорова О.В. Пути оптимизации амбулаторного ведения ювенильной беременности. – Автореф. дисс. … канд. мед. наук. – Самара, 2006. – 30 с.
32. Сидоров П.И., Чумакова Г.Н., Щукина Е.Г.Перинатальная психология. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 143 с.
33. Смирнов А.Г. Взаимосвязь ЭЭГ беременных женщин с их уровнем тревожности // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. – 2005. – Т. 55, N 3. – С. 305-314.
34. Спилбергер Ч. Концептуальные и методологические проблемы исследования тревоги // Тревога и тревожность: хрестоматия. – сост. В.М. Астапов. – СПб.: Пер Сэ, 2008. – С. 85-99.],
35. Спицина Н. К. Перинатальные аспекты материнско-детских отношений в семьях детей с детским церебральным параличом: Автореф. дис. канд. наук. – СПб., 2008. – 20 с.

36. Стерн Д. Н. (Stern D. N., 1985) Межличностный мир ребёнка: взгляд с точки зрения психоанализа и психологии развития / пер с англ. – СПб.: Восточно-Европейский институт психоанализа, 2006. – 376 с.
37. Трушкина С.В. Мотивы рождения ребёнка у женщин с осложнённым акушерским анамнезом // Здоровье женщины. Вопросы профилактики и оздоровления: Мат. научно-практ. конф. 2-4 марта 2005 г. / под. ред. И.В. Добрякова и Ю.И. Мусийчука. – СПб.: Комитет здравоохранения Правительства СПб., 2005. – С. 88-89.
38. Урусова О. А. Динамика психических состояний беременных женщин и их нормализация с помощью авторской программы психофизиологической подготовки к родам. – Автореф. дисс. … канд. психол. наук. – Калуга, 2004. – 19 с.
39. Ухтомский А. А. Доминанта. – СПб.: Питер, 2002. – 448 с.
40. Филиппова Г. Г. Психология материнства. – М.: Изд. Ин-та ПТ, 2002. – 240 с.
41. Филиппова Г.Г. Метод рисуночного теста в психологической работе с беременными. – Исследовательский Центр Семьи и Детства РАО, Научный Центр Психического Здоровья РАМН. – http://www.childpsy.ru/lib/articles/id/9574.php
42. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. Психология и психотерапия семьи. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва и др.: Питер, 2008. – 668 с.
43. Эмерсон В.Р. (Emerson W.R.) Ранимый принейт // Феномен насилия (от домашнего до глобального). Взгляд с позиции пренатальной и перинатальной психологии и медицины. / под ред. проф. Г. И. Брехмана и проф. П. Г. Федор-Фрайберга. – СПб. – Хайфа: Издательство ИПТП, 2005. – С. 98-123.
44. Baumann U., Laireiter A.-R. Individualdiagnostik interpersonaler Beziehungen. // In K. Pavlik & M. Amelang (Hrsg.) Ensyklopadie der Psychologie: Grundlagen und Methoden der Differentiellen Psychologie. – Gottingen: Hogrefe, 1995. – Band. 1, S. 609-643.
45. Lebovici S. Le nourisson, la mere et le psychoanaliste: les interactions precoses. – Paris, Le Centurion, 1983.

Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А.

МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ ДЕТСКОГО АУТИЗМА И ДЕТСКОЙ ШИЗОФРЕНИИ

Расстройства аутистического спектра (РАС) и детская шизофрения (ДШ) представляют наиболее сложные, дискуссионные проблемы современной психиатрии и смежных наук. Актуаль-

ность их нозологической дифференциации составляет первостепенную проблему медицины в связи с высокой распространенностью в детской популяции РАС (62:10 000, ВОЗ. 2014) по отношению к ДШ (1,66 на 10 000 в РФ, 2012), трудностями диагностики, нарушениями социализации, недостаточной изученностью патогенеза [11, 13].

В 80-е годы прошлого века L.Kolvin (1971) и M.Ratter (1972) разделили детские психозы на детский аутизм, шизофрению и дезинтегративный психоз, однако, до настоящего времени в мире сохраняется дискуссия о принадлежности психотических форм РАС к шизофрении [13].

Возвращаясь к истории вопроса, следует отметить, что E. Bleuler (1911), охарактеризовал аутизм при шизофрении, как «отрыв от реальности вместе с относительным или абсолютным преобладанием внутренней жизни» для обозначения избегания социальной жизни, которое наблюдается у взрослых людей, больных шизофренией. Более того, уход больного в мир фантазий он обозначил термином «аутизм» и диагностировал аутизм у любых пациентов с психозами эндогенного и органического происхождения. Будучи одним из первичных расстройств, аутизм характеризуется им как шизофренический способ существования. Е. Блейлер именно в аутизме видел начало, создающее болезнь и источник возникновения других психических нарушений. Совпадающая с манифестацией болезни аутистическая трансформация личностного мира, изменившееся восприятие собственного «Я» и окружающего, наполненного новым смыслом и скрытыми значениями, переживается как катастрофа [15].

Применение данного понятия к картине аутистического расстройства у детей началось практически в одно и то же время. В 1943 г. L. Kanner в Балтиморе использовал термин «аутизм», введенный E. Bleuer, для описания «патогномоничного расстройства общего развития», которое проявляется неспособностью детей устанавливать нормальный контакт с людьми и адекватно реагировать на ситуации с начала жизни. Он описал 11 пациентов с «крайним аутичным одиночеством» и «навязчивым стремлением к однообразности». Полгода спустя H. Asperger (1944) в Вене употребил термин «аутизм» в таком

же ключе в публикации «Аутичные психопаты детского возраста», в которой он описал мальчиков с высоким интеллектом и расстройством способности контактировать с окружающими. Авторы независимо друг от друга начали использовать данное понятие в рамках проблемы аутизма, вынося его частично за рамки шизофрении. Из-за отсутствия единых диагностических критериев оставалось неясным, являются ли аутизм и детская шизофрения (ДШ) разными названиями одного расстройства или же они представляют собой разные, возможно, перекрывающиеся нозологии с характерной симптоматикой, манифестацией и течением. К сожалению, L.Kanner приложил руку к этой путанице, так как,с одной стороны, он недооценил разницу между его «аутизмом» и «детской шизофренией» у Potter (1933), Lutz (1937), Bender (1942). У его пациентов было врожденное нарушение способности формировать нормальный, биологически обусловленный эмоциональный контакт с окружающими, а дети с шизофренией демонстрировали нормальное развитие до определенного момента появления психотических симптомов. С другой стороны, L.Kanner считал аутизм психотическим феноменом, возможно, самым ранним проявлением шизофренического процесса. Правомерность отнесения к болезням шизофренического спектра синдрома Каннера (СК) вызывает значительные сомнения в связи с тем, что СК не имеет с шизофренией общих механизмов симптомообразования, ни свойственной шизофрении прогредиентности, ни сходства самого феномена аутизма [13, 21].

К этой неоднозначности клинических оценок решили подойти с двух сторон. Британская рабочая группа по шизофреническому синдрому в детстве постаралась определить общие факторы у детей с психозами (Creak et. al., 1961), тогда как рабочая группа ВОЗ, возглавляемая M. Rutter (1968), постаралась разделить эти два явления в детской психиатрии. Подборка специализированной литературы вошла в исторический обзор «Детские психозы и шизофрения» W. Parry-Jones (2001). На данном этапе развития науки представители детской психиатрии описали ДА как самостоятельную полиэтиологическую болезнь, не родственную эндогенным психозам, оставив за данным феноменом определяющим нарушение контактов пациента с внешним ми-

ром, сумели радикально отделить его от шизофрении, переведя в раздел детского аутизма. Начиная с поздних работ L. Kanner, Eisenberg (1958) по настоящее время, уточняются и изучаются преимущественно неспецифические симптомы аутизма: кататоническое возбуждение с определенным набором двигательных стереотипий, извращение аппетита с разными формами нарушениями пищевого поведения и другие нарушения поведения у больных с РАС [13].

Обсуждение связи аутизма и шизофрении далее осложнялось имеющимися диагностическими классификациями. В справочнике по диагностике и статистике психических расстройств (Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders — DSM-I (1952) у детей с симптомами аутизма диагностировалась «шизофреническая реакция детского типа». В DSM-II (1968) симптомы стремления к уединению, отстраненность, сенситивность, робость и застенчивость, а также общая неспособность устанавливать близкие межличностные взаимоотношения описывались как «реакция ухода в детстве».В DSM-III, МКБ-9 (1980) «Ранний детский аутизм» (299.0), как отдельная нозологическая единица, был выделен в рубрике 299 - «Психозы, специфичные для детского возраста» и разделен с «Шизофренией, детский тип» - 299.91 [11].

Детская форма шизофрениив МКБ-10 (1994) не упоминается. В США детскую шизофрению крайне редко ставят до 14- летнего возраста, в странах Европы – ранее 9 лет. Детская шизофрения в МКБ-10 (1994, 1995) не внесена и в «Общие нарушения психического развития» (F84). В связи с чем в МКБ-10 в РФ (1999) был введен специальный раздел – «шизофрения (детский тип)» – F20.8xx3. В него вошли тяжелые, «ядерные» формы шизофрении (кататоническая, гебефренная, параноидная) [10].

В80‑е годы прошлого столетия L. Wing ввела понятие «аутистический спектр» или континуум заболеваний, сопровождающийся нарушением общения, социального взаимодействия, социального понимания и воображения. Аутистический континуум включает генетически и клинически разнородные психические расстройства, объединенные признаком нарушенного социального взаимодействия[17]. В 2011 г. в ФГБНУ НЦПЗ континуум аутистических расстройств рассматривался в форме

«спектра аутистических расстройств» (Симашкова Н.В., 2011, 2013),утвержденное в классификации Американской психиатрической ассоциации (DSM-V, 2013) [14], как «Расстройства аутистического спектра»(РАС) с шифром 299.00 (F84.00). Уточняется, что проявления заболевания сильно различаются в зависимости от тяжести аутизма, уровня развития и хронологического периода, поэтому используется термин «спектр». «Тяжесть состояния» заключается в ухудшении и ограничении социального взаимодействия, повторяющейся картине поведения. Если в клинической картине присутствует кататония, то отдельно записывается «кататония, связанная с РАС» [11 – 13].

До настоящего времени остается дискуссионным вопрос о сущности аутизма. Что это — отдельный симптом, негативный синдром или нозологическая форма, болезнь (Красильников Г.Т., 1996; Башина В.М. и др., 1999)? Башина В.М. к детскому аутизму эндогенному отнесла «детский аутизм процессуальный, психотический», подразделив его (основываясь на временном принципе МКБ-10) на: 1) формирующийся с началом от рождения до 3 лет (ранняя детская шизофрения, инфантильный психоз); 2) формирующийся в связи с развившимся шизофреническим психозом от 3 до 6 лет [2].

Rapin в 1996 выделил «регрессивный аутизм» в относительно небольшой группе больных с РАС (10–20 %) с классическими симптомами аутизма и наступающей деградацией психики в возрасте 16–24 месяцев жизни, на фоне нормального развития или аутистического дизонтогенеза. У части этих больных периодически возникали эпилептическая активность на электроэнцефалограмме, преимущественно в ночные часы, и редкие судорожные припадки. Исход при этой форме РАС был крайне тяжелым с формированием олигофреноподобного и психоорганического дефекта (Симашкова Н.В., 2013; Gillberg Ch., 2009) [11, 15, 17]. Ch. Gillberg (2009) считает, что этот тип, иногда называемый «регрессивным аутизмом», является отдельной нозологической единицей, более близкой к детскому дезинтегративному расстройству, чем к варианту аутизма, описанному Л. Каннером [17]. По нашему мнению, описанное расстройство соответствует «галопирующей форме шизофрении» по Т.П. Симсон (1948), когда «процесс, начавшись очень бурно и остро, чрезвычайно

быстро приводит к тяжелой деградации психики, которая сохраняется в ремиссии с чертами диссоциации на раннем этапе и сглаживанием ее в отдаленном периоде болезни»; ранней детской злокачественной шизофрении с «регрессивными (негативными) расстройствами» по В.М. Башиной (1989) [1]; «дефект-психозам» по G. Huber (1979), которые развиваются по типу «шизофренической катастрофы» уже в первые 6–36 мес. болезни с ранним формированием олигофреноподобного дефекта. При выявленной феноменологической «универсальности» аутизма в детском возрасте (Тиганов А.С., Башина В.М., 2005), как одинаковости его клинических проявлений при разных заболеваниях, оставалось неясным, что лежит в основе этой общности как с психопатологических, так и с патогенетических позиций. Однако перечисленные L. Kanner и H. Asperger симптомы аутизма у детей настолько точны, что они практически не отличаются от используемых в настоящее время основных диагностических критериев в МКБ-10 (1994) [2, 10].

«Когнитивная» гипотеза, наоборот, в последние годы развивается, касаясь в основном таких сфер РАС, как нарушения социализации и коммуникации,при этом неизбежно затрагиваются и эмоциональные аспекты болезни. Важно, что эта теория тоже опирается в своих предпосылках на биологическую основу, а именно на открытие в мозге высших животных и человека системы зеркальных нейронов (Di Pellegrino et. al., 1992; Gallese et. al., 1996). Зеркальные нейроны — это группы клеток (MNS) коры мозга, которые активируются как при выполнении действия, так и при наблюдении за действием другого человека, т.е. функционально они связаны с процессами подражания. Подражание является одной из базовых форм обучения и играет основную роль в приобретении моторных, коммуникативных и социальных навыков. Предполагается, что через подражание системы MNS могут играть важную роль в способности понимать действия других людей, а также намерения и эмоции, которыми они в своих действиях руководствуются. Это достигается через механизмы моделирования восприятия в собственной моторной и лимбической системах (Oberman, Ramachandran, 2007) [16, 22], что обеспечивает основу для развития способов социализации, включая имитацию, понимание чужого сознания (Theory of

Mind), эмпатию (способность к сопереживанию) и язык. В многочисленных исследованиях последних лет показано, что работа системы зеркальных нейронов нарушена у людей с аутизмом, и это может влиять на их способность моделировать восприятие других индивидуумов (Oberman, Ramachandran, 2007; Williams et. al., 2001; Baron-Cohen, 2001). Неправильное функционирование MNS-систем, возникшее, возможно, в результате комбинации генетических факторов и неблагоприятных факторов окружающей среды, может приводить к нарушению представления «я — другие» и быть причиной социального и коммуникативного дефицита у больных с РАС (Williams et. al., 2001). Способность увидеть мир с точки зрения другого человека обозначают в литературе термином «Theory of Mind» — «модель психического состояния», или «понимание чужого сознания» (Premack, Woodruff, 1978; Baron-Cohen, 1989) [13]. Под этим термином подразумевают способность оценить весь набор психических состояний — намерений, желаний, надежд, эмоций, которые являются причиной действий другого индивидуума. Такой способности нет у детей с ДА, они часто неправильно понимают желания и поведение окружающих, относятся к ним как к неодушевленным предметам (Gillberg C., 1998) [17]. Поскольку им сложно оценить поведение других людей, они пребывают в растерянности в тех ситуациях, когда необходимо догадываться о намерениях, знаниях и эмоциях других. Что касается эмоциональной отзывчивости (эмпатии), то у больных, страдающих аутизмом, обнаруживается низкая активность премоторных зеркальных нейронов и отделов мозга, связанных с эмоциями: островком и миндалиной (Dapretto M. et. al., 2006) [11]. Для оценки нарушений в работе системы зеркальных нейронов и активности разных отделов мозга при РАС используются данные функциональной нейровизуализации. Часто применяется также ЭЭГ-метод, который позволяет изучать изменения мю-ритма, связанные либо с собственной двигательной активностью, либо с наблюдением чужих действий. Таким образом, «гипотеза зеркальных нейронов» позволяет объяснять с сугубо естественнонаучной точки зрения такие явления социальной жизни, как подражание, эмпатия, понимание чужого сознания, и вскрывает нейрофизиологические механизмы ДА [12, 13, 22].

По фенотипической картине ДА и ДШ близки, имеют сходный клинический уровень продуктивных малоспецифических кататонических нарушений, социальную дезадаптацию, доманифестный дизонтогенез. Однако при ДШ, помимо кататонических расстройств в приступах, отмечаются и другие общие критерии шизофрении - бред, галлюцинации, элементы синдрома Кандинского–Клерамбо (МКБ-10,1999) [10]. В круге негативных нарушений при ДШ уже на доманифестном этапе присутствуют признаки регресса, схизиса, неадекватность эмоциональных реакций. В ремиссии сохраняются двигательные стереотипии, тяжелый аутизм, когнитивный дефект. Течение болезни прогредиентное. При ДА кататонический синдром занимает основное место в структуре приступа, сменяется нажитым гиперкинетическим. При этом в ремиссии, когда смягчаются аутизм и когнитивный дизонтогенез, прослеживается положительная динамика течения болезни [13, 20].

До настоящего времени в мире не существует четких объективных показателей для их нозологического разграничения. В связи с этим своевременным и актуальным является поиск патопсихологических маркеров, наряду с базисными психопатологическими, для подтверждения разной нозологической принадлежности указанных расстройств. К тому же вся история изучения расстройств аутистического спектра прошла под знаком совместной работы врачей, психологов, педагогов. Больные, описанные Х. Аспергером и Л. Каннером, обязательно осматривались психологами. Среди нарушений различных сфер психики у них, с психологических позиций, выявлены нарушения общения и социализации, эмоционального развития, изменение этапов становления и функций речи, игровой деятельности, становления и протекания основных психических процессов (восприятия, мышления, памяти). В контексте отечественного подхода к ДА принято относить его к нарушениям развития — психическому дизонтогенезу (искаженному типу психического дизонтогенеза по В.В. Лебединскому) [9]. Основной особенностью психического дизонтогенеза при детском аутизме является диссоциированность, рассогласованность темпов и уровня развития различных сфер, в сочетании с ретардацией, опережением или нормальным развитием каждой составляющей психики [5, 6, 9].

При детском аутизме наиболее отчетливо проявляются явления асинхронии формирования функций и систем: развитие речи нередко обгоняет развитие моторики, тогда как при ДШ речь часто отстает, «абстрактное» мышление опережает развитие наглядно-действенного и наглядно-образного. Раннее развитие формально логического мышления усиливает способность к абстракции и способствует безграничным возможностям для умственных упражнений, не ограниченных рамками социально значимых оценок. При ДШ, как правило, у детей наблюдается диссоциированная ретардация интеллектуального развития, наряду с грубыми нарушениями в отдельных сферах интеллектуального развития. Cienfuegos A. et. al. (1999) отмечают, что при ДА нарушается точность обработки фонетической информации, и полагают, что дефицит точности фонетической обработки информации может существенно влиять на когнитивную дисфункцию при ДА [цит. по 7].

С клинической точки зрения нарушения мышления не являются специфическими для РАС. При ДА ряд отечественных и зарубежных исследователей отмечали особенности мышления, тогда как при ДШ явления расщепления (схизиса). Больные с ДШ при патопсихологическом обследовании выбирали второстепенные признаки, детали при невозможности выделить существенные, главные, категориальные признаки. У больных отмечалась сниженная способность к окончательной формулировке, наблюдалось соскальзывание по линии побочных связей, часто приводящее к неправильным выводам [5].

Рубинштейн С.Я. представила экспериментальные данные, свидетельствующие о том, что детям, страдающим ДА, доступен высокий уровень обобщения, но вместе с тем они допускают такие ошибки в выполнении заданий, которые свидетельствуют о непоследовательности суждений и искажении процесса обобщения, разноплановости и нарушении целенаправленности мышления. Очевидна связь речи и мышления при нормальном онтогенезе и при ДА. Отсутствие коммуникативной и регулирующей функции речи приобретает искаженный характер при аутистическом расстройстве. При выполнении теста Векслера дети с ДА обычно показывали большой разрыв между показателями невербального и вербально-логического интеллекта. Не-

удивительно, что даже интеллектуально-сохранный ребенок, страдающий аутизмом, при выполнении тестов на интеллект в результате получал балл, соответствующий детям с ЗПР или умственной отсталостью. В то же время у многих детей с синдромом Аспергера более выражены проблемы с предметной деятельностью, в результате чего вербально-логическое мышление оказывается более развитым, нежели наглядно-действенное. Важную роль в особенностях мышления играло также отсутствие переживания себя как активного участника процесса, в результате чего ребенок при возникновении схожей проблемной ситуации не был способен воспользоваться собственным прошлым опытом. Искажение самосознания также выступало в качестве одной из основных причин нарушения мотивационного аспекта мышления, отсутствия целенаправленности, недостаточности ориентировки текущей деятельности на результат [3].

В 80-е и 90-е годы прошлого века появился ряд публикаций психологов когнитивного направления, выделяющих в качестве основного дефекта (первопричины аутизма) дефицитарность определенных когнитивных процессов (Baron-CohenS., Leslie A., Frith U., 1986). Недоразвитие когнитивных процессов, ответственных за символическую репрезентацию объектов и событий, неспособность одновременно удерживать в памяти реальные и символические свойства предметов (Leslie, 1991) включали проблемы с символическим опосредованием, символической игрой и пониманием психической компоненты других детей (их намерений, желаний, возможности ошибочного мнения и пр.), юмора и дословное понимание метафор, образных выражений. При этом отмечается, что без специального обучения самостоятельно ребенок с ДА обучиться этому не способен [13].

Как отмечает ряд зарубежных исследователей, многим детям с ДА в целом доступны такие операции как соотношение, классификация, обобщение, понимание причинно-следственных связей и пр. Основная трудность состояла в активном использовании имеющихся знаний и навыков в обыденной жизни, ситуациях непосредственного общения с другими людьми, т.е. в переносе и модификации их в любой новой ситуации [11].

Экспериментальное исследование Sponheim S. et. al. (2003), направленное на изучение операционной стороны мышления, а

именно абстрагирования, сравнения, обобщения на материале интерпретации пословиц, обнаружило, что способность к абстрагированию и так называемому сверхобобщению позитивно коррелирует с общим уровнем развития пациентов.

Дифференциальная патопсихологическая диагностика ДА не должна сводиться лишь к оценке их умственных способностей (величине IQ). Данные об интеллектуальном развитии, следует рассматривать только в контексте особенностей общего психического развития ребенка. Помимо этого, особое внимание необходимо уделять уровню сформированности произвольной регуляции поведения, и в первую очередь регуляции, связанной с ориентировкой на других детей, и социальным мотивам [11, 13].

В ФГБНУ НЦПЗ с 2005 года и по настоящее время на базе отдела детской психиатрии проводится патопсихологическое дифференциально-диагностическое исследование ДА и ДШ. Выявлены диагностические патопсихологические маркеры, характерные для той или иной нозологии. Профили больных квалифицируются в рамках различных видов когнитивного дизонтогенеза [3]. Экспериментальные исследования состояния восприятия, мышления и мелкой моторики больных, посредством применения Психолого-образовательного теста (англ.абрр. PEP – Psycho Educational Profile) и батареи патопсихологических методик («Фигуры Липера», «Идентификация формы», «Конструирование объектов», «Малая предметная классификация»), подтверждают соответствие результатов PEP и патопсихологических методик в диагностике когнитивного дизонтогенеза (Коваль-Зайцев А.А., 2010) [4, 5, 7, 8]. По материалам оценки выделены три вида когнитивного дизонтогенеза у детей с аутистическими расстройствами: искаженный, дефицитарный и регрессивный с выраженным когнитивным дефектом. Первый отличался диссоциированным, по сравнению с нормой, психическим развитием (без грубого отставания, за исключением мелкой моторики); второй характеризовался выраженной диссоциацией в развитии разных сфер психической деятельности при определяющем значении ретардации. Данные виды когнитивного дизонтогенеза были характерны для больных с ДА. В свою очередь, третий вид когнитивного дизонтогенеза отличался выраженным

регрессом когнитивных функций и формированием олигофреноподобного дефекта и был характерен для больных ДШ [7, 8].

Необходимо отметить, что когнитивный дизонтогенез при ДА, представлял собой сочетание ретардации и акселерации. Дети с искаженным видом когнитивного дизонтогенеза не обнаруживали отставания в развитии по «шкале восприятия» PEP и были успешнее по результатам выполнения патопсихологических методик. Дети с дефицитарным видом когнитивного дизонтогенеза имели диссоциацию операционного и предметно-содержательного компонентов мышления и восприятия. Дети с регрессивным видом когнитивного дизонтогенеза (больные ДШ) имели выраженную дезинтеграцию и грубое отставание операционного и предметно-содержательного компонентов мышления и восприятия. При этом предметно-содержательный аспект мышления у всех больных имел более выраженное отставание, чем аналогичный компонент гнозиса [7, 8].

Итак, в связи с ростом распространенности аутистических расстройств у детей роль их верификации актуальна. По-видимому, это связано с улучшением диагностических возможностей современной науки, изучающей различные формы РАС и ДШ. Диагностика РАС у детей требует мультидисциплинарного подхода, построенного на взаимодействии клинических и параклинических методов, среди которых важнейшее значение имеют методы комплексной психологической диагностики [5, 8, 18]. При этом необходимо взаимодополняющее применение как количественных методов с более дифференцированной обработкой результатов, так и качественных патопсихологических методик [4, 5]. Мультидисциплинарный подход и привлечением дополнительных методов комплексной психологической диагностики (патопсихологических маркеров РАС и ДШ) к базисным психопатологическим, внесет весомый вклад в решение вопросов ранней диагностики, дифференциации, уточнения патогенеза, мониторинга состояния пациентов, позволит разработать новые дифференцированные подходы к терапии больных с ДА и ДШ.

Литература

1. Башина, В.М. Ранняя детская шизофрения (статика и динамика) / В.М.Башина // М.:Медицина, 2-еизд.,перераб. И доп.- 1989, -256 с.
2. Башина, В.М. Аутистические расстройства / Башина В.М. // Психиатрия: национальное руководство / под ред. Т.Б. Дмитриевой, В.Н. Краснова, Н.Г. Незнанова, В.Я. Семке, А.С. Тиганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009, с. 700–727.
3. Зверева, Н.В. Дисгармоничность как специфический признак когнитивного дизонтогенеза при шизофрении в детском возрасте / Н.В.Зверева//«В.М.Бехтерев и современная психология» Материалы докладов на российской научно-практической конференции. Казанский госуниверситет, 29-30 сентября 2005 г., Казань, Центр инновационных технологий, с.138-144
4. Зверева, Н.В. Патопсихология детского и юношеского возраста / Н.В.Зверева, О.Ю. Казьмина, Е.Г. Каримулина // М., Академия, 2008, – 208 с.
5. Зверева, Н.В. Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического спектра и эндогенной психической патологии у детей и подростков / Н.В.Зверева, А.А.Коваль-Зайцев // Вестник СМУС 74 Совет молодых ученых и специалистов, Выпуск № 2 (13), 2016 Том 4, стр. 12-19.
6. Ковалёв, В.В. Психический дизонтогенез, как клинико-патогенетическая проблема психиатрии детского возраста / В.В.Ковалев // Невропатология и психиатрия. М., 1981, т. 81, 10, – с. 1505 – 1509.
7. Коваль-Зайцев, А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами / А.А.Коваль-Зайцев // Автореферат канд.дисс. – Спб., 2010, - 26 с.
8. Коваль-Зайцев, А.А. Мультидисциплинарный подход при работе с детьми, страдающими расстройствами аутистического спектра / А.А.Коваль-Зайцев // Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4-6 октября 2016 г.) / Под ред. Е.В. Макушкина. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. – с. 189-191.
9. Лебединский, В.В. Аутизм как модель эмоционального дизонтогенеза / В.В.Лебединский // Вестник московского университета, научный журнал серия 14 психология. №2 1996 апрель-июнь, с.3-37.
10. МКБ-10. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств.

Клинические описания и указания по диагностике. / Под ред. Ю.Л. Нуллера и С.Ю. Циркина - СПб.: Оверлайд. - 1994. - 303с.
11. Симашкова, Н.В. Расстройства аутистического спектра у детей. / Н.В.Симашкова и др. // М.: Авторская академия, 2013.–264с.
12. Симашкова, Н.В. Клинико-биологические подходы к изучению расстройств аутистического спектра и шизофрении у детей в дифференциально-диагностическом аспекте / Н.В.Симашкова,Т.П.Клюшник, Л.В.Андросова, Л.П.Якупова // Психическое здоровье детей страны – будущее здоровье нации: сборник материалов Всероссийской конференции по детской психиатрии и наркологии (Ярославль, 4-6 октября 2016 г.) / Под ред. Е.В. Макушкина. – М.: ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2016. – с. 359-361.
13. Симашкова, Н.В. Клинико-биологические аспекты расстройств аутистического спектра /Н.В.Симашкова, Т.П.Клюшник и др. // М.: Гэотар-Медиа, 2016.–288с.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.
15. Clemmens, L.A systematic review of the long-term outcome of early onset schizophrenia / L.Clemmens,D.LVernaland H-Ch. Steinhausen// BMC Psychiatry 2012,12:150/
16. 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..P. 317.
17. Gillberg, C.The Biology of the Autistic Syndromes /C.Gillberg, M.Coleman// 3rd Edition Cambridge University Press.-2000.-330p.
18. Klyushnik, T.P.Nte State of Innate and Acquired Immunity in Children with Psychotic Forms of Autistic Spectrum Disorders / T.P.Klyushnik, L.V.Androsova,N.V.Simashkova,S.A.Zozulya,I.N.Otman and A.A.Koval-Zaytsev// Neuroscience and Behavioral Physiology, 2013; 43, 1.
19. Schopler, E.Psychoeducational Profile: Third Edition (PEP-3) /E. Schopler, M.Lansing, R.Reichler, L. Marcus // Austin: Texas, 2004.
20. Rapoport, J.A. Autizmspectrum disorders and childhood-onset Shizophrenia:clinical and biological contributions to a relation revisited / J.A. Rapoportat al. //J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2009,48(1), 8-10.
21. Remschmidt,H.Schzophrenie and Related Disorderers in Children and Adolescents / H.Remschmidt, F.V.Theisen // Journal of Neural Transmission Supplement,no. 69 (2005).

22. Zavadenko, N.N. New Approaches to the Diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder /N.N.Zavadenko,N.V.Simashkova// Neuroscience and Behavioral Physiology. 2014; 45(7): 837-842, IF 0.106 (SJR).

Зверева Н.В.

КОГНИТИВНЫЙ ДИЗОНТОГЕНЕЗ И ЕГО ДИАГНОСТИКА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

К истории вопроса. Как неотъемлемая часть аномального развития детей и подростков, нарушения познавательного развития изучаются специалистами психиатрами [4,31,34,35,39,40,41] и [1,3,10,11,14,15]. История изучения нарушений когнитивной (познавательной, интеллектуальной) сферы в психическом развитии ребенка насчитывает более 200 лет. В 1913 г. Г.Я.Трошин (1874-1938), выдающийся российский психиатр, педагог и психолог, опубликовал статью с говорящим названием «Детская ненормальность за последние 100 лет». Т. о., можно обозначить период изучения детской ненормальности (в том числе познавательной, когнитивной сферы) практически тремя веками – 19-м, 20-м, и 21-м [14, 22,32,36,37, 43].

В известных классификациях нарушенного развития существенное внимание уделяется проблемному, измененному, аномальному познавательному развитию. Начиная от Ж-Э. Эскироля с его разделением видов умственной отсталости в соответствии с вариантами развития\недоразвития речи, существенное значение в диагностике аномального развития играла оценка познавательных способностей. В России со второй половины XIX века стали выделять аномальных детей из общей массы, стала возможной организация для них специального обучения, а также призрение их в учреждениях медико-педагогического профиля [14,25,36,37]. Для этого сложились свои причины: новые классификации нарушенного развития, наличие средств диагностики, возможность медико-педагогического курирования особых детей (Наумова Г.В., 2009, Лубовский) [2,27,32].

Г.Я.Трошин предложил свою классификацию нарушений развития, в которой выделено два класса. Первый - 6 вариантов недоразвития (от грубого до более легкого), «по степени количественного снижения психики». Говоря современным языком, все это варианты когнитивного недоразвития (анэнцефалы; аб-

солютный идиотизм с болезненными осложнениями; расстройства движения; эпилепсия, параличии т.д.; типичный идиотизм без осложнений; переходные степени от идиотизма к слабоумию; слабоумие или имбецильность; отсталость). Второй класс включает 10 видов разнообразных проявлений неврозов и психозов (дегенеративный тип; маниакально-депрессивный психоз; истерический тип; эпилептический тип; психозы при деменциях; расстройства желез внутренней секреции; расстройства при заболеваниях мозга; травматические психозы; токсические психозы, детский алкоголизм; инфекционные психозы, хореические неврозы; детский прогрессивный паралич). В конкретизации представлений Г.Я. Трошина о нарушенном развитии большое место занимает анализ отвлечения и обобщения (по сути – центральной составляющей когнитивной сферы). Он пишет, что «возможность механического (словесно-заимствованного) отвлечения отделяет отсталых детей от имбециллика, а невозможность истинного отвлечения и обобщения кладет грань между ними и нормой» [35, с.161]. Таким образом, одним из существенных аспектов оценки психического недоразвития Г.Я.Трошин полагает, выражаясь современным языком, когнитивную недостаточность, когнитивные дефициты и дефекты и своеобразие когнитивного развития в целом. Все это служит одним из логических обоснований фундамента концепции когнитивного дизонтогенеза, развиваемой в настоящее время. Среди других важных идей Г.Я.Трошина отметим, вслед за О.В.Дружиловской и другими исследователями творчества Г.Я.Трошина, следующие:

- наличие у аномального ребенка потенциала психического развития;
- принципиальное сходство законов нормального и аномального развития, что является опорой в познании сути аномального развития;
- ориентация не столько на болезнь или дефект ребенка, сколько на незатронутые болезнью его потенциальные возможности; аномальный ребенок должен изучаться целостно и системно;
- значение роли социальной и образовательной среды и в воспитании и развитии аномального ребенка [2,7].

Г.Я. Трошин доказывал и показывал реальную возможность развития аномальных детей, их обучаемости и коррекции ослабленных и недостаточно развитых психических функций, прежде всего в рамках работы созданной им в Петербурге в 1906 г. школы-лечебницы для умственно отсталых детей. Краткий экскурс в теоретические воззрения и основы практической деятельности Г.Я.Трошина убедительно показывает значение правильной оценки и квалификации нарушенного развития и последующей коррекционной медико-психолого-педагогической работы. Эти идеи были поддержаны и развиты в отечественном подходе Л.С.Выготским и его последователями [2,5,7,8,9, 24, 25,32 и др.].

Исследование когнитивных возможностей и ограничений при умственной отсталости и задержанном развитии успешно продолжено в работах отечественных дефектологов, специальных и клинических психологов. В большинстве работ указывается на интеллектуально-мнестическую недостаточность (иными словами когнитивный дефект или, по меньшей мере, когнитивные дефициты), присущую этим детям [3,8,9,31]. Существенные изменения когнитивного развития, наблюдаемые у детей и подростков с умственной недостаточностью и задержками психического развития, хорошо изучены. Имеется арсенал диагностических средств для оценки интеллекта (Д.Векслер, С.Д.Забрамная и др.), специализированных к возрастным особенностям и интеллектуальным ограничениям этого контингента, ориентированным на последующую коррекционную работу. В отношении детей и подростков с эндогенной патологией такое направление разработано в меньшей степени [8,20,22,28].

Если мы обратимся к другому классу нарушений, связанных с нервно-психическими расстройствами в детско-подростковом возрасте, то и здесь мы увидим значение оценки когнитивной составляющей. В работах Г.Е.Сухаревой и других детских психиатров (Т.П.Симсон, Л.Каннер, Л.Бендер, В.В.Ковалев, М.Ш.Вроно, и др.) подчеркивалась сама возможность психической патологии в детском возрасте, сходной, но имеющей своеобразие по сравнению с формами, встречающимися у взрослых. Описанная Э.Крепелиным dementia praecox у взрослых и dementia praecocissima как психическое заболевание у детей с

раннего возраста уже в самом названии «слабоумие» имеют адресацию к когнитивному снижению (недоразвитию?), хотя другое название той же болезни – «шизофрения» - не предполагает быстро формирующегося и глубокого слабоумия [4,14.24,35,39].

Особое значение имеет то обстоятельство, что нервно-психическое заболевание ребенка всегда сосуществует с непрекращающимся развитием, системно влияя на непрерывную реализацию психического и физического развития ребенка. Вследствие болезни, острого или хронического воздействия других «вредностей», развитие ребенка меняется. Именно такое нарушение развития подразумевается отечественными психиатрами и психологами под термином «психический дизонтогенез». Зарубежными коллегами это содержание включено в термин «development psychopathology» (психопатология развития). Известно, что сам термин «дизонтогенез» был впервые применен чешским педиатром Йозефом Швальбе (1927, по В.В.Лебединскому) и касался он только внутриутробного нарушения развития [24,43].

М.Ш.Вроно, характеризуя психический дизонтогенез (нарушение развития на протяжении всей жизни индивидуума), обращает внимание на то, что дизонтогенез может быть пре- и постнатальным. В первом случае – это врожденные аномалии, во втором случае речь идет о разнообразных отклонениях в психическом развитии, «формирующихся на протяжении внеутробной жизни индивидуума» [4, с.3]. И в первом, и во втором случае следует ожидать своеобразия всего психического развития и его составляющей – когнитивного, познавательного развития. Для эндогенной психической патологии, детской шизофрении, выделяют варианты дизонтогенеза с преобладанием ретардации или асинхронии развития познавательной сферы (задержанный и искаженный тип по О.П.Юрьевой), шизотипический диатез [4,14,29,39].

Постановка проблемы. История изучения и квалификации видов психического дизонтогенеза подробно изложена в работах М.Ш.Вроно, В.В.Ковалева, В.В.Лебединского, Д.Н.Исаева, Е.В.Макушкина, И.И.Мамайчук, Н.Я. и М.М.Семаго, Н.В.Зверевой и других [4,12,14,17,23,26]. В.И.Лубовский, обсуждая проблему детей с недостатками развития, рассматривает

два принципа их оценки. Первый - по своеобразию психофизиологических и психических особенностей (это трудности школьного обучения, сенсорная недостаточность) и второй - по принципу дизонтогенеза (собственно характер нарушения развития). В типологии дизонтогенеза, предложенной В.В.Лебединским, заложена возможность индивидуально-групповых различий. Различия связаны с причинами нарушения, временем действия и интенсивностью фактора «вредности», вызвавшей нарушение, наличием первичного и вторичного дефекта.[24,32].Опора на вышеуказанные принципы, составляющие фундамент психологической типологии дизонтогенеза, позволила В.В.Лебединскому выделить шесть типов дизонтогенеза, возникающих под воздействием трех основных механизмов нарушения развития (остановка, поломка и асинхрония развития). Традиционно основное внимание практических клинических психологов, как отмечалось выше, было сосредоточено на дизонтогенезе по типу недоразвития. Изучались также задержанный, искаженный тип и их сложные сочетания в детско-подростковом возрасте. В отечественной дефектологии, специальной и клинической психологии, имеется достаточно средств для диагностики когнитивных нарушений. Большинство из них разработано для оценки недоразвития и задержанного типа психического дизонтогенеза [8,9,14.21,24]. Значение когнитивной составляющей в психическом развитии человека (как в норме развития, так и при отклонениях), требует особым образом выделять когнитивный дизонтогенез, как уровень общего дизонтогенеза, позволяющий детализировать варианты когнитивного недоразвития или искажения и т.п. при разных формах нервно-психической патологии и отклонений в развитии.

Нарушения познавательных процессов при разных вариантах дизонтогенеза являют собой традиционный предмет экспериментальных исследований в психологии и психиатрии (Лебединский В.В., Рубинштейн С.Я., Мандрусова Э.С., Иванова А.Я., Мелешко Т.К., Зверева Н.В. и др.) [18,19,20,21,25,29]. Модель эндогенной психической патологии, в которой когнитивным нарушениям отводится самостоятельная роль, активно разрабатывается учеными с последней четверти 20-го века [6,41,44,45,46]. В связи с этим вопросам диагностики когнитив-

ного дизонтогенеза - специфических нарушений познавательного развития - при эндогенной психической патологии у детей и подростков, выделению его видов, определению содержания придается большое значение. Существенное значение имеют вопросы диагностики:

- состояние отдельных когнитивных функций (памяти, внимания, мышления, восприятия) и их структурных компонентов, определяются когнитивные дефициты и степень их выраженности;
- своеобразие возрастной динамики познавательного развития при разных формах эндогенной патологии детей и подростков (собственно варианты когнитивного дизонтогенеза), отклонения этого познавательного развития от нормативного;
- формирование психического дефекта и его видов, влияющих на когнитивное функционирование (с учетом клинических факторов).

Для ответа на эти вопросы в отделе медицинской психологии (ранее – лаборатории патопсихологии Института психиатрии АМН СССР) ведется научно-исследовательская работа, начало которой положено еще в середине 1970-х гг. С 2005 г разрабатывается концепция когнитивного дизонтогенеза. Когнитивные дефициты, когнитивный дефект изучаются и обсуждаются как для случаев прогрессирующего заболевания эндогенного круга (шизофрении), так и отдельных видов нарушений развития (аутизм), проводится сравнение с другими вариантами психического дизонтогенеза. Одним из важных аспектов этой работы является изучение познавательного дефицита, формирующегося дефекта и проявлений дизонтогенеза с точки зрения выяснения определяющих его факторов, связи с основной этиологией отклоняющегося развития (типом дизонтогенеза) [12,14,25,32,37]. Экспериментальные исследования и диагностика нарушений, проводимые в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ, строились комплексно, сочетая качественный и количественный анализа с учетом клинических, психологических и возрастных факторов нарушенного развития. Работа ведется в соответствии с традициями отечественной патопсихологии, заложенными Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн, Ю.Ф.Поляковым. Психика растущего ребенка, в том числе страдающего нервно-психической

патологией, всегда пластична, она изменяется согласно возрастным законам, изменению социальной ситуации развития и под воздействием болезни. Структура когнитивного дизонтогенеза – это соотношение вызванных болезнью дефицитов и дефектов функционирования познавательных психических процессов (памяти, внимания, мышления, восприятия), модальностей их реализации (тактильной, слуховой, зрительной) на разных возрастных этапах. Своеобразие, связанное с болезнью, а также динамика, линия когнитивного развития, определяемая системным взаимодействием хода болезни, лечения на фоне продолжающегося развития ребенка/подростка, необходимо квалифицировать с точки зрения сохранных и нарушенных компонентов психики для определения дальнейшей абилитации/реабилитации, образовательного маршрута ребенка, его адаптации в социуме. Для решения этих вопросов надо определить необходимые оптимальные средства клинико-психологической диагностики [14.15.20,37].

Общие принципы и средства диагностики когнитивного дизонтогенеза. Если история изучения аномального развития насчитывает более 200 лет, то история диагностики отклонений с помощью специальных средств не столь продолжительна. Выделяются два подхода, с преимущественной оценкой количественных изменений развития и с преимущественным акцентом на качественном анализе структуры нарушений, с выделением специфики и нарушенных, и наличия сохранных звеньев психической (в том числе когнитивной) деятельности.

Диссоциация в развитии когнитивных процессов, их структурных компонентов – одна из базовых характеристик когнитивного дизонтогенеза при эндогенных психических заболеваниях в детско-подростковом возрасте, отмечается переплетение, сложное сочетание ретардации и акселерации. Для квалификации нарушений познавательного развития требуется привлечение различных средств психологической диагностики, в том числе разработанных для обследования детей с умственной отсталостью в дефектологии, а также в общей, возрастной психологии и патопсихологии для оценки когнитивного развития детей и подростков с аутистическими и другими психическими расстрой-

ствами, с опорой как на номотетический, так и идиографический подходы [14].

Организация исследования. Базовая модель для изучения когнитивного дизонтогенеза – познавательная деятельность детей и подростков при эндогенной психической патологии (шизофрении – F20.8 и F21 по МКБ 10), расстройствах аутистического спектра (F84). Группы сравнения – дети и подростки с другими нервно-психическими расстройствами и нарушениями развития (резидуально-органическая патология, задержки психического развития, умственная отсталость легкой степени). Применен метод поперечных возрастных срезов в широком возрастном диапазоне – от 7 до 16 лет (более 200 больных). Основные клинические группы патологии обследовались в стационаре, в период относительной стабилизации состояния, на фоне проводимой фармакотерапии. Все больные сопоставлялись с контрольной группой детей и подростков с нормативным развитием («практическая норма») – свыше 400 испытуемых.

Методы: патопсихологическая диагностика с применением экспериментальных и нестандартизованных патопсихологических методик для четырех познавательных процессов (память, внимание, мышление, восприятие) [13,14,15,16,18].

Психодиагностика интеллекта и психического развития осуществлялась с помощью тестов: тест Векслера, тест Кауфманов, Психологообразовательный профиль, Эдинбургский рисуночный тест (выборочно для отдельных клинических групп) [14,18,28,47].

Клинико-психопатологическая диагностика проводилась врачами-психиатрами и научными сотрудниками ФГБНУ НЦПЗ. Время проведения исследований – 2005-2015 гг.

Методы математической обработки данных - пакет SPSS ver. 21, MS Excel для ПК. Оценка вида когнитивного развития осуществлялась при помощи z-критериев, позволяющих сравнивать разновозрастные выборки, т.к. при таком сравнении каждый испытуемый соотносится с нормативными данными соответствующего возраста.

Основные гипотезы:

- Когнитивный дизонтогенез объединяет варианты познавательного развития аномальных детей и подростков и может быть

представлен как динамика различных когнитивных дефицитов и/или видов формирующегося дефекта.

- Когнитивный дизонтогенез как нарушение развития познавательной сферы, проявляясь через дефицит и дефект, имеет нозоспецифическое своеобразие с преимущественным проявлением асинхронии или ретардации развития познавательной сферы и ее компонентов.
- Виды когнитивного дизонтогенеза и дефекта при эндогенной психической патологии и РАС диагностируются с применением комплексного экспериментально-психологического и психодиагностического подходов.
- Структура когнитивного дизонтогенеза определяется соотношением общего интеллектуального уровня (изменение IQ) и специфических особенностей развития психических процессов (ВПФ): нарушений и выраженного своеобразия мышления, изменения динамических параметров памяти и внимания в виде отставания от их нормативного уровня.

Результаты диагностики. Содержание когнитивного дизонтогенеза – сочетание дефицитов и дефектов познавательного развития (память, мышление, восприятие, внимание, их структурные компоненты), как мы полагаем, связано с клиническими и возрастными факторами. Приведем наши определения базовых понятий: когнитивный дизонтогенез, когнитивный дефицит и когнитивный дефект.

Когнитивный дефицит (мы полагаем, что он, возможно, обратим) – это состояние нарушения, прежде всего снижения, познавательной деятельности вследствие преморбидных особенностей, остроты состояния, обострения заболевания, может быть связан с позитивной симптоматикой.

Когнитивный дефект (формируется вследствие болезни, трудно обратим) – это грубые стойкие или нарастающие нарушения (снижение уровня и даже распад как отдельных познавательных функций, так и всей познавательной деятельности), изменения, вызванные болезнью, или связанные с первичным дефектом другого происхождения, связан с негативной симптоматикой.

В отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ разработано несколько диагностических комплексов, направленных на выяв-

ление специфики когнитивного развития при эндогенной психической патологии детей и подростков, *виды когнитивного дизонтогенеза* и *варианты когнитивного дефекта* [16,21,33,38].

Диагностика когнитивного развития, безусловно измененного в связи с болезнью, позволила выделить следующие его варианты, частота встречаемости которых различна:

1. опережающее (хотя бы один психический процесс идет с опережением, остальные – в нормативном темпе) – самый редкий вариант в нашей выборке;
2. собственно нормативное (бездефицитарное по основным психическим функциям – памяти, вниманию, мышлению, восприятию) – встречается в при разных диагнозах круга шизофрении от 5 до 25% случаев;
3. искаженное (хотя бы один из психических процессов опережает норму, и хотя бы один отстает) – относительно редкое (до 5-7 % случаев);
4. дефицитарное (хотя бы один психический процесс в норме, остальные – с отставанием от нормы) – самый частый вариант линии когнитивного развития, около половины случаев;
5. в условиях формирующегося/сформированного дефекта (все психические процессы имеют отставание от нормы) представлен по-разному в зависимости от диагноза и других клинических показателей, самый частый в группе F20.8 из всех групп с расстройствами шизофренического спектра [19].

Для последних трех вариантов когнитивного развития следует говорить о когнитивном дизонтогенезе, эти же варианты могут составлять содержание когнитивного дефекта (парциального или тотального).

В работе А.А.Коваль-Зайцева, выполненной под нашим руководством, выделены виды когнитивного дизонтогенеза (см. статью Н.В.Симашковой, А.А.Коваль-Зайцева в настоящем издании) применительно к эндогенной патологии, протекающей с аутистическими расстройствами:

- **Искаженный** - сочетание опережения и нормативности познавательного развития с наличием специфических особенностей познавательной деятельности, прежде всего, нарушения избирательности мышления (асинхрония).

- **Дефицитарный** - на первый план выступают различные дефициты, достаточно стойкие с сохранением своеобразия познавательной деятельности при шизофрении (асинхрония и ретардация).
- **Регрессивно-дефектирующий** - основным является дефицитарность и даже регресс познавательных возможностей ребенка на фоне текущего психического (приобретенная ретардация) [14,15,22].

Исследование формирования дефекта при шизофрении, проведенное С.Е.Строговой под нашим руководством, позволило выделить два варианта когнитивного дефекта – парциальный и тотальный**.**

Можно соотнести виды дефекта и вид когнитивного дизонтогенеза следующим образом:

- **Парциальный** – IQ свыше 80 ед., наличие специфических нарушений познавательной деятельности, характерных для шизофрении и диссоциации развития отдельных психических процессов или их компонентов, что соответствуют *дефицитарному типу* дизонтогенеза.
- **Тотальный (олигофреноподобный)** - низкий IQ (до 70 ед.) и слабо выраженная диссоциация, более раннее начало прогредиентной болезни, что соответствует *регрессивно-дефектирующему типу* дизонтогенеза.

Схематично соотношения линий когнитивного развития, их связи с видом когнитивного дизонтогенеза и когнитивного дефекта представлены в таблице 1 (через величину z-критерия). Представленное соотношение вариантов когнитивного развития (от нормы до дефекта), видов когнитивного дизонтогенеза и когнитивного дефекта является новым уровнем обобщения цикла работ, проведенных под руководством Н.В.Зверевой в отделе медицинской психологии ФГБНУ НЦПЗ с 2005 по 2015 гг.

Таблица 1. Соотношение видов когнитивного развития, когнитивного дизонтогенеза и когнитивного дефекта при эндогенной психической патологии у детей и подростков

Когнитивное развитие	**Когнитивный дизонтогенез**	**Когнитивный дефект**
Опережающее($Z > 1.0$)	отсутствует	отсутствует
Нормативное ($1.0 \leq Z \leq 1.0$)		
Искаженное если ПП отстает, то $Z < -1.0$) и/или ПП опережают ($Z > 1.0$)	Искаженный	Парциальный
Дефицитарное, когда один или несколько ПП отстает, ($Z < -1.0$)	Дефицитарный	
Дефект, все ПП отстают ($Z < -1.0$)	Регрессивно-дефектирующий	Тотальный

Анализ асинхронии развития в зависимости от возраста начала заболевания в клинических подгруппах круга шизофрении показал, что степень выраженности когнитивного дефицита детей и подростков имеет прямую связь с диагнозом. Наиболее грубые нарушения познавательного развития характерны для больных с детским типом шизофрении (F20.8), причем по всем познавательным процессам; а наиболее сохранное познавательное развитие определяется у больных с шизотипическим расстройством (F21). Существенно, что своеобразие познавательного развития (сочетание когнитивных дефицитов, нормы и опережений) связано с содержанием самих анализируемых психических процессов: максимально изменчивыми, динамичными являются характеристики внимания, наиболее стабильными (в том числе по проявлению нарушений) – характеристики мышления, тогда как характеристики памяти могут занимать промежуточное место.

Структура когнитивного дизонтогенеза задается параметрами динамики познавательного развития и выраженности когнитивных дефицитов. Более всего представлен вариант дефицитарного развития при всех диагнозах круга шизофрении.

В группе F21 отмечается сходная с нормативной положительная возрастная динамика познавательной деятельности во всех сферах, кроме мышления. Имеющиеся отличия во всех группах больных наиболее выражены в возрасте 9-14 лет, а в младшем

школьном и старшем подростковом возрасте различия с нормой минимальны.

Рассмотрим клинические соответствия видов когнитивного дизонтогенеза и вариантов психической патологии не только эндогенного круга (табл. 2).

Таблица 2. Когнитивный дизонтогенез при разных видах психической патологии детей и подростков (клинические соответствия)

Когнитивный дизонтогенез	**Эндогенная психическая патология**	**Аутистические расстройства**	**Другие виды психического дизонтогенеза**
Искаженный	Шизофрения /шизотипическое расстройство F21	Синдром Аспергера, высокофункциональный аутизм	Легкие формы задержки психического развития (психосоматика, депривация), идиопатические формы эпилепсии
Дефицитарный	Шизофрения (детский тип) F20.8	Синдром Каннера Инфантильный (детский) психоз	Задержка психического развития Умственная отсталость Резидуальные органические расстройства
Регрессивно-дефектирующий	Шизофрения (детский тип) F20.8	Атипичный детский психоз	Синдром Ретта Прогрессирующие органические заболевания ЦНС Тяжелые формы эпилепсии
отсутствует	В ряде случаев шизотипического расстройства F21, малопрогредиентные формы F20.8		Легкие формы ЗПР

Полученные в нескольких исследованиях данные позволяют обобщить изменения и своеобразие когнитивного развития с возрастом у больных с расстройствами шизофренического спектра. Близкие по нозологии группы F20 и F21 сходны по картине познавательной деятельности в младшем школьном возрасте, а по мере взросления в группе F20 наблюдается увеличение дефицитарности в сферах произвольной памяти и внимания по отношению к норме по сравнению с группой F21.

В группе F20 возрастная динамика познавательной деятельности минимальна, отмечается стойкое отставание от возрастной нормы на всех возрастных этапах, кроме младшего школьного возраста (7-8 лет), в группе F21 – около трети случаев – близкое норме когнитивное развитие без проявлений когнитивного дизонтогенеза.

Вышесказанное дает основание говорить и о возможностях дифференциальной диагностики с применением предлагаемых нами диагностических средств и способов оценки результатов (табл. 3).

Материалы индивидуального динамического наблюдения за больными с расстройствами шизофренического спектра показывают разные варианты динамики когнитивного дизонтогенеза: стабильность, переход на более тяжелый уровень дизонтогенеза, переход на более легкий уровень дизонтогенеза [15,19].

Для РАС получено следующее:

- преходящие и **обратимые дефицитарные когнитивные** нарушения при детском психозе, их нивелировка на фоне абилитации с исходом в когнитивный дизонтогенез искаженного вида.
- **необратимый когнитивный дефект** при атипичном детском психозе сохраняется и в состоянии ремиссии, сохранение стабильного когнитивного дефицита с дальнейшим включением в структуру олигофреноподобного дефекта при атипичном детском психозе характерно для регрессивно-дефектирующего вида когнитивного дизонтогенеза [15,30].

Таблица 3. Основные методики оценки когнитивного развития (в возрастном аспекте).

Возраст / **Параметры**	**5-7 лет**	**8-10 лет**	**11-13 лет**	**14-17 лет**
Психометрические средства оценки интеллекта	ЭРТ, РЕР, WICS, КАВ	ЭРТ (до 8 лет)	РЕР (до 12 лет)	WICS (до 15л.11 м.)
Экспериментальные патопсихологические методики				

Внимание	Тест Бурдона, тест Струпа, Шифровка	Те же +таблицы Шульте, тест Когана	Те же +Тест Виттенборна
Память	10 слов, простые парные ассоциации, сложные парные ассоциации (с7 л)	Те же + пиктограмма, ассоц. память, тактильная память, память+счет	
Мышление	4-лишний, малая предметная классификация, конструирование объекта (в т.ч. дошкольный вариант)	Те же+сравнение понятий, геометрическая классификация, пересечение классов,направленные вербальные ассоциации	+слоговая методика
Восприятие	Идентификация формы, Фигуры Липера, Контурные изображения (неполные, наложенные, завершенные)		

Когнитивное развитие детей и подростков при шизофрении преимущественно представлено вариантами когнитивного дизонтогенеза (искаженный, дефицитарный, регрессивно-дефектирующий), а в меньшей степени – вариантами нормального. По отдельным познавательным процессам выявлено следующее.

Произвольная память. Для больных шизофренией детей характерно относительное снижение продуктивности мнестической деятельности на вербальные (выражено - для F.20, негрубо - для F.21) стимулы, ухудшение произвольной тактильной и стереогностической памяти в сопоставлении с нормой развития при сохранности зрительной памяти. По основным характеристикам произвольного модального запоминания дети, больные шизофренией, занимают промежуточное место между здоровыми и детьми с резидуально-органическими расстройствами, приближаясь к норме при малой степени прогредиентности заболевания (шизотипическом расстройстве). Больные с детским типом шизофрении по всем показателям произвольного запоминания демонстрируют достоверно более низкие результаты, чем

дети с другими формами эндогенной патологии (различия статистически значимы на уровне 0,01).

Внимание. Метод возрастных срезов выявил не совпадающую по темпам в норме и при исследуемых формах шизофрении положительную возрастную динамику показателей по большинству параметров внимания от 8-9 к 10-11 годам. У детей младшего школьного возраста, больных шизофренией, показатель скорости и точности деятельности во всех проведенных пробах на внимание ниже, чем у здоровых детей того же возраста (различия статистически значимы на уровне 0,01).

Мышление. Наличие общих черт возрастной динамики показателей мыслительной деятельности в норме развития и при эндогенной психической патологии вне зависимости от времени проведения исследования указывает на типичность этих нарушений и меньшую подверженность влиянию социума. Возрастную динамику состояния мыслительной деятельности детей и подростков с эндогенной психической патологией следует рассматривать в контексте когнитивного дизонтогенеза. Его признаками выступают устойчивая дефицитарность предметно-содержательного аспекта мыслительной деятельности и вариативная изменчивость ее операционного компонента в связи с диагностической спецификой расстройств (более грубое снижение при диагнозе F20.8, различия статистически значимы на уровне 0,01).

Резюме. При всей изученности в психологии средств диагностики произвольной памяти и внимания, разных сторон мыслительной и перцептивной деятельности, до настоящего времени в отечественной практике отсутствуют четкие нормативные данные о возрастной динамике становления произвольной памяти и внимания (с использованием количественных оценок и специфических психологических диагностических процедур) при разных вариантах психического дизонтогенеза. Это справедливо также применительно к нарушениям когнитивного развития. Все проведенные комплексные исследования динамики когнитивного развития, выделения видов когнитивного дизонтогенеза и определения критериев и вариантов когнитивного дефекта показали принципиальное соответствие качественных методик отечественной патопсихологии и количественных методов

оценки когнитивного развития, функционирования и проявлений дефицита. Это дает в руки клинических психологов готовые инструменты для квалификации когнитивного дизонтогенеза не только при эндогенной психической патологии, но и при других нарушениях развития. Возможно решение вопросов дифференциальной диагностики. Показано, что при разных вариантах РАС у детей представлены все виды когнитивного дизонтогенеза, на формирование дефекта вследствие болезни, его содержание, структуру оказывают влияние индивидуальные особенности формирования психики («слабые» и «сильные» стороны психической деятельности), которые имеют определенные совпадения при шизофрении и РАС. Использованный методологический подход и методический инструментарий применимы для изучения и диагностики вариантов детской шизофрении и других видов отклоняющегося психического развития, прежде всего аутистического спектра, а также нарушений интеллектуального развития.

Дальнейшие направления исследований в области когнитивного дизонтогенеза – это поиск связей возраста начала заболевания (инициальные проявления, время появления патологической симптоматики и т.п.), других клинических показателей (ведущий синдром, прогредиентность и др.) и видов когнитивного дизонтогенеза, анализ различий по полу, успешности адаптации в социальной среде. Необходим выход на новый уровень системного анализа когнитивного и социального функционирования и их взаимосвязи при разных типах дизонтогенеза и нервно-психических расстройств у детей и подростков [1], прежде всего в целевой группе эндогенной психической патологии.

Литература

1. Алексеева А.М., Ильина М.Н., Щелкова О.Ю. Связь социально-психологической адаптации и особенностей развития интеллекта у детей с различными формами дизонтогенеза. // В сб.: Идеи Виктора Васильевича Лебединского в психологии аномального развития: сб. науч. ст. / Под ред. М.К.Бардышевской, Л.С.Печниковой, А.Л.Рыжова – М.: Акрополь, 2012, с.76-86.
2. Беленкова Л. Ю. Антрополого-гуманистическая концепция обучения и воспитания аномальных детей в научном наследии Г.Я. Трошина (1874-1938): автореф. дисс.канд. психол. наук – Нижний Новгород, 2000.

3. Белопольская Н. Л. Детская патопсихология. Хрестоматия //М.: Когито-центр. – 2001.
4. Вроно М.Ш. Детская шизофрения и дизонтогенез (клинический аспект). В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста.:Труды Всесоюзного центра психического здоровья АМН СССР// Под ред. А.В.Снежневского. - М., 1986. Т.3. - С.3-12.
5. Выготский Л. С. Собр. соч. в 6-ти томах/Лев Семёнович Выготский.–Т. 5.–Основы дефектологии //М.: Изд-во Акад. пед. наук. – 1983.
6. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Зайцева Ю.С. Нейрокогнитивный дефицит и его динамика у больных на начальных этапах шизофрении и шизоаффективного расстройства. // Наследие А.Р.Лурии в современном научном и культурно-историческом контексте: к 110-летию со дня рождения А.Р.Лурия/ Сост. Н.К.Корсакова, Ю.В.Микадзе. – М.: факультет психологии МГУ имени М.В.Ломоносова, 2012, с.177-183.
7. Дружиловская О.В. Научно-историческое наследие Г.Я. Трошина и его значение для современной специальной психологии и педагогики // Культурно-историческая психология. 2008. № 3. С. 11–16.
8. Забрамная С. Д. Психолого-педагогическая диагностика умственного развития детей: Учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов и ун-тов. — 2-е изд., перераб. — М.: Просвещение: Владос, 1995.
9. Защиринская О. В. Теоретические проблемы дизонтогенеза в изучении умственной отсталости // Вестник СПбГУ. Серия 12. Социология. 2012. №4. URL: http://cyberleninka.ru/article/n/teoreticheskie-problemy-dizontogeneza-v-izuchenii-umstvennoy-otstalosti (дата обращения: 09.11.2016).
10. Зверева Н.В. Когнитивные нарушения и особенности познавательного развития при эндогенной психической патологии у детей и подростков // Психиатрия. – 2013, № 02 (59), С.10-15
11. Зверева Н.В. Нарушения произвольной памяти в структуре когнитивного дизонтогенеза у детей с разными видами отклоняющегося развития // Культурно-историческая психология. 2008. №3. – С. 79-85.
12. Зверева Н.В. Психический и когнитивный дизонтогенез в детской клинической психологии. //Медицинская (клиническая) психология: традиции и перспективы. К 85-летию Юрия Федоровича Полякова. – М. 2013, с.121-131.
13. Зверева Н.В. Слухоречевая память и внимание у старших подростков при благоприятных формах эпилепсии и шизофрении // Известия Саратовского университета. Серия. Философия. Психология. Педагогика. – 2013, т. 13. Вып. 4, С.50-54.

14. Зверева Н.В., Горячева Т.Г. Клиническая психология детей и подростков. М.: Издательский центр Академия, 2013.
15. Зверева Н.В., Коваль-Зайцев А.А. Когнитивный дизонтогенез при расстройствах аутистического спектра и эндогенной психической патологии у детей и подростков // Вестник СМУС 74 Совет молодых ученых и специалистов, Выпуск № 2 (13), 2016 Том 4, стр. 12-19.
16. 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). Методические рекомендации. М. 2014.
17. Зверева Н.В., Рощина И.Ф. Проблемы дизонтогенеза в клинической психологии // Культурно-историческая психология,2008, № 3, с.39-43
18. Зверева Н.В., Строгова С.Е., Коваль-Зайцев А.А., Симашкова Н.В., Хромов А.И., Власенкова И.Н. К проблеме психологической (психометрической) диагностики интеллекта у детей с нарушениями психического развития. / Неврология и психиатрия им. С.С.Корсакова, 2015; выпуск 2, с. 21-27.
19. Зверева Н.В., Хромов А.И. Специфика когнитивного дефицита у детей и подростков при шизофрении: клинические и возрастные факторы // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. – 2014. – N 1 (24) [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 09.11.2016).
20. Иванова, А. Я., Мандрусова Э.С. Сборник трудов по патопсихологии детскоговозраста под ред. Э. С. Мандрусовой. – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2015.
21. Коваль-Зайцев А.А. Виды когнитивного дизонтогенеза у детей, больных эндогенными психическими заболеваниями, протекающими с аутистическими расстройствами: Автореф. дис. … канд. психол. наук. – СПб., 2010, 26 с.
22. Кононова М.П. Руководство по психологическому исследованию психически больных детей. - М., 1963.
23. Лассан Л.П. Нейрокогнитивный дизонтогенез при органических поражениях головного мозга. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон.науч. журн. 2011. N 5. URL: http:// medpsy.ru (дата обращения: 09.11.2016)
24. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М. 2011.
25. Мамайчук И.И. Изучение особенностей развития детей в условиях дизонтогенеза //Вестник Ленинградского государственного университета им. АС Пушкина. – 2011. – Т. 3. – №. 4.

26. Мелешко Т. К, Алейникова С. М., Захарова Н В. Особенности формирования познавательной деятельности у детей, больных шизофренией. - В кн.: Проблемы шизофрении детского и подросткового возраста/ под.ред. Вроно М. Ш. М. 1986.
27. Наумова Г.В. Становление и развитие коррекционно-развивающего обучения в отечественной педагогике второй половины XIX - первой трети XX веков - автореферат дисс. канд. пед. наук, М. 2009.
28. Панасюк А. Ю. Адаптированный вариант методики Векслера. – Рипол Классик, 1973.
29. Рощина И.Ф., Зверева Н.В. Клиническая психология развития и проблемы дизонтогенеза.//Мир психологии. 2012. № 2. С. 163-171.
30. Симашкова Н.В., Коваль-Зайцев А.А., Зверева Н.В., Хромов А.И. Когнитивный дефицит в структуре расстройств аутистического спектра// Психиатрия, 2010, №6, с. 5-15.
31. Симсон Т.П. Шизофрения раннего детского возраста. - М., 1948.
32. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. В. И. Лубовского. — 2-е изд., испр. — М. : Изд. центр «Академия»,2005.
33. Строгова С.Е., Сергиенко А.А., Зверева Н.В. Когнитивный дефект при расстройствах шизофренического круга у детей и подростков: психометрический и нейропсихологический подходы к оценке когнитивных нарушений [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 61–76. doi:10.17759/cpse.2016050105
34. Сухарева Г.Е. Лекции по психиатрии детского возраста. Избранные главы. Издание 2-е. М., 1998.
35. Тиганов А.С. (ред.) Руководство по психиатрии в 2-х тт.- М., Медицина, 1999.
36. Трошин Г.Я. Антропологические основы воспитания. Сравнительная психология нормальных и ненормальных детей. – П-д., школа-лечебница д-ра мед. Г.Я. Трошина, 1915. – 446 с.
37. Трошин Г.Я. Детская ненормальность за последние 100 лет. М., 1912.
38. Хромов А.И. Динамика когнитивного развития у детей и подростков при эндогенной психической патологии: Автореф. дис. … канд. психол. наук. – СПб., 2012. – 23 с.
39. Шевченко Ю.С. Детская и подростковая психиатрия: клинические лекции для профессионалов.- М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011.
40. Bromley E. (2007). Clinicians' Concepts of the Cognitive Deficits of Schizophrenia. Schizophr. Bull, 33(3):648-651.

41. Cervellione K.L., Burdick K.E., Cottone J.G. et al. (2007) Neurocognitive Deficits in Adolescents with Schizophrenia: Longitudinal Stability and Predictive Utility for Short-Term Functional Outcome. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry, 46(7):867-878.
42. Fish B. Children at risk for schizophrenia. N/Y., 1984344.
43. Gabrovska V.; Laws K.; McKenna P.J. Visual object perception in schizophrenia: further evidence for a selective impairment in semantic memory// Schizophrenia Research, Volume 24, Number 1, March 1997 , pp. 103-103(1).
44. Garralda E., Raynaud J. P. (ed.). Brain, mind, and developmental psychopathology in childhood. – Jason Aronson, 2012. – T. 19.
45. Harvey P.D., Strassnig M. Predicting the severity of everyday functional disability in people with schizophrenia: cognitive deficits, functional capacity, symptoms, and health status. - World Psychiatry 2012;11:73-79
46. Möller H.J. The assessment of cognitive impairment would be a relevant addition to the criteria for diagnosing schizophrenia // World Psychiatry. 2008 February; 7 (1): pp. 33-46.
47. Keefe R.S.E., Goldberg T.E., Harvey P.D. et al. The brief assessment of cognition in schizophrenia: reliability, sensitivity and comparison with a standard neurocognitive battery // Schizoph. Res. – 2004. – Vol. 68. – P. 283-297.
48. Schopler E., Reichler R.: Psychoeducation Profile. Baltimor, University Park Press (1979).

Горячева Т.Г., Кузнецова Ю.В.

МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ ПРОИЗВОЛЬНОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ У ДЕТЕЙ

В настоящее время обращает на себя внимание возросшее количество детей с парциальной несформированностью высших психических функций (ВПФ). Эта же картина отмечается и другими специалистами [7]. Современная диагностическая и коррекционная работа мало внимания уделяет двигательной активности, несмотря на всю ее важность для последующего развития ребенка в онтогенезе. С первых дней жизни ребенка двигательная активность ребенка должна усилено развиваться. Условием нормального становления моторной функции является ее формирование по определенным законам развития движений, обусловленных здоровым функционированием центральной нервной системы в онтогенезе. Основные двигательные навыки формируются последовательно и поэтапно. Чтобы какая-либо

двигательная функция полноценно функционировала, ребенку необходимо пройти несколько этапов ее развития. В процессе овладения каждым последующим этапом становления любой психической функции происходит закладка фундамента последующих этапов. Таким образом, пропущенный или не пройденный в полном объеме этап выбивает определенное звено из базиса будущих функций, что в дальнейшем проявляется функциональной недостаточностью двигательной сферы

В процессе развития двигательных функций ребенка очередность стадий не следует четко одна за другой. Может происходить частичное наслоение стадий. Продолжая развивать определенный двигательный навык, ребенок, начинает осваивать последующий. Становление моторики ребенка на начальных этапах развития характеризуется общими недифференцированными движениями, впоследствии происходит их разграничение и изоляция. Координация двигательных актов в процессе развития ребенка совершенствуется сверху вниз, начиная с головы, затем от головы к рукам, от рук – к туловищу и ногам. Поэтому контроль над движениями и положением головы формируется раньше, чем управление движениями ног (например, удержание головы младенцем). Развитие двигательных функций при нормальном развитии ребенка идет от центра к периферии – от проксимальных к дистальным участкам тела. Например, управление движениями плеч становится возможным раньше, чем контроль над движениями пальцев рук. Так, недостаточному развитию крупной моторики, как правило, сопутствует нарушение развития мелкой моторики. Всевозможные мышечные нарушения и зажимы более крупных мышц или мышечных групп будут препятствовать успешному развитию мелкой моторики рук и освоению ребенком навыка письма, рисования и пр.

Мозговое обеспечение развития двигательной сферы характеризует уровневое строение. Согласно работам Н.А. Бернштейна [1] существует пять церебральных уровней построения движений. Каждый уровень имеет определенную морфологическую локализацию, афферентацию и эфферентацию, нарушения функционирования каждого уровня проявляются определенными патологическими проявлениями. К моменту рождения мозг ребенка представляет собой субстрат с определенной функцио-

нальной готовностью. Для его нормального развития необходим непрерывный поток информации извне. С развитием двигательной активности ребенка тесно связаны и другие высшие психические функции, такие как пространственное восприятие и представления, речь, предметная деятельность, и пр. У детей в результате двигательных расстройств может утрачиваться мотивация к играм и любой другой деятельности. Тем не менее, множество перинатальных нарушений обуславливают последующую дисфункцию базовых двигательных навыков, которая часто остается вне зоны внимания, но ведет к парциальной незрелости ВПФ [6].

До сих пор в основе существующих отечественных и зарубежных методик диагностики произвольной двигательной активности лежит методика Н.Н. Озерецкого [4]. Часть этих тестов вошли в классическое нейропсихологическое обследование А.Р. Лурии. Переработанная методика используется в шкале Линкольна – Озерецкого [10], методике Озерецкого – Гельница (Германия). Существует методика Н.П. Вайзмана [2] с учетом уровневой теории построения движений. Ее модификация предложена И.Ф.Марковской [5] для исследования детей с задержкой психического развития. Показатели крупной моторики используются в тесте Bruininks Oseretsky [4]. Существуют тесты M-ABC [9]. В результате встает вопрос о дополнительной диагностике произвольной двигательной активности ребенка, которая может дополнить классические, ставшие широко известными, методики обследования, и не будет знакома ребенку.

Оценка произвольной двигательной активности в предлагаемом нами варианте не предполагает использования специальных тестовых материалов, т.е. его можно провести практически в любых условиях, что, несомненно, является немаловажным фактом. К особенностям проб относится использование разного набора заданий для правой и левой руки и дает возможность убрать влияние научения в процессе диагностики.

Описание проб. Обследование начинается с ведущей руки ребенка. Положение экспериментатора и ребенка при обследовании строго друг напротив друга. После каждого выполнения проб руки экспериментатора и ребенка возвращаются в исход-

ное положение – руки на столе перед собой, кисти рук расправлены, тыльной стороной вверх.

1. Кинестетический праксис.

1.1. Повтор положения пальцев рук по зрительному образцу. Ребенку предлагается три пробы на каждую руку: для левой руки положения пальцев рук – кольцо из пальцев 1-2, 2-3 вытянуты, кольцо из пальцев 1-4; для правой руки положения пальцев рук – латинская буква V из пальцев 2-3, пальцы 2-4 вытянуты, кольцо из пальцев 1-3.

Трудности выполнения проб связаны с возможными функциональными нарушениями или незрелости теменных и префронтальных отделов коры. К ошибкам выполнения относятся нечеткое воспроизведение позы, замена пальцев рук, трудности моторного воспроизведения и удерживания позы. Пробу можно предлагать детям с 3-х лет. В полном объеме проба доступна с 5 лет.

1.2. Повтор положения пальцев рук по тактильному образцу. Ребенок закрывает глаза, после чего пальцам его руки придается определенное положение. Далее происходит «снятие» позы. Ребенок должен воспроизвести положение пальцев руки на этой же руке. Для каждой руки предлагаются две пробы. Для левой руки положения пальцев рук - вытянут палец 2, при удовлетворительном выполнении пальцы складывались крестиком 2 на 3. Для правой руки положения пальцев рук – вытянут палец 5, при удовлетворительном выполнении пальцы складывались крестиком 3 на 2.

Трудности выполнения связаны с нарушением схемы тела и выражают заинтересованность теменных долей коры. Первая проба доступна у детей с 4-х лет. Проба в полном объеме доступна детям с 7 лет.

1.3. Проба с переносом положения пальцев руки с одной кисти руки на другую. Перенос с левой кисти руки на правую. Положение пальцев левой руки - вытянуты пальцы 2-5. Перенос с правой руки на левую. Положение пальцев правой руки - вытянуты пальцы 1-5.

Данная проба чувствительна к незрелой совместной работе полушарий мозга. Возможные ошибки - замена пальцев рук, повтор знакомых движений. В полном объеме проба доступна у

детей с 5,5 лет. В более раннем возрасте процент полного успешного выполнения достигает 50% у детей 4 – 4,5 лет, 10% у детей возраста 3-4 года. В пробе 1.3. 35% и 5 % соответственно.

Таблица 1.

№ пробы	Возраст ребенка	0 баллов, %	1 балл, %	2 балла, %	3 балла,%
1.1	5,5 – 7 лет	70	20	8	2
	Старше 7, 5 лет.	80	15	4	1
1.2	4-7 лет	60	18	12	10
	Старше 7, 5 лет	85	10	4	1
1.3	5,5-7 лет	70	20	8	2
	Старше 7. 5 лет	80	15	4	1

2. Исследование пространственной организации движения.

2.1. По образцу. Ребенок должен повторить позы предложенные экспериментатором, причем правая рука ребенка должна воспроизвести положение правой руки психолога. А) Правая рука согнута в локте и направлена вертикально вверх. Б) Левая рука согнута в локте, направлена вертикально вверх, правая рука согнута в локте, направлена влево и кончиками пальцев касается левой руки в середине предплечья. В) Левая рука выпрямленной кистью направлена в сторону ребенка, поднятым вверх большим пальцем касается подбородка. Г) Правая рука согнута в локте, кисть руки развернута к экспериментатору и кончиками пальцев касается его подбородка. Д) Левая рука касается правого уха.

К ошибкам выполнения относятся поиск позы, зеркальное воспроизведение позы, неверное пространственное расположение рук, нечеткость воспроизведения позы, нарушение пересечения средней линии тела. В этих случаях ошибки характерны для нарушения функционирования или незрелости теменно-затылочных отделов, лобных отделов и незрелости межполушарных взаимодействий. Проба выполняется детьми с 5 лет.

2.2. Воспроизведение позы рук по словесной инструкции.

А) Дотронуться правой рукой до левого уха. Б) Вытянуть вперед руки и повернуть их ладонями вверх.

Возможные ошибки – нарушение восприятия право-лево, непонимание пространственной организации движения по речевой инструкции. Трудности касаются незрелости лобных и теменно-затылочных зон коры. Проба выполняется детьми с 5, 5 лет. Ра-

нее этого возраста процент правильного выполнения этих проб 25-40 % для детей 4-4,5 лет и 5-10% для детей 3-4 лет.

Таблица 2.

№ пробы	Возраст ребенка	0 баллов, %	1 балл, %	2 балла, %	3 балла, %
2.1	5,5 – 7 лет	65	15	12	8
	Старше 7, 5 лет.	75	15	8	2
2.2	5,5 – 7 лет	70	14	11	5
	Старше 7, 5 лет.	80	13	5	2

3. Проба серийной организации движения. Исходное положение - руки ребенка лежат на столе. Одна рука повернута ладонью вверх и сжата в кулак. Другая рука лежит ладонью вниз с распрямленной кистью руки. Далее одновременно идет смена положения рук. Первоначально пробу показывает специалист 3-5 полных циклов. Ребенок воспроизводит по памяти показанную последовательность движений.

Данная проба позволяет выявить нарушения реципрокной координации, пространственной и серийной организации движения. Сбой программы движения в пробе (персеверации, лишние движения), смазанность выполнения при запоминании и по показу свидетельствует о незрелости лобных и теменных отделов левого полушария. При неверной пространственной организации движения могут быть нарушения функционирования теменно-затылочных отделов коры. Трудности в одновременном изменении положения рук могут быть связаны с функциональными нарушениями мозолистого тела, с незрелостью межполушарных взаимодействий. Четкое временное, звуковое, пространственное разделение характерно при стволовых дисфункциях и нарушении корково-подкорковых взаимодействий. Пробу выполняют дети с 5,5 лет. В полном объеме проба доступна с 6, 5 лет. До этого возраста процент правильного выполнения для детей 3-4 года 20%, 4-4,5 лет – 45%.

Таблица 3.

№ пробы	Возраст ребенка	0 баллов, %	1 балл, %	2 балла, %	3 балла, %
3	5,5 – 7 лет	65	20	10	5
	Старше 7, 5 лет.	75	15	8	2

4. Проба противопоставления большого пальца руки другим пальцам по очереди. Отдельно обследуются левая рука, правая

рука, две руки одновременно. Для детей с 8 лет вводится нумерация пальцев рук. Усложненный второй этап данной пробы предполагает выполнение задания на слух с закрытыми глазами, при этом ребенок ориентируется на номер пальца называемого специалистом.

Возможные нарушения могут быть связаны с функциональными нарушениями мозжечка, а также премоторной зоны коры. При усложненном варианте пробы трудности выполнения могут быть связаны с функциональной незрелостью лобных, височных, теменных зон коры больших полушарий головного мозга, нарушениями памяти. Первая часть пробы полностью устойчиво доступна у детей с 5 лет. Вторая часть пробы доступна детям с 7, 5 лет.

Таблица 4.

№ пробы	Возраст ребенка	0 баллов, %	1 балл, %	2 балла, %	3 балла, %
4	4-5,5 лет	60	15	15	10
	5,5 – 7,5 лет	81	10	7	2
	Старше 8 лет (усложненный вариант)	75	15	10	5

5. Одновременное соединение кончиков противоположных пальцев рук с сильным нажатием. Проба направлена на исследование пространственной организации, точности и планирования движения, оценки тонуса и мышечной силы пальцев, выявление синкинезий. Возможные ошибки при выполнении пробы - трудности одновременного соединения пальцев рук, неточности касания, нарушение симметрии позы, напряжение мимической мускулатуры лица.

Проба чувствительна к незрелости межполушарного взаимодействия (нарушение содружественного движения рук), дефицитарности стволовых структур (тонические нарушения), нарушениям теменно-затылочных зон (непопадание пальцев), лобных отделов коры (неудерживание заданной позы). Проба доступна детям с 4 лет.

Таблица 5.

№ пробы	Возраст ребенка	0 баллов, %	1 балл, %	2 балла, %	3 балла, %
5	3-4 года	50	20	15	15
	4-5,5 лет	67	15	10	8
	5,5 – 7 лет	75	13	7	5
	Старше 7, 5 лет.	80	13	5	2

6. Исследование праксиса позы и удерживания позы. В пробе ребенок должен воспроизвести заданную экспериментатором позу. Исходное положение - ребенок стоит с закрытыми глазами. Экспериментатор придает рукам ребенка следующее положение: левая рука вытянута в сторону, согнута вверх под прямым углом, кисть руки согнута и направлена кончиками пальцев на угол глаза ребенка (Уровень 1), не касаясь его; правая рука вытянута в сторону, согнута, кисть руки согнута и направлена кончиками пальцев на мочку уха ребенка не касаясь ее (Уровень 2). Через 10 секунд по команде ребенок опускает руки и открывает глаза. Далее ребенок должен воспроизвести указанную позу. После этого следует инструкция: «Постой так, пожалуйста, не двигайся. Мне нужно сделать запись». Через некоторое время следует команда отмены удержания позы.

Проба направлена на выявление осознания схемы тела, пространственной организации движения, возможности удержания заданной позы, возможности удержания заданной программы, возможности работать по словесной инструкции. Возможные ошибки выполнения при воспроизведении позы: ребенок не может воспроизвести позу, отказ от выполнения, руки ребенка находятся на одной линии над головой, при воспроизведении позы кисти рук выпрямлены, руки ребенка находятся на одной линии между уровнем 1 и 2, направления кистей рук выдержаны не четко. При исследовании удержания позы время четкого сохранения позы детьми без учебных трудностей более 30 сек. Возможные ошибки при удерживании позы – повороты корпуса, расслабление кистей рук, потеря точности позы, «съезжание» позы вниз, потеря позы.

В этой пробе выявляются нейродинамические нарушения (стволовые и корко-подкорковые связи), незрелость теменных, лобно-теменных отделов коры. Проба в полном объеме доступ-

на детям с 5 лет. Время удержания позы у детей 3-5 лет до 5 с.; 5-6 лет до 10 с.; 7-8 лет – до 15 с.; с 8 лет свыше 30 с.

Таблица 6.

№ пробы	Возраст ребенка	0 баллов, %	1 балл, %	2 балла, %	3 балла, %
6	5-6 лет	69	13	10	8
	7-8 лет	75	12	8	5
	Старше 8,5 лет.	80	10	8	2

7. Ходьба по команде - а) на носках; б) на пятках; в) вперед приставляя пятку к носку и выдерживая направление движения.

Проба направлена на выявление трудностей крупной моторики, «незрелости» движения, импульсивности, трудностей выполнения инструкции, выявление неравномерности распределения тонуса мышц, нарушения равновесия. Возможные причины – дефицитарность стволовых структур, мозжечковые нарушения. Возможные ошибки – напряженные движения рук, отсутствие согласованности движений рук при ходьбе, невозможность идти по прямой, невозможность сохранять равновесие, бег вместо ходьбы, трудности начать движение по команде. В полном объеме проба доступна с 5,5 лет. До этого возраста процент правильного выполнения для детей 3-4 года 35%.

Таблица 7.

№ пробы	Возраст ребенка	0 баллов, %	1 балл, %	2 балла, %	3 балла, %
7	4-5,5 лет	57	20	15	8
	5,5 – 7 лет	71	12	10	7
	Старше 7,5 лет.	80	15	4	1

8. Проба следования за пальцем руки. Указательный палец ведущей руки ребенка подносится к указательному пальцу специалиста, расстояние между пальцами 2-3 см. Ребенок ведет свою руку, повторяя направление движения экспериментатора и сохраняя заданное расстояние. Голова удерживается по средней линии тела.

Проба направлена на выявление импульсивности, трудностей пространственной организации движения, умения работать по инструкции, удержание инструкции, особенностей зрительно-моторных координаций рука-глаз, оценки широты зрительного поля, точности движения, дополнительное определение ведущей руки. Возможные ошибки – неравномерность расстояния между

пальцами, не выдерживание заданного расстояния, поворот головы вслед за пальцем, соскальзывание взгляда, трудности удержания руки, нарушение инструкции. Возможные нарушения относятся к особенностям функционирования затылочно-теменных отделов коры при наличии зрительно-моторных ошибок и к незрелости функций лобных отделов при нарушении инструкции и импульсивности. Проба в полном объеме доступна детям с 8 лет. До этого возраста процент правильного выполнения для детей 3-4 года 10%, 4-4,5 лет – 40%.

Таблица 8.

№ пробы	Возраст ребенка	0 баллов, %	1 балл, %	2 балла, %	3 балла, %
8	5,5 – 7,5 лет	55	18	15	12
	Старше 8 лет.	80	10	6	4

Все пробы могут оцениваться качественно и количественно. Количественная оценка выполнения в баллах происходит согласно стандартным критериям: «0» — выполнение правильное без дополнительных разъяснений; «1» —мелкие погрешности исправляются практически без участия экспериментатора; «2» — задание выполняется после нескольких попыток и подсказок; «3» — задание недоступно даже после разъяснения.

Таким образом, в нашей работе используются диагностические пробы, составленные из наиболее показательных неврологических и нейропсихологических тестов, дополненные оригинальными пробами, отобранными при практической работе с детьми.

Все пробы не требуют специального оборудования, быстры в выполнении, легко и с интересом воспринимаются детьми. Они дают достаточно точные возможности для оценки состояния праксиса ребенка, заинтересованных мозговых зон, для прицельного выделения зон для более детального последующего обследования. Они могут использоваться для прогнозирования возможных трудностей ребенка при обучении, их использование позволяет наметить направление последующей коррекционной работы. Пробы не используются в широкой практике и не знакомы ребенку. Они не предполагают использование специальных тестовых материалов, их проведение доступно в любых условиях.

Литература
1. Бернштейн Н.А. О построении движений. - М., 1947.
2. Вайзман Н.П. Психомоторика умственно отсталых детей. - М.: Аграф, 1997.
3. Гуревич М.О., Озерецкий М.И. Психомоторика. – М.: Госмедиздат, ч. 1, 1930.
4. Детская поведенческая неврология. В двух томах. Том I. / Чарльз Ньокиктьен; пер. с англ. Д.В. Ермолаев, Н.Н. Заваденко, Н.Н. Полонская; под ред. Н.Н. Заваденко. — М.: Теревинф, 2009.
5. Марковская И.Ф. Задержка психического развития. Клиническая и нейропсихологическая диагностика. - М., 1995.
6. Неврология новорожденных: Острый период и поздние осложнения / А. Ю. Ратнер. 2-е изд. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2005.
7. Семенович А.В. Программа коррекционной работы в школе: Психолого-педагогическое сопровождение образовательного процесса. Нейропсихологическая диагностика. Профилактика и коррекция в школе / А.В. Семенович. – М.: Дрофа, 2015.
8. Шагинян Е.В. Методика Озерецкого-Гельнитц и особенности психомоторики детей и подростков. - Дисс.канд.биол.наук.- М.,1973.
9. Henderson S.E., Sugden D.A. Movement Assessment Battery for Children. New York, NY: Psychological Corporation/Harcourt, 1992.
10. Sloan W. The Lincoln-Oseretsky Motor Development Scale. Genetic Psychology Monographs, 1955.

Горьковая И.А.

ПРОБЛЕМЫ ПСИХОДИАГНОСТИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ПРОИЗВОДСТВЕ СУДЕБНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРТИЗ

Анализ судебно-психологических экспертиз (СПЭ) позволяет выявить две наиболее часто встречаемые проблемы при их производстве: применение методов психодиагностического исследования адекватных объекту и предмету судебно-психологической экспертизы и психологический анализ особенностей юридически значимой ситуации.

В проблеме применения методов психодиагностического исследования можно выделить следующие направления: 1) собственно психодиагностические методы, которые позволяют наиболее полно исследовать психические процессы, состояния, индивидуальные особенности и т.д., которые влияют на поведение и характер действий подэкспертного в исследуемый период;

2) разработка и внедрениеновых психодиагностических методов или адаптация имеющихся в соответствии с конкретным объектом и предметом СПЭ; 3) необходимый объем психодиагностических методов для производства судебно-психологической экспертизы, позволяющий сделать научно обоснованные выводы.

Вопрос о психодиагностических методах, которые применяются при производстве СПЭ поднимался неоднократно. И.А. Кудрявцев [5] в своем монографическим научно-практическом руководстве, посвященном комплексной судебной психолого-психиатрической экспертизе, при описании конкретных видов экспертизы предлагает вниманию аналитический обзор применения психодиагностических методов, эффективность которых доказана. Например, автор описывает опыт применения теста Розенцвейга и опросника Басса-Дарки С.Н. Ениколоповым при исследовании уровня агрессивности у преступников[5, с. 256-257], которые более 30 лет успешно используются при производстве СПЭ.

Тем не менее, по прошествии 15 лет, В.Ф. Енгалычев и С.С. Шипшин констатируют, что «исследование производства СПЭ в различных экспертных учреждениях страны, а также практики и публикаций отдельных специалистов, назначаемых экспертами, показывает, что в использовании различных психодиагностических методов просматривается эклектика… методы, разработанные специально для целей СПЭ, образно говоря, можно пересчитать «по пальцам»» [3].Авторами выделены рекомендуемые основные и дополнительные психодиагностические методы в соответствии с видом и конкретными задачами СПЭ [2]. Так, при **виде СПЭ** способности несовершеннолетнего правонарушителя, выявляющего признаки отставания в психическом развитии, в полной мере осознавать фактический характер своих противоправных действий и/или руководить ими, при **экспертной задаче** исследования индивидуально-типологических и личностных особенностей с целью выявления способности к осознанно-волевой регуляции поведения в юридически значимой ситуации к **основным методам** относится следующий психодиагностический инструментарий: опросники Леонгарда-Шмишека, детский вариант индивидуально-типологического

опросника Л.Собчик, 16-PFличностный опросник Кеттелла (подростковый вариант), патохарактерологический диагностический опросник А.Е. Личко, фрустрационный тест Розенцвейга, **к дополнительным методам** авторы относят шкалу реактивной и личностной тревожности Спилбергера-Ханина, МВЦ Люшера, тест агрессивности Басса-Дарки и т.д..Во втором издании рассматриваемого учебного пособия в таблицу сведены 7 видов наиболее часто производимых СПЭ в уголовном процессе, психологический инструментарий, экспертные задачи и дополнена соответствующими статьями УК РФ [3].Особо следует отметить, что в последние годы появились научные разработки, в которых рассматривается психодиагностический инструментарий, позволяющий осуществлять психологическое исследование лиц, находящихся на принудительном лечении в психиатрических стационарах. В связи с этим разрабатываются или адаптируются известные методики, позволяющие оценивать риск совершения повторных преступлений, актуальность переживаний, связанных с деликтом и т.д.[1].

К сожалению, проблема использования психодиагностических методов при производстве СПЭ до сих пор остается актуальной, так как отмеченная ранее «эклектика» их применения наблюдается и в настоящее время. Объяснение этому факту уже неоднократно давалось. До сих пор СПЭ проводят детские, семейные, клинические и т.д. психологи. Все они, естественно, имеют представление о психодиагностических методах, но опыт их применения в системе образования, в соматической или психиатрической клинике и т.д. автоматически переносят на производство СПЭ, что в ряде случаев существенно снижает качество экспертного исследования и/или «выхода» эксперта за пределы компетенции. Данное утверждение можно проиллюстрировать множеством примеров. Так, клинические психологи применяют методы, которые привыкли использовать в патопсихологической диагностической практике и придерживаются методологии и методологических принципов, принятых в медицинской психодиагностике. Данный подход правомерен в случае, когда психолог является специалистом при производстве судебной психиатрической экспертизы или комплексной психолого-психиатрической экспертизы при определении степени выра-

женности нарушений психической деятельности или при дифференциальной диагностике, что дополняет клиническую картину психики индивида. И это происходит, не смотря на то, что с 2010 года учебная дисциплина «Судебно-психологическая экспертиза» является обязательной к изучению по специальности 030401.65 – Клиническая психология, так как входит в Федеральный образовательный стандарт третьего поколения.

Предмет психологической экспертизы гораздо шире, на что неоднократно указывали ведущие психологи России: «Предметом исследования судебного эксперта-психолога выступают закономерности и особенности структуры и протекания психических процессов (психической деятельности), имеющие юридическое значение и влекущие определенные правовые последствия… независимо от того, являются ли они патологическими или непатологическими (возрастными, личностными, эмоциональными)» [7].

Еще в большей степени недостаточная научность сделанных выводов экспертами наблюдается у детских, семейных и т.д. психологов в связи с применением психодиагностического инструментария, несоответствующих возрасту или целям обследования. Например, при производстве СПЭ о способности потерпевшего ребенка 7 лет 4 месяцев правильно воспринимать обстоятельства, имеющие значение для дела, и давать о них показания ребенком, используется тест Роршаха и психологическая диагностика уровня социальной фрустрированности. В итоге делается вывод о «нарушениях психической адаптации, снижении качества жизни, высокого уровня социальной фрустрированности на фоне возможности адекватной оценки морально-этической стороны поведения окружающих, что указывает на отсутствие склонности к повышенному фантазированию». В данном выводе, который даже трудно комментировать, хотя бы просматриваются попытки его обоснования. Достаточно часто выводы о склонности или отсутствию к фантазированию, о степени внушаемости подэкспертного в любом возрастном периоде предлагаются в категорической форме и остается не понятным, из чего они следуют, кроме личного мнения конкретного эксперта.С ошибочными и недостаточно научно обоснованными выводами сталкиваются другие опытные эксперты и проводя

анализ экспертных заключений, например, при СПЭ преступной группы констатируют: «В результате личностные и индивидуальные особенности (интеллект, характер, темперамент) участников преступной группы исследовались избыточно полно, что же касается выявления групповых феноменов (лидерства, ролевой дифференциации), то здесь анализ был недостаточным, поверхностным и ошибочным» [8].

Особо хочется остановиться на применении проективных методов, на основании которых делаются весьма смелые выводы. Так, при производстве СПЭ о праве на воспитание детей при психодиагностическом исследовании матери двоих мальчиков 5 и 9 лет, в частности, применялись методика «Человек под дождем» и через 5 дней методика «Дом. Дерево. Человек». В первом случае, был нарисован мужчина в шляпе с портфелем с откинутой ногой, на заднем плане поникшая девочка с прилипшими прядями мокрых волос, и темное небо. Рисунок сделан простым карандашом. Во втором случае, нарисована комната в доме, где за столом обедают трое детей, мама и бабушка. Рисунок сделан цветными карандашами. Результаты интерпретируются следующим образом: «У матери выявляется нарушение половой идентичности… эмоциональная холодность, склонность к жесткости в межличностных отношениях, проявляющаяся в отношении детей… склонность к перекладыванию материнских обязанностей на других родственников… демонстративный, истерический склад характера…» и т.д. В итоге, делается вывод о негативном влиянии матери на эмоциональное и психическое развитие детей. Относительно матери детей экспертом заявлено использование методик «Удовлетворенность браком», «Уровень субъективного контроля», а также методика исследования интеллекта Векслера для взрослых. Исходя из приведенного перечня, можно констатировать, что приведенная выше интерпретация и вывод сделан на основании указанных проективных методик.

При анализе имеющихся разработок и внедрения новых психодиагностических методов или адаптация методов, применяемых в рамках клинической, социальной и т.д. психологии обращает на себя внимание диаметрально противоположные тенденции от методологического обоснования проведения СПЭ с раз-

работкой психодиагностических методов с проверкой их надежности и валидности до создания и применения методов психодиагностического исследования, научная и теоретическая база при производстве СПЭ не доказана. Например, социальный психолог в исследовательской части заключения в отношении девочки 11 лет пишет, что проведено «комплексное психологическое обследование с использованием 1 части диагностической технологии N (указана фамилия психолога, написавшего заключение), предназначенной для обследования учащихся 1-2-х классов общеобразовательных школ (технология имеет гриф «Госстандарт России»). Результат тестирования: зрительное мышление (матрицы Равена А и В) – N для учащихся 1-х кл., интуитивный компонент понятийного мышления (самостоятельность мышления) – ниже N для 1 кл., логический компонент, обеспечивающий обучаемость (функциональные и родовидовые аналогии) – N 1-2 кл., оперативная кратковременная память – ниже Nдля 1 кл., долговременная память – N 1-2 кл., речевое развитие – N 1-2 кл., навык чтения (полноценное понимание) – верхняя граница N2 кл., зрительно-моторная координация – N 1 кл., произвольное внимание – ниже N 1 кл.. Заключение: задержка психического развития и особенности поведения ребенка связаны с энергетической дефицитарностью ее мозговой деятельности. Продолжительность деятельности, превышающая 3-5 минут, приводит ребенка к умственному истощению… Конструктивное взаимодействие и обучение девочки возможны только в эти короткие периоды умственной активности… В периоды, когда мозг накапливает энергию, девочка теряет контактность…». Как видно из приведенного примера, в качестве диагностического инструментария используется диагностическая технология, разработанная автором приведенного заключения. Видимо, приведенная технология состоит из частей известных методик: запоминание 10 слов, матрицы Равена и т.д. Методологические основания дизайна данной диагностической технологии вызывают сомнение. Заключение вообще вызывает недоумение, хотя предоставлено кандидатом психологических наук с опытом практической работы более 10 лет. Из повторного заключения, предоставленного детским клиническим психологом, следует, что у девочки выявляется общее интеллектуаль-

ное недоразвитие по формально-цифровым показателям соответствующее умеренной степени умственного дефекта.

Следующий пример демонстрирует применение нового психодиагностического метода исследования в СПЭ, а, именно, видео-компьютерная психодиагностика по А.Н.Ануашвили. Так, при решении вопроса о праве на воспитание ребенка, анализировались 15 фотографий подэкспертного пятилетнего ребенка за 3 года до развода родителей по время производства экспертизы. Дается следующая интерпретация полученных результатов: «Ребенок по своей натуре творческая личность, хорошо развита интуиция, в комфортной в психологическом плане ситуации она спокойна, уравновешена. До развода родителей и в первое время после развода находилась в состоянии психологической стабильности. Ее психотип соответствует психотипу матери, у них максимальная психологическая совместимость и взаимопонимание с мамой и со старшей сестрой (все трое находятся в голубой зоне). В настоящее время ребенок резко изменился: она перешла в зону агрессии… Находясь с папой, который находится в зоне агрессии, она меняет свой психотип на агрессивный, что в последствии может негативным образом сказаться на ее личностных качествах, на отношениях к людям, на состоянии нервной системы». Указанная процедура проводилась относительно ребенка, матери, отца и легла в основу выводов экспертов. Эксперты убеждены в правомерности применения данного психодиагностического метода в связи с его публикацией в 2008 году.

Наряду с этим, один из ведущих экспертов-психологов Ф.С. Сафуанов многократно писал о возможности применения методов именно в СПЭ после многолетней апробации и доказательства их эффективности, так как «обобщение многолетнего опыта работы судебных экспертов-психологов показывает, что многие методы, применяемые в ситуации психологического консультирования, профессионального отбора, в других прикладных отраслях психологии, не обладают достаточной валидностью и надежностью в ситуации судебного экспертного психодиагностического обследования» [7].

Отдельно следует остановиться на проблеме применение методов при производстве СПЭ, в отношении подэкспертных, которые в течение ограниченного периода времени неоднократно

проходили психодиагностическое обследование и неоднократно выполняли одни и те же методики. Естественно, надежность результатов и эффективность данных методик резко падает. Это же касается ситуации, когда эксперт видит признаки, указывающие на подготовку подэкспертного к прохождению определенного вида СПЭ и, соответственно, выполнению методик, которые обычно применяются при их производстве. Обычно, эксперт сталкивается с данной проблемой при производстве СПЭ о праве на воспитание детей. Так, родители обращаются к помощи психологов в связи с психотравмирующей ситуацией развода для ребенка, затем неоднократно проводятся СПЭ об определении его места жительства. В итоге, у ребенка 6-10 раз за 1-1,5 года изучалась сфера межличностных отношений и его восприятие внутрисемейных отношений. По нашему мнению, результаты выполнения методики в данном случае не будут отражать реальную картину внутрисемейный отношений с позиций ребенка и высока вероятность ошибочности сделанных на этих результатах выводов. Здесь представляется целесообразным, во-первых, при возможности проанализировать динамику выполнения детской проективной методики Р. Жиля в сопоставлении с изменением объективных показателей жизнедеятельности ребенка за этот же период времени и/или, во-вторых, использовать иной психодиагностический инструментарий, направленный на исследование того же психологического феномена.

Для исследования внутрисемейных отношений можно применять другие методики, например, рисунок семьи. Тем не менее, опыт применения проективной графической методики «семейная социограмма»[6] показал ее высокую эффективность при производстве СПЭ по сравнению с другими методами, в первую очередь, при производстве СПЭ о праве на воспитание детей. Данная методика показывает систему внутрисемейных отношений и особенности коммуникаций между членами семьи с точки зрения всех членов семьи. Также, рассматриваемая методика позволяет не только диагностировать, например, детско-родительские отношения в общем виде, но и рассмотреть их по таким критериям, как: 1) сопоставить изображенных членов семьи с реально существующими и, как следствие, выявление конфликтных или гармоничных отношений; 2) выявить субъек-

тивную значимость себя и каждого члена семьи; 3) обнаружить эгоцентрическую направленность личности, доминирование в семье и т.д.; 4) понять характер взаимоотношений между членами семьи – эмоциональное отвержение, недиффиренцированность «Я» у членов семьи, наличие симбиотических связей и т.д. Для более глубокого понимания внутрисемейных отношений И.М. Никольская предложила кроме классического варианта социограммы иные: социограммы, на которых могут отсутствовать определенные члены семьи; социограммы с людьми, которые в семье номинально не принадлежат; социограммы, относящиеся к разным этапам жизненного цикла семьи; социограммы идеальной семьи и т.д. Более того, применение условно «новых» для экспертной практики психодиагностических методов при определенных условиях может быть более информативным по сравнению с известными и широко применяемыми методам в СПЭ.

Еще одним важным вопросом является проблема количества применяемых методов психодиагностического исследования в СПЭ. Как уже указывалось выше, ведущие эксперты-психологи В.Ф. Енгалычев и С.С. Шипшин четко перечисляют методы психодиагностики при определенных видах СПЭ. Тем не менее, в ряде случаев наблюдается недостаточность применяемых методов или их переизбыток при производстве СПЭ вплоть до 15-20 методик. Например, при производстве СПЭ индивидуально-психологических особенностей в отношении одного подэкспертного экспертом заявлено использование патохарактерологического диагностического опросника А.Е. Личко, опросник Леонгарда-Шмишека, 16-PFличностный опросник Кеттелла, полный вариант MMPI и т.д. В исследовательской части экспертного заключения были описаны личностные свойства подэкспертного в общем. По нашему мнению, интерпретация полученных результатов должна даваться по каждой методике отдельно с указанием соответствующих шкал и только после этого может быть представлено описание в обобщенном виде. Применение множества психодиагностических методов не повышается качества производства СПЭ и увеличивает объем собственно заключения.

Отдельный интерес представляет биографический метод в виде психологического анализа материалов дела и жизненных ситуаций, которые выявляются не только из материалов уголовного или гражданского дела, но и в процессе беседы. К сожалению, биографический метод в ряде случаев заключается в виде перечисления фактов из биографии. Так, анализ СПЭ показывает, что довольно редко в экспертных заключениях можно встретить психологический анализ имеющихся в уголовных или гражданских делах данных о личностных свойствах и поведении подэкспертного и их сопоставление с результатами психодиагностических методов. Представляется, что ситуационно-событийный анализ жизненного пути, как один из вариантов биографического метода, предложенный и неоднократно описанный Е.Ю. Коржовой является оптимальным и наиболее информативным при производстве СПЭ. Автор предлагает схему «взаимодействие человека со средой, выражающееся в стратегиях поведения»[4] и демонстрирует их на разных примерах, в частности, на характеристике жизненной ситуации и взаимодействия с ней с учетом жизненных ориентаций на примере семьи с разбором субъективного и объективного аспектов взаимодействия с семейной ситуацией. Подобный анализ в исключительных случаях позволяет, на наш взгляд, делать экспертные выводы без использования психодиагностических методов.

Итак, при производстве судебно-психологических экспертиз к наиболее частовстречаемым проблемам применения психодиагностических методов, которые снижают их качество вплоть до необоснованных, ошибочных выводов, можно отнести:1) отсутствие единого подхода и, соответственно, применение разнообразных методов при производстве одних и тех же видов экспертиз; 2) перенос психологами методов психодиагностики из практики работы в психологических службах без учета специфики производства СПЭ;3) применение новых методов, валидность и надежность которых не проверена; 4) использование с дальнейшей интерпретацией одних и тех же методов, которые неоднократно подэкспертные выполняли, что резко снижает их информативность; 5) недостаточное или избыточное использование психодиагностических методов; 6) использование биографического метода в виде перечисления сведений без психо-

логического анализа данных, содержащихся в материалах уголовного или гражданского дела.

Литература

1. Булыгина В.Г., Котова Т.А., Котова М.А. и др. Психодиагностические методы исследования в практике принудительного лечения психически больных: Руководство для врачей/Под ред. В.Г. Булыгиной – М.: ФГБУ «ГНЦ ССП им. В.П. Сербского», 2010. – 302 с.
2. Енгалычев В.Ф., Шипшин С.С. Практикум по судебно-психологической экспертизе: учебно-методическое пособие для экспертов, учебное пособие студентов факультетов психологии высших учебных заведений. Калуга: КГУ им. К.Э. Циолковского, 2010. – 212 с.
3. Енгалычев В.Ф., Шипшин С.С. Психодиагностические методы исследования в судебно-психологической экспертизе: Учебное пособие для экспертов. Учебное пособие для студентов факультета психологии высших учебных заведений / Редакторы-составители В.Ф. Енгалычев, С.С. Шипшин. Издание 2-е, исправленное и дополненное – Калуга: КГУ им. К.Э. Циолковского, 2013. - 390 с.
4. Коржова Е.Ю. Введение в психологию жизненных ситуаций: Учебное пособие / Е.Ю. Коржова. – СПб.: Общество памяти игумении Таисии, 2015. – 204 с.
5. Кудрявцев И.А. Комплексная судебная психолого-психиатрическая экспертиза (научно-практическое руководство). – М.: Изд-во Моск. ун-та. 1999. – 497 с.
6. Никольская И.М., Пушина В.В. Семейная социограмма в психологическом консультировании. Учебное пособие для врачей и психологов. – СПб.: Речь, 2010. – 223 с.
7. Сафуанов Ф.С. Судебно-психологическая экспертиза: учебное пособие для академическогобакалавриата / Ф.С.Сафуанов. – М.: Издательство Юрайт, 2014. – 421 с. – Серия: Бакалавр. Академический курс.
8. Южанинова А.Л. Судебно-психологическая экспертиза в гражданском процессе. Ч. 3: Сделки с пороками воли / А.Л. Южанинова; ГОУ ВПО «Саратовская государственная академия права». – Саратов: Изд-во ГОУ ВПО «Саратовская государственная академия права», 2005. – 200 с.

Урываев В.А., Сенин И.Г.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ ДИНАМИКИ ВЫРАЖЕННОСТИ НОРМАТИВНОГО РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТНЫХ ЧЕРТ В ПЕРИОДЫ ТРАНСФОРМАЦИИ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА

В одной из последних своих работ С.Л. Соловьева [7] ссылается на Д.Н. Овсянико-Куликовского, отмечающего, что психическая норма и патология всегда историчны. Трудно не согласиться с именитым историком, который имел возможности оценить (опираясь на архивные записи) нравы и обычаи людей на протяжении веков и тысячелетий.

Зафиксировать подобные изменения с помощью психодиагностического инструментария представляется задачей если не невозможной, то в значительной степени проблематичной.

В нашем исследовании мы предприняли попытку проследить наличие/отсутствие изменений личностных характеристик на протяжении сравнительно небольшого доступного нам периода – 25 лет. Необходимо отметить, что новейшая история Российской Федерации оказалась в высшей степени насыщенной и богатой на судьбоносные для страны события, наличием и сменой буквально противоположных тенденций. Это создало предпосылки для проведения сравнительного психодиагностического исследования личностных особенностей людей, сформировавшихся в различные (вплоть до контраста) периоды становления страны.

Конечными (2018 год) целями исследования определены:

1. Поиск характеристик личности, которые статистически значимо реагируют (изменяясь в ту или иную сторону) на социально-экономические изменения в обществе.
2. Рейтинговое ранжирование таких изменений с целью определения основных векторов изменений. Соответственно полученным результатам, предусматривается выработка рекомендаций по «динамической» оценке нормативного поведения испытуемых молодого возраста и старше.
3. Сопоставление реагирования на социально-политические изменения юношей и девушек, оценка перспектив изменения характеристик их гендерной идентичности.

Испытуемыми были студенты второго курса Ярославского государственного медицинского университета, лечебного факультета. За счет создания высокой гомогенности сравниваемых групп (выровнены по полу, возрасту, социальному статусу) мы старались улучшить надежность и обоснованность прогностических выводов обследования.

В данной публикации мы остановимся на сопоставлении двух поколений и результатах только одной методики личностного опросника Р.Б. Кеттелла (тест 16-PF [5] нацелен на выявление не отдельных черт, а на многостороннюю полноценную оценку личности). В полном объеме результаты будет представлены позже (сравнение уже трех групп, семи методик, добавление результатов лонгитюдных исследований, комплексный анализ результатов, полученных различными методиками с помощью современных методов математического моделирования).

Первая группа испытуемых прошла психодиагностическое исследование в 1992 году. Соответственно, в группу вошли молодые люди 1973 года рождения, чьи молодые годы (от собственно зачатия и вынашивания [3, 9] до подросткового возраста) пришлись на «до-перестроечный» период развития советского общества [2]. Это поколение мы можем условно обозначить как «советское» («пре-перестроечное»). Оно выросло в условиях стабильной социально-экономической действительности с наличием перспектив работы у родителей, приличной пенсией у старшего поколения, наличием системы «молочных кухонь» для кормящих матерей, яслей, детских садов, пионерских лагерей и проч., и проч.

Вторая группа испытуемых прошла психодиагностическое исследование в 2016 году. Соответственно, в группу вошли молодые люди 1997 года рождения, чьи молодые годы (от собственно зачатия и вынашивания – вспомним, к примеру, год «дефолта», 1998 год - до подросткового возраста) пришлись на «пост-перестроечный» период развития теперь уже «российского» общества. Это поколение мы можем и обозначить как «российское» («пост-перестроечное»). Это поколение выросло в условиях совершенно другой социально-экономической действительности с отсутствием надежных перспектив работы у родителей; с пенсией у старшего поколения, которая не выпол-

няет в полной мере функцию социальной защиты; с разрушенной системой «молочных кухонь» для кормящих матерей, яслей, детских садов, пионерских лагерей и проч., и проч.

Отдельный важный момент связан с тем, что условными или реальными родителями (разница между групповыми срезами – 24 года) «российского» поколения были представители поколения, которые мы обозначили как «советское», к тому же пережившее лихолетье «перестройки».

Здесь можно также заметить, что дефицит комфортных условий развития можно воспринимать и как социально-психологический «вызов», в отношении которого молодое поколение мобилизует свои адаптационные способности, мобилизует «резервы» личностного развития. Мы предположили, что вместе с этими процессами изменяется и социально-психологическая «норма» реагирования, формируются несколько иные «стандарты» (иная нормативность) выраженности личностных черт [6].

Для выявления статистической достоверности различий по шкалам опросника 16-PF между группами испытуемых 1992 года и 2016 года использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок. Для определения нормальности распределения данных использовался критерий хи-квадрат. Группа 1992 года (на данном этапе статистической обработки) составила 243 человека (юношей 117, девушек – 126), группа 2016 года - 197 человек (юношей – 67 человек, девушек – 130 человек). Результаты обработки представлены в Таблицах 1-3.

Табл. 1. Значения t-критерия Стьюдента по шкалам 16-PF для выборок 1992 (n=243) и 2016 (n= 197) годов (сырые баллы)

Факторы	Средние		t	p
	1992	2016		
Фактор A	11	13	5.78	0.01
Фактор B	8	13	9.71	0.01
Фактор C	14	17	6.00	0.01
Фактор E	13	16	6.23	0.01
Фактор F	16	16	0.85	-
Фактор G	12	13	4.00	0.01
Фактор H	14	16	4.52	0.01
Фактор I	11	13	4.87	0.01
Фактор L	9	12	8.21	0.01
Фактор M	11	14	6.87	0.01
Фактор N	9	12	8.20	0.01
Фактор O	12	16	5.61	0.01
Фактор Q1	9	12	9.10	0.01
Фактор Q2	8	12	11.00	0.01
Фактор Q3	11	13	7.40	0.01
Фактор Q4	12	16	6.71	0.01

Первые же результаты обработки (Табл. 1) обнаруживают выраженные изменения в профиле личностных характеристик у двух групп испытуемых:

- значительно вырос общий адаптационный потенциал «российского» поколения, нестабильность социально-экономического окружения и открывающиеся «новые возможности» (здесь важно не умалить эффект внедрения в общество новых «информационных» технологий, существенно расширяющих возможности работы с информацией у молодых людей, возможности, буквально «расширяющие горизонты» видения и анализа основных проблем становления личности в обществе);
- мы видим рост значений всех факторов, связанных с **«эмоциональной стабильностью/нестабильностью»**, как рост характеристик эмоциональной уязвимости личности («высокие» полюса факторов: I – «эмоциональная сензитивность»; O – «склонность к чувству вины»; Q4 – «высокое психическое напряжение»); так и нарастание «обратной» тенденции, в виде роста фактора C («высокий» полюс фактора C – «Сила Я», «эмоциональная зрелость»);

Соотношение значений факторов Q4/C («соотнесенная фрустрационная напряженность по Ф.Б. Березину [1]) существенно не

меняется, высокие показатели роста напряжения компенсируются усилением «зрелости Я».

- в «российской» группе, безусловно, выдающимися являются характеристики **«интеллектуальных факторов»** опросника 16-PF («высокие» полюса факторов: B – «прекрасная абстрактность суждений»; E – «активность, смелость суждений»; M – «воображение»; N – «проницательность»; Q1 – «радикализм суждений»);
- также «в «российской» группе существенно выросли показатели **«волевых» свойств личности** («высокие» полюса факторов: E – «активность, смелость»; G – «сильное супер-Эго»; H – «решительность»; Q3 – «высокий самоконтроль»);

На фоне внутриличностных изменений в сторону усиления зрелости и эффективности факторы из блока межличностных отношений обнаруживают существенно меньший рост. Причем важно отметить, что факторы улучшающие **«микросоциальные» отношения** (E, G, L, N, Q2) показывают все же лучшую динамику, чем **факторы, обеспечивающие «макроадаптацию»** (A, F, H);

Важно подчеркнуть, что повышение факторов, влияющих на макроадаптацию более характерно для поколения «перестройки» (в нашем исследовании это группа студентов, прошедших тестирования в 2006 году, соответственно, увидевшая свет в 1987) [6, 8].

Табл. 2. Юноши, значения t-критерия Стьюдента по шкалам 16-PF для выборок 1992 (n=117) и 2016 (n= 67) годов (сырые баллы)

Факторы	Средние		t	p
	1992	2016		
Фактор A	10	12	2.56	0.01
Фактор B	9	11	2.89	0.01
Фактор C	14	17	3.18	0.01
Фактор E	15	16	1.38	0.01
Фактор F	16	15	0.96	-
Фактор G	11	12	1.27	-
Фактор H	15	16	2.23	0.01
Фактор I	10	11	0.87	-
Фактор L	10	12	3.07	0.01
Фактор M	12	13	1.73	-
Фактор N	9	10	2.50	0.01
Фактор O	12	13	1.31	-
Фактор Q1	10	12	3.78	0.01
Фактор Q2	9	12	4.18	0.01
Фактор Q3	11	13	3.51	0.01
Фактор Q4	11	14	2.59	0.01

Табл. 3. Девушки, значения t-критерия Стьюдента по шкалам 16-PF для выборок 1992 (n=126) и 2016 (n= 130) годов (сырые баллы)

Факторы	Средние		t	p
	1992	2016		
Фактор A	12	13	3.14	0.01
Фактор B	8	13	7.00	0.01
Фактор C	13	17	4.19	0.01
Фактор E	12	15	5.90	0.01
Фактор F	15	16	0.94	-
Фактор G	12	14	2.51	0.01
Фактор H	13	16	3.19	0.01
Фактор I	12	14	2.87	0.01
Фактор L	9	13	7.00	0.01
Фактор M	11	14	5.31	0.01
Фактор N	9	12	6.05	0.01
Фактор O	14	16	4.09	0.01
Фактор Q1	8	12	6.80	0.01
Фактор Q2	7	12	9.31	0.01
Фактор Q3	11	13	5.21	0.01
Фактор Q4	14	17	4.38	0.01

Даже общий вид представленных в Табл. 2-3 (11 статистически значимых изменений у юношей и 15(!) статистически значимых изменений у девушек) обнаруживает, что более значи-

тельные изменения «перестройка» в жизни российского общества принесла девушкам. При более детальном анализе выясняется, что и глубина изменений у девушек существенно выше. Здесь мы в полном объеме сталкиваемся с тем, что можно характеризовать – условно – как «скрытая гендерная революция». По многим показателям девушки «догнали» юношей.

Рассмотрим результаты, сгруппировав их по уже анализированным «блокам»:

- на фоне общего повышения значений шкал, связанных с **«эмоциональной стабильностью/нестабильностью»** мы обнаруживаем, что именно девушки внесли наиболее весомый вклад в этот рост, значительно (на два-три сырых балла в среднем) повысив показатели шкал, связанных с эмоциональной уязвимостью;

Несмотря на увеличение на два сырых балла в среднем шкал I («эмоциональная сензитивность») и O («склонность к чувству вины»), несмотря на рост в три сырых балла среднего значения фактора Q4 («высокое психическое напряжение»), противоположный по своей направленности фактор C («сила Я», «эмоциональная стабильность») у девушек повысился сразу на 4(!!) сырых балла в среднем;

- как мы уже отмечали в «российской» группе, безусловно, выдающимся является рост характеристик **«интеллектуальных факторов»** опросника 16-PF: у девушек выдающийся (+5!!! сырых баллов в среднем) рост показателей шкалы B («прекрасная абстрактность суждений») и очень высокий (+ 4!! сырых баллов в среднем) показатель шкалы Q1 («радикализм, независимость» суждений), на 3! балла – выросли значения остальных шкал («высокие» полюса факторов: E – «активность, смелость суждений»; M – «воображение»; N – «проницательность»);

Заметим, что у юношей эти шкалы выросли значительно меньше, а по шкале M рост статические не подтвержден.

- в «российской» группе у девушек существенно (на величину 3(!) сырых балла в среднем) выросли показатели таких **«волевых» свойств личности** как E («активность, смелость») и H («решительность»); несколько меньше, но существенно, на два сырых балла увеличились значения факторов G («сильное супер-Эго») и Q3 («высокий самоконтроль»);

- существенным представляется у девушек рост значений личностных факторов в сфере **«микросоциальных» отношений:** +5!!! сырых баллов по шкале Q2 (высокие баллы: «самоудовлетворенность, находчивость, предпочтение собственных решений»); на +3! сырых балла увеличились значения шкал E («активность, смелость суждений») и N – «проницательность», «дипломатичность»);

Некоторым противоречием выглядит значительный (+4!! сырых балла) рост по шкале L (высокие значения – «подозрительность», «ревнивость», «разражительность»). Мы придерживаемся той точки зрения, что процесс изменения (роста) личностных характеристик в такой чувствительной сфере как способность к установлению адекватных межличностных отношений не может не сопровождаться и некоторыми издержками, связанными с промахами, ошибками, непониманием намерений других.

- несколько отстает от предыдущих групп личностных черт группа факторов, обеспечивающих «макросоциальную адаптацию» (по одному из факторов – F «импульсивность» - роста нет вообще; по другому – A - он сравнительно небольшой), однако, и здесь девушки дают весомый прирост (+3!! сырых баллов) по фактору «решительность».

Обобщая полученные результаты первого этапа исследования устойчивости и изменчивости черт личности в динамически развивающемся российском обществе можно утверждать следующее.

1. Нормативные характеристики личности, оцениваемые с помощью опросных методов психодиагностики, представляют собой величину, в значительной степени чувствительную к изменениям социально-экономической реальности.

Так, профиль личностных черт, диагностируемый с помощью опросника 16-PF, обнаруживает тенденцию к росту адаптационных возможностей личности при усложнении реалий социально-экономического окружения. Другим словами, неизменность (соответствие ранее выработанным стандартам) нормативных характеристик личности (диагностируемых с помощью опросника 16-PF), с учетом результатов нашего исследования, может быть сигналом легкой дезадаптированности.

2. Наибольшие различия между поколениями «пре-перестроечным» и «пост-перестроечным» отмечены в сфере интеллектуальных качеств личности, чему, безусловно, не может не способствовать расширяющаяся экспансия современных интернет-технологий.

С другой стороны, такой социальный феномен как широкое внедрение интернет-технологий в общественную жизнь, еще раз подчеркивает чуствительность личностных норм к экзогенным, по существу, факторам и ставит вопрос об устойчивости норм оценки средних характеристик интеллекта (особенно в сочетании всех составных интеллектуальной активности).

3. Исследование выявляет значительные изменения гендерных стереотипов поведения в «пост-перестроечном» российском обществе. В этом случае также констатируем необходимость учета социально-исторического контекста в оценке качеств личности (со стороны формулирования нормативных требований).

В нашем исследовании наибольшие изменения продемонстрировали гендерные стереотипы поведения девушек, они во многом стали «догонять» гендерные стереотипы юношей (выравниваться в своих существенных характеристиках). Однако процессы изменений порождают в тоже время сильную тревогу и это, в свою очередь, свидетельствует о незавершенности процесса этих изменений.

Учесть это в формулировании нормативных требований представляет значительную сложность. Одновременно, описанные результаты исследований, нацеливают медицинского психолога на расширение своих компетенций в области социальной психологии.

Работа выполнена при финансовой поддержке Гранта РГНФ
№ проекта 16-06-00960

Литература

1. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Соколова Е.Д. Методика многостороннего исследования личности. Структура, основы интерпретации, некоторые области применения. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: Издательство «Березин Феликс Борисович», 2011. – 320 с.
2. Журавлева Н.А. Динамика ценностных ориентаций личности в российском обществе. – М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2006. – 336 с.

3. Николаева Е.И. Предсказания детства: возможен ли прогноз здоровья взрослого, основанный на изучении данных развития ребенка (на примере лонгитюдных исследований) // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2016. – № 2(37) [Электронный ресурс]. – URL: http://mprj.ru (дата обращения: 30.06.2016).
4. Психофизиологические критерии индивидуальной реакции в ситуации острого эмоционального стресса / С.Л. Соловьева, В.И. Николаев, Н.П. Денисенко [и др.] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – N 4 (15) [Электронный ресурс] – URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 20.09.2016).
5. Рукавишников А.А., Соколова М.В. Пособие по применению личностного опросника Р. Кеттелла 16 PF. - 3-е изд. – Ярославль: НПЦ «Психодиагностика», 2000. – 34 с.
6. Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты / отв. ред. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2015. – 293 с. (Клиническая психология).
7. Соловьева С.Л. Психическая норма в медицинской психологии // Современные представления о психической норме и патологии: Психологический, клинический и социальный аспекты / отв. ред. Н.Л. Белопольская. – М.: Когито-Центр, 2015. – С. 23
8. Урываев В.А., Липов В.Н., Витютина Т.А. Время изменений: социальные изменения и изменения личности // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2011. – № 7 (77). – С. 160–164.
9. Aboud F.E., Yousafzai A.K. Global Health and Development in Early Childhood // Annu Rev Psychol. – 2015. – Vol. 66. – P. 433–457.

Рощина И.Ф., Селезнева Н.Д.

КОГНИТИВНЫЕ И НЕКОГНИТИВНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПСИХИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ У РОДСТВЕННИКОВ 1-ОЙ СТЕПЕНИ РОДСТВА ПАЦИЕНТОВ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА (КАТАМНЕСТИЧЕСКОЕ КЛИНИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ)

Введение. Среди профессиональных задач, которые стоят перед клиническим (медицинским) психологом (нейропсихологом) в работе с пациентами «третьего возраста», следует отметить работу с родственниками пациентов с деменциями позднего возраста с целью выявления у них ранних симптомов мнестико-интеллектуального снижения, а также проведение психотера-

певтической и коррекционной работы для улучшения качества жизни родственников больных.

Исследование особенностей когнитивной и некогнитивной сферы у родственников 1-й степени родства больных болезнью Альцгеймера (БА) обусловлено современными представлениями о том, что на уже на преморбидном этапе БА, задолго до появления болезни, существуют специфические когнитивные особенности, которые могут быть использованы для идентификации повышенного риска развития нейродегенеративного заболевания.

Серия исследований, направленных на поиск предикторов вероятности развития БА у родственников 1 степени родства больных БА, а также возрастных паттернов риска развития болезни, привела к изучению возможных нейропсихологических маркеров БА у родственников пациентов [8,9,10].

В работах последнего времени отмечается, что родственники 1-й степени родства больных БА могут быть группой риска развития указанного заболевания [8,9,10]. В 22х-летнем проспективном исследовании, в частности, было установлено, что более низкие оценки по тестам вербальной памяти и абстрактного мышления имеют те лица, у которых спустя 10 лет после базисного обследования была диагностирована БА [11]. Сходные результаты о вдвое более частом развитии БА спустя 15 лет после первичного тестирования у лиц с более низкими показателями по тестам, оценивающим зрительную память получены в другой работе [12].

В 20-летнем проспективном исследовании было установлено, что значимо более низкие показатели по шкале MMSE имели дети пациентов с БА по сравнению с группой контроля [8]. В работе L. Backman и соавт. [13] при анализе риска развития БА у родственников 1 степени родства в сравнении с группой контроля показана определённая связь ряда низких когнитивных показателей (способность к обучению, кратковременная память, исполнительные и вербальные функции) с последующим развитием деменции в группе родственников, достигших 65-летнего возраста. При этом временной интервал, предшествующий клиническим симптомам БА, составил от 2 до 10 лет. В сравнительном исследовании вербальных функций (в том числе, вербаль-

ного обучения) в когорте из 623 детей больных БА (средний возраст – 53 г.) и группы контроля (157 чел.) установлены значимо более низкие результаты опосредованной вербальной памяти у детей пациентов с БА [14].

Изучение 100 семей детей, имеющих двух страдающих БА родителей, выявило увеличение риска развития БА, коррелирующего с их возрастом [15]. В 22,6% случаев в группе детей (297 чел.) БА развилась в возрасте до 60 лет, риск развития БА у детей старше 60 лет составил 31,0%, после 70 лет он вырос до 41,8%.

В более поздних исследованиях большое внимание уделялось роли носительства ε4 аллеля ApoE гена у родственников пациентов с БА. L.A. Cupples et al. и H.Payami et al. показан максимальный риск развития БА у родственников 1 степени родства больных БА, имеющих ApoE4(+) генотип [16, 17].

В проспективном 33х-месячном исследовании R.J. Caselli et al. выявлены более низкие показатели вербальной памяти (запоминание и воспроизведение) и усвоения практических навыков у 87 родственников 1 степени родства больных БА (средний возраст – 60 лет) – носителей ε4 аллеля ApoE гена, по сравнению с 93 родственниками, не имеющими ε4 аллеля [18].

Сходная закономерность обнаружена J.A. Levy et al., свидетельствующая о более низких результатах по тестам, оценивающих вербальное запоминание и воспроизведение, внимание, а также рабочую память у родственников пациентов с БА-носителей ε4 аллеля в отличие от не-носителей ε4 аллеля [19].

В крупном исследовании M.A. Sager et al. при обследовании 452 родственников больных БА (45% из которых являлись гетеро- или, реже, гомозиготными по ε4 аллелю ApoE гена) у пожилых родственников больных-носителей ε4 аллеля обнаружена значимо более выраженная зрительно-пространственная дисфункция, а также худшие результаты в выполнении некоторых тестов [20].

Полученные в предшествующих исследованиях данные определили необходимость направленного поиска специфических маркеров когнитивных и некогнитивных параметров психической деятельности, которые могли бы с высокой долей вероятности свидетельствовать о развитии в последующем нейро-

дегенеративного заболевания у родственников 1 степени родства больных БА.

В 2012-2016 гг. в ФГБНУ НЦПЗ проведено 4х-летнее катамнестическое мультидисциплинарное исследование родственников 1-й степени родства пациентов с БА с целью поиска специфических психопатологических и нейропсихологических особенностей когнитивного функционирования для выявления факторов риска появления и нарастания когнитивного дефицита и/или развития у них БА. Первые результаты клинико-психопатологического исследования были представлены в предыдущих публикациях [5,6].

Цель исследования. Клинико-психологическое исследование (с применением нейропсихологического подхода) особенностей когнитивной и некогнитивной сферы у родственников 1-й степени родства больных БА.

Испытуемые. В когорту катамнестического изучения было включено 236 родственников 1 степени родства больных БА (80 м., 156 ж.): 208 чел. – дети пробандов, 28 чел. – братья и сестры. Средний возраст – 48,3±12,4 г. Группу контроля составили 74 чел., не имевших среди родственников пациентов с БА (25 м., 49 ж.). Средний возраст – 56,2±15,2 г. Распределением по полу группы родственников и контроля статистически значимо не различалось.

Методы исследования. Проведено комплексное исследование, включающее клинико-психопатологический, клинико-катамнестический, нейропсихологический, психометрический, молекулярно-генетический методы.

На каждого обследованного из когорты родственников и группы контроля заполнялась клиническая карта обследуемого (формализованный инструмент клинической и психопатологической оценки состояния пациента), заполнялись шкалы MMSE, MOCA, CDS, шкалы Гамильтона для оценки депрессии и тревоги, а также модифицированная шкала Хачински.

Комплексное нейропсихологическое исследование было основано на принципах отечественной нейропсихологической школы А.Р.Лурия [2,3] и включало оценку операциональных компонентов психической деятельности, а также регуляторных и нейродинамических параметров деятельности психической

деятельности. Количественная оценка результатов нейропсихологического обследования осуществлялась с опорой на шкалу нейропсихологического исследования и «экспресс-методику исследования когнитивных функций» в позднем возрасте [1,4].

Для исследования произвольного внимания использовалась методика Мюнстерберга, результаты выполнения которой оценивались по параметру количества правильно выделенных слов и по параметру ошибок [7]. Для дополнительного исследования объема произвольной слухо-речевой памяти применялся субтест 6 из теста Векслера (воспроизведение цифр в прямом и обратном порядке).

Результаты. Сравнение основной и контрольной групп по частоте генотипа ApoE4(+) показало, что в группе родственников обнаружилась достоверно большая частота ApoE4(+) генотипа по сравнению с группой контроля ($p<0,05$).

По анамнестическим данным у родственников больных БА по сравнению с группой контроля отмечались следующие виды когнитивной конституциональной недостаточности: трудности усвоения цифровой информации, трудности пространственной ориентировки, затруднения в усвоении мануальных навыков. Различия между группами по указанным параметрам когнитивной сферы достигали уровня значимости ($p<0,05$).

Сопоставление частоты аффективных, невротических и астенических нарушений у родственников в сравнении с группой контроля показало, что у родственников пациентов с БА значимо чаще ($p<0,05$) отмечены альцгеймерофобия, подавленное настроение, тревога, признаки раздражительной слабости. Катамнестическое (спустя 4 года) исследование когорты родственников выявило значимое ($p<0,05$) усиление альцгеймерофобии, подавленного настроения, тревоги и признаков раздражительной слабости по сравнению с первичным обследованием.

Клинико-психопатологическое сравнение особенностей когнитивного статуса обнаружило у родственников (по сравнению с группой контроля) в 2 раза более частое ($p <0, 05$) ослабление концентрации внимания, негрубые трудности усвоения новой информации ($p <0, 05$), легкие затруднения припоминания событий отдаленного прошлого ($p <0, 05$). Эти же параметры пси-

хической деятельности значимо (р <0, 05) ухудшались по результатам катамнестического обследования через 4 года.

При первичном клинико-психопатологическом обследовании в группе родственников 1-ой степени родства больных БА у 11 обследованных был определен синдром мягкого когнитивного снижения (MCI). У 28 человек отмечались когнитивные трудности, подтвержденные объективно, но не достигавшие уровня мягкого когнитивного снижения. Катамнестическое обследование показало, что через 4 года синдром MCI был поставлен 27 родственникам, а у 78 человек отмечалось ухудшение когнитивных функций (табл.1). При этом в 55,5% случаях когорты родственников ухудшения когнитивного функционирования не отмечалось.

Катамнестическое обследование показало, что через 4 года синдром MCI был поставлен 27 родственникам, а у 78 человек отмечалось ухудшение когнитивных функций (табл.1). Таким образом, катамнестическое обследование показало, что у 105 человек (45,5%) из группы родственников за 4 года наблюдалось ухудшение когнитивной сферы. При этом у 55,5% обследованной когорты родственников не отмечалось ухудшения когнитивного функционирования.

Следует также отметить, что в подгруппе родственников с когнитивным ухудшением по результатам катамнеза была показана значимо б*о*льшая частота ApoE4(+) генотипа по сравнению со стабильной подгруппой (р<0,05).

Таблица 1. Результаты катамнестического клинико-психопатологического исследования

Этап исследования	N	%	Этап исследования	N	%
Первичное обследование	236	100	Катамнестическое обследование	236	100
Когнитивное ухудшение	39	16,6	Когнитивное ухудшение	105	44,5
Без когнитивного ухудшения	197	83,4	Без когнитивного ухудшения	131	55,5

Сравнение результатов первичного комплексного нейропсихологического исследования в группе родственников 1-й степени родства и в группе контроля показало отсутствие значимых различий между группами при выполнении проб на зрительный

и слуховой гнозис, кинестетический праксис, экспрессивную и импрессивную речь, зрительную память, вербальное и невербальное мышление. Нейродинамические параметры психической активности также значимо не отличались у испытуемых обеих групп (табл.2).

Таблица 2. Результаты комплексного нейропсихологического исследования в группе родственников и группе контроля.

Параметры психической деятельности	Группа родственников	Группа контроля
Зрительный гнозис	0,1	0,1
Слуховой гнозис	0,1	0,2
Кинестетический праксис	0,1	0
Динамический праксис	0,5	0,2
Пространственный праксис	**0,6**	**0,2***
Самостоятельный рисунок	**0,8**	**0,2***
Рисунок геом фигур по речевой инструкции	**0,2**	**0,9***
Понимание логико-грамматич. конструкций	0,2	0,1
Номинативная функция речи	0,3	0,1
Зрительная память	0,4	0,2
Слухо-речевая память	**0,9**	**0,2***
Невербальное мышление	0,2	0,1
Вербальное мышление	0,3	0,1
Нейродинамика	0,4	0,2
Произвольная регуляция деятельности	**0,7**	**0,1***
Контроль	0,1	0,4

*- различия достоверны ($p<0,05$)

На этом фоне испытуемые группы родственников значимо хуже выполняли пробы Хэда, направленные на диагностику пространственной организации праксиса. Также следует отметить значимые различия между группой родственников и группой контроля при выполнении комплекса проб на оптико-пространственную деятельность (самостоятельный рисунок пространственно ориентированных фигур, рисунок геометрических фигур по речевой инструкции), а также при произвольном запоминании вербальных стимулов.

Значимые различия между группами обнаружились и в произвольной регуляции деятельности при решении 4 арифметических задач. Трудности при решении арифметических задач проявлялись в снижении самостоятельного программирования дея-

тельности, которые компенсировались с помощью внешней коррекции.

Сравнение результатов выполнения «экспресс-методики исследования когнитивных функций» в обеих обследованных группах показало, что более низкие результаты по всем субтестам и общему баллу показали родственники по сравнению с контрольной группой (табл.3). Однако, различия достигали уровня значимости ($p<0,05$) по параметрам зрительной и слухоречевой памяти при произвольном запоминании 10 слов и при непосредственном запоминании геометрических фигур (тест Бентона).

Таблица 3. Результаты выполнения "экспресс-методики исследования когнитивных функций" в группе родственников и группе контроля.

	Группа контроля (n=74)	Группа родственников (n=236)
1.Запоминание 9 слов	0,6	0,9
2.Рисунок 3 геометрических фигур	0,3	0,5
3.Серийное вычитание «от 100 по 7»	0,4	0,6
4.Отсроченное воспроизведение 9 слов	0,7	1,1
5.Тест зрительной памяти А. Бентона	**3,1**	**4,5***
6.Расстановка стрелок на часах без циферблата	0,1	0,5
7.Решение арифметической задачи	0,1	0,4
8.Заучивание 10 слов	**1,2**	**2,7***
9.За 1 минуту назвать как можно больше любых продуктов питания	0,1	0,2
10.Запоминание 9 слов, имеющих общий смысловой признак	0,1	0,1
11.Актуализация упроченных в прошлом опыте знаний	0,1	0,1
12. Понимание смысла пословицы	0,1	0,2
Сумма	6,9	11,8

*- различия достоверны ($p<0,05$)

Различия в результатах выполнения заданий на зрительную память при комплексном нейропсихологическом исследовании и в "экспресс-методике для исследования когнитивных функций" можно объяснить тем, что объем стимульного материала для запоминания фигур при выполнении 5 задания экспресс-методики был больше. Таким образом, можно полагать, что именно в сенсибилизированных условиях у родственников вы-

является дефицитарность зрительной памяти по параметру объема запоминания.

По результатам выполнения субтеста 6 из теста Векслера у родственников обнаружен значимо (p=0,05) меньший объем воспроизведения цифр в обратном порядке по сравнению с контролем. Эта проба также требует высокого уровня произвольной регуляции деятельности и достаточно большого объема кратковременной слухо-речевой памяти.

Исследование произвольного внимания с помощью теста Мюнстерберга показало, что по двум параметрам («количество найденных слов» и «количество пропущенных слов») у группы родственников наблюдались более низкие результаты по сравнению с группой контроля, при этом значимые различия были получены по параметру «количество пропущенных слов» (p=0,05). Эти результаты можно интерпретировать, как снижение контроля в структуре произвольного внимания.

Нейропсихологическое обследование в динамике (через 4 года) показало, что у 131 обследованных из группы родственников не наблюдалось изменений (ухудшения) в когнитивной сфере, в то время как у 105 родственников отмечалось ухудшение по всем указанным ранее параметрам психической деятельности (пространственная организация праксиса, оптико-пространственная деятельность, зрительная и слухо-речевая память, произвольная регуляция деятельности). Кроме того, обнаружено значимое усиление тормозимости следов при отсроченном воспроизведении, снижение номинативной функции речи, к которым добавились значимые различия при выполнении проб на кинетическую организацию праксиса, а также снижение нейродинамичских параметров психической активности.

Части родственников, у которых наблюдалось усиление симптомов когнитивной недостаточности, помимо медикаментозной терапии, давались рекомендации по проведению регулярной когнитивной тренировки, с остальными проводились занятия в рамках когнитивного тренинга.

Клинико-психологическое исследование когорты родственников больных БА в настоящее время продолжается.

Выводы. Проведенное исследование показывает, что в отношении родственников больных с БА должны проводиться ком-

плексные программы коррекционно-реабилитационных мероприятий, направленных на предупреждение ухудшения когнитивных функций. В эти программы помимо клинико-психопатологического обследования и медикаментозной терапии должны включаться нейропсихологическая диагностика для выявления специфических особенностей когнитивного функционирования, а также психологическая поддержка (сопровождение) и коррекционная работа в рамках когнитивного тренинга.

Литература

1. Корсакова Н.К., Балашова Е.Ю., Рощина И.Ф. Экспресс-методика оценки когнитивных функций при нормальном старении // Ж. Неврологии и Психиатрии им. С.С.Корсакова. 2009. № 2. С. 44–50.
2. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии / Лурия А.Р. // М., Изд-во МГУ, 1973.
3. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушение при локальных повреждениях мозга. – М.: МГУ, 1962, 1-е изд.; 1969, 2-е изд.; М.: Академ. проект, 2000, 3-е изд.
4. Рощина И.Ф., Жариков Г.А. Нейропсихологический подход в диагностике мягкой деменции у лиц пожилого и старческого возраста // Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.1998. № 2. С. 34–40.
5. Селезнева Н.Д., Рощина И.Ф., Гаврилова С.И., Федорова Я.Б., Гантман М.В., Коровайцева Г.И., Кунижева С.С., Рогаев Е.И. Психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1 степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера // Ж. Неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2012. Том 112. № 10. С. 8–13.
6. Селезнева Н.Д., Гаврилова С.И., Рощина И.Ф., Коровайцева Г.И. APOE-генотип и психические нарушения когнитивного и некогнитивного спектра у родственников 1-й степени родства пациентов с болезнью Альцгеймера // Ж. Психиатрия. 2013. № 1 (57). С. 13–23.
7. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Изд. Бахрах-М., 2011.
8. Jarvik L.F., La Rue A., Gokhman I. et al. Middle-aged children of Alzheimer parents, a pilot study: stable neurocognitive performance at 20-year follow-up // J Geriatr Psychiatry Neurol. 2005. Vol. 18. P. 187–191.
9. Small B.J., Herlitz A., Fratiglioni L. et al. Cognitive predictors of incident Alzheimer’s disease: a prospective longitudinal study // Neuropsychology. 1997. Vol. 11. P. 413–420.

10. Small G.W., Ercoli L.M., Silverman D.H. et al. Cerebral metabolic and cognitive decline in persons at genetic risk for Alzheimer's disease // Proc Natl Acad Sci USA. 2000. Vol. 97. P. 6037–6042.
11. Elias M.F., Beiser A., Wolf P.A., Au R., White R.F., D'Agostino R.B. The preclinical phase of Alzheimer disease: a 22-year prospective study of the Framingham Cohort // Arch Neurol. 2000. Vol. 57. P. 808–813.
12. Kawas C.H., Corrada M.M., Brookmeyer R., Morrison A., Resnick S.M., Zonderman A.B. et al. Visual memory predicts Alzheimer's disease more than a decade before diagnosis // Neurology. 2003. Vol. 60. P. 1089–1093.
13. Backman L., Jones S., Berger A.K., Laukka E.J., Small B.J. Cognitive impairment in preclinical Alzheimer's disease: a meta-analysis // Neuropsychology. 2005. Vol. 19. P. 520–531.
14. La Rue A., Hermann B., Jones J.E., Johnson S., Asthana S. and Sager M.A. Effect of parental family history of Alzheimer's disease on serial position profiles // Alzheimers Dement. 2008, July. Vol. 4 (4). P. 285–290.
15. Jayadev S., Steinbart E.J., Chi Y-Y. et al. Conjugal Alzheimer Disease // Arch Neurol. 2008. Vol. 65 (3). P. 373–378.
16. Payami H., Grimslid H., Oken B. et al. A prospective study of cognitive health in the elderly (Oregon Brain Aging Study): effects of family history and apolipoprotein E genotype // Am J Hum Genet. 1997. Vol. 60. P. 948–956.
17. Cupples L.A., Farrer L.A., Sadovnick A.D. et al. Estimating risk curves for first-degree relatives of patients with Alzheimer's disease: the REVEAL study // Genet Med. 2004. Vol. 6. P. 192–196.
18. Caselli R.J., Reiman E.M., Osborne J.G. et al. Longitudinal changes in cognition and behavior in asymptomatic carriers of the APOE e4 allele // Neurology. 2004. Vol. 62. P. 1990–1995.
19. Levy J.A., Bergeson J., Putnam K. et al. Context-specific memory and apolipoprotein E (APOE) epsilon 4: cognitive evidence from the NIMH prospective study of risk for Alzheimer's disease // J Int Neuropsychol Soc. 2004. Vol. 10. P. 362–370.
20. Sager M.A., Hermann B., La Rue A. Middle-aged children of persons with Alzheimer's disease: APOE genotypes and cognitive function in the Wisconsin Registry for Alzheimer's Prevention // J Geriatr Psychiatry Neurol. 2005. Vol. 18 (4). P. 245–249.

РАЗДЕЛ 4. Клинико-психологические проблемы профилактики и реабилитации

Щелкова О.Ю.

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА В ПРОФИЛАКТИКЕ НАРУШЕНИЙ ПСИХИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ: ПОСТАНОВКА ПРОБЛЕМЫ И ПРИМЕРЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Профилактика нарушений психической адаптации составляет предмет психогигиены и психопрофилактики – междисциплинарных областей науки и практики, объединяющих усилия различных специалистов, направленные на предупреждение и раннее выявление нарушений психического здоровья и социального функционирования личности. Эти междисциплинарные области приобретают в последнее время все большую социальную значимость в связи с существенным увеличение факторов риска психической дезадаптации, к числу которых можно отнести возрастание динамизма и напряженности повседневной жизни людей, а также резкое увеличение экстремальных и кризисных ситуаций, обусловленных социально-экономическими, техногенными и другими причинами.

В этих условиях повышается роль психодиагностических исследований, составляющих неотъемлемую составную часть психогигиенических и психопрофилактических мероприятий.

Задачи психологической диагностики в области **психогигиены** (направленной на поддержание психического здоровья и предупреждение заболеваний у практически здоровых людей) связаны с определением в каждом конкретном случае личностных и средовых ресурсов, способствующих оптимальной психической адаптации. По мнению Ю.А. Александровского [3], об адаптированной, «нормальной» психической деятельности человека можно говорить только в том случае, если эта деятельность соответствует уровню, необходимому для активной жизнедеятельности, или превышает его. При этом психическая адаптация понимается не в негативном смысле (лишь как отсутствие дезадаптации), а в позитивном – как способность к постоянному развитию, обогащению личности за счет повышения ее

самостоятельности, зрелости, ответственности, интериоризации позитивного опыта других, способности к преодолению различных фрустрирующих обстоятельств на пути к самореализации.

В этом контексте к числу задач психологической диагностики в области психогигиены следует отнести широкий спектр исследований актуального эмоционального состояния, особенностей потребностно-мотивационной и энергетико-волевой сферы личности, системы ее значимых отношений, механизмов психологической защиты и копинга, особенностей познавательной деятельности, включая ее мотивационные характеристики, креативный потенциал и стремление к самопознанию, а также исследования других проявлений психической жизни человека, которые могут служить основой для позитивного развития личности и противостояния болезни [8].

Учитывая представления о взаимодействии в системе психогигиены и психопрофилактики трех основных компонентов – личностного, межличностного и ситуационного - а также важнейшую роль социального окружения в жизни каждого человека, релевантная психологическая диагностика в рамках психогигиены должна быть направлена не только на выявление индивидуальных психологических особенностей личности, но и на выявление социальных и социально-психологических факторов, влияющих на формирование и актуальное состояние личности. К числу таких факторов можно отнести характер детско-родительских и супружеских отношений, отношения в производственном (учебном) коллективе, в сфере неформального общения и в других значимых сферах отношений личности.

Таким образом, эффективная психогигиена как составная часть проектов охраны психического здоровья, предполагает использование разнообразных методов психологической диагностики, относящихся к ее медицинскому, социальному, профессиональному, педагогическому и другим направлениям.

Примером такого использования может служить проведенное нами исследование [17] группы старшеклассников массовой школы, в рамках которого анализировались детско-родительские отношения для выявления стилей воспитания, в максимальной степени способствующих развитию у подростка позитивных личностных качеств и конструктивных способов

психологического преодоления (копинга). Проведенное исследование можно рассматривать как модель (программу) группового психолого-диагностического исследования, выполненного в связи с задачами психогигиены.

Программа включала цель исследования, которая заключалась в изучение системы копинг-механизмов (стратегий совладающего поведения и личностных копинг-ресурсов) подростков в их взаимосвязи со стилями родительского воспитания; а также конкретные задачи исследования: 1) изучение базисных и ситуационно-специфических копинг-стратегий подростков – юношей и девушек, относящихся к разным возрастным группам – среднего и старшего подросткового возраста; 2) изучение структурных особенностей личности, выступающих в качестве психологических ресурсов стресс-преодолевающего поведения подростков разного пола и возраста; 3) выявление преобладающих стилей воспитания родителей в изучаемых группах подростков; 4) изучение взаимосвязи стилей воспитания родителей с особенностями совладающего поведения и личности подростков. Для реализации цели и задач исследования был использован комплекс психодиагностических методов, относящихся к классу тест-опросников: «Индикатор стратегий преодоления стресса», «Способы совладающего поведения», «Подростки о родителях», а также построенная на одном из приемов психосемантики – субъективном шкалировании – методика «Личностный дифференциал». С помощью этих методов было исследовано 96 подростков – старшеклассников (9 и 11 классы) одной из общеобразовательных средних школ г. Санкт-Петербурга. По поло-возрастному составу изученные подростки распределились следующим образом: 14 – 15 лет (9 класс) – 44 человека (16 юношей и 28 девушек), 16 – 17 лет (11 класс) – 52 человека (23 юноши и 29 девушек).

Проведенное исследование показало наличие взаимосвязи стилей воспитания родителей с механизмами (стратегиями и ресурсами) стресс-преодолевающего поведения их детей-старшеклассников. В частности, было выявлено, что наиболее выраженную связь с неконструктивными (неадаптивными) копинг-стратегиями «конфрантативный копинг», «дистанцирование» и «бегство» (избегание проблем) имеет стиль воспитания

«враждебность» (непринятие ребенка, предъявление к нему чрезмерных требований, формальное отношение к нему или восприятие его как соперника). Подобные взаимосвязи выявлены как в группе юношей, так и в группе девушек, и касаются как стиля воспитания, как отца, так и матери. «Позитивный интерес» со стороны матери (безусловное положительное отношение к ребенку, эмоциональная вовлеченность в его проблемы) способствует формированию конструктивной копинг-стратегии «планирование решения проблемы» у юношей; эта же воспитательная тактика со стороны отца способствует усилению «самоконтроля» у девушек.

«Враждебное» отношение матери имеет взаимосвязь с пониженной самооценкой и ослаблением волевых сторон личности у девушек; «враждебное» отношение отца взаимосвязано с пониженной самооценкой у юношей. С активностью юношей взаимосвязаны «директивность» и «непоследовательность» со стороны отца. При этом и фактор Оценки, и фактор Силы, и фактор Активности (методика «Личностный дифференциал») рассматривались в исследовании не только как базисные черты в структуре личности, но и как существенные внутренние (психологические) ресурсы подростка, направленные на противостояние жизненным трудностям и стрессовым ситуациям (копинг-ресурсы).

Результаты проведенного исследования могут быть использованы при формировании психокоррекционных программ в общей структуре психогигиенических мероприятий с подростками и их семьями.

Неразрывно связаны с задачами поддержания психического здоровья (психогигиены) задачи раннего выявления и предупреждения нарушений психической адаптации **(психопрофилактики)** [9]. Согласно общепринятым представлениям, нарушения психической адаптации могут проявляться в: 1) форме пограничных психопатологических явлений (неврозов, функциональных расстройств), сопровождающихся ощущением болезни и определяющихся, в основном, интрапсихическими конфликтами; 2) в возникновении неадекватного поведения в социальной среде, которое зависит от особенностей личности, ее неправильного формирования и приводит к рассогласованию вза-

имодействия между индивидуумом и окружением (психопатические реакции или состояния); 3) в психосоматических расстройствах (изменение психофизиологических соотношений, приводящее к нарушениям соматического здоровья) [4].

Таким образом, нарушение психической адаптации под влиянием разнообразных и множественных стрессовых факторов может с высокой вероятностью проявиться в виде невротических, психосоматических или поведенческих расстройств с клинически очерченной или субклинической симптоматикой. Выявление признаков подобных расстройств с помощью экспериментальных и клинических методов, а также выявление индивидуальных особенностей личности и социально-психологической ситуации, предрасполагающих к этим расстройствам, составляет основную задачу медико-психодиагностических исследований в рамках профилактического направления медицины. При этом психологическая диагностика может иметь, как характер индивидуального исследования конкретного человека, так и характер массового скринингового исследования группы людей, объединенных по каким-либо признакам (профессиональным, возрастным, по признаку принадлежности к маргинальным группам или к группам лиц, перенесших тяжелые лишения, катастрофы, кризисы).

Методический аппарат подобных исследований широко представлен инструментами личностной диагностики и диагностики эмоциональных состояний, нервно-психической устойчивости и толерантности к стрессу, специализированными методами диагностики посттравматического стрессового расстройства у взрослых и детей и другими методами, рассчитанными как на углубленную индивидуальную, так и массовую экспресс-диагностику [18]. Однако в методологическом плане проблема оценки уровня и особенностей психической адаптации/дезадаптации остается недостаточно разработанной. Поэтому особый интерес представляют работы, отражающие научно обоснованные подходы к оценке психической адаптации.

С.Б. Семичовым [19] предложена систематика состояний психической адаптации – дезадаптации: а) адаптация; б) состояние социальной, психической и соматической напряженности – угроза дезадаптации; в) парциальная дезадаптация; г) тотальная

дезадаптация. На основе этой систематики И.Н. Гурвичем [11] при разработке «Теста нервно-психической адаптации» была предложена шкала, по которой производится дифференцированная оценка адаптации индивида. Градации предложенной шкалы располагаются на континууме между полюсами «практическое здоровье, оптимальная адаптация» и «состояние предболезни». При этом предболезнь квалифицируется как состояние, при котором вероятность развития заболевания приближается к 100% при условии продолжающегося действия на организм и личность патогенных условий и факторов, с одной стороны и нарушения адаптационно-компенсаторных механизмов – с другой. Подобный подход к оценке психической адаптации представляется обоснованным в методологическом плане и удобным в практическом использовании медицинскими психологами.

Нарушения психической адаптации, как многомерной функциональной системы, могут развиваться при превышении степени патогенности над адаптационными ресурсами личности на различных уровнях интеграции: биологическом, психологическом или социальном. В последнем случае имеются в виду факторы, блокирующие актуальные социальные потребности личности при неконструктивных механизмах психологической защиты и совладающего со стрессом поведения (копинга). В соответствии с этим Л.И. Вассерманом с соавт. [6] предлагается следующая система оценки социальной составляющей функционирования индивида: 1 уровень – «социальная устойчивость», 2 уровень – «сдвиг социальной устойчивости», 3 уровень – «социальная фрустрированность», 4 уровень – «социальный конфликт», 5 – конкретная (очерченная и диагностируемая) форма социальной дезадаптации личности. Эквивалентными оценками биопсихической составляющей функционирования выступают: «предболезнь», «донозологический уровень», «болезнь», отражающие клинический подход к оценке состояния индивида.

Важной причиной, затрудняющей диагностику нарушений психической адаптации, является неопределенность термина «дезадаптация». Поэтому актуальной является проблема перехода от эмпирических описаний психической адаптации к психологически обоснованным моделям и психодиагностически достоверным критериям оценки ее проявлений.

В последние десятилетия попытки выделения подобных критериев, а также в целом анализ механизмов развития психической дезадаптации приводят к убеждению об особом значении характеристик стресс-преодолевающего поведения (копинга). В теоретическом плане выделяются следующие типы соотношения между системой стресс – копинг и психическим здоровьем [2]: стресс может быть непосредственной причиной развития психических нарушений (F43) [16], либо фактором, способствующим их развитию и декомпенсации; степень патогенности стресса зависит от особенностей копинг-поведения и копинг-ресурсов индивида; некоторым психическим расстройствам соответствуют специфические стили преодоления стресса; психические нарушения являются серьезными стрессорами, от эффективности преодоления которых зависит качество жизни пациента и медицинский прогноз. Исследования показывают, что, несмотря на высокую степень ситуационной специфичности копинга, то есть возможности его исследования лишь в соотношении с конкретной ситуацией (стрессором), для лиц с нарушениями психической адаптации (либо предрасположенных к ним) характерны определенные стилистические тенденции, актуализирующиеся в стрессовых ситуациях и проявляющиеся на когнитивном, эмоциональном и поведенческом уровнях [7, 12]. Так, относительно неспецифическим паттерном реагирования на стресс при нарушениях психической адаптации является предпочтение эмоционально-ориентированных копинг-стратегий и стратегий избегания в сочетании с недостаточным использованием активных, проблемно-ориентированных стратегий. Подобный стиль обнаруживается у больных неврозами, у лиц с тревожными, депрессивными, аддиктивными, психотическими нарушениями, относительно независимо от нозологической формы и характера коморбидности [1, 13, 14, 20, 22]. Это обусловливает необходимость включения механизмов преодоления стресса (копинг стратегий, личностных и средовых копинг-ресурсов) в модели изучения проявлений и факторов риска психической дезадаптации в массовых психопрофилактических исследованиях.

В качестве примера такой модели может выступать проведенное нами исследование психологической адаптации к стрес-

согенным условиям профессиональной деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов [15, 21]. Психодиагностическая модель включает клинико-и экспериментально-психологическое исследование, направленное на выявление зон наибольшей социальной фрустрированности и неудовлетворенности различными аспектами профессиональной деятельности, особенностей психоэмоционального состояния врачей, включая проявления синдрома «психического выгорания», особенностей личности и механизмов психологического преодоления (копинга). Применение подобной психодиагностической модели для исследования врачей анестезиологов-реаниматологов позволило показать особенности и динамику процесса психической адаптации к стрессогенным условиям профессиональной деятельности, связать их с длительностью стажа работы, выявить и содержательно описать факторы риска психической дезадаптации, а также определить «мишени» для психологического вмешательства, снижающего риск развития нервно-психической и психосоматической патологии у этой категории профессионалов, и, одновременно, повышающего удовлетворенность врачей различными аспектами своей профессиональной деятельности.

Общей целью исследования было выявление особенностей эмоционального состояния и механизмов психологической адаптации к стрессогенным условиям профессиональной деятельности у врачей анестезиологов-реаниматологов с различным стажем профессиональной деятельности. В соответствии с целью были определены конкретные задачи исследования данной категории специалистов**:** 1) выявление зон наибольшей социальной фрустрированности и эмоциональной неудовлетворенности; 2) выявление особенностей эмоционального состояния; 3) определение выраженности основных компонентов синдрома «психического выгорания»; 4) выявление базисных копинг-стратегий (стратегий стресс-преодолевающего поведения), а также конструктивных и неконструктивных копинг-стратегий в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах; 5) выявление личностных копинг-ресурсов – черт личности, способствующих психологической адаптации к стрессогенным условиям профессиональной деятельности.

Материал исследования составили данные, полученные в ходе психологического исследования врачей, повышающих квалификацию на кафедре анестезиологии и реаниматологии Санкт-Петербургской Медицинской академии последипломного образования. Всего исследовано 96 врачей. Из них 62 (64,6%) мужчины и 34 (35,4%) женщины; средний возраст – 42, 1 года. В соответствии с задачами исследования врачи были разделены на две группы в зависимости от стажа профессиональной деятельности в области анестезиологии и реаниматологии. Первую группу составили 44 врача со стажем работы менее 13 лет (средний возраст – 33,1 года), вторую – 52 врача со стажем работы 13 и более лет (средний возраст – 49,6 лет).

Такой пороговый уровень в различии стажа работы (13 лет) был выбран не случайно. При такой длительности стажа профессиональной деятельности человек вступает в тот жизненный период, который принято называть «кризисом зрелого возраста». В этом возрастном периоде происходит окончательное становление личности, которая достигает пика своей социальной активности, завершается формирование системы ценностей, остро переживаются вопросы самореализации, социального статуса и признания. Накопленный к этому времени опыт работы позволяет специалисту объективно оценить свои профессиональные возможности и перспективы, пересмотреть жизненные планы с учетом особенностей профессии и своей роли в ней. Немаловажное значение имеет и то, что в этом критическом возрастном периоде на фоне жизненных (экзистенциальных) проблем, профессиональных стрессов и перегрузок впервые возникает или обостряется риск развития пограничных нервно-психических, а также психосоматических расстройств.

В соответствии с общей целью и конкретными задачами использовались следующие методы психологического исследования: медико-социологическая шкала «Уровень социальной фрустрированности» (УСФ), направленная на выявление степени удовлетворенности респондентов такими обобщенными аспектами своей жизни, как «социальный статус», «экономическое положение», «здоровье» «взаимоотношения с родными и близкими» и др.; для выявления зон наибольшей эмоциональной неудовлетворенности в связи с особенностями профессиональной

деятельности было разработано специализированное интервью, пункты которого отражают проблематику, как общую для врачебной профессии, так и потенциально высоко значимую для врачей анестезиологов-реаниматологов. Использовался также набор психодиагностических стандартизованных методик: «Интегративный тест тревожности»; шкалы «Эмоциональная сензитивность» и «Невротический сверхконтроль», входящие в число дополнительных шкал «Стандартизованного многофакторного метода исследования личности»; опросник «Психическое выгорание»; «Индикатор стратегий преодоления стресса»; «Опросник для изучения копинг-поведения Е. Хейма», «Личностный дифференциал».

Анализ результатов клинико-психологического исследования (методика УСФ и авторское интервью) показал, что неудовлетворенность, как в широком социальном контексте, так и в профессиональной деятельности, оказалась выше у врачей с меньшим стажем по сравнению с врачами с большим стажем профессиональной деятельности в области анестезиологии-реаниматологии. Психометрическое исследование выявило признаки «психического выгорания» врачей анестезиологов-реаниматологов и показало сходную структуру этого феномена в группах врачей с меньшим и большим стажем профессиональной деятельности. В каждой из групп врачей в структуре синдрома «психического выгорания» в минимальной степени представлены признаки «эмоционального истощения», а в средней и высокой степени – признаки «деперсонализации» и «редукции личных достижений». Подобные соотношения показывают, что на фоне оптимального эмоционального состояния и уровня активности в обеих группах врачей, формируется, тем не менее, чувство неудовлетворенности в связи с происходящими под влиянием профессиональной деятельности изменениями собственной личности, системы ценностей, поведения, которые четко проявляются на работе и распространяются за пределы профессиональной среды. Степень этой неудовлетворенности оказалась статистически значимо выше в группе врачей анестезиологов-реаниматологов с меньшим стажем профессиональной деятельности.

Как отмечалось, в соответствии с общими тенденциями развития современной психологии, в последнее время внимание исследователей все больше сосредоточивается не только на проблеме влияния стрессогенных факторов на состояние эмоционально-личностной сферы человека, но и на вопросах психологического преодоления стрессового воздействия. В области психотерапии, психологического консультирования и сопровождения профессиональной деятельности усиливается тенденция к формированию у лиц, работающих в стрессогенных условиях, наиболее адаптивных реакций в проблемных ситуациях. Изучение базисных стратегий стресс-преодолевающего поведения (копинг-стратей) врачей анестезиологов-реаниматологов показало отсутствие значимых различий между показателями врачей с различным стажем профессиональной деятельности и структура копинга в обеих группах практически одинакова: конструктивные стратегии «разрешение проблемы» и «поиск социальной поддержки» используются чаще, чем неконструктивный копинг «избегание проблемы»; частота использования первых двух стратегий соответствует среднему уровню, третьей – низкому уровню.

Согласно теории копинга, механизмы совладания со стрессом можно классифицировать по тому, в какой сфере психической деятельности (когнитивной, эмоциональной, поведенческой) они реализуются, а также оценить их с точки зрения адекватности-неадекватности. Результаты применения опросника Е. Хейма, построенного на этой классификации [14], показывают, что не было выявлено статистически значимых различий между группами врачей по степени выраженности адаптивных, относительно адаптивных и неадаптивных копингов в когнитивной, эмоциональной и поведенческой сферах личности. В обеих группах преобладали адаптивные стратегии психологического преодоления; наименьшую выраженность имели неадаптивные копинги.

Исследование показало, что вне зависимости от длительности стажа работы врачи анестезиологи-реаниматологи обладают существенным личностным потенциалом для совладания со стрессогенными условиями профессиональной деятельности и другими жизненными трудностями. Этот потенциал составляют

устойчивые психологические характеристики, отраженные величиной факторов Оценки, Силы, Активности. В частности, к профессионально важным можно отнести такие характеристики личности врачей анестезиологов-реаниматологов, как достаточно высокий уровень самопринятия и склонность осознавать себя как носителя позитивных, социально желательных качеств (фактор О); уверенность, решительность, самостоятельность, независимость, умение придерживаться собственной линии поведения и не перекладывать ответственность на окружающих, хороший самоконтроль (фактор С); а также активность, общительность, эмоциональная откликаемость (фактор А). Эти характеристики личности могут рассматриваться как прогностически благоприятные факторы психологической адаптации к профессиональному стрессу и как факторы противостояния профессиональной деформации личности.

Обобщение результатов исследования особенностей эмоционального состояния и механизмов психологической адаптации к стрессогенным условиям профессиональной деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов позволило сделать следующее заключение.

Данные литературы свидетельствуют о том, что психологическая адаптация к профессиональному стрессу является динамическим процессом, включающим ряд последовательных стадий [10]. Динамика психологической адаптации к профессии накладывается на возрастную эволюцию психики человека, которая может сопровождаться снижением (колебаниями) адаптационных возможностей. В свою очередь, возрастная динамика накладывается на определенную социальную траекторию жизни человека, динамику жизненных циклов и кризисов (например, «кризис зрелого возраста»). Таким образом, процесс профессиональной адаптации у врачей анестезиологов-реаниматологов, также как у других специалистов, является многомерным и предполагает соответствующие – многомерные – подходы к ее изучению.

На одном из первых этапов системного изучения психологической адаптации врачей анестезиологов-реаниматологов к условиям профессионального стресса целесообразно сосредоточиться на изучении роли длительности стрессового воздействия,

то есть, по существу, на роли стажа работы в этой области медицины. В связи с этим в настоящем исследовании были поставлены задачи сопоставления характеристик эмоционально-личностной сферы и механизмов копинга у врачей анестезиологов-реаниматологов с различным стажем профессиональной деятельности. Результаты исследования показали нелинейный характер изменений личности и поведения врача под влиянием работы в условиях профессионального стресса, что обусловливает необходимость индивидуализированного психологического сопровождения профессиональной деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов с целью профилактики эмоционально-личностных расстройств, связанных с «профессиональной деформацией».

Важно отметить также, что существенную роль в психологической адаптации личности к профессии играют не только ресурсы (потенциальные возможности) личности, но и сознательно выбираемые конструктивные стратегии копинга, такие, например, как «разрешение проблемы», «поиск социальной поддержки», а в отдельных ситуациях – «избегание проблемы». Сравнение врачей с меньшим и большим стажем профессиональной деятельности показало, что взаимодействие значительных личностных ресурсов и конструктивных копингов обусловливает по мере увеличения длительности профессиональной деятельности более успешное психологическое приспособление к профессии и усиление профессионально значимых черт личности. Этому соответствует более высокая степень удовлетворенности различными аспектами своей профессиональной деятельности и меньшая степень выраженности компонентов «психического выгорания», выявляемые в группе врачей с большим стажем работы.

Таким образом, полученные в исследовании данные подтверждают представление о сложной структуре процесса психологической адаптации к стрессогенным условиям профессиональной деятельности, о его волнообразном, фазовом характере. На разных этапах этого процесса могут формироваться и развиваться как защитно-психологические компоненты «психического выгорания», так и позитивные профессионально значимые личностные качества врача. В связи с этим общая задача профи-

лактики нервно-психических и психосоматических расстройств у лиц, функционирующих в стрессогенных условиях, может расщепляться на частные задачи выявления, как патогенных психосоциальных факторов, так и психосоциальных фактов (личностных и средовых ресурсов), обусловливающих резистентность личности к стрессу.

Аналогичная модель психодиагностики реализована нами на группе медицинских работников [5], в том числе сотрудников скорой медицинской помощи, чья деятельность также сопряжена с высоким риском психической дезадаптации. Исследование 134 медицинских работников с помощью методик «Невротические черты личности», «Индекс жизненного стиля» и «Способы копинга» показало, что специфика профессиональной деятельности сотрудников скорой медицинской помощи, стационара и поликлиники обусловливает различия в их личностных характеристиках (выраженности «невротических» черт личности, определяющих повышенный риск психической дезадаптации) и механизмах стресс-преодолевающего поведения (копинга и психологической защиты). Выявлено также взаимовлияние черт личности и стратегий копинга в отдельных группах медработников. Характер взаимодействия названных компонентов психологической адаптации оказался различным в группах медицинских работников, принадлежащих к разным организационным структурам здравоохранения, т.е. связанным с условиями и требованиями профессиональной деятельности.

В заключение следует отметить, что немногочисленные пока исследования механизмов адаптации специалистов к стрессогенным условиям профессиональной деятельности показывают, что эта проблема является актуальной и требует дальнейшей разработки. Кратко представленные программа и результаты исследований врачей анастезиологов-реаниматологов и врачей скорой медицинской помощи могут способствовать такой разработке и формированию обоснованных программ психологического сопровождения, коррекции и профилактики профессионально-стрессовых расстройств у специалистов, занятых в медицине и здравоохранении, а также в других социально значимых областях жизни, требующих от профессионалов повышенного эмоционального и интеллектуального напряжения.

Литература

1. Billings A.G., Moos R.H. Coping, stress and social resourses among adults with unipolar depression // J. Person. Soc. Psychol. – 1984. – Vol. 46. – № 4. – P. 877-891.
2. Krankheitsverarbeitung. Jahrbuch der Medizinischen Psychologie / E. Heim, M. Perrez (Hrsg.). – Band 10. – Gottingen: Hogrefe, 1994. – 263 S.
3. Александровский Ю.А. Пограничные психические расстройства: Учебное пособие. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – 495 с.
4. Березин Ф.Б. Психическая и психофизиологическая адаптация человека. – Л.: Наука, 1988. – 267 с.
5. Бразговская С.В., Щелкова О.Ю. Психологическая адаптация медицинских работников к условиям профессиональной деятельности // Психологические проблемы самореализации личности / Под ред. Л.А. Коростылевой. – Вып. 11. – СПб., 2007. – С. 198-210
6. Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. – СПб.: Речь, 2010. – 192 с.
7. Вассерман Л.И., Беребин М.А., Косенков Н.И. О системном подходе в оценке психической адаптации // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 1994. – № 3. – С.16-25.
8. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Методология медицинской психодиагностики: биопсихосоциальный подход, концепция адаптации и гуманистическая психология // Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы и личности: Коллект. моногр. / Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. – СПб.: Скифия-принт, 2014. – С. 12-24.
9. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. Задачи психологической диагностики в клинической и профилактической медицине // Там же. – С. 69-82.
10. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания. – 2-е изд. – М.: Питер, 2008. – 336 с.
11. Гурвич И.Н. Тест нервно-психической адаптации // Вестник гипнологии и психотерапии. – 1992. – № 3. – С. 46-53.
12. Дубинина (Трифонова) Е.А. Адаптационный потенциал личности и психосоматический риск: проблема копинг-компетентности // Известия Российского государственного педагогического университета имени А.И. Герцена. –2013. – № 155. – С. 71–83.
13. Исаева Е.Р. Копинг-поведение и психологическая защита личности в условиях здоровья и болезни. – СПб.: Изд-во СПбГМУ, 2009. – 136 с.

14. Копинг-поведение у больных неврозами и его динамика под влиянием психотерапии: пособие для врачей / Авторы-сост. Б.Д. Карвасарский и др. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1999. – 22 с.
15. Кузнецова О.А., Мазурок В.А., Щелкова О.Ю. Психологическая адаптация к стрессогенным условиям профессиональной деятельности врачей анестезиологов-реаниматологов // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2012 .№ 2. URL: http://medpsy.ru
16. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / ВОЗ; Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. – СПб.: Адис, 1994. – 303 с.
17. Михайлов В.М., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика копинг-поведения подростков в соотношении со стилем родительского воспитания (в аспекте психопрофилактики) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева, 2007 – № 3. – С. 21-23.
18. Практическое руководство по психологии посттравматического стресса. – Ч. 1. – Теория и методы / Н.В. Тарабрина Н.В. и др. – М.: Когито-Центр. – 2007. – 208 с.
19. Семичов С.Б. Предболезненные психические расстройства. – Л.: Медицина, 1987. – 181 с.
20. Шизофрения: уязвимость – диатез – стресс – заболевание / А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова и др. – СПб.: Гиппократ+, 2004. – 336 с.
21. Щелкова О.Ю. Психодиагностика в системном исследовании эмоционально-личностной сферы врачей анестезиологов-реаниматологов (в связи со стрессогенным характером профессиональной деятельности) // Сибирский Психологический журнал. – 2007. – Том 26. – С. 154-160
22. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: дис. ... д-ра мед. наук: 19.00.04; 14.00.45. – СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 1995. – 396 с.

Исаева Е.Р., Мухитова Ю.В.

ВЫБОР СТРАТЕГИЙ И ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ В СИСТЕМЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ: СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ

Актуальность. В последние два десятилетия в условиях развития и современных достижений психофармакологии, социальной психиатрии пациенты с психическими расстройствами по-

лучили возможность быстрее восстанавливаться после манифестации или обострения заболевания, значительно удлинились периоды ремиссии, пациенты стали чаще возвращаться к общественно-полезной деятельности и социальной активности, повысилось качество их жизни [2;3;17;25;30]. Более длительное пребывание дома (в семье), способность к самостоятельному проживанию, доступность дистанционного (виртуального) труда и общения в Интернет-среде представляют собой новую социокультурную и экономическую реальность, определяя новые горизонты и современные направления в развитии психосоциальной реабилитации пациентов с нервно-психической патологией.

Реабилитационный процесс предполагает «восстановление максимально достижимого высокого уровня физической, психологической и социальной адаптации пациентов и включает в себя меры, направленные на снижение воздействия инвалидизирующих и затрудняющих условий и на создание условий для людей с ограниченными возможностями для достижения оптимальной социальной интеграции» [16]. Как известно, эффективная психосоциальная реабилитация улучшает качество ремиссии и удовлетворенность пациентов оказываемой психиатрической помощью, повышает уровень социального функционирования пациентов, их взаимоотношений с близкими людьми, способствует восстановлению трудоспособности [1; 3; 9; 14; 25]. Вместе с тем по-прежнему актуальной и неразрешенной является проблема социальной интеграции в общество данной группы пациентов и оказания *действенной* помощи в восстановлении или достижении *оптимального* уровня социального функционирования. Крайне важной и актуальной задачей является разработка конкретных и четких критериев эффективности реабилитационной помощи через оценку динамики реабилитационного потенциала, поиск индикаторов изменения поведения и функционирования пациентов психиатрического профиля [2; 14; 17; 23].

За рубежом в реабилитации пациентов с нервно-психическими нарушениями опираются на целостный или холистический подход (Engel, 1977; Prigatano, 1999; Silver et. al., 2011;Wilson B.A., Fergus G., Evans J.J., Bateman A., 2015 и др.). К основным компонентам холистического подхода относятся: те-

рапевтическая среда, тесное взаимодействие в междисциплинарной бригаде, сочетание медикаментозного, психосоциального и психотерапевтического воздействия, комбинирование индивидуального и группового лечения, изучение сохранных и нарушенных функций, целенаправленные реабилитационные мероприятия, значимые для самого пациента, работа с семьями [25; 30]. В реабилитации пациентов психиатрического профиля A. Medalia выделяет три основных направления работы: восстановительное, компенсаторное, адаптационное. Восстановительное направление реабилитации связано с изменением индивидуального функционирования пациента за счет улучшения когнитивных функций и адаптационных ресурсов, навыков самостоятельного преодоления проблем, обеспечение позитивного опыта обучения и возможностей внутренней мотивации. Компенсаторное направление представляет собой разработку альтернативных (компенсирующих дефицит) методов по реализации задач повседневной жизни. Адаптационное направление заключается в модификации окружающей среды с целью снижения влияния последствий возникшего заболевания и достижения удовлетворяющего самого пациента уровня автономии и уровня участия в социальной жизни [27].

Следует отметить, что мультидисциплинарный подход не нов для нашей страны. Впервые о нем говорил еще В.М. Бехтерев при создании психоневрологического института в Петербурге. Его тезис о необходимости междисциплинарного изучения нервно-психической системы здорового и больного человека, высказанный еще в начале XX века, в рамках развития концепции психоневрологии. Говоря о необходимости междисциплинарного подхода, В.М. Бехтерев исходил из того, что задача изучения нервно-психической сферы человека столь громадна, что может быть адекватно решена лишь при использовании целого комплекса наук, имеющих отношение к изучению человека, таких, как психиатрия, неврология, нейрохирургия, нейрофизиология, психогигиена, психопрофилактика, медицинская психология, медицинская педагогика. При этом он имел в виду интегративный синтез разных дисциплин, направленный на целостное, всестороннее изучение личности,и провозгласил в качестве основного принципа эффективного лечения и восстанов-

ления психически больных людей необходимость личностного подхода, т.е. учет личности больного, его отношения к обследованию, процессу лечения [5].

Дальнейшее развитие психосоциальной реабилитации в нашей стране происходило, прежде всего, в стенах Психоневрологического института им. В.М. Бехтерева под руководством профессора М.М. Кабанова. Разрабатываемый им реабилитационный подход основывался на следующих принципах: партнерства (сотрудничество пациента и врача при руководящей и направляющей роли последнего), разносторонности усилий (учет всех сторон реабилитации для каждого больного), единства психосоциальных и биологических методов лечения (комплексность применения лечебно-восстановительных мероприятий), ступенчатости прилагаемых усилий (поэтапное назначение восстановительных мероприятий с учетом динамики функционального состояния больного). При переходе от острой фазы заболевания к подострой и затем к хронической реабилитационная помощь должна осуществляться в три последовательных этапа. Первый этап – восстановительная терапия, направленная на предупреждение развития дефекта с помощью терапии средой и стимуляции активностью, второй этап – реадаптация, связанная с приспособлением к жизни во внебольничных условиях с учетом влияния болезни, третий этап – реабилитация. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация,опирающаяся на положения реабилитационного направления М.М Кабанова и претерпевшая ряд изменений за последние десятилетия, представляет собой стройную разработанную систему, имеющую свои этапы, принципы, способы оценки эффективности [8; 10].

Ведущие отечественные специалисты современной психосоциальной реабилитации психически больных И.Я. Гурович, А.Б.Шмуклер (2004) выделяют следующие принципы реабилитации:

а) начало процесса психосоциальной реабилитации на любом этапе оказания психиатрической помощи;

б) необходимость формулирования целей каждого вмешательства и определения конкретного временного периода, в течение которого указанную цель предполагается достигнуть;

в) осуществление выбора форм вмешательства для конкретного больного в соответствии с особенностями психосоциального дефицита;
г) осуществление последовательности психосоциальных воздействий с учетом все большего приближения к обычным жизненным требованиям и достижению социальной компетентности;
д) учет необходимости поддерживающих непрерывных или периодических психосоциальных воздействий при завершении каждого этапа или всей программы психосоциальной реабилитации [3; 17].

В.С. Ястребов выделял три этапа реабилитации: оценка и планирование целей и способов воздействия; реабилитационные вмешательства; достижение результата и его оценка. Иначе говоря, существующий подход к реабилитации психически больных подразумевает многоаспектное рассмотрение психической патологии с включением клинико-психопатологических, социально-средовых и личностных показателей при постановке целей и задач реабилитации, ведение больных с участием полипрофессиональной бригады [17;20].

Вместе с тем многофакторность психических расстройств, высокий и устойчивый процент инвалидизаций вследствие психических заболеваний определяют необходимость внедрения в реабилитационный процесс процедуры постановки *конкретных и практических целей, регулярного мониторинга достигнутых результатов*. В настоящий момент в качестве критериев эффективности лечебно-реабилитационного процесса в психиатрии рассматриваются: редукция психопатологической симптоматики, частота и длительность госпитализаций, достижение устойчивой ремиссии, изменение уровня инвалидизации, динамика трудовой занятости, снижение нагрузки на семью, улучшение социального функционирования и повышение качества жизни больных [2;3;12;14]. Социальное функционирование является на сегодняшний день одним из критериев выздоровления для больных шизофрений, а его параметры - наиболее универсальными показателями благополучия индивидуума, уровня его адаптации в окружающей среде, в связи с чем оно определено как основная задача проводимой реабилитационной работы [4]. Кроме того, нейрокогнитивный дефицит (когнитивное функционирование,

социальное познание) выделяется в самостоятельный фактор и определяет социальный и терапевтический прогноз заболевания [28;29]. Одно только медикаментозное лечение в настоящее время многими исследователями признается как недостаточно эффективное [4;17;21]. Для оценки эффективности проводимых реабилитационных мероприятий применяется большое число шкал и опросников, например, используются адаптированные зарубежные шкалы социального функционирования и психического состояния пациентов: шкала общего клинического впечатления CGI, шкала позитивных и негативных синдромов PANSS, шкалы социального функционирования GAF, SOFAS или PSP, шкалы оценки качества жизни (QLS или SF-36), визуальная аналоговая шкала (ВАШ) оценки качества жизни и др., а также отечественные шкалы и опросники: Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (И.Я. Гурович, А.Б. Шмуклер), «Шкала оценки социальных сетей психически больных», «Шкала оценки эмоциональной и инструментальной поддержки психически больных», карта «Оценка уровня знаний о психической болезни и эффективности психообразовательной программы», «Карта для оценки возможности независимого проживания психически больных» и др. [2;3; 4; 17;18; 22].

Существующая система оценок психического и социального функционирования пациентов позволяет учитывать не только субъективную составляющую (уровень удовлетворенности социальным функционированием и качеством жизни пациента), но и объективные клинические оценки специалистов (оценка психического статуса, нейропсихологическая оценка когнитивных функций и эмоционально-волевой сферы).

Отечественные психиатры, медицинские психологи и психотерапевты активно реализовывают широкий спектр различных форм и методов реабилитационной работы, привлекают в своей деятельности разнообразные зарубежные и отечественные теоретические концепции и методические разработки. Данные программы включают в себя целый комплекс мероприятий: психообразовательные программы, тренинг социальных навыков и проблемно-решающего поведения, разнообразные тренинги, направленные на развитие когнитивных, социальных и комму-

никативных навыков, широкий спектр направлений арт- и трудотерапии [3; 17; 18; 20; 21; 23]. Проводимые реабилитационные программы, несомненно, повышают качество жизни больных, позволяют улучшать их социальный уровень.

Вместе с тем, при назначении реабилитационных мероприятий специалисты зачастую ограничиваются лишь общими рекомендациями о том, как нужно восстанавливаться у себя дома после выписки из стационара. И в большинстве случаев *пациент практически не рассматривается через призму его реальной жизни и тех конкретных трудностей, которые испытывают он и его семья во взаимодействии с окружающим миром и обществом,* и на преодоление которых должна быть направлена реабилитация после выписки. Например, следующие конкретные вопросы должны находиться в фокусе внимания полипрофессиональной бригады, участвующей в психосоциальной реабилитации:

- Каким образом проявляются в ежедневной жизни имеющиеся проблемы?
- С какими проблемами хуже всего справляется семья?
- Какие стратегии использует пациент, чтобы справиться с существующей проблемой?
- Какие стратегии восстановления следует применить?
- Может ли этот человек вернуться на работу/учебу/домой?

Отсутствие такого подхода к восстановлению вполне объяснимо, поскольку реабилитация – это затратное мероприятие, требует участия многих специалистов, специального оборудования, комфортных мест пребывания и длительного времени на реализацию реабилитационной программы. Многие государственные предприятия не в силах «потянуть» такие мероприятия. Индивидуальная программа реабилитации (ИПР) нередко носит формальный и рекомендационный характер для больного. И цели внебольничной реабилитации формулируются достаточно обобщенно и широко - оказание помощи в восстановлении социального функционирования пациента или, например, развитие коммуникативных, профессиональных навыков с учетом специфики перенесенного заболевания. При этом границы и сроки достижения цели не определены.

Поэтому крайне актуальным, с нашей точки зрения, является *обоснованность* индивидуального подбора тех или иных, "целевых" лечебно-восстановительных мероприятий, направленных на восстановление *конкретных* областей функционирования и преодоление существующих ограничений и дефицитов пациента, а также *регулярное измерение достигнутых результатов, их соответствия поставленным целям* и *оценка эффективности* индивидуально подобранной и проведенной реабилитационной программы. На наш взгляд, проблема измерения эффективности (в т.ч. экономической) проводимых реабилитационных мероприятий, динамики состояния и ежедневного функционирования пациентов по-прежнему требует своего решения.

С 2012 года в неврологии и кардиологии, а теперь и в травматологии и онкологии внедряется система оказания реабилитационной помощи, регулируемая приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации N 1705н от 29.12.2012: "О Порядке организации медицинской реабилитации", в которой разработаны стандарты оказания помощи, квалификационные характеристики специалистов по медицинской реабилитации, а мероприятия по медицинской реабилитации включены в базовую программу обязательного медицинского страхования.

Основным критерием эффективности медицинской реабилитации является «не объем оказанной медицинской помощи, а *уровень достигнутых функциональных возможностей* за время, отведенное для проведения лечения, *самостоятельность и социальная активность пациента»* (Иванова Г.Е, 2013).Результативность и успех реабилитационных мероприятий, по мнению Г.Е. Ивановой, главного специалиста по медицинской реабилитации России, зависит от хорошо организованной, слаженной работы врачей и других специалистов, а также от индивидуальных восстановительных возможностей пациента и активности его окружения [6;7].

В психиатрии также требуется совершенствование системы оценок эффективности восстановительных мероприятий, обеспеченной современными технологиями и психометрическими инструментами. Анализ зарубежных исследований и знакомство с опытом британских коллег (в течение 2015-2016гг. в ПСПбГМУим.акад. И.П. Павлова на базе кафедры общей и клиниче-

ской психологии проводился Российско-Британский 4-модульный обучающий семинар по нейропсихологии и нейрореабилитации) позволили сопоставить теоретические и методологические позиции отечественной и зарубежной реабилитологии и определить перспективные направления или "зоны ближайшего развития" системы психосоциальной реабилитации.

Реабилитационный процесс с участием полипрофессиональной бригады, осуществляемый в Российской Федерации и других зарубежных странах, включает в себя следующие этапы:

- диагностический (подготовительный) этап, заключающийся в прохождении пациентами комплексного обследования у всех специалистов отделения, целью которого является определение реабилитационного потенциала, целей и сроков реабилитации, составление программы реабилитации.
- реабилитационный этап, представляющийся самым длительным и включающий участие всех специалистов, вовлеченных в процесс реабилитации, а также - самого пациента и членов его семьи.
- завершающий этап, требующий оценки эффективности проведенной реабилитационной работы и дальнейшего реабилитационного потенциала пациента для разработки рекомендаций.

Реабилитационный процесс направлен на возврат пациента к самостоятельному функционированию в окружающей его среде, при этом сам пациент рассматривается как активный участник и партнер этого процесса. *“Реабилитация сегодня рассматривается, как партнерство между людьми с поражением головного мозга, их семьями и персоналом, который оказывает помощь... Планирование целей становится особенно важным – как один из ключевых моментов программы реабилитации”* (Wilson B.A., 2013, p. 293). Реализация нейрореабилитационной программы видится как комплексная задача, требующая участия бригады специалистов, где каждый имеет ряд специфических и ряд взаимозаменяемых функций, например, ответственность за пациента может нести любой из специалистов в составе мультидисциплинарной бригады. Выстраивание программы реабилитации, выбор основной стратегии и средств подчинено совместно выработанной цели, позволяющей решать практические задачи социального включения пациента. Развитая в Великобритании си-

стема оказания помощи после выписки из больницы позволяет своевременно и планомерно организовывать и проводить реабилитационный процесс, достигая лучших результатов.

В деятельность медицинского психолога в полипрофессиональной бригаде входят следующие функции:

- психодиагностическая оценка (определение состояния психических функций и функционирования в целом, определение структуры реабилитационного потенциала, оценка динамики восстановительного процесса на каждом этапе реабилитации, оценка рисков);
- участие в реабилитационной работе (участие в постановке целей реабилитационной программы совместно с пациентом, разработка алгоритма индивидуализированных программ совместно с другими специалистами и их проведение);
- психообразовательная (информирование пациента и его семьи или родственников о целях и возможностях реабилитационного процесса, его этапах, способах достижения желаемого результата).
- психологическое сопровождение реабилитационных мероприятий (формирование устойчивой мотивации у пациентов на лечение, проведение школ пациентов, консультирование родственников по взаимодействию с пациентом, обучение и психологическое просвещение врачей, тренинги с целью профилактики СЭВ у врачей).

Оценка рисков при реализации диагностической функции включает в себя: отслеживание эмоционального состояния пациента (депрессия, суицидальные риски), оценка состояния памяти, коммуникативных функций, степени самостоятельности пациента, возможность адекватной оценки пациентом своего состояния и его мотивации к лечению, возможности принятия самостоятельного решения, а также мониторинг происходящих изменений в результате реабилитационного вмешательства.

Новым для отечественных специалистов может являться то, что выбору реабилитационных стратегий предшествует всестороннее обследование больного, проводимое *всеми* членами реабилитационной бригады, в которой участвуют врач-психиатр, врач-психотерапевт, медицинский психолог, специалист по социальной работе и/или социальный работник, трудоинструктор

и/или медицинская сестра. Оценка может быть определена как систематический сбор, организация и интерпретация информации о пациенте в текущей ситуации и *прогноз* будущих ситуаций. На основе проведенного исследования определяется *реабилитационный потенциал* пациента (с учетом его сохранных и нарушенных функций), предпринимается попытка спрогнозировать *проблемы функционирования в реальной жизни* [1; 25]. По результатам произведенной оценки бригада специалистов *совместно с пациентом* составляют прогноз, цели, стратегии и способы ведения реабилитационной программы [30]. На основании результатов наблюдения за больным и данных обследования разрабатывается реабилитационная программа.

Особенностью реабилитационного процесса за рубежом, в частности в Великобритании, является то, что специалисты при постановке целей реабилитационных воздействий используют *систему индивидуализированной постановки целей* (GAS) и *систематическую оценку результатов* проведенных мероприятий [25;30], пример которой представлен на рис.1. Уже на начальных этапах работы специалисты МДБ регулярно заполняют карты МДБ и совместно с пациентом и его родственниками устанавливают конкретные цели (краткосрочные, долгосрочные), значимые для самого пациента и четко определенные во времени. Команда формулирует цели и план действий, которые пересматриваются регулярно за время проведения программы, обсуждает и согласовывает их с пациентом, стимулируя его становиться активным участником собственной реабилитации [30; 16].

Влияние экономических факторов во многом обусловило внедрение в систему оказания медицинской помощи населению современных технологий менеджмента, создание вневедомственных регуляторов качества помощи и повышение требований к эффективности и экономической целесообразности проводимых вмешательств. Вследствие этого, в медицине предлагается любые решения (в данном случае – цели реабилитации) проверять через технику SMART-анализа, предложенную P.J. Meyer в 1965, а оценка реабилитационного потенциала и его динамика должны подчиняться принципам Evidence-based management (EBM) [24; 26]. Согласно системе индивидуализи-

рованной постановки целей, цель реабилитации должна быть описательна и соответствовать следующим критериям (SMART):

– Specific Специфична
– Measurable Измеряема
– Achievable Достижима
– Realistic Реалистична
– Time Orientated Определена во времени

Цель шкалируется для учета эффективности проводимых реабилитационных мероприятий, ей присуждаются баллы с использованием стандартизированной бальной системы, позволяющей мониторировать прогресс и использовать баллы для измерения результата. Цель, с точки зрения авторов, должна:

- предоставлять доказательство, что она достигнута (т.е. должны указываться конкретные изменения поведения);
- указывать *кто, что, как часто* и *когда*;
- быть реалистичной – "ожидаемый уровень" должен представлять собой то, что *наиболее вероятно* произойдет, а *не* то, что наиболее желательно;
- быть поставлена *с точки зрения пациента*;
- быть важной в *отношении качества жизни* пациента.

Ожидаемый результат реабилитационных мероприятий должен представлять собой *наиболее вероятный уровень достижения* между постановкой цели и назначенной датой проверки. Условно реабилитационные цели можно подразделить на краткосрочные (достижение в течение 5-14 дней) и долгосрочные (к моменту выписки или через 1-3 месяца) [1; 9].

В неврологии и нейрореабилитации в качестве основы для разработки и измерения поставленных реабилитационных целей служит Международная классификация функционирования (МКФ), что позволяет оценивать функционирование человека на различных уровнях:

1) на уровне поврежденного органа (или системы), включая его *структуру и функции*;

2) на уровне деятельности (функционирования) человека, что подразумевает его *активность* (способность к выполнению задачи или действия) *и участие* (вовлеченность в конкретную жизненную ситуацию);

3) на уровне социального окружения, заключающем *социальные* (предыдущий опыт, социальное происхождение, возраст, образование, пол, профессия) и *средовые факторы* (культурная среда, ближайшее окружение, жилищные условия) [13].

Применение МКФ позволяет, с одной стороны, проводить оценку состояния пациента более конкретно, детально и индивидуализированно, а с другой – дает более глубокое, разностороннее и комплексное представление о том, *какие функции, навыки, формы поведения и аспекты жизнедеятельности наиболее нарушены*, с какими трудностями сталкивается человек *в своем ежедневном функционировании,* и какие *ресурсы (внешние и внутренние)* имеются в наличии.

Для оценки социально-бытового функционирования и существующих трудностей в неврологии применяются также различные шкалы: шкала деятельности Ривермид, шкала FIM-FAM и др. [13; 19; 22].

Таким образом, формулирование проблем пациента представляет собой *составление списка проблем,* включающего нарушения структур и функций тела, а также связанные с ними ограничения деятельности, трудности в осуществлении активности при вовлечении в жизненные ситуации: обучение, общение, мобильность, самообслуживание, бытовая жизнь и т.д.; учитываются факторы окружающей среды, т.е. какие существуют трудности/барьеры во внешней среде и какая потребуется помощь в их преодолении.

Преимуществом в работе зарубежных специалистов является активное использование визуальных методов представления данных (диаграмм, графиков и др.наглядных средств), а при постановке целей реабилитации - определение четких критериев оценки результата (наличие индикаторов изменений в процессе реабилитации, широкий арсенал измерительных средств), что позволяет команде специалистов выбирать *наиболее точные мишени*, подбирать обоснованные и эффективные стратегии воздействия, и в конечном итоге определяет высокое качество оказываемой помощи (Рисунок 1).

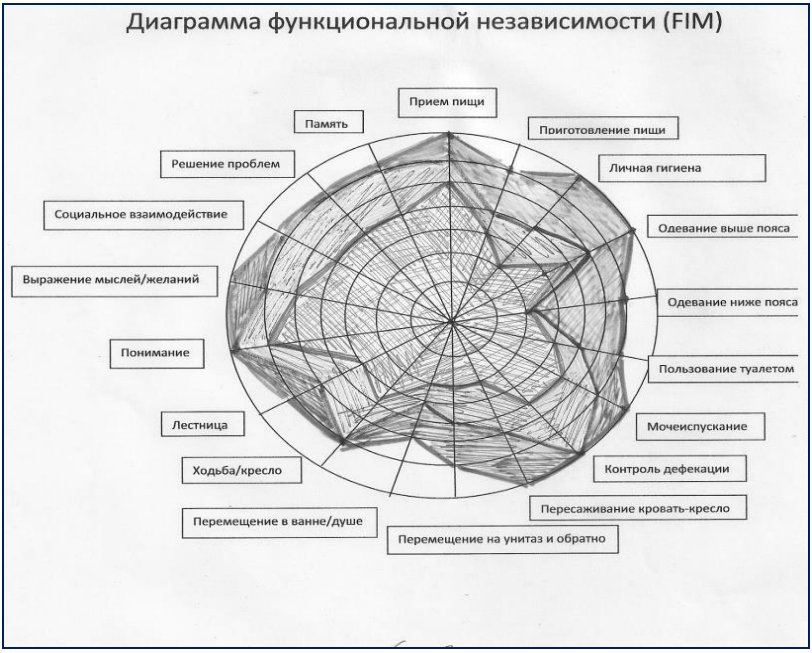

Рисунок 1. Диаграмма функциональной независимости по FIM-FAM.
Три замера (обозначены разным типом штриховки) отражают изменения в ежедневном функционировании пациента в процессе нейрореабилитации.

Опыт зарубежных специалистов в области нейрореабилитации может быть полезным в разработке собственных шкал оценки повседневной жизнедеятельности и характера возникающих проблем, созданных для пациентов психиатрического профиля, а также для внедрения в систему психосоциальной реабилитации не только психометрических, но и визуальных методов представления динамики состояния функций пациента и достигнутых результатов.

Важной частью работы при проведении реабилитационных мероприятий является привлечение и включение близкого окружения пациента, направленной на помощь в осознании тех изменений, которые произошли с их близким человеком и их жизнью, с одной стороны, выстраивании окружения пациента в соответствии с поставленными целями реабилитационного процесса с применением узко направленных методов психического вмешательства. Другой важной частью реабилитационной рабо-

ты медицинского психолога является не только взаимодействие непосредственно с пациентом, но также работа с составом МДБ, которые также сталкиваются с рядом психологических трудностей, требующих формирования навыков взаимодействия с пациентами, специализированных знаний и умений по коррекции поведенческих и эмоциональных изменений.

Заключение. Таким образом, в настоящий момент в психиатрии основным направлением развития системы оказания психосоциальной помощи населению является расширение и укрепление комплексной, бригадной и внебольничной форм лечения и реабилитации, в основе которых лежит биопсихосоциальный подход. Особое место в системе внебольничной помощи, как и в условиях стационаров, занимает вопрос ресоциализации пациентов, базирующийся на разработках психосоциальной терапии школы В.М. Бехтерева, М.М.Кабанова. Наибольшую эффективность проводимых мероприятий доказал мультидисциплинарный подход, активно развивающийся во многих направлениях медицины и позволяющий учитывать как биологические нарушения, так и социальное функционирование, обосновывать цели реабилитационных мероприятий и реализовывать оценку их эффективности. Трудноразрешимой задачей на современном этапе развития отечественной системы психосоциальной реабилитации является достижение преемственности реабилитационных целей и мероприятий между учреждениями здравоохранения и органами социальной защиты, центрами социальной реабилитации инвалидов.

В зарубежной системе нейрореабилитации обнаруживается ряд разработок, демонстрирующих свое удобство и результативность: применение и опора на МКФ, использование метрических шкал для систематической оценки/измерения достигнутых результатов, технологии менеджмента (SMART-анализ) и т.д. Опыт как зарубежных, так и отечественных специалистов в нейрореабилитации может стать полезным и важным ориентиром в создании единой структурированной системы оценок эффективности восстановительных мероприятий для психиатров, медицинских психологов и др. специалистов, занимающихся психосоциальной реабилитацией пациентов с психическими нарушениями. А разработка собственных, простых, наглядных и

удобных в применении шкал для оценки разных аспектов социального функционирования и его динамики позволит обеспечить систему психосоциальной реабилитации современными технологиями и надежными измерительными психодиагностическими инструментами.

Литература

1. Григорьева В.Н., Ковязина М.С, Тхостов А.Ш. Когнитивная нейрореабилитация больных с очаговыми поражениями головного мозга. М.:Психология. 2006. 256 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Ремиссия и личностно-социальное восстановление (recovery) при шизофрении: предложения по 11 пересмотру МКБ // Социальная и клиническая психиатрия. 2008. Т.18, №4. С.34-39.
3. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика-М. 2004. 492 с.
4. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б., Магомедова М. В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания// Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. № 4. – С. 31-35.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М: Юрайт-Издат, 2012. 367 с.
6. Иванова Г.Е. Медицинская реабилитация в России. Перспективы развития // Вестник восстановительной медицины. 2013. № 5. С. 3–8.
7. Иванова Г.Е. Организация реабилитационного процесса / Г.Е. Иванова // Кремлевская медицина. Клинический вестник. Выпуск №4. 2012. С.8-10.
8. Кабанов М.М. Реабилитация психически больных. 2-е изд., доп. и перераб. Л.: Медицина, 1985. 216 с.
9. Ларина О.Д., Шевцова Е.Е. Система полипрофессионального взаимодействия специалистов как условие создания единого реабилитационного пространства специализированной службы нейрореаблитациг.Москвы// Специальное образование. 2014. №4. С.24-39.
10. Лиманкин О.В. Актуальные проблемы внедрения реабилитационных технологий в практику психиатрических учреждений // Социальная и клиническая психиатрия. 2012. Т.22, №3. С. 99-106.
11. Лиманкин О.В. Вопросы совершенствования психиатрической помощи и развития общественного здравоохранения / О.В. Лиманкин //Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2011. Т. 111, № 11. С. 56-61.

12. Лиманкин О.В. Реабилитация и психотерапия в биопсихосоциальной модели психиатрической помощи / О.В. Лиманкин //Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2012. №2 (71). С. 54-57.
13. Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья. Санкт-Петербургский институт усовершенствования врачей – экспертов Министерства труда и социального развития РФ, 2003. 133 с.
14. Незнанов Н.Г., Петрова Н.Н. Качество жизни как мера оценки эффективности реабилитации больных /Н.Г.Незнанов, Н.Н.Петрова// Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сб. научных трудов НИПНИ им. В. М.Бехтерева. СПб, 2001. Т. 137. С. 301-311.
15. Незнанов Н.Г., Акименко М.А. Холистический подход В.М.Бехтерева в современной неврологии и психиатрии / Н.Г. Незнанов, М.А. Акименко // Обозрение психиатрии и медицинской психологии №1,2012 С.3-6.
16. Предупреждение инвалидности и реабилитация. Доклад Комитета экспертов ВОЗ по предупреждению инвалидности и реабилитации. Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1983. 43с.
17. Савельева О.В., Петрова Н.Н. Критерии оценки эффективности реабилитации больных параноидной шизофренией в амбулаторной практике / О.В. Савельева, Н.Н.Петрова // Практическая медицина. Выпуск 2 (78), 2014. С. 83-87.
18. Семенова Н.Д. Методика для мотивирования пациентов к психосоциальной реабилитации // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т.20, №1. С.52-63.
19. Скворцова В.И., Гудкова В.В и др. Принципы ранней реабилитации больных с инсультом / В.И.Скворцова, В.В.Гудкова/ / Журн. Неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2002. Т.102. № 7. С. 28-33
20. Тренинг развития коммуникативных навыков у больных, страдающих шизофренией: методические рекомендации / В.С. Ястребов и др. М.: МАКС Пресс, 2012. 44 с.
21. Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // Психосоциальная и когнитивная реабилитация психически больных: Практическое руководство / под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. М.: Медпрактика-М, 2015, С.225-249.
22. Цыкунов М.Б., Иванова Г.Е., Найдин В.Л., Дутикова Е.М., Бжилянский М.А., Романовская Е.В. Обследование в процессе реабилитации пациентов с повреждением спинного мозга // Реабилитация больных с травматической болезнью спинного мозга / Под общ.ред.

Г.Е. Ивановой, В.В. Крылова, М.Б. Цыкунова, Б.А. Поляева. М., 2010. С. 337-338.
23. Чуканова Е. К. Эффективность комплексной психосоциальной помощи больным шизофренией и расстройствами шизофренического спектра на базе психоневрологического диспансера // Социальная и клиническая психиатрия. 2014,Т.24, №1, С.21-27.
24. Dopson, S. Bennett, C. Fitzgerald, L. Ferlie, E. Fischer, MD Ledger, J. McCulloch, J. &McGivern, G.//"Health care managers' access and use of management research"(PDF). National Institute of Health Research - Service Delivery &OrganisationProgramme.Retrieved 29 May2013
25. Clinical neuropsychology: a practical guide to assessment and management for clinicians\ ed.L. Goldstein, J. E. Mc Neil. Wiley-Blackwell. 2013
26. George T. Doran. There’s a S.M.A.R.T. way to write management’s goals and objectives // Management Review. Volume 70, Issue 11(AMA FORUM). P. 35-36.
27. Medalia A, Revheim N. Dealing With Cognitive Dysfunction Associated With Psychiatric Disabilities: A Handbook for Families and Friends of Individuals With Psychiatric Disorders. Albany, NY: Office of Mental Health; 2002. 35p.
28. Velligan, D.I. &Glahn, D. Treating the cognitive deficits of schizophrenia. Curr psych & therapeutics rep (2004) 2: 73-77.
29. Wykes T, Reeder C, Williams C, et al. Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. Schizophr Res. 2003;61:163-174.
30. Wilson B. A., Fergus G., Evans J.J., Bateman A. Neuropsycological rehabilitation: theory, models, therapy and outcome. Cambridge University Press, 2013. 456 p.

SECTION 1. Research Methodology in Clinical Psychology

Kritskaya V.P., Meleshko T.K.

Methodological principles of research of the schizophrenic pathology

FBSI "Mental Health Research Center", Moscow, Russia

Abstract. The main methodological principles of research based on a systematic study of mental pathology in schizophrenia are presented. This study aimed at overcoming of the fragmentary-functional approach to analysis of mental pathology in schizophrenia. System and network approach is realized in the concept of patho-psychological syndrome as a structural formation, which allows us to retrieve the internal relationship between the mental characteristics that make up a special quality of schizophrenic pathology manifestations. Unique cognitive style which inherent in patients with schizophrenia as a manifestation of the social orientation deficit is considered. Pathopsychology, as a branch of psychology, by definition of B.V. Zeigarnik, is being based on both the theses of the general psychology and psychiatric data. At the same time it should not lose its specificity. Clinical phenomena must be qualified in terms of modern psychology, and only under this condition pathopsychological research can be included in the context of clinical problems [B.V. Zeigarnik, 1986]. Speaking against empiricism and reductionism in science, Bluma Vulfovna emphasized the importance of theoretical knowledge.

Keywords: system approach, pathopsychological syndrome, nomothetic method, ideographic method, longitude study, social orientation deficit, unique cognitive style

Balashova E.Yu.

Present and future of neuropsychological diagnostics: pro et contra

Lomonosov MSU; Psychological institute of REA; FBSI MHRC; MSRU, Moscow, Russia, balashova@yandex.ru

Abstract. The author discusses a wide range of issues associated with the current state and prospects of development of neuropsychological diagnostics. Neuropsychological diagnostics is very popular in various fields of health and education; it has great potential in the implementation of syndromic factor analysis of mental functions, and to determine the localization and lateralization of brain lesions. However, neuropsychological diagnostics today faces serious problems of methodical and methodological character. The article presents a detailed analysis of these problems.

Keywords: clinical psychology, neuropsychology, diagnostics, possibilities, limitations

Berebin M.A.

Clinical (Expert) Paradigm as the basis for a new type of clinical (medical) psychodiagnosis

South Ural State University, Chelyabinsk, Russia.

Abstract. The article deals with analysis of theses formed by S.Ya. Rubinstein for experimental psychology method, measuring and not measuring approaches in psycho-diagnostics. It is described features of the current situation in development and use of psycho-diagnostic methods for solving problems of clinical medicine. It is substantiated proposal for the development of new types of psychological diagnosis techniques based on expert paradigm. We described the basic principles of the use of Data Mining and Knowledge Engineering to create knowledge bases of computer psychodiagnostic expert systems. It is argued necessity to develop this area of clinical (medical) psychodiagnostics.

Keywords: clinical (medical) psychodiagnostics, psychodiagnostics expert methods, expert evaluation, computer expert systems, S.Y. Rubenstein

Burlakova N.S.

Projective Methods: Discussion concerning Their Status, Development Opportunities and Application in Clinical Psychology

Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russia,
naburlakova@yandex.ru

Abstract. Present article discusses the most important and most actual advantages of projective methods in personality diagnostics in modern clinical psychology and provides the critical analysis of controversial questions in this discussion and of the crisis origins projective methodology encountered nowadays. One of the aims is to point at new development oppotunities and application of projective methods in clinical psychology.

Keywords: clinical psychology, projective methods, personality diagnostics

SECTION 2. Modern Trends in the Diagnosis of Mental Disorders with Endogenous Pathology

Alfimova M.V.

Motivation Assessment in the Framework of Translational Psychiatry

FBSI “Mental Health Research Center”, Moscow, Russia,
m.alfimova@gmail.com

Abstract. Patients’ motivation evaluation is conducted by a clinical psychologist to solve the diagnostic, expertise and psychotherapeutic tasks. Currently, the range of tasks includes also the assessment of mental functions to promote investigations in the field of translational psychiatry, which requires consideration of complex cognitive and biological structure of motivation. This article describes this structure, as it reflected in the RDoC (Research Domain Criteria) project, along with psychometric instruments for studying different subcontracts of approach motivation with emphasis on the BIS/BAS, SPSRQ and TEPS.

Keywords: approach motivation, hedonic capacity, inventories, Gray’s theory

Isaeva E. R., Lebedeva G. G.

Comparison of Domestic and Foreign Approaches to the Study of Cognitive Processes in Patients with Schizophrenia

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,
Saint-Petersburg, Russia

Abstract. The article discusses the differences between domestic and foreign approach to the study of cognitive functions of patients with schizophrenia. It is noted that the domestic school upholds the principle of quality and integral analysis of syndromic disorders of mental activity. Foreign scientists are based on the quantitative measurement of certain basic mental functions. The article also compares some of the most commonly used techniques abroad – trial making test (TMT) and verbal fluency test (VFT) with domestic commonly used tests. The conclusion is that modern foreign psychometric tests (TMT, VFT) have a lower specificity (sensitivity) to identify of cognitive impairment typical of patients with schizophrenia spectrum disorders, as opposed to domestic pathopsychological methods.

Keywords: trial making test (TMT), Verbal fluency test (VFT), schizophrenia, cognitive deficits

Medvedeva T.I., Vorontsova O.Yu., Kazmina O. Yu., Zinchenko O.O.

Implicit associations with “death” and suicidal risk

FBSI MHRC, National Research University Higher School of Economics; Moscow, Russia,
medvedeva.ti@gmail.com

Abstract. The paper describes the computer method - Implicit Association Test (IAT) and its modifications, which allows measuring the implicit preferences associated with death. The aim was to study the implicit preferences in depressed patients with suicidal risk. 28 female patients with depression participated in the study (15 patients had a history of a suicide attempt, or explicitly stated the presence of suicidal ideation, 13 patients - had no history of suicide attempts or ideas). The control group consisted of 38 healthy women. The following methods were used: modified implicit association test (IAT) with the objects from the categories "Life" and "Death" in conjunction with the attributes from the categories "Me" and " not Me"; computer method IGT - Iowa Gambling Task with the results as-

sessed using the Expectancy-valence model; symptomatic questionnaire SCL-90-R. The shift of the IAT-effect towards the association "Me + Death" has been shown for the subgroup with suicide risk. The shift of the IAT-effect towards the association "Me + Death" is associated with an increase in the severity of distress and the total index of disease severity in patients with depression. Patients with suicidal risk demonstrated reduced capability for emotional learning and revealed a tendency to ignore the negative consequences of their choices. The test of implicit association in this modification can be used as one of the suicide risk assessment methods in patients with depression. Detected lesions and peculiarities in the mechanisms of decision-making by patients with suicidal risk allow to detect the emotional learning as a target for the psycho-correctional work with the selected patient cohort.
Keywords: suicidal risk, implicit associations, emotional learning, decision making

Rasskazova E.I., Enikolopov S.N.

The Use of the MOBiS Drawing Technique in the Diagnostics of Implicit and Explicit Attitudes to Illness

FBSI MHRC, Lomonosov Moscow State University,
Moscow, Russia

Abstract. The work is dedicated to identifying of the MOBiS drawing technique opportunities in non-psychotic mental disorders compared with standartized diagnostic instruments of desiese representation, psychopathological complaints and quality of life. In the sample of 81 young man with non-psychotic mental disorders 16-27 years was demonstrated external validity of relative distances of the disease and the specific symptoms from the «I» (after general distances control on the image). It is shown that disease proximity to the "I" associated with general cognitive evaluation of the severity and duration of illness, whereas the proximity of specific symptoms to the "I" associates with it's emotional significance and fear of negative consequences. This distancing of the disease from the "I" can be interpreted as the appearance of a defensive strategy, alienation and threat denial and the severity of the disease. This fact is paired with a lower criticality to the condition and greater severity of positive symptoms. Specific symptoms removal form the "I" may indicate a greater se-

verity in assessing their impact on the patient's life. In general, MOBiS drawing technique can be used for screening assessment of explicit and implicit general attitude to the illness and to the symptoms in non-psychotic disorders.

Keywords. Drawing technique, MOBiS, implicit attitude to the illness, nonpsychotic disorders, youth age.

The work was supported by the Russian President's Grant for state support of young Russian scientists, MK4230.2015.6 project "The attitude to the disease and quality of life in mental illness"

Rupchev G.E., Alekseev A.A.

Diagnostic of Abstract Thinking Disorder with the Use of the Scale "Levels of Abstract Thinking" (on the Material of Proverbs and Sayings Interpretation)

Lomonosov Moscow State University,
FBSI MHRC, Russia, Moscow,
rupchevgeorg@mail.ru, alekseev.a.a@list.ru

Abstract. Present article dedicates to initial validation of the scale "Levels of abstract thinking" on the material of proverbs and sayings interpretation. This study involves 40 healthy subjects and 40 patients with schizophrenia (paranoid type). Data was obtained on the basic indicators of developed psychometric scale. The developed method showed a sufficient level of internal consistency, construct validity and sensitivity, which corresponds to psychodiagnostic criteria for one of the common methods. Also all selected tasks as proverbs show a sufficient discriminative level. On the basis of the data presented, the conclusion about the possibility of using the scale developed to assess the abstract thinking being made.

Keywords: psychological diagnostics, abstract thinking, schizophrenia, validation, scale

SECTION 3. Modern Trends in the Development of Diagnostics in Clinical Psychology: Developmental Aspects

Dobryakov I.V., Prohorov V.N., Prohorova O.V.

Psychological diagnostics and perinatal psychology

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
Saint Petersburg State University, Saint Petersburg;
Ural State Medical University,
dobriakov2008@yandex.ru

Abstract. Perinatal psychology – one of the relatively new emerging recent decades sections of medical (clinical) psychology. The allocation of this section was due to the emergence of new ideas about the early stages of ontogenesis, contributing to the improvement of psychological and psychotherapeutic care during pregnancy, childbirth, postnatal period. Also these ideas promote solving some pressing problems of society, primarily demographic. Perinatal psychology has interdisciplinary nature, as exploring the possibilities and ways to increase the resources of psychological and adaptive capabilities of women and children. As well, it is exploring the possibilities of harmonization of their relationships and their health, thereby solving challenges both to health and to education and social assistance to the population.

Keywords: perinatal psychology, psychological techniques

Simashkova N.V., Koval-Zaytsev A.A.

Multidisciplinary clinical and psychological aspects of diagnosis of infantile autism and childhood schizophrenia

FBSI “Mental Health Research Center”, Moscow, Russia,
simashkovanv@mail.ru, kovalzaytsev@gmail.com

Abstract. The article discusses the current state of multi-disciplinary clinical-psychological approach for the diagnosis of infantile autism and early-onset schizophrenia. In the clinical-psychopathological and pathopsychological aspects of differentiation of these diseases. Describes the clinical and pathopsychological markers, which is necessary for the confirmation of various nosological belonging of these disorders. Allocated to types of cognitive dysontogenesis, which are different and specific for infantile autism and early-onset schizophrenia.

Keywords: infantile autism, autism spectrum disorders, early-onset schizophrenia, diagnosis, clinical and pathopsychological markers, cognitive dysontogenesis

Zvereva N.V.

Cognitive dysontogenesis studies in child and adolescents

FBSI MHRC, MSUPE, Moscow, Russia
nwzvereva@mail.ru

Abstract. In present section we consider short history of investigations and classification of mental disorders and primary cognitive development disorders in abnormal children. Provided section of work dedicated to the actual history of the problem, it is associated with the names of eminent scientists, who stood at the origins of the problem. Gives the detailed review of the causes that led to the formation of representations about mental and further, cognitive dysontogenesis Thes selected group of schizophrenia spectrum disorders in child and adolescent age was the base model for investigation and diagnostics of cognitive dysontogenesis. Diagnostic principles of cognitive development and its deficiencies, the emerging defect in schizophrenia, kinds of cognitive dysontogenesis are provided. Main diagnostic tools are outlined; basic laws of dynamic techniques performance by normative children are presented. In general, the materials for the differential diagnosis of schizophrenia spectrum disorders and autism spectrum disorders were presented.
Keywords: cognitive dysontogenesis, abnormal development, deficit, child and adolecsents, diagnistics

Goryacheva T.G., Kuznetsova Yu.V.

Examination of voluntary motor activity method in children

Pirogov Russian National Research Medical University,
MSUPE, Moscow, Russia,
goriatcheva_tg@mail.ru, training-good@mail.ru

Abstract. Modern diagnostic and correctional work pays little attention to the motor sphere in spite of its importance for child's further development. The examination of voluntary motor activity, discussed in the article, does not suppose using of special test materials, i.e. it can be carried out practically in any conditions and this makes it es-

pecially applicable. It includes a wide range of motor tests and that helps to eliminate the impact of learning in the diagnostics process.
Keywords: examination of voluntary motor activity, neuropsychological diagnostics, junior school students, preschoolers, voluntary movement

Gorkovaya I. A.

The Issue of Psychodiagnostic Research in Judicial-Psychological Examinations

Herzen State Pedagogical University of Russia, Head of Department of Psychosomatics And Psychotherapy, Saint-Petersburg State Pediatric Medical University, Saint-Petersburg, Russia

Abstract. The main problem of using judicial-psychological examinations belongs to 1) the lack of unified way of using psychodiagnostic methods; 2) a transmission of psychodiagnostic methods by psychological service psychologist without a knowledge in specific area of judicial-psychological examinations; 3) usage of new methods, that validity and reliability are not verified; 4) usage of the same methods in further interpretation of under expert person; 5) insufficient or extra usage of psychodiagnostic methods; 6) usage of biography method by listing information without psychological analysis that keeps in criminal and civil cases.
Keywords: psychodiagnostic methods, judicial-psychological examination, methods interpretation, biography method

Uryvaev V.A., Senin I.G.

Socio-psychological determinants of severity dynamics of normative development of personality traits in the transformation of the Russian society

Yaroslavl State Medical University;
P.G. Demidov Yaroslavl State University, Yaroslavl, Russia,
red@mprj.ru, isenin@bk.ru

Abstract. Aims of the study. Assessment of the stability of personal characteristics (stability of the regulatory assessment of the person with the help of psycho-diagnostic methods) under the influence of transformation of the Russian society. Research methods, sample characteristics. Were compared two groups of young people: born in

1973 ("pre-perestroika generation", n = 243) and born in 1997 ("post-perestroika generation", n = 197). In the first and in another case, they were medical students, the second course, medical faculty of Yaroslavl State Medical University. The described research fragment includes only the results of the questionnaire 16-PF. The statistical test for comparison of samples – t - Student criterion. Results and discussion. Quantitative (normative) performance of 15 scales of the questionnaire of 16 increased. The greatest changes are presented in intellectual qualities of the person. Gender stereotypes behavior of girls demonstrated the greatest changes. At the same time, process of changes generates much anxiety and this, in turn, suggests incompleteness of the process of these changes. In general, the profile of personality traits, diagnosed by a 16-PF questionnaire, tends to increase the adaptive capacity of the individual with the increasing complexity of the realities of the socio-economic environment.
Conclusions. 1. Normative personality characteristics measured using questionnaires methods of psycho-diagnostics is a value largely sensitive to changes in the socio-economic reality. 2. The greatest differences between the generations "pre-perestroika" and "post-perestroika" marked in the individual intellectual qualities, which, of course, cannot not contribute to the expanding the expansion of Internet technologies. The widespread adoption of Internet technologies in social life stresses the sensitivity of personal standards to exogenous essentially factors. And it raises the question of the rules of estimation stability of average characteristics of intelligence (especially in combination of all components of intellectual activity). 3. The study reveals significant changes in gender stereotypes of behavior in the "post-perestroika" Russian society. In this case, we also state the need to address the social and historical context in the assessment of personality traits (by the formation of the regulatory requirements).
Keywords: medical psychology, personality, personality assessment standards, perestroika, gender stereotypes, intelligence, intellectual features of the personality, longitude

The work was supported by RFH Grant project № 16-06-00960

Roshchina I.F., Selezneva N.D.

Cognitive and Non-cognitive Features of Mental Activity of Relatives of the 1st Degree of Patients with Alzheimer's disease (Catamnestic Clinical and Psychological Research)

FBSI MHRS, MSUPE, Moscow, Russia,
ifroshchina@mail.ru

Abstract. The article presents the results of catamnestic clinical and psychological study of 236 relatives of the 1st degree of patients with Alzheimer's disease (AD) compared to the control group (74 pers., not having patients with AD among relatives), which has been held in the office for the study of Alzheimer's disease of geriatric psychiatry department MHRC in 2012-2016 years. The results of the initial and catamnestic (after 4 years) clinical, psychopathological and neuropsychological examination indicate significant differences between cohort of relatives and control group in cognitive and non-cognitive sphere. The conclusion is made about the need of carrying out integrated programs of clinical and psychological support for blood relatives of patients with AD to prevent the deterioration of their cognitive functions.

Keywords: relatives of the 1st degree, Alzheimer's disease, clinical and psychological research, cognitive and non-cognitive sphere

SECTION 4. Clinical - psychological problems of prophylaxis and rehabilitation

Shchelkova O. Yu.

Psychological Diagnostics in the Disturbance of Mental Adaptation Prevention: Problem Setting and Investigation Examples

Saint-Petersburg State University, Saint-Petersburg, Russia,
olga.psy.pu@mail.ru

Abstract. The article analyzes the concepts and contains systematics of mental adaptation / disadaptation states, discusses the problem of psychological diagnostics in the field of psychohygiene and psychoprophylaxis. The program and brief research results of correlation between parent-child relationship, coping strategies and personal resources of high school students, as well as the research of anesthesiol-

ogists-resuscitation physicians are presented in the article as the example of solving such problems. The research demonstrated that «mental burnout» that cause an increasing risk of neurotization, but also positive professionally significant personal physician characteristics can be formed at different stages of psychological adaptation to stressful conditions of professional activity.
Keywords: psychological prevention, psychological diagnostics, coping, professional stress, personal resources

Isaeva E.R, Muhitova Yu.V.

Strategy Selection and Effectiveness Evaluation in the System of Psycho – Social Rehabilitation: State of the Art

Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,
Saint-Petersburg, Russia

Abstract. The article considers the questions of psycho-social rehabilitation of the patients with neuro-psychiatric disorders, the development of this approach in our country and actual state, it`s mapping the theoretical and methodological positions of domestic and foreign rehabilitation. Setting specific, individualized and practical purposes of rehabilitation carried out by multidisciplinary team of experts, regular monitoring of outcomes using the existing system of assessment of mental and social functioning of the patients presented one of the most important changes in the contemporary approach to improve psychosocial rehabilitation of patients with neuro-psychiatric disorders. In the structure of the multidisciplinary team clinical psychologist take the diagnostic, rehabilitation, psychoeducational functions and the function of psychological support, directed not only to the patient and his family, but also to the professionals involved in the rehabilitation process. Goal setting rehabilitation impacts is carried out using the ICF, as well as system individualized goals (GAS) and a systematic evaluation of the interventions.
Keywords: psychosocial rehabilitation, multidisciplinary team, assessment of psychological and social functioning, setting goals for rehabilitation

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Алексеев Андрей Андреевич ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», alekseev.a.a@list.ru
Алфимова Маргарита Валентиновна, д.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, m.alfimova@gmail.com
Балашова Елена Юрьевна, к.псх.н., МГУ имени М.В. Ломоносова; Психологический институт РАО; ФГБНУ НЦПЗ; МГОУ, Москва, balashova@yandex.ru
Беребин Михаил Алексеевич, к.мед.н., Южно-Уральский государственный университет, Челябинск, psy_vestniksusu@mail.ru
Бурлакова Наталья Семеновна, к.псх.н., МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, naburlakova@yandex.ru
Воронцова Оксана Юрьевна, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, okvorontsova@inbox.ru
Горьковая Ирина Алексеевна, д.псх.н, РГПУ им. А.И. Герцена; СПб ГПМУ Минздрава России, Санкт-Петербург, iralgork@mail.ru
Горячева Татьяна Германовна, к.псх.н., РНИМУ им. Н.И.Пирогова, МГППУ, Москва, goriatcheva_tg@mail.ru
Добряков Игорь Валерьевич, к.мед.н., ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет имени И.И. Мечникова», Санкт-Петербургский государственный университет, dobriakov2008@yandex.ru
Ениколопов Сергей Николаевич, к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, enikolopov@mail.ru
Зверева Наталья Владимировна, к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», МГППУ, Москва, nwzvereva@mail.ru
Зинченко Оксана Олеговна, Национальный Исследовательский Университет "Высшая школа экономики", Центр Нейроэкономики и Когнитивных Исследований, Москва, Россия
Исаева Елена Рудольфовна, д.псх.н., ПСПБГМУ им. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, isajeva@yandex.ru
Казьмина Ольга Юрьевна, к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва,kazminaolga@mail.ru
Коваль-Зайцев Алексей Анатольевич, к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», МГППУ, Москва, koval-zaitsev@mail.ru
Критская Вера Павловна, к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
Кузнецова Юлия Владимировна, Клиника восстановительного лечения БиАТи Москва, training-good@mail.ru
Лебедева Гульфия Гадилевна, ПСПБГМУ им. И.П.Павлова, Санкт-Петербург, lebedeva2512@gmail.com

Медведева Татьяна Игоревна, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, medvedeva.ti@gmail.com
Мелешко Тамара Константиновна, к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва
Мухитова Юлианна Владимировна, к.псх.н., ПСПбГМУ им. И.П. Павлова, Санкт-Петербург, che88@mail.ru
Прохоров Валентин Николаевич, д.мед.н.,професор, Уральская государственная медицинская академия, Екатеринбург
Прохорова Ольга Валентиновна, к.мед.н, Уральская государственная медицинская академия, , Екатеринбург.
Рассказова Елена Игоревна – к.псх.н., МГУ имени М.В. Ломоносова, Москва, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», e.i.rasskazova@gmail.com
Рощина Ирина Федоровна, к.псх.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», МГППУ, ifroschina@mail.ru
Рупчев Георгий Евгеньевич, к.псх.н., МГУ имени М.В. Ломоносова, ФГБНУ «Научный Центр психического здоровья», Москва, rupchevgeorg@mail.ru
Селезнева Наталья Дмитриевна д.мед.наук, ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва.
Сенин Иван Геннадьевич, к.псх.н., Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, Ярославль, isenin@bk.ru
Симашкова Наталья Валентиновна, д.мед.н., ФГБНУ «Научный центр психического здоровья», Москва, simashkovanv@mail.ru
Урываев Владимир Анатольевич, к.псх.н., Ярославский государственный медицинский университет, Ярославский государственный университет им. П.Г. Демидова, Ярославль, red@mprj.ru
Щелкова Ольга Юрьевна, д.псх.н., Санкт-Петербургский государственный университет, Санкт-Петербург, olga.psy.pu@mail.ru

Научное издание

Диагностика в медицинской (клинической) психологии: современное состояние и перспективы

Под редакцией:
Кандидата психологических наук, доцента Н.В. Зверевой
Кандидата психологических наук, доцента И.Ф.Рощиной

Верстка – М.В. Зверева

Подписано в печать 16.11.2016
Формат 60x90/16. Бумага офсетная.
Печать цифровая. Тираж 500 экз.
Заказ № 63415

Отпечатано в типографии «Onebook.ru»
ООО «Сам Полиграфист»
129090 г. Москва, Протопоповский переулок д. 6
www.onebook.ru